



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO
ODONTOLOGIA**

**ISABELLE FURTADO SILVA
ROSIANA DA SILVA INÁCIO**

**ENXERTO AUTÓGENO NA CORREÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO-
REVISÃO DE LITERATURA**

FORTALEZA

2020

ISABELLE FURTADO SILVA
ROSIANA DA SILVA INÁCIO

ENXERTO AUTÓGENO NA CORREÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO-
REVISÃO DE LITERATURA

Esta monografia apresentada no dia de 01 de Junho de 2020 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia do Centro Universitário FAMETRO – tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

FORTALEZA

2020

S586e Silva, Isabelle Furtado.
Enxerto autógeno na correção estética do sorriso: revisão de literatura. / Isabelle Furtado Silva; Rosiana da Silva Inácio. – Fortaleza, 2020.
46 f. ; 30 cm.

Monografia – Curso de Odontologia do Centro Universitário Fametro – Unifametro, Fortaleza 2020.
Orientação: Profa. Dra. Paula Ventura da Silveira.

1. Tecido Conjuntivo. 2. Tecido Epitelial. 3. Enxerto. I. Título.

CDD 617.6

ISABELLE FURTADO SILVA
ROSIANA DA SILVA INÁCIO

ENXERTO AUTÓGENO NA CORREÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO-
REVISÃO DE LITERATURA

Esta monografia apresentada no dia de 01 de Junho de 2020 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia do Centro Universitário FAMETRO – tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dra. Paula Ventura da Silveira
Orientador – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Prof^a. M^a. Denis Bezerra de Araújo
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Prof^o. Esp. Ivens Barreto Barroso
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Dedico esse trabalho à Rosiana da Silva Inácio, minha dupla e companheira de caminhada que demonstrou apoio, carinho, dedicação e paciência ao longo desses cinco anos. Esta é uma pequena forma de agradecê-la por esses anos de amizade.

Isabelle Furtado Silva

Dedico essa monografia à minha querida dupla, Isabelle Furtado Silva. A quem devo muito desde que ingressei na faculdade, pelos incontáveis momentos de ajuda, por estar sempre ao meu lado e pela compreensão. Esta é uma pequena forma que tenho de dizer o quanto sou grata de tê-la em minha vida.

Rosiana da Silva Inácio

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por me manter de pé diante das adversidades que surgiram ao longo dessa jornada.

Ao meu amado avô de coração Renato Bezerra Furtado, por me ensinar que o amor vai muito além de laços sanguíneos, por despertar em mim o amor pela odontologia e por tornar esse sonho possível com toda ajuda que me ofereceu.

Aos meus pais, Lucirene Félix Furtado e Gleudson Carneiro da Silva, e ao meu padrasto Lúcio Rodrigues Feitosa por todos ensinamentos e valores humanos transmitidos a mim, por todo esforço em manter meus estudos mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha querida dupla, Rosiana da Silva Inácio companheira de jornada que dividiu comigo os momentos mais felizes e tristes da vida acadêmica. A quem eu devo muito pelo apoio, compreensão e amizade.

Aos meus tios Francisco de Assis Carneiro da Silva e Gleuda Maria Carneiro da Silva por todo apoio com meus estudos durante minha vida acadêmica.

As minhas amigas e companheiras de vida, por me ouvirem e alegrarem meus dias mais sombrios, por toda compreensão e suporte, Isadora Cristina da Silva Brito, Karoline Luanne Santos de Menezes, Sâmila Laise Florêncio Bessa Delfino, Sanline Maria Ferreira de Souza e Virnna Lee Almeida Batista, obrigada por todos os anos de amizade.

À amiga que ganhei ao longo da jornada e que compartilha comigo o mesmo sonho, Lucivanda Soares Barbosa.

À minha orientadora Paula Ventura por todo ensinamento e paciência ao longo da minha jornada acadêmica. Exemplo de mulher e profissional.

Isabelle Furtado Silva.

À Deus, pela minha vida e por me proporcionar realizar um sonho.

Aos meus amados pais, Rosa Maria da Silva Inácio e Raimundo Mauro Inácio, pelo apoio e incentivo aos meus estudos e pelos seus valores transmitidos a mim com muita dedicação e esforço.

A mim mesma, Rosiana da Silva Inácio, por todo esforço, pelas incontáveis superações alcançadas durante a caminhada. Por sempre acreditar no quanto sou

capaz e digna. Pela força de vontade de realizar um sonho, um sonhado primeiramente por Deus.

Aos meus irmãos que caminharam comigo desde o princípio, Roberto Mauro Inácio e Rogéria da Silva Inácio, que acreditaram nos meus sonhos sempre do meu lado, que acreditaram no meu potencial. Pelo amor e amizade de vocês.

Agradeço a minha dupla, Isabelle Furtado Silva, pelo seu companheirismo, você é uma irmã que adquiri na graduação. Obrigada pela convivência sempre agradável que tornaram os meus dias mais amenos e por toda a sua ajuda.

Aos meus amigos, em especial Diego Santos de Almeida, Micaely Silva Cidade e Lidiane Vasconcelos Cândido pela amizade, cuidado e compreensão. Por me aturar nos dias mais difíceis e me dar forças pra continuar.

Aos meus vizinhos, Francisca Aparecida da Silva e Francisco Gleidson de Castro Barroso pelo apoio. Por toda ajuda e reconhecimento.

À todos os professores, especialmente Profa. Paula Ventura da Silveira, por todo carinho, atenção, por todos os ensinamentos transmitidos e por ser uma pessoa maravilhosa.

Rosiana da Silva Inácio

“...Eu lhes asseguro que, se tiverem fé e não duvidarem, poderão fazer não somente o que foi feito à figueira, mas também dizer a este monte: “Levante-se e atire-se ao mar”, e assim será feito. E tudo o que pedirem em oração, se crerem, receberão.”

Matheus 21:21,22

RESUMO

A Odontologia atual dispõe de vários recursos para colaborar com o bem estar e a estética do sorriso. Entretanto há fatores que influenciam na estética do sorriso, como as recessões gengivais, que ocorre quando há a migração apical da margem gengival, como consequência a exposição radicular apresentando uma estética desagradável. As recessões gengivais podem resultar em hipersensibilidade dentinária, cáries radiculares e abrasões. As recessões são classificadas em classe I, II, III e IV de Miller baseada na posição da margem gengival em relação a junção mucogengival, pela perda óssea ou perda da gengiva interdental e pelo posicionamento dental. Os enxertos gengivais são utilizados para o recobrimento radicular através de cirurgias periodontais melhorando assim, a aparência estética do sorriso, os mesmos são removidos de uma área doadora (por exemplo, da região do palato) com a finalidade de reconstituir a área receptora. Existem várias técnicas e tipos de enxerto como os enxertos tecido gengival livre, enxerto pediculado. Diante disto, o objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura relatando os enxertos autógenos e as técnicas que o utilizam para o aumento gengival coronal à retração e as vantagens e desvantagens desse procedimento tratando cada área estética do sorriso. Concluiu-se que a maioria dos autores concordaram que o enxerto de tecido conjuntivo gengival, principalmente em conjunto com várias técnicas, tem os melhores sucessos nos procedimentos em retrações gengivais.

Palavras-chave: Tecido conjuntivo, tecido epitelial, enxerto e cirurgia oral.

ABSTRACT

The current Dentistry has several resources to collaborate with the well-being and aesthetics of the smile. However, there are factors that influence the smile aesthetics, such as gingival recessions, which occur when there is apical migration of the gingival margin, as a consequence of root exposure presenting an unpleasant aesthetic. Gingival recessions can result in dentin hypersensitivity, root caries and abrasions. Recessions are classified in Miller class I, II, III and IV based on the position of the gingival margin in relation to the mucogingival junction, by bone loss or loss of interdental gingiva and by dental positioning. Gingival grafts are used for root coverage through periodontal surgeries thus improving the aesthetic appearance of the smile, they are removed from a donor area (for example, the palate region) in order to reconstruct the recipient area. There are several techniques and types of graft such as free gingival tissue grafts, pedicled grafts. In view of this, the objective of this work is to present a literature review reporting autogenous grafts and the techniques that use them for coronal gingival enlargement to retraction and the advantages and disadvantages of this procedure treating each aesthetic area of the smile. It was concluded that the majority of the authors agreed that the gingival connective tissue graft, mainly in conjunction with various techniques, has the best successes in the procedures in gingival retractions.

Keywords: Connective tissue, epithelial tissue, graft and oral surgery.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Artigos encontrados na busca de 2009 a 2020 com assunto principal tipos de enxertos e técnicas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EU	Enxerto Utilizado
TU	Técnica Utilizada
TE	Tipo de Estudo
RC	Relato de Caso
TCS	Tecido Conjuntivo Subepitelial
RPC	Retalho Avançado Coronalmente
TC	Tecido Conjuntivo
RL	Revisão de Literatura
TIR	Técnica com Incisões Relaxantes
IH	Incisões Horizontais
RSPC	Retalho Semilunar Posicionado Coronalmente
TRP	Técnica de Reconstrução de Papila
DLR	Deslize Lateral de Retalho
TEV	Técnica do Envelope
TMFGG	Técnica Modificada de enxerto Gengival Livre
KT	Tecido Queratinizado
RP	Retalho Parcial
FGG	Técnica de Enxerto Gengival Livre
TTC	Técnica de Tunelização Combinada
EGL	Enxerto Gengival Livre
LCNC	Lesão Cervical Não Cariosa
JCE	Junção Cimento Esmalte
CPP	Cirurgia Periodontal Plástica
ADMG	Enxerto de Matriz Dérmica Acelular
EMP	Proteína da Matriz do Esmalte

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Recessão gengival no incisivo lateral e canino (MELO, 2015).

Figura 2. Recessão gengival com Lesão Cariosa Não cervical (CUNHA, 2014)

Figura 3. Recessão gengival – Classe I de Miller (COTTER, 2011).

Figura 4. Recessão Gengival – Classe II de Miller (COTTER, 2011).

Figura 5. Recessão Gengival - Classe III de Miller (COTTER, 2011).

Figura 6. Recessão Gengival – Classe VI de Miller (COTTER, 2011).

Figura 7. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, retirado da área doadora (REINO, 2011).

Figura 8. Incisões Relaxantes nas partes mesial e distal da Recessão Gengival – (SUKEKAVA, SILVA, ARAÚJO, 2010).

Figura 9. Retalho devidamente divulsionado e repuxado cobrindo a Exposição Radicular (SUKEKAVA, SILVA, ARAÚJO, 2010).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Estética do Sorriso	17
2.2 Recessão Gengival	18
2.3 Técnicas cirúrgicas de enxertos gengivais	24
Para o aumento da gengiva são utilizadas duas classificações:	24
□ Enxerto gengival apical à área de retração:.....	24
□ Enxerto gengival coronal à retração (cobertura radicular):	24
Técnicas empregadas na CPP	24
□ Enxerto gengival autógeno livre:.....	25
Técnica do enxerto epitelial livre	25
Técnica do enxerto gengival de tecido conjuntivo subepitelial	26
□ Enxerto gengival pediculado:.....	27
Posicionado lateralmente (horizontalmente):	27
Deslocado coronalmente:.....	27
Retalho de dupla papila:.....	28
3 METODOLOGIA.....	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5 CONCLUSÃO.....	43
6 REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia é a área da saúde responsável por estudar o sistema estomatognático. Teve seu início na pré-história, porém há registros que datam o exercício da arte dentária (como era chamada no início) 3.500 anos A.C. Esses registros foram encontrados na Mesopotâmia, onde as escrituras descreviam um verme que destruía a estrutura do dente. (SILVA, PERES, 2007).

Segundo FERRARI 2008, a Odontologia está presente no Brasil desde o seu descobrimento apesar da forma rudimentar em que era praticada. Os profissionais da época eram chamados de sangradores ou barbeiros e a prática da arte dentária realizava apenas extrações. Ao longo do séculos XVIII há um desenvolvimento da odontologia no Brasil onde são relatadas as doenças dentais mais comuns da época, como o tártaro, o abalo, o escurecimento, o inchaço decorrente da exodontia e os efeitos do escorbuto. A observação dessas doenças gerou desenvolvimento das técnicas de tratamento, onde o objetivo era tornar o procedimento menos doloroso. Em 1847, iniciou-se o uso da anestesia por meio de inalação do éter, em 1848, usou-se o clorofórmio. (PEREIRA, 2012). O exercício legal da arte dentária começou a ser realizado no século XIX, onde exigia aprovação em um exame de habilitação realizado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O ensino da Odontologia teve início em 1884, quando foram criados os cursos. Para exercer a profissão era necessário um diploma ou exame de revalidação (MOTT et al., 2008). Atualmente, a odontologia possui 23 especialidades, dentre elas está a Periodontia.

Segundo MORAES et al., 2017, a Periodontia é a área da odontologia que estuda e manuseia os tecidos de suporte e circundantes dos dentes, com procedimentos preventivos, clínicos e cirúrgicos para obter a saúde dos tecidos periodontais (observando as interações e ocorrências de doenças sistêmicas no periodonto) podendo então, chegar as bases para o manejo da saúde através da boca.

Dentre as áreas de atuação de um especialista em Periodontia há a restituição das estruturas de suporte dentária, através de enxertos naturais ou sintéticos, muitas vezes necessários para a manutenção da saúde e uma boa estética do sorriso do paciente (MORAES et al., 2017).

A estética é muito exigida por parte dos pacientes e sua busca teve um aumento significativo ao longo dos anos. A Odontologia Atual tem uma variedade de recursos para colaborar com o bem-estar desses indivíduos, entretanto, alguns reveses vão de encontro ao bom resultado estético (OLIVEIRA, 2012), como as recessões gengivais ou recessão de margem tecidual, ou seja, a migração apical da margem gengival, como consequência a exposição radicular apresentando uma estética desagradável (VENTURIUM, JOLY, VENTURIUM, 2011). Essas recessões podem, ainda, resultar em uma série de complicações, por exemplo, a hipersensibilidade dentinária, cáries radiculares e abrasões (BICALHO, GOMES, LIMA, 2016; ANDRADE et. al, 2012). A classificação de recessões gengivais segundo MILLER, considera que a previsibilidade de cobertura radicular é influenciada pela posição da margem gengival em relação a junção mucogengival, pela perda óssea ou perda da gengiva interdental e pelo posicionamento dental. As recessões foram divididas em classes I, II, III e IV. (VENTURIUM, JOLY, VENTURIUM, 2011).

Os enxertos gengivais são utilizados para o recobrimento radicular através de cirurgias periodontais melhorando assim, a aparência estética do sorriso, onde os mesmos são removidos de uma área doadora (por exemplo, da região do palato) com a finalidade de reconstituir a área receptora (como as recessões gengivais) e podem ou não passar por um tratamento antes de serem transferidos para a área receptora (SOARES, 2015). Como exemplo, temos os enxertos autógenos (autólogos, livre ou pediculado), que são utilizados através de várias técnicas. O enxerto gengival livre é utilizado em casos cuja indicação é o aumento gengival, recobrimento radicular, dentre outros (LINDHE et al, 2016). Esse tipo de enxerto é epitelizado, havendo portanto a dificuldade de se alcançar uma boa estética devido a sua cor e textura que diferencia entre a área doadora e a receptora (VALLE, 2011). O enxerto de tecido conjuntivo livre é uma alternativa no tratamento de grandes recessões gengivais. Esse tipo de enxerto tem como áreas doadoras o palato duro, região retromolar ou rebordo edêntulo (JUSTO, 2014). O enxerto de retalho

pediculado é obtido através da incisão da gengiva e reposicionado coronalmente ou lateralmente no tratamento de um único dente onde há presença de retração gengival (LINDHE et al, 2016). .

Com os vários tipos de enxertos utilizados em cirurgias periodontais a literatura apresenta artigos relatando vários casos e tipos de enxertos autógenos (autólogos). Mas qual o melhor tipo de enxerto gengival para as cirurgias periodontais estéticas?

Foram pesquisados os diferentes tipos de enxertos gengivais correlacionando, segundo a literatura o melhor tipo de enxerto para o procedimento cirúrgico periodontal, auxiliando os profissionais da área a escolherem o enxerto autógeno mais indicado para cada procedimento, evitando recidivas e erros.

O tecido conjuntivo, utilizado em cirurgias periodontais para recobrimento de retração gengival onde a área doadora é o palato, é o mais utilizado e indicado para as áreas de recessões gengivais, pois é o que fornece uma maior expectativa de sucesso. (RODRIGUES, ALVES, SEGUNDO, 2010)

Diante disto o objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura relatando os enxertos autógenos e as técnicas que o utilizam para o aumento gengival coronal à retração e as vantagens e desvantagens desse procedimento levando em consideração cada área estética do sorriso.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estética do Sorriso

Segundo GIURIATO, 2014, a palavra estética vem do grego “aistheike”, que significa sensação/percepção. A estética é um ramo da filosofia que tem a intenção de estudar a natureza do que é bonito ao mesmo tempo considerando os aspectos psicossociológicos que a beleza provoca. A estética pode propiciar o desenvolvimento social, pessoal, flexibilidade regional, reafirmando a autoestima.

O fator estética é de grande relevância na Odontologia Moderna, já que os pacientes desejam um sorriso esteticamente agradável onde os dentes são claros e alinhados, mantendo tamanho, forma, cor e simetria. A procura pela estética promove satisfação a esses pacientes, além de proporcionar uma saúde bucal adequada. O sorriso tornou-se um grande aliado para agradar os recursos visuais, agregando a reabilitação, que é essencial para restabelecer ou executar reparos na forma, posicionamento e o equilíbrio estético e funcional dos dentes (SANTOS et al., 2016).

A estética periodontal é vista através do contorno gengival que por sua vez ao ser saudável preenche as ameias cervicais dos dentes (parecem um triângulo invertido) que se localiza entre os limites da crista alveolar e as faces proximais dos dentes. O fato de existir contorno gengival regular e consecutivo, contribui para uma estética mais agradável. Contudo, há fatores como a doença periodontal, trauma teciduais, tratamentos que causaram invasão do espaço biológico que podem levar a reabsorção óssea e consequente recessão gengival (GIMENEZ, 2016).

2.2 Recessão Gengival

A recessão gengival é definida pela literatura como um deslocamento da margem gengival para uma posição apical à junção cimento esmalte (JCE) (VALLE, 2011; FERRÃO, 2003) causando a exposição da raiz dentária, podendo ocasionar dor ou sensibilidade e deixando os dentes mais predispostos à carie radicular (HENRIQUES et al., 2011). É considerada comum nas populações, tanto em países desenvolvidos como em países subdesenvolvidos, podendo ser encontrada em qualquer idade. Entretanto sua prevalência e gravidade aumentam com a idade, o que sugere um efeito cumulativo decorrente da exposição aos agentes etiológicos com o passar do tempo. Na literatura não há concordância entre os dentes mais atingidos pelas recessões gengivais pois os estudos diferem em relação a cada indivíduo. Contudo, a face vestibular dos dentes é a mais atingida por essa alteração, e o trauma por escovação é o fator mais associado. Em parte, nas faces linguais e interproximais, a recessão está ligada a inadequados hábitos de higiene oral (ANDRADE, et al. 2012; BICALHO, GOMES, LIMA, 2016). Os fatores etiológicos, que também podem ser chamados de fatores precipitantes, são a placa bacteriana, processos inflamatórios, trauma mecânico devido ao uso de escovas dentárias de cerdas duras, assiduidade de escovação, piercing bucal, terapia ortodôntica e trauma químico (hábito de fumar) (FURLAN, 2008; DANTAS, SILVA, SAKO, 2012), o controle desses fatores pode evitar a progressão da recessão gengival (SUKEKAVA, SILVA, ARAÚJO 2010). E temos os fatores predisponentes (anatômicos) que podem favorecer a ocorrência dessa alteração, como: ação de freios e bridas, quantidade e qualidade escassa de gengiva inserida, deiscência óssea e traumas devido a oclusão, entre outros (FURLAN, 2008; DANTAS, SILVA, SAKO, 2012). Podem ocorrer em áreas isoladas ou múltiplas na cavidade oral afetando mais a área vestibular dos dentes. São de diferentes tamanhos e podem provocar sensibilidade dentinária, abrasões e cáries radiculares. A presença de recessões chega a afetar cerca de 70% da população (DANTAS, SILVA, SAKO, 2012). RODRIGUES, ALVES, SEGUNDO, 2010, relataram que o progresso de uma recessão gengival inevitavelmente depende da presença de um ou mais fatores predisponentes em conjunto com um ou diversos fatores precipitantes



Figura 1. Recessão gengival no incisivo lateral e canino (MELO, 2015).

Alguns fatores podem prejudicar o sucesso da cirurgia de recobrimento radicular como altura óssea, extrusão dentária, lesões cervicais não cariosas (LCNC), como a abrasão, erosão ou abfração, que podem se estender abaixo da gengiva marginal livre e os biótipos do tecido gengival (REINO et al., 2011). Os biótipos periodontais podem ser de dois tipos: periodonto fino e periodonto espesso. O periodonto fino apresenta tecido mole e frágil, faixa de gengiva queratinizada pequena e osso subjacente fino, representado por fenestrações e/ou deiscências. E o periodonto espesso apresenta tecido mole fibroso e grosso, faixa espessa de gengiva queratinizada e osso subjacente amplo, resistente ao traumatismo mecânico. Em indivíduos com o periodonto fino há mais facilidade de ocorrer em danos teciduais no decorrer do procedimento cirúrgico, portanto os biótipos periodontais podem servir como critério para que o profissional possa estabelecer uma tratamento cirúrgico adequado (CUNHA, 2014).



Figura 2. Recessão gengival com Lesão Cariosa Não cervical (CUNHA, 2014)

Miller, em 1985, classificou as recessões gengivais através de dois fatores, que podem ser vistos clinicamente:

Classe I, recessão não atinge a linha mucogengival, sem perda óssea proximal. Possibilidade de 100% de cobertura radicular;

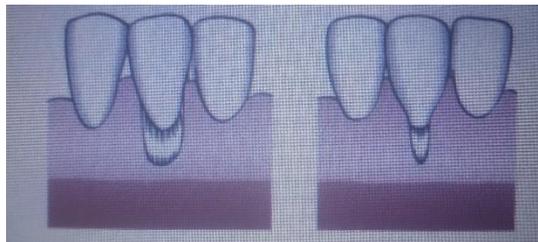


Figura 3. Recessão gengival – Classe I de Miller (COTTER, 2011).

Classe II: atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, sem perda óssea proximal. Possibilidade de 100% de cobertura radicular;



Figura 4. Recessão Gengival – Classe II de Miller (COTTER, 2011).

Classe III: recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, há perda óssea interproximal e o tecido proximal é apical a junção amelocementária, ficando coronária ao início da recessão. Possibilidade de cobertura parcial coronal;

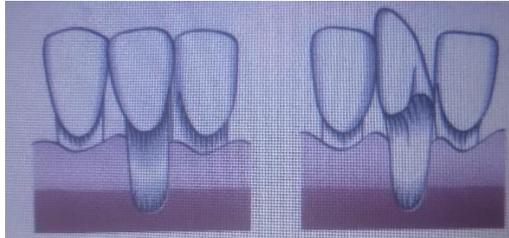


Figura 5. Recessão Gengival - Classe III de Miller (COTTER, 2011).

Classe IV: recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival. Os tecidos proximais se encontram no nível do início da recessão e aparece em mais de uma face do dente. Não há possibilidade de cobertura radicular pelas técnicas de cobertura radicular (VALLE, 2011; CARMO, 2013; CREDICO, 2017).

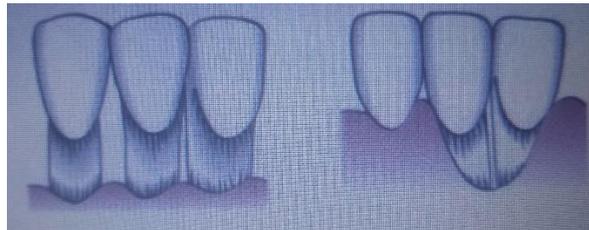


Figura 6. Recessão Gengival – Classe VI de Miller (COTTER, 2011).

Em 2018 foi lançada uma nova Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares. As condições periodontais são divididas em três grupos: 1. Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais. 2. Periodontite. 3. Outras condições que afetam o periodonto, onde está classificada as recessões gengivais. E há também o grupo das doenças peri-implantares. A nova classificação das recessões gengivais são divididas por tipo:

Recessão Tipo 1 (RT1): não apresenta perda de inserção interproximal. Junção cimento-esmalte (JCE) interproximal não detectável clinicamente na mesial ou na distal.

Recessão Tipo 2 (RT2): Apresenta perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco menor ou igual à perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/bolsa na vestibular).

Recessão Tipo 3 (RT3): Apresenta perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco/bolsa maior que a perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/bolsa na vestibular).

Há também a classificação de degrau cervical, que é considerada de acordo com a presença ou não de concavidades na superfície radicular. Essa classificação define:

Degrau positivo: Presença de um degrau cervical > 0,5 mm

Degrau negativo: Ausência de degrau cervical > 0,5 mm

Assim, a nova nomenclatura é o tipo de recessão (RT1, RT2 ou RT3) seguida do degrau tipo de degrau (positivo ou negativo) (STEFFENS, MARCANTONIO, 2018).

Segundo RODRIGUES, ALVES, SEGUNDO (2010), quando a recessão está instalada, há diferentes formas dependentes do defeito e da técnica a ser realizada, para que o procedimento cirúrgico tenha o devido prognóstico, como: a característica do defeito, para as classes I e II é possível um completo recobrimento, para classe III recobrimento incompleto e classe IV nenhum recobrimento é esperado. Em relação a profundidade e largura da recessão pior será o prognóstico. Em relação a modificação da superfície radicular, foi proposto o condicionamento da superfície radicular para a remoção dos depósitos bacterianos, do cálculo e do cimento contaminado obtendo assim uma nova inserção conjuntiva; características do enxerto, o enxerto de tecido conjuntivo deve apresentar a dupla vascularização (do retalho e do leito supraperiosteal), manter uma estabilidade com o sitio receptor, cobrir de 3 a 5 mm a mais que a área exposta e um bom controle de higienização pós- cirúrgico.

Hoje em dia, o tratamento estético das recessões gengivais é feito por procedimentos de Cirurgia Periodontal Plástica (CPP) estudados clinicamente, por exemplo, temos, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, enxerto gengival livre, retalho posicionado coronalmente/lateralmente isolado ou associado a biomateriais ou a enxertos, enxerto de matriz dérmica acelular (ADMG), proteína da matriz do

esmalte (EMP) e regeneração tecidual guiada. Esses procedimentos de recobrimento radicular são realizados na maioria das vezes para abranger a demanda estética mas a grande dificuldade é saber a quantidade de cobertura radicular que será alcançada (VALLE, 2011). O tratamento cirúrgico de recessão gengival tem como principal objetivo recobrir a raiz exposta, melhorando a aparência estética, mas também objetiva suspender a progressão da recessão, aumentar a quantidade de gengiva inserida e diminuir ou extinguir a sensibilidade dentinária (DANTAS, SILVA, SAKO, 2012; MELO, 2015).

2.3 Técnicas cirúrgicas de enxertos gengivais

Atualmente, as técnicas mais comumente utilizada no tratamento de dimensões gengivais insuficientes são o uso de pedículo ou de enxerto de tecido gengival livre, pois os resultados de cicatrização apresentam maior previsibilidade. Os enxertos pediculados são aqueles que após a colocação na área receptora mantêm sua conexão com a área doadora, já os enxertos livres, são completamente desprovidos de conexão com a área doadora (LINDHE et al, 2016).

Para o aumento da gengiva são utilizadas duas classificações:

➤ **Enxerto gengival apical à área de retração:**

O enxerto pediculado ou livre é colocado em um leito receptor apical à margem gengival retraída. Não é feita nenhuma tentativa para o recobrimento da superfície radicular exposta onde há retração gengival e óssea, porém, ele pode ser utilizado para recobrimento radicular quando o aumento do suprimento sanguíneo é realizado no leito receptor.

➤ **Enxerto gengival coronal à retração (cobertura radicular):**

Um enxerto pediculado ou livre é colocado, cobrindo a superfície radicular exposta. O aumento tanto apical quanto coronal da gengiva inserida melhoram os procedimentos de higiene oral, mas somente o coronal pode corrigir problemas estéticos.

Técnicas empregadas na CPP

Existe várias técnicas descritas e estudadas na literatura.

Abaixo, temos uma breve descrição das técnicas mais usadas e avaliadas.

➤ **Enxerto gengival autógeno livre:**

Desde o seu desenvolvimento essa técnica é utilizada para aumentar a quantidade de tecido queratinizado na área da retração (SAPATA et al., 2017). Geralmente é selecionada quando não há tecido doador aceitável na área adjacente ao defeito de retração ou quando um tecido marginal mais espesso é desejado. O método pode ser utilizado para o tratamento de um único dente ou para grupos de dentes (LINDHE et al, 2016). Os procedimentos consistem na desinserção gengival na área doadora e a transferência desse tecido para a área receptora (COTTER, 2011). O enxerto gengival livre divide-se em dois: enxerto epitelizado e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial da mucosa mastigatória palatina (LINDHE et al, 2016).



Figura 7. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, retirado da área doadora (REINO, 2011).

Técnica do enxerto epitelial livre

É feito primeiramente a preparação do leito receptor, onde são realizadas duas incisões verticais delimitando a área a ser tratada, o retalho é dividido em duas partes, a primeira é uma fina camada de tecido conjuntivo (periósteo) que permanece no local do procedimento e a segunda é eliminada, assim o sitio receptor está pronto para receber o enxerto. A região doadora normalmente é o palato (adjacente aos dentes pré-molares e primeiro molar). O tecido removido deve ter o formato da área receptora, após sua demarcação, realiza-se duas incisões perpendiculares ao palato com no mínimo de 1,5 mm e remove-o delicadamente evitando deixar o osso exposto o que dificulta a sua cicatrização e a torna dolorosa (COTTER, 2011). O alisamento radicular com aplicação de ácido cítrico saturado é

realizado, faz-se a transferência e a imobilização do enxerto sem deixar espaços vazios que possam ser ocupados por coágulos sanguíneos e que poderiam atrasar a cicatrização e protege-o com papel alumínio ou cimento cirúrgico (LINDHE et al, 2016). Tem como vantagem ser um procedimento simples, aplicável em vários dentes e uma elevada taxa de sucesso no aumento da espessura e formação da mucosa queratinizada. E como desvantagem a necessidade de duas áreas cirúrgicas, o desconforto e hemorragias por causa da ferida cirúrgica aberta no palato, o suprimento sanguíneo do enxerto é deficiente e a desarmonia estética do enxerto com a área receptora que apresenta uma cor mais clara (COTTER, 2011).

Técnica do enxerto gengival de tecido conjuntivo subepitelial

Para se obter o tecido conjuntivo da região palatina, mais precisamente da região dos pré- molares ou região retromolar, deve se avaliar a espessura da mucosa palatina com uma sonda periodontal. Logo após, cerca de 3 mm da margem gengival é feita a incisão horizontal, perpendicular à superfície óssea próxima, estendendo-a mesial e distalmente de acordo com o tamanho necessário para o recobrimento radicular. É feita uma incisão vertical perto terminação da incisão mesial primária. Depois realiza-se outra incisão que vai desde alinha da primeira incisão em direção apical, assim teremos a incisão divisória da mucosa palatina. Para se retirar o enxerto do osso se faz necessário o uso de um perióstomo e sutura essa região doadora (COTTER, 2011). São realizadas incisões divergentes verticais obtendo um retalho de espessura parcial e preparando o sítio receptor, o enxerto advindo da área doadora é colocado na região receptora onde é coberto com a porção externa do retalho da área receptora e protegido com papel alumínio ou cimento cirúrgico (LINDHE et al, 2016). Essa técnica tem como vantagem o pós-operatório menos doloroso já que a cicatrização na região doadora é realizada por primeira intenção, recebe um suprimento sanguíneo mais abundante pois esse suprimento vem tanto da superfície do retalho como da superfície do perióstio e pode ser aplicada em recessões múltiplas. E tem como desvantagem ser um procedimento mais exigente e pode haver a necessidade de se realizar no pós-

operatório uma gengivoplastia para uma morfologia mais satisfatória (COTTER, 2011).

➤ **Enxerto gengival pediculado:**

Pode ser realizado utilizando retalho de espessura parcial ou total. O retalho de espessura parcial é o mais conveniente, pois possibilita a cicatrização rápida no leito doador e diminui o risco de perda de altura óssea. Contudo, se a gengiva tiver pouca espessura o retalho de espessura parcial pode não ser suficiente para viabilizar a sobrevivência do enxerto. Dentre as várias maneiras que podemos realizá-lo temos (COTTER, 2011):

Posicionado lateralmente (horizontalmente):

O retalho posicionado lateralmente é utilizado para cobrir superfícies radiculares isoladas e expostas que possuam sitio doador adequado lateralmente. A profundidade vestibular, é necessária (LINDHE et al, 2016). Logo, devemos observar a espessura e a quantidade da mucosa queratinizada para que não haja prejuízo a região após o procedimento. Sua técnica consiste em preparar o sitio receptor, logo depois levanta o retalho de espessura total, transfere o retalho para área receptora recobrando a área exposta (COTTER, 2011) sutura e protege o retalho com papel alumínio ou cimento cirúrgico (LINDHE et al, 2016).

Deslocado coronalmente:

Cria um retalho de espessura parcial na área apical da raiz exposta e posiciona coronalmente para cobrir a raiz (LINDHE et al, 2016), isto é possível devido a característica elástica da mucosa. É um procedimento simples e tem um pós-operatório não doloroso. Pode ser realizado em recessões localizadas ou em recessões múltiplas pouco extensas (COTTER, 2011). Temos duas técnicas para realizá-lo: a primeira, consiste em duas incisões verticais, raspa e alisa a superfície radicular, sutura o retalho a nível coronal e cobre-se com cimento cirúrgico. Na segunda, é feita uma incisão semilunar (forma de meia lua) acompanhando a

curvatura da margem gengival retraída e terminando aproximadamente 2 a 3 mm antes da ponta das papilas, faz-se a dissecação da espessura parcial coronalmente e liga-se a incisão intrasulcular, o tecido vai abaixar coronalmente, cobrindo a raiz exposta. Depois é mantido em sua nova posição por alguns minutos com gaze úmido. Muitos casos não exigem sutura, nem cimento cirúrgico (LINDHE et al, 2016). Essa técnica teve sucesso em estudos feitos na maxila, mas é contraindicada em dentes mandibulares (COTTER, 2011).

Retalho de dupla papila:

É utilizado as papilas interproximais para cobrir as recessões gengivais (COTTER, 2011). São realizadas duas incisões relaxantes verticais e um pouco divergentes a área apical lateralmente a retração em até 3 a 4mm além da linha mucogengival, a incisão é iniciada na margem da gengiva interproximal, entre a parte mais alta da papila e o zênite gengival do dente adjacente.



Figura 8. Incisões Relaxantes nas partes mesial e distal da Recessão Gengival – (SUKEKAVA, SILVA, ARAÚJO, 2010).

As incisões relaxantes são ligadas através de uma incisão intrasulcular e logo após descola-se o retalho e estende a margem do mesmo até recobrir a exposição radicular (SUKEKAVA, SILVA, ARAÚJO, 2010).



Figura 9. Retalho devidamente divulsionado e repuxado cobrindo a Exposição Radicular (SUKEKAVA, SILVA, ARAÚJO, 2010).

Tem como vantagem a dupla irrigação sanguínea e a exposição do osso interproximal. E como desvantagem podemos citar as características específicas do enxerto, por exemplo ter uma boa espessura e uma quantidade adequada da mucosa queratinizada (COTTER, 2011).

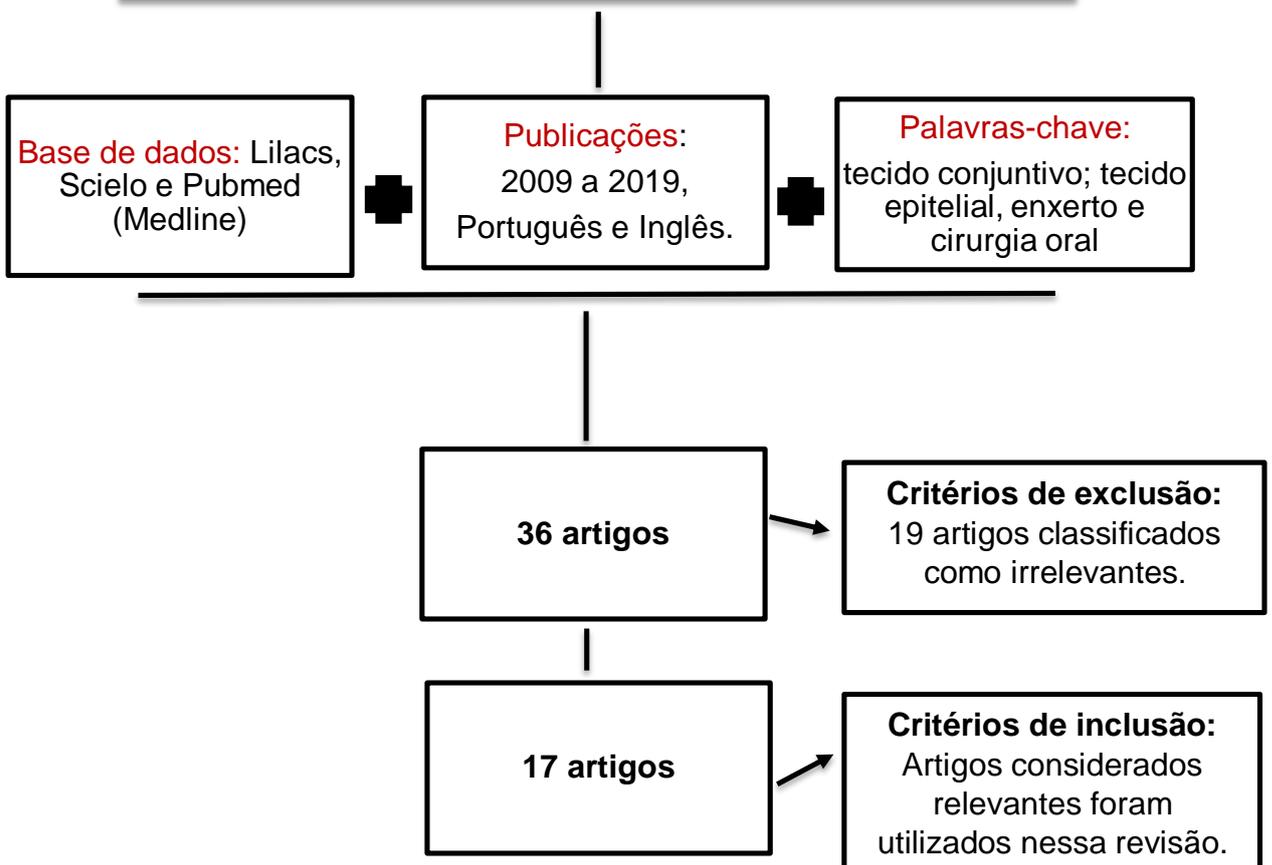
O sucesso do tratamento das recessões gengivais está ligeiramente ligado ao estudo da sua etiologia e na previsão das técnicas cirúrgicas realizadas, entretanto, tanto o profissional como o paciente devem estar cientes da eficácia, perspectiva, controle e capacidade de ter que realizar mais de uma CPP para o resultado estético satisfatório (DANTAS, SILVA, SAKO, 2012). Além dos cuidados na técnica, como a habilidade do profissional, a observação das características do defeito, as peculiaridades do enxerto, o tipo de método cirúrgico, a condição sistêmica do paciente e o seu hábito de higienização oral, assim, poderemos obter uma adequada previsibilidade do recobrimento radicular (RODRIGUES, D.C.; ALVES, R.; SEGUNDO, T. K., 2010).

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi baseado em uma pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados eletrônicas LILACS, SCIELO, EBSCO por meio da busca de artigos relacionados ao tema supracitado, no qual 27 artigos e um livro foram selecionados entre o período de 2009 a 2020 dos quais apenas 14 artigos foram utilizados para esse estudo. Os descritores utilizados para seleção dos artigos foram: Tecido Conjuntivo; Tecido Epitelial; Enxerto e Cirurgia Oral. Os artigos obtidos através das estratégias de busca, que tiveram como temática principal: “Enxertos em retrações gengivais”, foram avaliados e classificados em relevantes (estudos pertinentes e possíveis de serem incluídos na revisão) e irrelevantes (estudos sem pertinência, não possíveis de incluir na revisão). Dentre os critérios de inclusão observados para escolha dos artigos, foram considerados os seguintes aspectos: disponibilidade do texto integral completo e atual. No qual foram selecionados artigos classificados como elegíveis escritos em inglês e português e os quais abordavam de forma completa o assunto pesquisado e excluídos da amostra os artigos que não apresentaram relevância clínica sobre o tema abordado e metodologia inadequada.

METODOLOGIA

Enxerto Autógeno na Correção Estética do Sorriso: Revisão de Literatura



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta dos artigos de acordo com a metodologia e dos critérios de inclusão, quatorze artigos foram selecionados, os mesmos são descritos na tabela abaixo.

Tabela 1: Artigos encontrados na busca de 2009 a 2020 com assunto principal tipos de enxertos e técnicas.

Ano	Autor	Título	Objetivo	TE	Problema	EU	TU
2009	FERRÃO et al.	Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial – uma Alternativa em Cirurgia Plástica Periodontal. Caso Clínico	Este trabalho tem como finalidade descrever um caso clínico no qual foi utilizada a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.	RC	Paciente 26 anos, normossistêmico, queixa de recessão gengival no dente 41 com sensibilidade e comprometimento estético.	TCS	RP
2010	SUKEKAVA; SILVA; ARAUJO	Estudo piloto sobre a previsibilidade de recobrimento radicular de recessões gengivais classe III de Miller.	O objetivo do presente estudo foi avaliar o grau de recobrimento radicular de recessões classe III de Miller obtido após a realização de reposicionamento coronal do retalho associado a enxerto de tecido	TE	20 pacientes, com recessões gengivais únicas ou múltiplas classificadas como classe III de Miller, ausência de comprometimento sistêmico ou uso de medicamentos que os impedissem de sofrer qualquer intervenção	TCS	RPC

			conjuntivo subepitelial.		cirúrgica, ausência de sinais clínicos de inflamação gengival, perda de inserção interproximal < 4 mm, ausência de lesão de carie radicular e não-fumantes.		
2011	HENRIQUES et al.	Recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial em recessões classe III de Miller.	O presente trabalho visa mostrar por meio de um relato de caso o tratamento de recessão gengival por meio de enxerto conjuntivo.	RC	Paciente do sexo feminino, 42 anos de idade, sistemicamente saudável, sem alteração detectada através da anamnese e não fumante, relatou queixa de hipersensibilidade . As recessões foram classificadas como classe III de Miller.	RPC	TCS
2011	REINO et al.	Tratamento de retrações gengivais múltiplas presentes em dentes extruídos com lesões cervicais não cariosas associadas.	Objetivo deste relato de caso é demonstrar o emprego da técnica de retalho avançado coronalmente com uso de enxerto de tecido conjuntivo	RC	Paciente do sexo masculino, com 40 anos de idade, Sua queixa principal estava relacionada à estética e ao acúmulo de biofilme bacteriano nos elementos dentários do	RPC	TC

			subepitelial como uma opção de tratamento para casos onde extrusões e LCNCs estão associadas a retrações gengivais múltiplas.		primeiro quadrante. Durante a anamnese, o paciente afirmou não ser fumante e apresentar. Retrações gengivais foram encontradas recessões nos elementos 12, 14, 15 e 16, sendo que os pré-molares apresentavam LCNCs associadas.		
2011	VALLE	Recobrimento radicular.	O presente trabalho propõe revisar a literatura referente a procedimentos para recobrimento radicular, assim como apresentar um caso clínico de um paciente submetido a um procedimento de cirurgia plástica periodontal.	RL e RC	Paciente feminino, 21 anos, normossistêmica. Queixa principal estética prejudicada pela recessão gengival.	RPC	TC
2011	VENTURIUM; JOLY; VENTURIUM	Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o	Este estudo objetivou avaliar a utilização do enxerto de	RL	Diferenciar as técnicas cirúrgicas disponíveis.	TC	TIR

		tratamento da recessão gengival.	tecido conjuntivo no tratamento de recessões gengivais, visando solucionar problemas estéticos e alterações funcionais.				
2012	ANDRADE et al.	Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão Cervical.	O objetivo desse trabalho é Revisar a literatura e apresentar um caso tratado com uma abordagem restauradora e periodontal integrada.	RL e RC	Paciente masculino, 8 anos, com queixa de uma recessão classe III de Miller com abrasão cervical no canino superior esquerdo, a qual foi previamente restaurada com resina composta.	TCS	IH
2012	DANTAS; SILVA; SAKO	Tratamento estético periodontal: revisão de literatura sobre alguns tipos de cirurgia.	O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre aumento de coroa clínica e recobrimento radicular em dentes anteriores, em relação a alguns tipos de cirurgias que podem ser empregadas para tratamento	RL	Diferenciar as técnicas cirúrgicas disponíveis.	TCS	RSPC, TRP, DLR

			dessas situações, com finalidades estéticas.				
2013	CARMO	Eficácia da técnica de tunelização com enxerto de tecido conjuntivo no tratamento de recessões gengivais. Revisão da literatura e relatório de casos clínicos.	Avaliar a eficácia da técnica de tunelização com enxerto de tecido conjuntivo no recobrimento radicular de classes I e II de Miller e, adicionalmente, exemplificar a sua utilização através da apresentação de casos clínicos.	RL e RC	4 casos clínicos de recessões gengivais unitárias e múltiplas tratadas com a técnica de tunelização combinada	TC	TTC
2014	CUNHA	Decisão Quanto à Escolha da Técnica de Recobrimento Radicular: Relato de Caso Clínico	Este trabalho tem como objetivo descrever os principais critérios na tomada de decisão sobre qual técnica cirúrgica indicar para o tratamento das recessões periodontais. Além disso, é relatado um caso clínico	RC	Paciente com queixa principal de incômodo estético na região do dente 13.	TC	RPC

			onde estes critérios foram utilizados para a tomada de decisão				
2014	JUSTO	Enxerto de tecido conjuntivo para obtenção de Estética em implantes-Relato de caso clinico	Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico envolvendo a Periodontia e Implantodontia através da utilização de um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para melhorar a estética e função de um implante previamente colocado na região anterior da maxila.	RC	Paciente feminino, 50 anos, normossistêmica, queixa da estética na área anterior	TCS	TEV
2015	MELO; SOARES; FALABELLA	Recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo.	O objetivo deste estudo foi relatar três casos clínicos que utilizaram o enxerto de tecido conjuntivo como terapia para recobrimento radicular em recessões Classe I e II.	RC	Caso 1: Paciente do sexo feminino, 24 anos, não fumante e sem alterações sistêmicas importantes, apresentando recessões múltiplas em área estética. Caso 2: Paciente do sexo feminino,	TC	1 e 2: TTC 3: RPC

					<p>46 anos, não fumante, com um quadro de hipertensão leve, apresentava recessão Classe II de Miller na face vestibular do dente 13, com queixa estética da área e grande hipersensibilidade dentinária.</p> <p>Caso 3: Paciente do sexo feminino, 50 anos, fumante, sem alterações sistêmicas relevantes, revelou durante o exame clínico uma recessão Classe II de Miller no dente 13, associada à hipersensibilidade dentinária moderada e incômodo estético.</p>		
2017	CREDICO	Importância da correta escolha na técnica de enxerto gengival	Esse trabalho tem como objetivo expor através de uma revisão de literatura, quais	RL	Descrever as técnicas disponíveis e escolha correta da técnica.	TC	RPC, TC, EGL

			são as técnicas disponíveis e destacar a importância da escolha correta da técnica de enxerto gengival para o sucesso do tratamento proposto.				
2017	SAPATA	Técnica modificada de enxerto gengival livre: uma série de casos.	A presente série de Casos descreve o uso de uma técnica De fgg modificada, com a intenção de reduzir a contração do enxerto.	RC	Três pacientes, femininos, normossitêmicos com retrações gengivais associada a falta de kt.	TC	TMFG G

A procura para o tratamento das recessões gengivais resultou no surgimento de várias técnicas. Através dessas técnicas, obtiveram resultados mais esperados quanto ao recobrimento radicular. No tratamento das retrações gengivais a aplicação das técnicas de enxertos pediculados tem um aspecto estético notável, principalmente quando os comparamos com o enxerto gengival livre. O enxerto gengival livre pode ser utilizado quando precisamos primeiramente de um ganho de mucosa e por segundo de recobrimento radicular. Mas essa técnica resigna-se a recessões de classe I, em regiões onde a estética não será implicada, como na mandíbula e em molares da arcada superior. Em retrações de classe I, as técnicas cirúrgicas de reposicionamento coronal do retalho e reposicionamento lateral do retalho apresentam agradável antevisão de sucesso no recobrimento radicular e na conquista da harmonia estética. Em recessões de classe II e III, o conjunto das técnicas descritas com, o enxerto de tecido conjuntivo, seria a melhor opção. É relevante destacar que, na maxila, as técnicas de recobrimento radicular apresentam melhor antevisão de sucesso, diferente da mandíbula. Pois na

mandíbula, a estabilidade dos retalhos e enxertos é mais difícil de ser mantida na posição desejada por causa das trações musculares que são mais fortes do que na maxila (CUNHA, 2014).

Na intervenção de recessão de classe I com biótipo fino os retalhos pediculados (coronal ou lateral) são contraindicados. Nas recessões classe II e III com biótipo fino é necessário também pensar em um aumento da faixa de mucosa queratinizada. Assim, em áreas não estéticas pode-se usar o enxerto gengival livre primeiramente, e em um segundo procedimento cirúrgico utilizar um reposicionamento coronal. Em áreas estéticas, pode ser usado o retalho posicionado coronalmente em conjunto ao enxerto conjuntivo gengival. É relevante destacar que, nas retrações de classe II e III em áreas estéticas, a técnica de enxerto por envelope não é recomendada, já que necessita que dois terços do enxerto fiquem recobertos pelo retalho. Como se trata de retrações amplas, improvavelmente haveria o tecido conjuntivo doador necessário para esse recobrimento radicular (CUNHA, 2014).

A técnica de recobrimento radicular com maior grau de antevisão é o enxerto de tecido conjuntivo gengival. O melhor benefício dessa técnica comparada com as outras é o duplo suprimento sanguíneo, que aumenta bastante o grau de antevisão, o sucesso do tratamento e a estética, devendo ser a técnica de primeira escolha para se tratar de recobrimento radicular. O enxerto gengival livre é muito utilizado nas CPP, principalmente para aumentar a faixa de mucosa queratinizada inserida. Mas só pode ser usada objetivando o recobrimento radicular em retrações de classe I em regiões não estéticas (CUNHA, 2014).

A técnica isolada de reposicionamento do retalho coronalmente ou lateralmente à retração periodontal é bem indicada em retrações de classe I na maxila contando que o tecido tenha boa espessura. O enxerto gengival livre é bem indicado para o aumento da faixa queratinizada inserida. Entretanto não é indicada para o recobrimento radicular, com exceção de regiões envolvidas esteticamente e em recessões de classe I (CUNHA, 2014).

O tratamento das recessões gengivais ainda é um desafio para os periodontistas, predominante quando há extrusões, inclinações ou giroversões dentárias. Além disso, LCNCs podem ser um contratempo, porque comprometem a anatomia radicular, originando cavidades na raiz dentária, e as vezes também

acometem a porção coronal do dente, o que pode levar o paciente a achar que a CPP não foi bem sucedida. A presença de LCNCs e extrusão dentária pode ser um agravo nesses casos, pois a remoção dos materiais poderia expor uma grande cavidade e aumentar a sensibilidade dentinária desses elementos, podendo envolver a saúde dentária e evoluir para uma pulpíte. Estudos comprovaram que materiais como o cimento de ionômero de vidro resinoso e as resina fotopolimerizáveis são biocompatíveis para permanecerem em nível de epitélio juncional ao recobrimento radicular, utilizando a técnica de retalho avançado coronalmente e sua modificação através do uso do enxerto de tecido conjuntivo gengival, apresentando assim bom resultado (REINO, 2011).

A maioria dos autores concordaram que o enxerto de tecido conjuntivo gengival, principalmente em conjunto com várias técnicas, tem os maiores sucessos nos procedimentos em retrações gengivais. Porém devem apresentar dupla vascularização, do retalho e do leito supraperiosteal e a manutenção cicatricial, fornecida pela fibrina do coágulo sanguíneo e por suturas adequadas, é fundamental para esse sucesso. A assepsia do enxerto é relevante, necessitando evitar traumas ao tecido. Para manter a ferida estável, deve-se protegê-la com um cimento cirúrgico e também indicar o uso de bochechos com clorexidina por 15 dias. Em relação ao tamanho do enxerto, aconselharam que deve ser no mínimo 11 vezes maior que a região revelada ou abranger no mínimo de 3 a 5 mm, além da exposição radicular. Assim, o sítio receptor demarcará o tamanho do enxerto. E devem analisar e controlar os diversos fatores, como: as peculiaridades do defeito e seleção da lesão, o equilíbrio dos fatores etiológicos, o equilíbrio dos fatores sistêmicos, a escolha da técnica cirúrgica, a conservação da superfície radicular, o preparo do leito receptor, e as características do enxerto, como: vascularização, hidratação, a posição, grossura, tamanho, estabilidade cicatricial e assepsia da ferida (RODRIGUES, ALVES, SEGUNDO, 2010).

CUNHA, 2014, salienta ainda que uma das vantagens do enxerto conjuntivo gengival é a sua coloração parecida com os tecidos adjacentes, o que elimina o aspecto de “queloide”, que era visto após a colocação dos enxertos gengivais de epitélio com conjuntivo. Entretanto uma técnica cirúrgica a mais deve ser feita, já que é necessário se retirar o tecido conjuntivo da região palatina (área doadora),

elevando o risco de complicações pós- cirúrgicas, como dor e ruptura dos vasos sanguíneos.

É importante conhecer os eventos biológicos para que se possa ter a previsibilidade de uma CPP bem sucedida, e uma vez indicada, saber eleger a técnica mais adequada, analisando fatores como: quantidade e qualidade da mucosa queratinizada, região da retração, posição do dente no arco e qualidade da superfície radicular (DANTAS, 2012).

5 CONCLUSÃO

Alguns fatores são determinantes para o sucesso de uma cirurgia de enxerto como: característica do defeito, fatores sistêmicos, escolha da técnica cirúrgica, preparo da área receptora e doadora, vascularização, tamanho e estabilidade do enxerto. Baseado no que foi exposto é possível concluir que o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial tem se tornado o enxerto de escolha em técnicas cirúrgicas periodontais pois proporciona melhor previsibilidade e melhor semelhança da coloração do retalho com o tecido gengival, proporcionando uma melhor estética. A técnica mais utilizada segundo a literatura é o retalho posicionado coronalmente pois proporciona uma melhor cicatrização.

6 REFERÊNCIAS

ANDRADE et al., **Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão cervical**. Revista Baiana de Odontologia, Salvador, dez. 2012; 3(1): 86-99. <http://www.bahiana.edu.br/revistas>

BICALHO, R. S. M., GOMES, C. V., LIMA, R. P. E., **Etiologia multifatorial das recessões gengivais: uma revisão de literatura**. Pós em revista. All Rights Reserved, 2016.

CARMO, E. F. F. D., **Eficácia da técnica de tunelização com enxerto de tecido conjuntivo no tratamento de recessões gengivais. Revisão da literatura e relatório de casos clínicos**. Mestrado em medicina dentária. Faculdade de Coimbra, Coimbra, 2013.

COTTER, A. de V. e B. B., **Procedimentos de Aumento Gengival e Recobrimento Radicular: Revisão Bibliográfica e Apresentação de um Caso**. Mestrado integrado em Medicina Dentária. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade Ciências da Saúde. Porto, 2011.

CUNHA, F. A., **Decisão Quanto à Escolha da Técnica de Recobrimento Radicular: Relato de Caso Clínico**. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde 2014;16(4):321-7

CREDICO, B. T. M. D., **Importância da correta escolha na técnica de enxerto gengival**. São Lucas Centro Universitário. Porto Velho 2017

DANTAS, A. A. R., SILVA, E. R. C., SAKO J. S., **Tratamento estético periodontal: revisão de literatura sobre alguns tipos de cirurgia**. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2012; 24(3): 226- 34, set-dez

FERRÃO, J. P. J. et al., **Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial – uma Alternativa em Cirurgia Plástica Periodontal. Caso Clínico**. Revista brasileira de cirurgia e periodontia 2003; 1(4):285-90

FERRARI, M. A. M. C., **História da odontologia no brasil – o currículo e a legislação de 1956 e 1931**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011.

FURLAN, R. D., **Avaliação da estética do perfil facial tegumentar masculino, baseado no posicionamento do lábio inferior**. 2012, 29 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina,PR, 2012.

GIMENEZ, N. F., **A estética do sorriso**. 64 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, 2016.

GIURIATO, J. B., **Estética em odontologia: percepções de acadêmicos de odontologia e pacientes.** São Paulo, 2014.

HENRIQUES, P. S. G., **Recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial em recessões classe III de Miller.** Rev Dental Press Periodontia Implantol. 2011 jan-mar;5(1):86-92.

JUSTO, I. N., **Enxerto de tecido conjuntivo para obtenção de estética em implantes: Relato de Caso Clínico.** 2014. (NUMERO DE FOLHAS) Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

MELO, P. C. C. D., SOARES, L. G., FALABELLA, M. E. V., **Recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo.** PerioNews 2015;9(1):34-41

MORAES, R. G. B. et al., **Perspectiva para a periodontia – Um ensaio sobre o momento da especialidade no país.** Braz J Periodontal - Dezembro 2017 – Volume 27 Issue 04.

MOTT, M. L. et. al., **'Moças e senhoras dentistas': formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República.** Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos vol.15 supp1.0 Rio de Janeiro 2008.

OLIVEIRA, M., **Reconstrução estética e cosmética do sorriso com agenesia de incisivos laterais e macrodontia dos incisivos centrais.** Rev Dental Press Estét. 2012 abr-jun;9(2):40-3.

PEREIRA, W., **Uma história da odontologia no Brasil. História e perspectiva.** Uberlândia (47):147-173, jul/dez.2012.

REINO D.M., **Tratamento de retrações gengivais múltiplas presentes em dentes extruídos com lesões cervicais não cariosas associadas.** Rev Dental Press Periodontia Implantol. 2011 jan-mar;5(1):38-46

RODRIGUES, D.C., ALVES, R., SEGUNDO, T. K., **Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular.** RGO, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 115-118, jan./mar. 2010

SANTOS, B. C, et. al., **Odontologia estética e qualidade de vida: revisão integrativa.** Ciencias Biológicas e da Saúde/ Maceió/v.3/n.3/p.91-100/nov2016/periódicos.set.edu.br

SAPATA, V. M. et al., **Free gingival graft using a modified technique: a case series.** J Clin Dent Res. 2017 Apr-June;14(2):91-9.

SILVA, R. H. A., PERES, A. S., **Odontologia: Um breve histórico destistry a historical brief.** Odontologia. Clin. Cientif, Recife,6(1): 7-11, jan,mar, 2007.

SOARES, M. V. R., **Biomateriais utilizados na prática odontológica: Uma revisão de literatura**. 2015. 27 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) -Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

STEFFENS, J. P., MARCANTONIO, R. A. C., **Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave**. Rev Odontol UNESP. 2018 July-Aug; 47(4): 189-197

SUKEKAVA, F.; SILVA, C. O.; ARAUJO, M. G., **Estudo piloto sobre a previsibilidade de recobrimento radicular de recessões gengivais classe III de Millier**. Rev Dental Press Periodontia implantol. 2010 abr-iun:4(2):93-102

Tratado de periodontia e implantodontia oral/ editoria de Jan Lindhe, Niklaus P. Lang, Thorkild Karring; editores associados Tord Berglundh, William V, Giannobile, Mariano Sanz; [coordenação geral e revisão de tradução Edson Jorge Lima Moreira; revisão técnica GuaRPCilei Maciel Vidigal Jr. Eduardo Muniz Barreto Tinoco; tradução Alexandre Harnist... et al.]. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

VALLE, M. T., **Recobrimento Radicular**. 23 folhas. Monografia (Especialização em Periodontia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

VENTURIUM, R. T. Z., JOLY J. C., VENTURIUM L. R., **Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival**. RGO, Rev.gaúch. odontol. (online) vol.59 supl.1 Porto Alegre Jan/Jun 2011.