

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**LUCAS HENRIQUE SILVA SANTOS**

**MATHEUS VERRI**

**ENXERTO GENGIVAL LIVRE DE TECIDO CONJUNTIVO PARA  
RECOBRIMENTO RADICULAR E FORMAÇÃO DE GENGIVA  
INSERIDA**

**VOLTA REDONDA**

**2020**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ENXERTO GENGIVAL LIVRE DE TECIDO CONJUNTIVO PARA  
RECOBRIMENTO RADICULAR E FORMAÇÃO DE GENGIVA  
INSERIDA**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunos: Lucas Henrique Silva Santos  
Matheus Verri

Orientador: Fernando dos Reis Cury

Coorientador: Sérgio Ribeiro

**VOLTA REDONDA**

**2020**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

C331e Carvalho, Matheus Verri

Enxerto gengival livre de tecido conjuntivo para recobrimento radicular e formação de gengiva inserida. / Matheus Verri Carvalho; Lucas Henrique Silva Santos. – Volta Redonda: UniFOA, 2020.

49 p. II

Orientador (a): Fernando dos Reis Cury

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2020.

1. Odontologia - TCC. 2. Retração gengival. 3. Estética - enxerto. I. Cury, Fernando dos Reis. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



## FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Enxerto Gengival Livre de Tecido Conjuntivo Para Recobrimento Radicular e Formação de Gengiva Inserida”.

Elaborado por: Lucas Henrique Silva Santos

Matheus Verri Carvalho

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 1 de dezembro de 2020.

Banca Avaliadora:

.....  
Prof. Mestre Fernando dos Reis Cury

.....  
Prof. Mestre Sérgio Barbosa Ribeiro

.....  
Prof. Doutora Rosiléa Chain Hartung Habibe

## DEDICATÓRIA

"Dedico esse trabalho à Deus por ter me dado o dom da vida, a minha mãe, Luciana Verri, que sempre me deu amor e incentivo e fez meu sonho se tornar realidade, a minha namorada Ana Bárbara, pelo companheirismo e paciência, a toda minha família que são minha base, em especial aos meus avós Rosa e José, que de onde estiverem, sei que estão felizes e orgulhosos de mim, aos meus professores que sempre estiveram dispostos a me ajudar e me fizeram chegar onde cheguei, em especial ao meu orientador Fernando pelos conselhos, ajuda e incentivo e a todos os meus amigos. Essa conquista também é de cada um de vocês que acreditaram em mim, muito obrigado!"

*Matheus Verri*

"Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, a minha mãe Lúcia Carvalho, ao meu pai Isaac, a minha irmã Vanessa, a minha namorada Giovanna, assim como todos os integrantes da minha família. Ao professor Fernando, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia. Aos Professores Tereza Favieri e Cláudio Melo, companheiros de caminhada ao longo do Curso de Odontologia. Eu posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a presença essencial do casal. Essa conquista é de todos vocês, agradeço por terem acreditado em mim!"

*Lucas Henrique Silva Santos*

## AGRADECIMENTOS

"Agradeço a Deus pela vida que me foi dada, a minha mãe, que sempre foi guerreira e me deu todas as oportunidades e confiança até chegar aqui, a minha família que sempre esteve presente e me apoiou em todas as ocasiões e decisões, aos amigos, namorada, sogro e sogra que sempre estiveram comigo durante toda essa caminhada, honrarei e agradecerei sempre por tudo que fizeram por mim. Agradeço também a toda a equipe do CEO de Porto Real e do PSF do Jardim Real que abriram as portas pra mim, possibilitando assim um grande aprendizado. Agradeço ao meu orientador Fernando dos Reis Cury que além de mestre, se tornou um grande amigo e se entregou a esse trabalho com toda dedicação e carinho nos orientando. Por fim, a minha dupla e amigo Lucas Henrique, desejo todo sucesso do mundo a você. Nós conseguimos. A todos vocês, meu muito obrigado!"

*Matheus Verri*

"Agradeço a Deus por me dar a oportunidade de viver e realizar meu sonho, a minha mãe, que sempre lutou e me mostrou que a educação é a principal riqueza do homem, a minha família que sempre me ajudou e esteve apoiando em todos os momentos, aos amigos e namorada que sempre estiveram comigo durante essa caminhada, sou eternamente grato por cada momento. Agradeço também a toda a equipe do CEO de Itatiaia que me ajudaram a me tornar um profissional de excelência, possibilitando assim um grande aprendizado. Agradeço ao meu orientador Fernando dos Reis Cury, por todo ensinamento durante o curso em especial por ter se entregado a esse trabalho com toda dedicação e carinho nos orientando. Por último, mas não menos especial, gostaria de agradecer ao Matheus Verri, que desde o começo do curso construímos uma amizade que levaremos por muitos anos, obrigado por cada ensinamento e aprendizado um com o outro. Hoje eu posso dizer que não estou realizando apenas o meu sonho, mas sim o da minha família e pode ter certeza que terão muito orgulho. Muito Obrigado."

*Lucas Henrique Silva Santos*

## EPÍGRAFE

“Você nunca alcança o sucesso verdadeiro  
a menos que você goste do que está fazendo.”

Dale Carnegie

## RESUMO

O sucesso do tratamento das retrações gengivais baseia-se no conhecimento de sua etiologia e na avaliação da previsibilidade do recobrimento radicular. Diversas técnicas têm sido propostas para o tratamento da retração, a fim de promover possíveis melhorias na estética do sorriso. O objetivo deste estudo sobre enxerto gengival livre de tecido conjuntivo foi apresentar o tratamento das retrações gengivais de um paciente gênero masculino, leucoderma, de 27 anos, que apresentou sensibilidade na região anterior da mandíbula, retração gengival no elemento 31 de 7 milímetros e freio labial inferior com inserção alta. O tratamento foi realizado no Centro de Especialidades de Porto Real. Neste trabalho utilizou-se uma técnica de enxerto gengival livre com a utilização de enxerto com tecido conjuntivo para melhorar a estética do paciente já que o enxerto epitelial apresenta gengiva esbranquiçada. Com o trabalho foi conseguido recobrimento radicular, aumento de faixa de tecido queratinizado e ausência da sintomatologia da área que é fundamental para a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Retração Gengival; Estética; Enxerto.

## **ABSTRACT**

The success of the treatment of gingival retractions is based on knowledge of its etiology and on the evaluation of the predictability of root coverage. Several techniques have been proposed for the treatment of the retraction, in order to promote possible improvements in smile aesthetics. The aim of this study on conjunctive tissue-free gingival graft is to present the treatment of gingival retractions of a 27-year-old male patient, who presented sensitivity in the anterior region of the mandible, 7 mm gingival retraction in the element 31 and lip brake bottom with high insertion. The treatment was carried out at the Porto Real Specialty Center. In this work, we used a free gingival graft technique using a graft with conjunctive tissue to improve the patient's aesthetics since the epithelial graft presents whitish gingiva. With the work, we achieved root coverage, increased keratinized tissue range and the absence of symptoms in the area that is fundamental to the patient's quality of life.

Keywords: Gingival Recession; Esthetics; Graft.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Componentes Anatômicos do Periodonto.....	17
Figura 2 O fenótipo gengival pode ser um fator influenciador importante na previsibilidade.....	18
Figura 3: A artéria Palatina maior emerge do forame palatino maior e prolonga-se para a porção anterior do palato .....	21
Figura 4 Início do caso .....	22
Figura 5 Mesa Cirúrgica .....	23
Figura 6 Elemento 31 com retração 7 milímetros .....	23
Figura 7 Elemento 41 com retração de 3 milímetros .....	24
Figura 8 Anestesia do nervo mentoniano .....	24
Figura 9 Anestesia complementar papilar vestibular .....	25
Figura 10 Anestesia complementar papilar lingual .....	25
Figura 11 Início desinserção Freio Labial Inferior.....	26
Figura 12 Freio Labial Inferior desinserido .....	26
Figura 13 Raspagem em campo aberto .....	27
Figura 14 Deseptelização das papilas.....	27
Figura 15 Mensuração área receptora .....	28
Figura 16 Anestesia área doadora .....	28
Figura 17 Incisão e mensuração área doadora .....	29

Figura 18 Deseptelização do enxerto.....	29
Figura 19 Remoção Enxerto.....	30
Figura 20 Enxerto acondicionado no soro fisiológico .....	30
Figura 21 Sutura na área doadora .....	31
Figura 22 Tecido pronto para área receptora.....	31
Figura 23 Enxerto reposicionado área receptora .....	32
Figura 24 Sutura de Cornick para estabilização do enxerto.....	32
Figura 25 Resultado imediato da área receptora .....	33
Figura 26 Resultado imediato da área doadora e receptora .....	33
Figura 27 Área receptora pós 7 dias .....	34
Figura 28 Área doadora pós 7 dias e sem sutura.....	34
Figura 29 Área receptora pós 14 dias .....	35
Figura 30 Área doadora pós 14 dias .....	35
Figura 31 Área receptora sem sutura após 21 dias.....	36
Figura 32 Área doadora após 30 dias .....	36
Figura 33 Área receptora após 30 dias .....	37
Figura 34 Resultado final área receptora após 90 dias .....	37
Figura 35 Resultado final área doadora após 90 dias .....	37

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CoEPs	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
et al.	E colaboradores
mm	Milímetros
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	44
APÊNDICE B	Autorização para uso de imagem .....	46

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Parecer Consubstanciado do CoEPs ... ..	47
---------	---	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
2.1 Anatomia Gengival.....	16
2.2 Periodonto Saudável.....	16
2.3 Classificação do Periodonto.....	17
2.4 Etiologia das Recessões Gengivais.....	18
2.5 Classificação de Miller.....	19
2.6 Enxerto Gengival Livre.....	19
2.7 Área Doadora .....	20
<b>3 RELATO DE CASO .....</b>	<b>22</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>38</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>41</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A estética cada vez mais tem destaque na Odontologia atual, colaborando, inclusive, para o bem-estar social do paciente. Nos dias atuais, a periodontia mostra resultados positivos nas técnicas cirúrgicas plásticas, com finalidade estética, dando destaque para o tratamento da retração gengival. Retração gengival ou recessão da margem tecidual pode ser definida como a migração apical da margem gengival, com consequente exposição radicular apresentando uma aparência estética desagradável e desconforto pela sensibilidade muitas vezes presente (AMP, 1992).

Em populações com altos padrões de higiene bucal a retração encontra-se mais frequente nas faces vestibulares, enquanto naquelas com higienização precária tal condição pode afetar todas as faces dentárias. Pode-se considerar como primeiro fator da retração gengival a inflamação da gengiva associada ao acúmulo de biofilme e/ou ao trauma de escovação. Nos últimos anos, muitas combinações de retalhos pediculados com tecido conjuntivo passaram a ser recomendados para o tratamento da recessão gengival, favorecendo com que os resultados obtidos fossem mais favoráveis (MELE et al., 2008).

Alterações nas características gengivais são comuns tanto em pacientes que fazem boa higienização oral como naqueles que não as fazem. (ALBANDAR; KINGMAN, 1999).

Durante as últimas três décadas, diversas técnicas cirúrgicas foram apresentadas como forma de tratamento da retração gengival, como o enxerto gengival livre, a técnica do retalho de deslocamento lateral, o retalho de deslocamento coronal, o retalho de deslocamento coronal associado ao enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial. Adicionalmente processos regenerativos como o uso de barreiras não reabsorvíveis, barreiras reabsorvíveis e proteínas derivadas da matriz do esmalte, essas conhecidas como Emdogain (RAJAPAKSE et al., 2007).

Ao usarmos a técnica do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, temos elevado grau de sucesso, e uma das principais vantagens da sua aplicação é que o

enxerto recebe suprimento de sangue e células do retalho e do periósteo subjacente (BERLUCCI et al., 2002).

O objetivo deste estudo sobre enxerto gengival livre de tecido conjuntivo foi apresentar o tratamento das retrações gengivais baseando no conhecimento de sua etiologia e na avaliação da possibilidade do recobrimento radicular através de enxerto com apresentação de um caso clínico.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Anatomia Gengival**

A mucosa oral pode se dividir em três tipos, mastigatória, especializada e de revestimento. A mucosa mastigatória é aquela que reveste o processo alveolar e o palato duro. A mucosa especializada recobre o dorso da língua e por fim a de revestimento que recobre as demais porções ou regiões da cavidade bucal. O processo alveolar é formado pela mucosa alveolar de revestimento e uma porção de gengiva mastigatória (WOLF et al., 2005).

A gengiva é anatomicamente dividida em três aspectos: livre, aderida e interdentária. A gengiva livre tem a cor rosada, consistência firme e corresponde a região mais coronal do tecido gengival, seja na face vestibular ou lingual assim como as papilas interdentárias. A gengiva inserida é resistente, fortemente aderida ao periosteio através de fibras colágenas e é limitada coronalmente pela gengiva livre, estendendo-se desde a linha mucogengival (LINDHE et al., 2010).

### **2.2 Periodonto Saudável**

O periodonto é o conjunto de tecidos integrados pela gengiva, osso alveolar, cimento e ligamento periodontal formando um complexo de desenvolvimento biológico e funcional. É passível de sofrer alterações com a idade e está sujeito a alterações morfológicas e funcionais pela interação com o meio ambiente. O periodonto normal é dividido em periodonto de proteção – constituído pelo complexo mucogengival e composto pela gengiva marginal livre, papilar, inserida e pela união mucogengival e mucosa alveolar; e periodonto de suporte ou sustentação – constituído pelo ligamento periodontal, osso alveolar e cimento radicular. O periodonto de proteção tem a importante função de promover a homeostasia, vedando o meio interno e assim permitindo que o hospedeiro mantenha a saúde periodontal frente às constantes agressões provocadas pela presença da placa bacteriana ou por estímulos físicos. Já o periodonto de suporte tem a função essencial de sustentação dos dentes, bem como uma função sensorial, formativa, nutricional e de inervação (CARRANZA, 1983; LINDHE et al., 2010) (Figura 1).

O periodonto saudável é dado pela profundidade de sondagem de até 3mm, sem perda de inserção, sendo que o sangramento a sondagem ocorreria em menos de 10% dos sítios e não apresentaria perda óssea radiográfica (LANG, 2018).

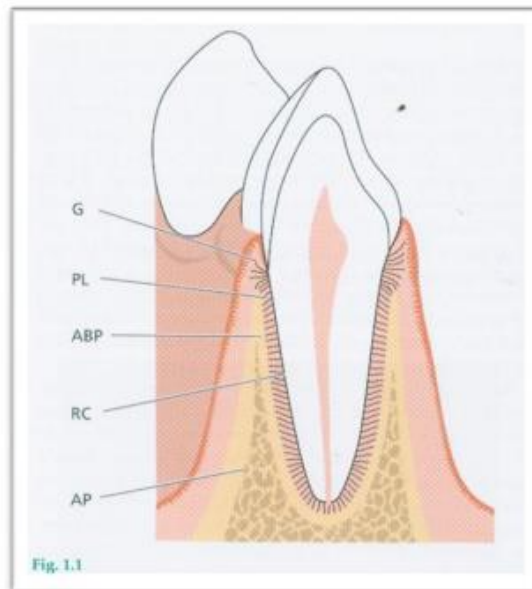


Figura 1: Componentes Anatômicos do Periodonto: Gengiva (G), Ligamento Periodontal (PL), Cimento Radicular (RC). O osso alveolar é constituído por dois componentes: Osso Alveolar Propriamente Dito (ABP) e o Processo Alveolar. (AP).

Fonte: LINDHE et al., (2010).

### 2.3 Classificação do Periodonto

Maynard e Wilson em 1980, apresentaram a mais conhecida classificação sobre a morfologia dos tecidos periodontais. Quatro tipos de periodonto foram citados, tipo I, II, III, IV. O periodonto tipo I é considerado o melhor, por apresentar a espessura do tecido queratinizado e do processo alveolar normal ou “ideal”, e o tipo IV, possui espessura do tecido queratinizado e do processo alveolar reduzido, são os mais encontrados entre os pacientes.

Kao e Pasquinelli em 2002, relataram a existência basicamente de dois tipos de periodonto: fino e espesso. Podemos definir como características de periodonto fino: tecido mole friável e delicado, faixa de gengiva inserida estreita, osso de arquitetura festonada e o osso subjacente fino caracterizado por deiscências e fenestrações. Já as características do periodonto espesso são: tecido mole fibroso e

denso, faixa larga de gengiva inserida e osso de arquitetura plana com o osso subjacente espesso e resistente a traumatismo mecânico (Figura 2).



Figura 2: O fenótipo gengival pode ser um fator influenciador importante na previsibilidade

Fonte: <https://facemagazine.com.br/espessura-da-margem-gengival-e-a-tecnica-de-recobrimento-radicular-qual-a-influencia/>

## 2.4 Etiologia das Recessões Gengivais

As retrações gengivais são descritas como migração apical da margem gengival em direção à junção muco-gengival, gerando exposição da superfície radicular podendo ser isoladas ou múltiplas. Os fatores relacionados a esse processo desagradável e antiestético são: trauma por escovação, mau posicionamento dental, inflamação gengival e fatores iatrogênicos locais. Na maioria dos casos é de natureza multifatorial, havendo inicialmente a necessidade de atuar na causa para depois realizar a correção cirúrgica (SILVA et al., 2004). A recessão gengival pode estar presente em ambos os arcos, na face lingual e vestibular de qualquer elemento dentário (McCOMB, 1994; SMITH, 1997; STONER; MAZDYASNA, 1980).

Os principais fatores participantes na etiologia da retração periodontal são: a oclusão traumatogênica, o biofilme bacteriano e sua consequente inflamação gengival, o trauma oriundo da escovação ou da inserção alterada do freio labial e suas características anatômicas locais relacionadas ao posicionamento dos dentes, espessura da gengiva marginal, altura da faixa de mucosa queratinizada e tecido ósseo subjacente (KÄLLESTAL, 1992).

## **2.5 Classificação de Miller**

A classificação de Miller é baseada em medidas entre a margem gengival, a junção mucogengival e a perda óssea interdentária, com isso, é possível obter uma maior precisão no prognóstico com relação à previsibilidade de cobertura radicular. Dentro dessa classificação, existem quatro classes, que são divididas em: Classe I – A recessão não atinge a linha mucogengival e não apresenta perda de tecido interdentário; Classe II – A recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, sem perda de tecido interdentário; Classe III – Há perda de tecido ósseo interdentário e o tecido gengival proximal está apical à junção cimento – esmalte e coronário à recessão; e Classe IV – Há a perda de tecido interdentário e o tecido gengival proximal está ao nível da base da recessão (MILLER, 1985).

A intenção de Miller (1985) foi propor uma classificação para os tipos de retrações gengivais de acordo com a relação da linha mucogengival e osso interproximal, sendo esta mesma bem aceita e a mais utilizada para seleção e sucesso do tratamento. Para Miller, o tratamento periodontal das retrações classes I e II apresentam maior chance de sucesso para cobertura total radicular, porém, as retrações classes III e classes IV não possuem previsibilidade, podendo apresentar resultados de recobrimento parcial.

## **2.6 Enxerto Gengival Livre**

Grande quantidade de procedimentos cirúrgicos periodontais são descritos na literatura para corrigir os problemas muco gengivais, e para cobertura radicular. O enxerto gengival livre epitelizado é um procedimento consagrado para aumentar a faixa de gengiva queratinizada, com bons resultados em longo prazo. Contudo, este procedimento não é muito utilizado em regiões que exigem maior estética, pois o tecido enxertado apresenta diferença de contraste e cor com os tecidos adjacentes. Dessa forma, o enxerto de tecido conjuntivo livre surge como uma opção possível para aumento de gengiva inserida em regiões onde a busca por estética é necessária. Enquanto que a remoção de enxerto gengival livre da região do palato duro forma uma

área cruenta e dolorida, que necessita tempo para reparação, a do enxerto de tecido conjuntivo forma apenas uma área de incisão que pode ser facilmente suturada, trazendo mais conforto ao paciente no pós operatório (BORGES FILHO; FAUSTO FRIZZERA, 2012).

O enxerto gengival livre é a técnica mais utilizada para formação de nova mucosa queratinizada. O enxerto gengival livre autógeno é conseguido por meio da remoção de um retalho de mucosa mastigatória e reposicionado para outra região no mesmo paciente. O local onde obtivemos o retalho é denominado área doadora, e o local onde o mesmo será alocado é denominado como região receptora. No enxerto livre, o tecido é totalmente separado da área doadora, permanecendo o retalho sem conexões com a rede vascular (SHIBAYAMA; FUGII, 2000).

A indicação atual clássica do uso do enxerto gengival livre autógeno de tecido conjuntivo para o recobrimento radicular é em sítios mandibulares que apresentam necessidades de recobrimento radiculares com ausência de gengiva inserida. O sucesso do enxerto depende de três pontos de circulação colateral proveniente do tecido conjuntivo e do espaço periodontal, ou seja, circulação plasmática, colateral e do ligamento periodontal. Definitivamente, as diferenças fundamentais na técnica de recobrimento em relação à técnica original, epitelizado (para aumento de tecido queratinizado) ocorre na modificação da área receptora, na espessura do enxerto e em sua adaptação ao sítio (ALVES; SEGUNDO., 2005).

Por fim, podemos concluir que o enxerto gengival livre pode ser um recurso utilizável para recobrir raízes expostas e aumento na largura de tecido queratinizado (FEITOSA et al., 2008).

## **2.7 Área Doadora**

O enxerto de mucosa do palato duro possui resultados satisfatórios, além de possuir vantagens sobre outros enxertos presentes no mercado (materiais sintéticos de preço elevado) como: maior resistência a contração e fácil obtenção. (FERNANDES, 2003).

Dentre outras vantagens ao emprego do tecido proveniente do palato duro, podemos notar que se trata de um tecido autógeno, de obtenção relativamente fácil

se comparado a outros, apresentam uma superfície mucosa composta de epitélio escamoso estratificado com queratinização variável e que posteriormente se tornam não-queratinizado e ainda apresentam suporte estrutural com retração mínima (FERNANDES et al., 2003).

A anatomia da área doadora deve ser bem conhecida pelo operador e o mesmo deve-se ter cuidado no momento da incisão e remoção do tecido devido a presença do feixe neurovascular palatino. Além das variações de tamanho e forma do palato duro, uma vez que estas afetam a dimensão do tecido a ser removido (SAADE; BASSANI, 2002) (Figura 3).

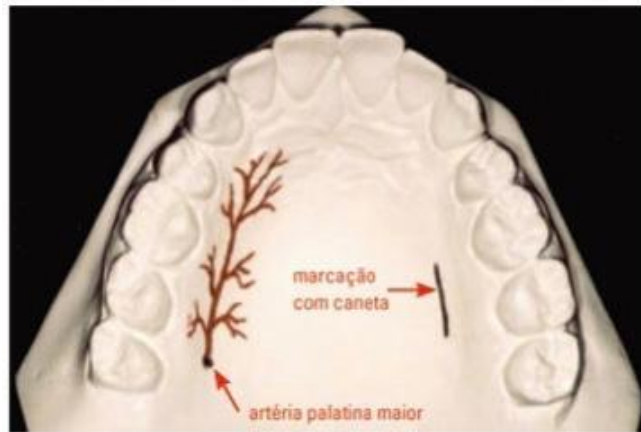


Figura 3: A artéria Palatina maior emerge do forame palatino maior e prolonga-se para a porção anterior do palato.

Fonte: REISER et al, 1996

As variações da normalidade do palato são divididas em: palato raso, na qual a distância média em relação a junção cimento esmalte ao feixe neurovascular é de 7 milímetros. O palato médio possui a distância media da junção cimento esmalte em relação ao feixe neurovascular de 12 milímetros e por fim o palato fundo na qual a distância é de 17 milímetros (ISHIKIRIYAMA; ITO, 2015).

O processo cicatricial da área doadora ocorre com a formação de tecido de granulação na região palatina. A cicatrização inicial do palato se completa entre 14 a 21 dias após a remoção do enxerto (GENCO et al., 1999).

### 3 RELATO DE CASO

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPs) - UniFOA, com número CAAE 34902920.6.0000.5237 e aprovado em 13/08/2020 (Anexo A).

Paciente R.C.B, gênero masculino, leucoderma, 27 anos, buscou atendimento odontológico no Centro de Especialidades Odontológicas de Porto Real, Rio de Janeiro, apresentando medo de perder o dente por conta retração e sensibilidade na região anterior da mandíbula em março de 2020.

Na anamnese observou-se que o paciente possuía boa higiene oral, história médica regressa sem comprometimento a saúde, não fazia uso de medicamento e não possuía hábitos nocivos. Ao exame clínico intraoral analisou-se ausência de lesão cariosa e doença periodontal, periodonto fino com pouca faixa de gengiva inserida, freio labial inferior com inserção alta e retração gengival no elemento 31 de 7 milímetros comprovando a sintomatologia da região anterior (figura 4).



Figura 4: Início do caso

Ao analisarmos o quadro clínico do paciente, optou-se pela realização do procedimento cirúrgico denominado de enxerto gengival livre de tecido conjuntivo viabilizando a função, a estética e a ausência da sintomatologia para o paciente e o mesmo concordou com o procedimento.

No dia da cirurgia, a mesa cirúrgica foi montada com os instrumentais necessários para o procedimento de enxerto (Figura 5).



Figura 5: Mesa Cirúrgica

O primeiro passo a ser tomado foi a mensuração da retração gengival do elemento 31 com a sonda milimetrada, chegando aos seus 7 milímetros que vão desde a margem gengival até a junção cimento esmalte. Na figura abaixo podemos observar o elemento 41 com retração de 3 milímetros e o 31 com retração de 7 milímetros (Figuras 6 e 7).



Figura 6: Elemento 31 com retração 7 milímetros



Figura 7: Elemento 41 com retração de 3 milímetros

A cirurgia iniciou-se pela região receptora, para que procedimentos como raspagem em campo aberto e a remoção do freio labial inferior aumentem consideravelmente a chance de sucesso do enxerto.

A técnica cirúrgica se iniciou com a utilização do anestésico tópico na região da mucosa vestibular inferior, área receptora, por dois minutos com a mucosa seca, posteriormente foi aplicado anestésico lidocaína com epinefrina 1:100000 em ambos os nervos mentonianos (figura 8). A anestesia foi complementada com a técnica papilar próximo ao freio labial e na gengiva inserida dos incisivos inferiores tanto por vestibular quanto por lingual (Figuras 9 e 10).



Figura 8: Anestesia do nervo mentoniano



Figura 9: Anestesia complementar papilar vestibular



Figura 10: Anestesia complementar papilar lingual

Após técnica anestésica, foi verificado se paciente estava realmente anestesiado utilizando a pinça dente de rato, confirmada anestesia, realizamos inicialmente desinserção do freio e logo em seguida uma incisão com preservação das papilas para abertura do retalho (Figuras 11 e 12).



Figura 11: Início desinserção Freio Labial Inferior



Figura 12: Freio Labial Inferior desinserido

Posteriormente a incisão e o retalho, foi efetuado a raspagem e alisamento radicular do elemento em questão em campo aberto, diminuindo o biofilme e a chance de infecção. Complementarmente foi realizado com o bisturi a deseptelização das papilas na área receptora aumentando assim consideravelmente as chances de boa correlação com o enxerto no quesito cor e cicatrização (Figuras 13 e 14).



Figura 13: Raspagem em campo aberto



Figura 14: Deseptelização das papilas

Com a área receptora em condições favoráveis de receber o enxerto, realizou-se a mensuração do tamanho do tecido, com a sonda milimetrada, que deverá ser removido da área doadora evitando assim que seja insuficiente ou excessiva a remoção. A quantidade mensurada como necessária foi de 12 milímetros (Figura 15).



Figura 15: Mensuração área receptora

A partir desse ponto, começou-se a trabalhar na área doadora, sendo o anestésico também utilizado a lidocaína com epinefrina 1:100.000 com a técnica infiltrativa local, diminuindo assim o sangramento por conta da vasoconstrição (Figura 16). O paciente possui palato profundo e com isso não houve complicações por conta da localização da artéria palatina. A área de eleição para incisão foi da distal do canino até a mesial do primeiro molar, totalizando os 12 milímetros necessários (Figura 17).



Figura 16: Anestesia área doadora



Figura 17: Incisão e mensuração área doadora

Após a incisão, com a utilização da caneta de alta rotação e da broca esférica de haste longa foi feito a deseptelização do tecido, com cuidado de apenas remover o epitélio, evitando-se a perda de tecido conjuntivo, assegurando-se assim uma espessura adequada para evitar sua reabsorção. A finalidade da remoção do epitélio seria para permitir a obtenção de uma coloração mais similar à da área receptora, conseguindo assim uma melhoria na estética (Figura 18). Seguindo a deseptelização foi realizado o descolamento do enxerto e a sua remoção com imediata colocação em recipiente contendo soro fisiológico para evitar sua possível desidratação (Figuras 19 e 20).



Figura 18: Deseptelização do enxerto



Figura 19: Remoção Enxerto



Figura 20: Enxerto acondicionado no soro fisiológico

Com a loja cirúrgica do enxerto expondo o conjuntivo, foi necessário utilização de sutura para retenção do coágulo, sendo o fio de sutura empregado na área doadora nylon 4-0 não reabsorvível e a técnica utilizada foi a sutura em suspensório arrematada na vestibular, tracionando a ferida de lingual para vestibular e por fim nos demais espaços, foi realizado sutura continua (figura 21). No seguinte momento, o paciente apresentou sangramento na região, sendo o mesmo imediatamente resolvido com a utilização de uma gaze embebida em uma substância hemostática denominada de Hemostank (Biodinâmica - Química e Farmacêutica LTDA - Iporã - PR - Brasil).



Figura 21: Sutura na área doadora

O tecido conjuntivo livre foi então removido da solução fisiológica e levado para adaptação ao leito receptor (figura 22). Após ser posicionado adequadamente sobre o leito, a mucosa da região foi então reposicionada sobre o mesmo, ficando parcialmente exposto na área mais coronal referente a retração gengival (Figura 23).



Figura 22: Tecido pronto para área receptora



Figura 23: Enxerto reposicionado área receptora

Após reposicionamento do tecido, iniciou-se com as suturas, o fio utilizado na área receptora, foi fio nylon não reabsorvível 5-0, a técnica utilizada foi alocar o tecido

abaixo das papilas interdetais cobrindo a retração, a sutura foi em suspensório, entrando pela lingual e passando pela vestibular para reposicionar o tecido e depois foi feita sutura em X pegando o periosteio para estabilizar o enxerto no local (Figura 24).



Figura 24: Sutura de Cornick para estabilização do enxerto

Levou-se em consideração o tempo cirúrgico maior, o trauma dos tecidos e a exposição, foi necessário fazer associação medicamentosa, facilitando o pós operatório. Foi prescrito analgésico Dipirona de 500 miligramas de 6 em 6 horas por 3 dias no caso de dor, antibioticoterapia com Amoxicilina de 500 miligramas de 8 em 8 horas por 7 dias e anti-inflamatório Ibuprofeno de 600 miligramas de 8 em 8 horas por 3 dias. Foi recomendado ao paciente de que evitasse a escovação na área do enxerto, e por isso foi prescrito também bochecho de Clorexidina 0,12% denominado Periogard duas vezes ao dia pois apresenta substantividade de 12 horas (controle de biofilme) por 21 dias. O resultado final da cirurgia foi considerado clinicamente satisfatório (Figuras 25 e 26).



Figura 25: Resultado imediato da área receptora



Figura 26: Resultado imediato da área doadora e receptora

Após 7 dias da cirurgia, o paciente retornou ao consultório para remoção da sutura da área doadora e observou-se a cicatrização da área receptora (Figuras 27 e 28).



Figura 27: Área receptora pós 7 dias



Figura 28: Área doradora pós 7 dias e sem sutura

Após 14 dias o paciente retornou novamente ao consultório para observarmos a cicatrização e o ganho de faixa de gengiva inserida. Paciente relatou não apresentar mais sensibilidade dentária na região (Figuras 29 e 30).



Figura 29: Área receptora pós 14 dias



Figura 30: Área doadora pós 14 dias

Depois dos primeiros 21 dias, o paciente retornou para remoção da sutura da área receptora do enxerto e recebeu orientação para que voltasse a escovar a área receptora de maneira leve e interrompesse o uso da solução de Clorexidina (figura 31).



Figura 31: Área receptora sem sutura após 21 dias

O paciente retornou ao Centro de Especialidades Odontológicas de Porto Real após 1 mês e depois de 3 meses do procedimento, onde foi realizado o acompanhamento da cicatrização e observou-se o ganho da faixa de gengiva inserida, um recobrimento parcial radicular, ausência da sensibilidade e a adequação da cor do tecido enxertado com o tecido remanescente promovendo também a estética ao paciente (Figuras 32 a 35).



Figura 32: Área doadora após 30 dias



Figura 33: Área receptora após 30 dias



Figura 34: Resultado final área receptora após 90 dias



Figura 35: Resultado final área doadora após 90 dias

## 4 DISCUSSÃO

A estética cada vez mais tem destaque na Odontologia atual, colaborando, inclusive, para o bem-estar social do paciente (AMP, 1992), alterações nas características gengivais são comuns tanto em pacientes que fazem boa higienização oral como naqueles que não as fazem. (ALBANDAR; KINGMAN, 1999), durante as últimas três décadas, muitas técnicas cirúrgicas são apresentadas como forma de tratamento da retração gengival (RAJAPAKSE et al., 2007), ao usarmos a técnica do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, temos elevado grau de sucesso (BERLUCCI et al., 2002), que foi o tipo de cirurgia aplicada no caso relatado.

A mucosa oral pode se dividir em três tipos, mastigatória, especializada e de revestimento (WOLF et al., 2005), já a gengiva é formada por três aspectos: livre, aderida e interdentária (LINDHE et al., 2010), no caso abordado, a área doadora é uma mucosa mastigatória e a área receptora é formada pela mucosa de revestimento.

O periodonto é o conjunto de tecidos integrados pela gengiva, osso alveolar, cimento e ligamento periodontal formando um complexo de desenvolvimento biológico e funcional (CARRANZA, 1983; LINDHE et al., 2010), o periodonto saudável é dado pela profundidade de sondagem de até 3mm, sem perda de inserção, o sangramento a sondagem ocorre em menos de 10% dos sítios e não apresenta perda óssea radiográfica (LANG, 2018).

Quatro tipos de periodonto foram citados, tipo I, II, III, IV (MAYNARD; WILSON, 1980), contudo foi feito um relato de que existem dois tipos básicos de periodonto, um fino e o outro espesso. (KAO; PASQUINELLI, 2002).

As retrações gengivais são descritas como a localização apical da margem gengival em direção à junção muco-gengival, gerando exposição da superfície radicular (SILVA et al., 2004), a recessão gengival pode estar presente em ambos os arcos, nas faces lingual e vestibular ou em qualquer elemento dentário (McCOMB, 1994; SMITH, 1997; STONER; MAZDYASNA, 1980), que foi o ocorrido no caso relatado, presença de retração gengival na superfície vestibular do elemento 41.

Os principais fatores participantes na etiologia da retração periodontal são: a oclusão traumatogênica, o biofilme bacteriano e sua consequente inflamação gengival, o trauma oriundo da escovação ou da inserção alterada do freio labial (KÄLLESTAL, 1992).

A classificação de Miller é baseada em medidas entre a margem gengival, a junção mucogengival e a perda óssea interdentária, denominadas em Classe I, II, III e IV. Para Miller, o tratamento periodontal das retrações classes I e II tem maior a chance de sucesso para cobertura total radicular, porém, as retrações classes III não possuem tanto sucesso (MILLER, 1985), no caso relatado, o paciente possuía classe III de Miller.

Diversos procedimentos cirúrgicos periodontais são descritos na literatura para corrigir os problemas muco gengivais, e para cobertura radicular (FILHO B.; FRIZZERA F., 2012), o enxerto gengival livre é a técnica mais utilizada para formação de nova mucosa queratinizada (SHIBAYAMA R.; FUGII W.M., 2000), em que as diferenças fundamentais encontradas entre a técnica de recobrimento e à técnica original (para aumento de tecido queratinizado) ocorre na modificação da área receptora, na espessura do enxerto e em sua adaptação ao sítio (ALVES; SEGUNDO., 2005), o caso abordado foi realizado a cirurgia de enxerto gengival livre de tecido conjuntivo para formação de nova mucosa queratinizada.

O enxerto de mucosa do palato duro possui resultados satisfatórios, além de possuir vantagens sobre outros enxertos (FERNANDES, 2003), trata-se de um tecido autógeno, de obtenção relativamente fácil (FERNANDES et al., 2003). A anatomia da área doadora tem que ser bem conhecida pelo operador (SAADE; BASSANI, 2002), no caso relatado, o enxerto foi removido da região do palato duro e foi levado em conta a anatomia na hora da incisão evitando a artéria palatina.

Clinicamente o palato pode apresentar-se em: palato raso, palato médio e palato profundo (ISHIKIRIYAMA; ITO, 2015), o paciente do caso abordado possuía palato médio.

Por fim, conclui-se que o enxerto gengival livre pode ser um recurso utilizável para recobrir raízes expostas (FEITOSA et al., 2008), que no caso relatado, foi trago

benefício ao paciente eliminando a sensibilidade da região anterior por conta do recobrimento parcial obtido pela cirurgia de enxerto.

## **5 CONCLUSÃO**

Concluiu-se com o caso clínico que a cirurgia de enxerto gengival livre de tecido conjuntivo apresenta recobrimento parcial ou total (dependendo da classificação de Miller) da área exposta e ganho de faixa de gengiva inserida, sendo assim eficaz para o tratamento das retrações gengivais, além de ter sido eficaz na resolução da hipersensibilidade dentária apresentada pelo paciente. Por ser um enxerto de tecido conjuntivo, foi obtido também ganho na estética do paciente pois a coloração do enxerto se assemelhou ao do tecido remanescente da área doadora trazendo satisfação para o paciente.

## 6 REFERÊNCIAS

- ALVES, RICARDO; SEGUNDO, TAKESHI KATO. **Emprego do Enxerto Gengival Epitélio-Conjuntivo no Recobrimento Radicular.**, RGO, PORTO ALEGRE, v. 54, 2005.
- BARBOSA E SILVA E.; JANUÁRIO AL.; PERUHI CMS.; CARDOZO WV. Recobrimento radicular por meio da técnica cirúrgica periodontal do “envelope” - enxerto conjuntivo subepitelial: relato de casos clínicos. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, v.25, n.2, p. 43-50, jul/dez, 2004.
- CARRANZA, F. A. **Periodontia Clínica de Glickman**. 5.ed. Rio de Janeiro: Interamericana. 1983.
- FEITOSA, D. S.; SANTAMARIA, M. P.; SALLUM E. A.; NOCITI JUNIOR F. H.; CASATI, M. Z.; TOLEDO, S. **Indicações Atuais dos Enxertos Gengivais Livres.**, RGO, PORTO ALEGRE, v.56, n.2, p. 1-6, abr/jun, 2008.
- FERNANDES, J. B. V. D.; NUNES, T. P.; MATAYOSHI S.; MOURA Eurípedes M., Arq. **Bras. Oftalmol.** vol.66 no. 6 São Paulo Nov./Dec, 2003.
- FILHO B.; FRIZZERA F. Uma opção terapêutica para o aumento da faixa de gengiva inserida: o enxerto de tecido conjuntivo livre. **Perionews**, v. 6, p. 257-265, 2012.
- FREEDMAN AA, GREEN K, SALKIN L, STEIN MD, MELLADO JR. An 18- year longitudinal study of untreated mucogingival defects. **J Periodontol**. 1999.
- GENCO RJ, COHEN DW, GOLDMAN HM. **Periodontia contemporânea**. 3ª ed. São Paulo. Santos. 1999.
- GUIMARÃES GM. Recobrimento radicular com enxerto gengival livre - relato de casos clínicos. **Revista Periodontia**.1999.
- ISHIKIRIYAMA Y. T.; ITO F. A. N. Enxerto livre de tecido conjuntivo para recobrimento radicular de recessão marginal tecidual: REVISÃO DE LITERATURA. 2015. **Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina**, Londrina, 2015.
- KÄLLESTAL, C.; UHLIN, S. Buccal attachment loss in Swedish adolescents. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 19, no. 7, p. 485-491, Aug, 1992.
- KAO, R. T.; PASQUINELLI, K. Thick vs. Thin gingival tissue: a key determinant in tissue response to disease and restorative treatment. **CDA Journal**. 2002.
- LANG N. P.; BARTOLD P. M. Periodontal health. **J Clin Periodontol**. 2018.
- LINDHE J.; LANG N. P.; KARRING T. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

- MAYNARD, J. G.; WILSON, R. D. **Dent. Clin. North. Am.** Diagnosis and management of mucogingival problems in children. 1980.
- McCOMB, J. L. Orthodontic treatment and isolated gingival recession: a review. **Br J Orthod**, Oxford, v. 21, no. 2, p.151-159, May, 1994.
- MELE M.; ZUCHELLI G.; MONTEVECCHI M.; CHECCHI L. Bilaminar technique in the treatment of a deep cervical abrasion defect. **Int J Periodontics Restorative Dent**. 2008.
- MILLER JR PD. A classification of marginal tissue recession. **Int J Periodontics Restorative Dent**. 1985.
- REISER, G. M.; BRUNO, J. F.; MAHAN, P. E.; LARKIN, L. H. The subepithelial connective tissue graft palatal donor site: Anatomic considerations for surgeons. **Int. J. Periodontics Restorative Dent**, Chicago, v. 16, no. 2, p. 130-137, Apr. 1996.
- SAADE J, BASSANI M. **Cirurgia plástica periodontal** – recobrimento radicular. In: Cardoso RJA. (2002).
- SHIBAYAMA, R.; FUGII. W. M. Autogenous gingival graft. **UNOPAR Cient., Biol. Saúde**, Londrina, v2, n. 1, p. 107-111, out, 2000.
- SMITH, R. G. Gingival recession: reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. **J Clin Periodontol**, Copenhagen, v. 24, no. 3, p. 201-205, Mar, 1997.
- STONER, J. E.; MAZDYASNA, S. Gingival recession in the lower incisor region of 15 year old subjects. **J Periodontol**, Chicago, v. 51, no. 2, p. 74-76, Feb, 1980.
- THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. **Glossary of Periodontal Terms**. E.D. 3. Chicago, 1992.
- WENNSTRÖM J. L.; ZUCHELLI G. Mucogengival Therapy: Periodontal Plastic Surgery. **Clinical Periodontology and Implant Dentistry** 6 ed. p. 969-1010, 2015.
- WOLF, H. F.; EDITH, M.; RATEITSCHAK, K. H.; HASSELL, T. M. **Color Atlas of Dental Medicine Periodontology**. 3 ed., 2005

## APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido

Caro(a) Senhor(a):

Eu, Fernando dos Reis Cury, Cirurgião Dentista, portador do CPF 962267657-04, RG 05862391-9, estabelecido na Rua Amaral Peixoto, nº 177 - sala 104, Centro, em Volta Redonda -R.J., cujo telefone de contato é (24)999839809, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é "Enxerto gengival livre de tecido conjuntivo para recobrirmente radicular e formação de gengiva inserida".

O objetivo deste estudo é realizar uma cirurgia de enxerto gengival (tecido conjuntivo) para criar uma faixa de gengiva inserida e recobrir a raiz que se apresenta muito exposta e com sensibilidade radicular na região anterior.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto. Não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento à respeito dessa técnica de tratamento, que poderá beneficiar outros pacientes.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Poderá, caso sinta necessidade, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, cujo endereço é: UniFOA - Campus Universitário Olézio Galotti – Prédio 3 - Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ. CEP: 27240-560 ou pelo telefone 3340-8400, ramal 8571. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Como pesquisador, me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados em Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia, apresentação em congressos e publicação em periódicos.

Serão resguardados seu nome, endereço e filiação e sua identificação será dificultada pela colocação de tarjas nas regiões dos olhos.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o Sr.(a) e outra arquivada com o pesquisador responsável.

Rodrigo Leão Ribeiro

Assinatura do participante

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Acredito ter sido suficiente informado à respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Erros gástrico lino com todos conjuntivo para esdrinamento nodular (...)". Discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em participar desse estudo.

Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro que meu endereço, nome e filiação permanecerão em sigilo absoluto. Nas fotografias do rosto serão colocadas tarjas nas regiões dos olhos.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Volta Redonda, 12/03/2020

Rodrigo Celso Ribeiro

Assinatura do participante

Participante: Rodrigo Celso Ribeiro  
 Endereço: Avenida Renato Monteiro, nº 91, casa 2, Bairro Ethere  
 Fone: (24) 998119945

Fernando dos Reis Cunha  
 Assinatura do pesquisador

## APÊNDICE B: Autorização para uso de imagem



### AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Paciente: Rodrigo Celso Ribeiro  
 Endereço: Avenida Renato Monteiro, nº 91, casa 2, Bairro Ethere  
 Tel: (24) 998119945

Autorizo gratuita e espontaneamente, a utilização pelo pesquisador responsável, das minhas imagens fotográficas, que compreendem imagens da face (rosto), do sorriso e dos dentes. Serão colocadas tarjas nas regiões dos olhos para dificultar a identificação.

Serão utilizadas em Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia com o título "Enxerto Gengival Livre de tecido conjuntivo para recobrimento radicular e formação de gengiva inserida", apresentação em congressos e publicação em periódicos.

A utilização desse material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

Volta Redonda, 12 de março de 2020.

Fernando dos Reis Cury  
 Pesquisador Responsável: Fernando Dos Reis Cury  
 RG: 05862391-9

Rodrigo Celso Ribeiro  
 Assinatura do Participante  
 RG: 24.425.142 - 7

## ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CoEPs



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ENXERTO GENGIVAL LIVRE DE TECIDO CONJUNTIVO PARA RECOBRIMENTO RADICULAR E FORMAÇÃO DE GENGIVA INSERIDA

**Pesquisador:** FERNANDO DOS REIS CURY

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34902920.6.0000.5237

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO ARANHA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.211.820

#### Apresentação do Projeto:

O sucesso do tratamento das retrações gengivais baseia-se no conhecimento de sua etiologia e na avaliação da previsibilidade do recobrimento radicular. Diversas técnicas têm sido propostas para o tratamento da retração, a fim de promover possíveis melhorias na estética do sorriso.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo sobre enxerto gengival livre é apresentar o tratamento das retrações gengivais baseando no conhecimento de sua etiologia e na avaliação da possibilidade do recobrimento radicular através do enxerto.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:**

No tratamento do recobrimento radicular a partir do enxerto gengival livre está propenso a ocorrer hemorragia, edema, dor e pode haver a

possibilidade da área receptora não interagir bem com o enxerto e ele não dá certo.

O tratamento já foi finalizado e aconteceu sem intercorrências

**Benefícios:**

O recobrimento radicular trará o benefício da ausência de sensibilidade local e trará também o

**Endereço:** Avenida Paulo Erel Alves Abrantes, nº 1325  
**Bairro:** Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560  
**UF:** RJ **Município:** VOLTA REDONDA  
**Telefone:** (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 4.211.820

benefício da estética.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa se mostra pertinente e contribuirá para aumentar os conhecimentos do aluno e dos leitores sobre a técnica de enxerto abordada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão de acordo, tendo em vista que o tratamento já foi realizado, e sem intercorrências.

**Recomendações:**

...

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1589622.pdf	20/07/2020 19:14:40		Aceito
Outros	usoimagem.pdf	20/07/2020 19:12:08	FERNANDO DOS REIS CURY	Aceito
Outros	cartaanuencia.pdf	20/07/2020 19:08:31	FERNANDO DOS REIS CURY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisa.pdf	20/07/2020 19:05:48	FERNANDO DOS REIS CURY	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/07/2020 19:03:42	FERNANDO DOS REIS CURY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	06/07/2020 16:15:38	FERNANDO DOS REIS CURY	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325  
**Bairro:** Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560  
**UF:** RJ **Município:** VOLTA REDONDA  
**Telefone:** (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 4.211.820

VOLTA REDONDA, 13 de Agosto de 2020

---

**Assinado por:**  
**Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325  
**Bairro:** Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços      **CEP:** 27.240-560  
**UF:** RJ      **Município:** VOLTA REDONDA  
**Telefone:** (24)3340-8400      **Fax:** (24)3340-8404      **E-mail:** coeps@foa.org.br