

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

GABRIELLA GOMES DE ALMEIDA

LAIZ ELIAS FERRAZ

**RECOBRIMENTO DE RECESSÃO GENGIVAL ATRAVÉS DA
TÉCNICA DE ENXERTO CORONARIAMENTE POSICIONADO
UTILIZANDO TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL**

VOLTA REDONDA

2017

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

**RECOBRIMENTO DE RECESSÃO GENGIVAL ATRAVÉS DA
TÉCNICA DE ENXERTO CORONARIAMENTE POSICIONADO
UTILIZANDO TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL**

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

Alunas: Gabriella Gomes de Almeida
Laiz Elias Ferraz

Orientador: Fernando dos Reis Cury

Coorientador: Guilherme Mercante da Rocha

VOLTA REDONDA
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

A447r Almeida, Gabriella Gomes de
Recobrimento de recessão gengival através da técnica de enxerto
coronariamente posicionado utilizando tecido conjuntivo subepitelial /
Gabriella Gomes de Almeida; Laiz Elias Ferraz. – Volta Redonda:
UniFOA, 2017. 36 p. Il.

Orientador(a): Fernando dos Reis Cury

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2017

1. Odontologia - TCC. 2. Recessão gengival. 3. Doença periodontal.
4. Tecido conjuntivo subepitelial - enxerto. I. Cury, Fernando dos
Reis. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: Recobrimento de recessão gengival através da técnica de enxerto coronariamente posicionado utilizando tecido conjuntivo subepitelial

Elaborado por: Gabriella Gomes de Almeida
Laiz Elias Ferraz

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

Aprovada em 03 de outubro de 2017.

Banca Avaliadora:

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

.....
Prof.º Mestre Guilherme Mercante da Rocha

.....
Prof.ª Doutora Roberta Mansur Caetano

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, por nos permitir estar vivenciando estes momentos com saúde, nos dar coragem e força para enfrentar todos os obstáculos e permitir realizar este sonho. As nossas famílias, amigos e noivos por estar sempre ao nosso lado nos dando todo apoio, carinho, amor e por incentivar este sonho mesmo que as vezes ele tenha parecido distante. Ao nosso professor e orientador Fernando Cury, pelo apoio, disposição e dedicação com nosso trabalho, nada seria possível sem sua ajuda, e a todas as pessoas que acreditaram que esse sonho seria possível de ser realizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir esta conquista em minha vida, por ser minha fortaleza, por nos manter unidos e me mostrar que posso ter tudo que quero basta ter forças e correr atrás. Aos meus pais Marcia Helena e José Geraldo, agradeço a Deus todos os dias por ter pais como vocês, por tudo que fazem por mim, não sei o que seria da minha vida se não tivesse vocês ao meu lado. Ao meu noivo e futuro marido Renan Lameira, por estar literalmente ao meu lado sempre em todos os momentos, me apoiando, dando conselhos e mostrando que em todas as situações as vezes por pior que seja ainda há um lado bom. A minha avó Maria da Fé, pelas orações, palavras, por me entender e por ser meu espelho. Ao meu irmão e melhor amigo Marco Aurélio, aquele que tenho orgulho em ter sempre comigo. Aos meus queridos familiares. A minha dupla que esteve comigo me apoiando, agradeço sua amizade, apoio e todos os momentos que vivemos juntas e ao meu orientador Fernando Cury por permitir e se mostrar disposto desde o momento que decidimos fazer este trabalho.

Gabriella Gomes de Almeida

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado sabedoria, coragem e força. Sem Ele nada relacionado a esse sonho estaria acontecendo. Aos meus pais, irmãos, amigos, familiares e noivo, por acreditarem na minha capacidade, e por sempre estarem ao meu lado me incentivando e me encorajando. Ao meu querido mestre Fernando Cury, por ter compartilhado todo conhecimento comigo, gratidão é pouco. À minha querida dupla, Gabriella Gomes, que se tornou mais que isso, uma amiga que quero levar para além da faculdade. A todos os professores do UniFOA por terem compartilhado todo conhecimento, cada um fez uma diferença singular no meu aprendizado.

Laiz Elias Ferraz

EPÍGRAFE

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence os obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis. ”

(José de Alencar)

RESUMO

A recessão gengival é um deslocamento da margem gengival em direção à junção muco gengival, ela pode apresentar-se isolada ou múltipla, proporcionando uma hipersensibilidade dentinária, lesões de cárie, abfração além do comprometimento estético. Sua etiologia é considerada multifatorial podendo ser causada por trauma de escovação, deiscência óssea, doença periodontal. Para o tratamento da recessão gengival é importante considerar sua classificação e assim estabelecer o prognóstico do tratamento. Segundo Miller a recessão pode apresentar em classe I, II, III e IV, com ou sem envolvimento dos tecidos interproximais. O objetivo deste trabalho de revisão bibliográfica foi avaliar as vantagens e desvantagens da técnica de reposicionamento coronário associado ao enxerto de tecido conjuntivo. Concluiu-se que esta técnica é considerada padrão ouro, apresenta uma formação em altura e espessura de gengiva queratinizada, 80 a 90% de sobrevivência do enxerto, ótima estética e custo-benefício muito favorável, porém é uma técnica complexa, com dor no pós-operatório da área doadora.

Palavras-chave: Recessão Gengival; Doença Periodontal; Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

ABSTRACT

The gingival recession is a displacement of the gingival margin towards the junction gingival mucus it may present isolated or multiple and develop in the patients dentin hypersensitivity lesions of caries abfração in addition to the aesthetic compromise its etiology is considered multifactorial being able to be caused by trauma of brushing dehiscence bone periodontal disease. For the treatment of gingival recession, it is important to know its classification and thus to know what the prognosis of the treatment according to Miller the recession can present in class I II III and IV with or without involvement of the interproximal tissues. The objective of this study was to evaluate the advantages and disadvantages of the technique of coronary repositioning associated with the connective tissue graft and we can conclude that according to the bibliographies studied this technique is considered gold standard presents a formation in height and thickness of keratinized gingiva 80 to 90 % of graft survival an optimal aesthetic and a cost. Very favorable benefit, however, it is a complex technique with pain in the postoperative period of the donor area.

Key words: Gingival recession; Periodontal disease; Subepithelial connective tissue graft.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Aspecto Inicial da Recessão Gengival	23
Figura 2 – Demarcação para incisão oblíqua na técnica de Zuchelli	24
Figura 3 – Rebatimento do retalho e dezeptelização das papilas	24
Figura 4 – Reposicionamento coronário e sutura cochoeiro	24
Figura 5 – Aspecto final após 60 dias	25
Figura 6 – Incisão Horizontal com preservação das papilas na técnica de Langer	25
Figura 7 – Rebatendo Retalho até a junção mucogengival na técnica de Langer	25
Figura 8 – Remoção do Enxerto do Palato duro	26
Figura 9 – Remoção do Enxerto do palato duro	26
Figura 10 – Posicionamento do enxerto na área da recessão.....	26
Figura 11 – Reposicionamento do retalho	27
Figura 12 – Incisão horizontal	27
Figura 13 – Rebatimento do retalho até junção mucogengival	27
Figura 14 - Remoção do enxerto do palato duro	28
Figura 15 – Reposicionamento coronário e suturas interrompidas	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

et al.	e colaboradores
mm	milímetros
UniFOA	Centro Universitário De Volta Redonda
%	Porcentagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Saúde Periodontal	13
2.2 Doença Periodontal	14
2.3 Recessão Gengival	15
2.3.1 Classificação da Recessão Gengival	16
2.4 Biotipo periodontal	17
2.5 Área Doadora	18
2.6 Cirurgia Plástica Periodontal: Indicações e contraindicação.....	19
2.6.1 Cirurgia Plástica Periodontal: Técnicas Cirúrgicas	20
2.6.1.1 Enxerto Coronalmente Posicionado	20
2.6.1.2 Enxerto de Tecido Conjuntivo	20
2.6.1.3 Retalho reposicionado coronalmente associado ao Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial	21
3 DISCUSSÃO	30
4 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A gengiva saudável é caracterizada por apresentar cor rósea – pálida, superfície fosca e pontilhada, consistência firme e resiliente. A sua forma depende do volume e contorno gengival. Sua profundidade normal quando submetida à sondagem é de 1 a 3 mm e deve ser livre de sangramento durante o exame. Indivíduos com uma má higiene oral podem ter acúmulo de biofilme na superfície dentária. Ele é feito de depósitos de bactérias e constituintes salivares com um crescimento contínuo, sendo um dos principais fatores para a cárie e doença periodontal (ETO; RASLAN; CORTELLI, 2003).

A doença periodontal pode causar sequelas caracterizadas por perda dos tecidos periodontais, que são as recessões gengivais. Geralmente essa perda ocorre pela vestibular, sem a formação de bolsa periodontal, com pouca ou nenhuma inflamação na margem gengival, sem quantidade significativa de acúmulo de placa bacteriana, que pode ser considerada como uma doença periodontal não inflamatória. O tratamento periodontal para esse tipo de recessão gengival é baseado na tentativa de recobrimento da superfície radicular exposta através de técnicas cirúrgicas muco gengivais (KINA; SUZUKI; KINA, 2014).

Uma das características da recessão gengival é o posicionamento apical da margem em relação a junção cimento – esmalte, decorrente da perda de fibras conjuntivas de proteção e sustentação, acompanhada de reabsorção da crista óssea alveolar e necrose do tecido cementário. Os critérios para conseguir um recobrimento radicular são: não deve haver sangramento sob sondagem, as recessões gengivais devem ser Classe I e II de Miller, pois a chance de recobrimento é muito maior, a profundidade do sulco deve ser menor ou igual a 2 mm e a coloração dos tecidos gengivais devem ser aceitáveis (TUNES; RAPP, 1999).

A cirurgia plástica periodontal é o tratamento para recobrimento das recessões gengivais. Existem inúmeras técnicas que podem ser utilizadas. Dentre as técnicas, iremos descrever sobre o enxerto de tecido conjuntivo associado ao retalho posicionado coronalmente, que consiste em colocar o enxerto de tecido conjuntivo em

posição subepitelial, em seguida um retalho é preparado em um traçado de incisões para que em seguida seja recolocado em sua posição inicial ou puxado coronalmente. A técnica visa promover um ganho de tecido queratinizado, além de promover a estética que estava comprometida pela recessão e também eliminar a hipersensibilidade dentinária (BORGHETTI; MONNET – CORTI, 2002).

Este trabalho teve como objetivo apresentar a utilização, indicação, técnica e vantagens do enxerto com tecido conjuntivo associado ao retalho posicionado coronalmente através de uma revisão de literatura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde Periodontal

Há anos que a saúde das estruturas periodontais marginais é dependente da fisiologia do sulco gengival, do comportamento do periodonto de proteção e principalmente do periodonto de sustentação que é considerado o principal fator do dente permanecer firme e íntegro dentro do alvéolo. A região periodontal marginal é de extrema importância uma vez que esta serve como um selamento impedindo a comunicação do meio interno com o meio externo servindo como uma barreira protetora (NEWMAN; TAKEI; KLOKKEVOLD, 2007).

Em um adulto considera-se normal uma gengiva que recobre a raiz dental, osso alveolar e estende-se até a junção amelodentinária. Esta gengiva é dividida em: gengiva inserida, gengiva marginal que apresenta geralmente com 1mm de largura e forma a parede mole do sulco gengival e gengiva interdental (NEWMAN; TAKEI; KLOKKEVOLD, 2007).

A gengiva inserida é continuidade da gengiva livre. A sua porção vestibular se estende a mucosa alveolar móvel, sendo relativamente frouxa e é demarcada pela junção mucogengival. Na porção vestibular, a sua espessura difere com relação a áreas distintas da boca, na maioria das vezes ela é maior na região de incisivos, medindo de 3,5 a 4,5 mm na maxila e 3,3 a 3,9 mm na mandíbula. É mais delgada na região de posteriores, sendo 1,9 mm nos pré-molares superiores e 1,8 mm nos inferiores. A espessura da gengiva inserida aumenta de acordo com a idade (NEWMAN; TAKEI; KLOKKEVOLD, 2007).

É limitada em direção coronária pelo sulco marginal, e em direção apical das faces vestibulares e linguais, é separada da mucosa alveolar pela linha mucogengival. Ao nível palatino, a gengiva prolonga a mucosa do palato duro sem que se possa distinguir – lá clinicamente. Essa gengiva apresenta superfície finamente granulosa, com aspecto de “casca de laranja”, no entanto somente os adultos sadios apresentam esses pontilhados. Esse tipo de mucosa é firmemente inserido no osso alveolar

subjacente e ao cemento pelas fibras do tecido conjuntivo, com isso é imóvel em relação aos tecidos subjacentes (BORGHETTI; MONNET – CORTI, 2002).

O sulco gengival é delimitado de um lado pela estrutura do dente e do outro pelo epitélio que reveste a gengiva marginal. A profundidade do sulco gengival serve como um parâmetro importante para a descoberta de uma doença periodontal, em adultos com uma gengiva saudável a profundidade do sulco considerada normal vai de 2-3mm e para fazer este exame temos o auxílio de uma sonda periodontal, único instrumento capaz de medir a profundidade do sulco gengival (ETO; RASLAN; CORTELLI, 2003; (NEWMAN; TAKEI; KLOKKEVOLD, 2007).

Para identificar uma gengiva saudável temos algumas características clínicas importantes, ela precisa estar com a cor rosa pálida, superfície fosca e pontilhada e consistência firme e resiliência, na sondagem deve apresentar a profundidade de 13mm sem sangramento e presença de exsudato (ETO; RASLAN; CORTELLI, 2003).

2.2 Doença Periodontal

Um dos principais fatores para o surgimento da periodontite é o acúmulo de biofilme na superfície dentária. Esse biofilme é constituído por bactérias, proteínas salivares e células epiteliais descamadas. Inicialmente manifesta a gengivite, que é caracterizada por edema, recessão, hiperemia e sangramento, que se não tratada precocemente pode evoluir para uma periodontite. A perda de inserção dos tecidos periodontais e de suporte é a primeira manifestação clínica, com essa superfície dentária livre ocorre o acúmulo de placa bacteriana e conseqüentemente destruição dos tecidos pela proliferação de microrganismos patógenos (ALVES et al., 2007).

É considerada a segunda maior causa de patologia dentária em todo mundo, sendo causada por bactérias gram – negativas com níveis de prevalência elevados, causando uma infecção crônica (ALMEIDA et al., 2006).

Quando não tratada a tempo a doença periodontal grave vai acometer as fibras do ligamento periodontal, reabsorção do osso alveolar, aumento da profundidade das bolsas periodontais, levando a mobilidade dentaria e até a perda dos elementos dentários (ALVES et al., 2007).

Muitos microrganismos bucais recebem o nome de periodontopatógenos, mas apenas um número reduzido de bactérias é responsável pela infecção dos tecidos periodontais. Esses microrganismos pertencem as mais de 400 espécies de bactérias que são capazes de colonizar na cavidade oral, e são microrganismos que apresentam capacidade de induzir o desenvolvimento de gengivites e periodontites. As periodontites estão fortemente relacionadas com a presença de *Actinobacillusactinomycetemcomitans*, *Porphyromonasgingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Eikenellacorrodens*, *Fusobacteriumnucleatum*. As espécies bacterianas podem indicar uma ocorrência diversa quando se considera diferentes populações, indica então uma interferência genética na composição da microbiota bucal. Além disso, a imunidade pode variar entre indivíduos, a resposta tecidual frente à presença desses patógenos também pode ser distinta (CORTELLI; CORTELLI, 2003).

As manifestações clínicas da doença dependem da capacidade do hospedeiro em resistir à agressão que são dependentes das propriedades agressoras dos microrganismos (ALMEIDA et al., 2006).

A periodontite agressiva acomete indivíduos saudáveis sendo caracterizada por severa perda de inserção clínica, associada a rápida destruição óssea alveolar (CORTELLI; CORTELLI, 2003). Segundo Newman, Takei, Klokkevold (2007) a periodontite agressiva difere da forma crônica pela rápida taxa de progressão da doença, ausência de grandes acúmulos de placas e cálculos e história de doença agressiva sugestiva de um traço genético. A forma agressiva geralmente se dá em indivíduos jovens na puberdade ou após, e pode ser observada durante a segunda ou terceira décadas de vida.

2.3 Recessão Gengival

A recessão gengival ou retração gengival é conhecida devido ao deslocamento apical da margem gengival em direção à junção muco – gengival, levando a exposição radicular, podendo ser múltiplas ou isoladas (GUIMARÃES et al., 2012; RODRIGUES; ALVES; SEGUNDO, 2010), esta retração irá alterar a simetria gengival apresentando consequentemente um problema estético. A superfície radicular da dentição na região vestibular apresenta na maioria das vezes um osso e uma anatomia dos tecidos moles muito fina, em alguns casos o paciente pode apresentar ausência do osso subjacente

aos tecidos moles, conhecido como deiscência óssea, este problema anatômico associado a uma escovação traumática pode ter perda dos tecidos moles gengival e consequentemente uma retração gengival, com a exposição do cemento radicular o paciente vai apresentar uma exposição da dentina e consequentemente dor a alguns alimentos e temperatura destes alimentos (TAKEI et al., 2011).

A Doença Periodontal que causa uma inflamação local ou generalizada em áreas que apresentam mínima gengiva inserida podem apresentar retração gengival quando for fazer a terapia periodontal destas áreas causada pela perda do osso e da gengiva. Alguns pacientes apresentam a inserção muscular e do freio na gengiva marginal, podendo criar um ambiente propício para o acúmulo de placa, esta progressão tem como consequência a retração gengival e quando não tratada pode causar a recidiva dos tratamentos da retração gengival (TAKEI et al., 2011). O trauma durante a escovação tem sido um dos fatores mais encontrados em pacientes com recessão gengival, segundo estudos epidemiológicos os pacientes apresentam problemas ao desenvolver a técnica de escovação e muitas vezes por falta de conhecimento. A retração ocorre devido a uma força exercida sobre a região dos elementos dentários, por uma escova dental com as cerdas duras ou pelo fato de não conhecer a técnica correta de escovação (YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006).

A etiologia da retração gengival tem origem multifatorial, ela apresenta variáveis externas e anatômicas e dentro destas variáveis encontramos: doença periodontal, deiscência óssea, escovação traumática, inserção alta dos freios (YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006; TAKEI et al., 2011; RODRIGUES; ALVES; SEGUNDO, 2010).

São inúmeros os danos causados pela recessão gengival. Essa exposição ao meio bucal além de afetar a parte estética, pode causar abrasões, lesões de cárie e hipersensibilidade da superfície radicular. Os pacientes que apresentam recessão gengival têm uma sintomatologia dolorosa, com isso, eles negligenciam a higiene bucal, sendo mais propícios a desenvolver cárie e doença periodontal (FURLAN et al., 2007; KINA; SUZUKI; KINA, 2014).

2.3.1 Classificação Das Recessões Gengivais

As recessões gengivais podem ser divididas em 4 classes de Miller, que se baseia em medidas entre a margem gengival, a junção mucogengival e a perda óssea interdentária, tendo com relação à previsibilidade de cobertura radicular uma maior precisão no prognóstico previsível (GUIMARÃES et al., 2012).

A classe I, a recessão não ultrapassa a linha mucogengival e não apresenta perda de tecido interdentário, com previsibilidade de 100% de cobertura radicular previsível (GUIMARÃES et al., 2012. VENTURIM; JOLY; VENTURIM, 2011)(Figura 1).

A classe II, a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e não tem perda do tecido interdentário, com previsibilidade de 100% de cobertura radicular previsível (GUIMARÃES et al., 2012. VENTURIM; JOLY; VENTURIM, 2011).

A classe III, a recessão não ultrapassa a linha mucogengival e há perda de tecido ósseo interdentário, a previsibilidade da cobertura radicular é parcial previsível (GUIMARÃES et al., 2012; VENTURIM; JOLY; VENTURIM, 2011).

A classe IV, a recessão ultrapassa a linha mucogengival e há perda de tecido interdentário, a cobertura radicular não é previsível (GUIMARÃES et al., 2012. VENTURIM; JOLY; VENTURIM, 2011).

2.4 Biótipo Periodontal

De acordo com Olsson e Lindhe (1991) a classificação do Biotipo periodontal se caracteriza por um periodonto plano/espesso e fino/festonado sendo importante ressaltar a arquitetura óssea e o tecido mole. O biótipo mais fino é mais predisposto à recessão gengival após o tratamento periodontal não cirúrgico ou movimentos ortodônticos além do processo alveolar. As dimensões dos tecidos periodontais apresentam variações entre os indivíduos, que estão relacionadas ao gênero, idade e arco dentário do paciente.

De acordo com Cunha (2014) o biótipo dos tecidos periodontais deve servir como parâmetro para que o profissional possa estabelecer uma abordagem cirúrgica – protética adequada para ter um alcance de um resultado estético e previsível.

As características presentes em um periodonto plano e espesso são: ampla faixa de tecido queratinizado, papilas curtas e largas, osso subjacente plano. Segundo Olsson e Lindhe (1991) o biótipo periodontal plano/espesso acomete mais dentes com formato quadrangular, segundo eles apresentam uma consistência mole, fibrosa e densa, mais resistente a trauma mecânico.

As características presentes em um periodonto fino e festonado são: pequena faixa de tecido queratinizado, papilas longas e estreitas, osso subjacente fino e festonado. Segundo Olsson e Lindhe (1991) o biótipo fino/ festonado acomete mais os dentes com formato triangular e de acordo com ele apresenta um tecido de espessura fina e bem delicada, geralmente são mais comuns desenvolverem a recessão gengival.

Onde há presença de gengiva mais fina, as técnicas mais recomendadas são as que utilizam o aumento tecidual, como por exemplo, o enxerto de tecido conjuntivo gengival. Quando existe um tecido queratinizado apicalmente à recessão, as técnicas de reposicionamento coronal e de retalho, associados ou não ao enxerto de tecido conjuntivo gengival, apresentam boa previsibilidade de sucesso. Uma classificação detalhada do biótipo periodontal foi descrita na década de 80 para relacionar a altura e espessura gengival com a espessura óssea (CUNHA, 2014).

2.5 Área Doadora

Os enxertos de tecido conjuntivo subepitelial podem ser removidos da cavidade oral, do paciente que for se submeter a cirurgia. Como região de escolha temos a região retromolar, regiões edêntulas e região de molar e pré-molar do palato, por apresentarem uma gengiva queratinizada e uma espessura adequada para remoção do tecido (AROEIRA, 2007).

O sitio doador mais comum é a região de palato, sendo importante conhecer a anatomia e inervação da região evitando complicações. O palato duro é composto pelo processo palatino do osso maxilar e pelo processo horizontal do osso palatino e o tecido conjuntivo é composto por lamina própria contendo tecido adiposo e glândulas. A anatomia do palato é importante para saber a espessura, altura e comprimento do tecido doador, o cirurgião deve ficar atento ao fazer a incisão pois no palato duro temos

a presença dos nervos palatino maior e menor que saem dos forames palatino maior e menor, sendo assim é importante que no ato da incisão o cirurgião sinta o nervo uma vez que ele se localiza de 7 a 17mm sentido apical em direção a junção cimento esmalte e será diferente de acordo com o formato do palato duro. Em palato duro maior o feixe se localiza a 17mm da junção cimento esmalte, em palato duro médio o feixe se localiza em 12mm da junção cimento esmalte e em palato duro menor o feixe se localiza em 7 mm da junção cimento esmalte (AROEIRA, 2007).

A área doadora para realização dos enxertos fica localizada na região palatina, situada entre os pré-molares e molares devido a essa área ser mais espessa. Quando as incisões são feitas, obtém-se um retalho com uma base móvel que permite o acesso cirúrgico para obtenção do tecido conjuntivo. Deve-se respeitar uma distância de no mínimo 2 mm da margem gengival, para evitar uma retração gengival em sítios originalmente sem alterações de contorno gengival, além de excluir do preparo estruturas anatômicas importantes como nervos e artéria palatina (LANDIM et al., 2009).

O enxerto removido deve apresentar de 1,5 a 2 mm de espessura para ter uma boa nutrição e evitar que sofra necrose. Após a retirada do enxerto, deve ser armazenado em uma gaze umedecida por soro fisiológico, para remoção de tecido adiposo. O epitélio removido do enxerto é armazenado em soro fisiológico e posteriormente colocado no palato. Ao realizar a sutura da área, não pode tocar no epitélio posicionado, sendo assim é colocado cimento cirúrgico na região para proteção da área doadora (FERRÃO JUNIOR et al., 2003).

2.6 Cirurgia Plástica Periodontal: Indicações e Contraindicações

A estética é uma das principais queixas de pacientes que buscam tratamentos periodontais, sendo assim a periodontia desenvolve constantemente técnicas mais previsíveis para atender às demandas de pacientes cada vez mais exigentes (ROMITO et al., 2017).

Segundo Andrade et al. (2012) a primeira fase para tratamento da recessão gengival envolve o controle dos fatores etiológicos e manutenção da saúde

periodontal, sendo um importante fator para durabilidade das cirurgias plásticas periodontais.

Sendo assim para sucesso do tratamento é importante levar em consideração a relação paciente, área doadora, área receptora, higiene bucal e eliminação do agente etiológico (MOURA, 2015).

São indicadas para aumento do tecido queratinizado, recobrimento radicular, correção de cristas edêntulas, correção periimplantar, classe I e II de Miller (SEGUNDO; ALVES, 2005), quando não há presença de sangramento a sondagem, profundidade do sulco deve ser menor ou igual a 2 mm e coloração dos tecidos gengivais consideradas saudáveis (TUNES; RAPP, 1999; ROMITO et al., 2017).

São contraindicadas para má qualidade da área doadora, recessões classe IV de Miller e doença periodontal ativa (SEGUNDO; ALVES, 2005).

2.6.1 Cirurgia Plástica Periodontal: Técnicas Cirúrgicas

As cirurgias muco gengivais têm sido amplamente utilizadas na área da periodontia como solução clínica para uma série de problemas periodontais como as recessões gengivais. Segundo Tunes; Rapp (1999) existem várias técnicas cirúrgicas como opção para recobrimento radicular, entretanto neste trabalho vamos focar na técnica de reposicionamento coronário associado ao enxerto de tecido conjuntivo.

2.6.1.1 Enxerto Coronalmente Posicionado

O enxerto coronalmente posicionado é um procedimento limitado pela altura e espessura da gengiva apical à recessão. A gengiva deve ser relativamente espessa e esse procedimento apenas pode ser realizado em casos de recessões Classe I de Miller, caso haja classe II e III de Miller, esse procedimento deve ser associado com um enxerto de tecido conjuntivo (TUNES; RAPP, 1999).

2.6.1.2 Enxerto de Tecido Conjuntivo

O enxerto de tecido conjuntivo pode ser utilizado em casos de recessão gengival e peri – implantite, a fim de melhorar a estética (ROMITO et al., 2017).

Segundo Borghetti e Monnet-Corti (2002) o enxerto consegue aumentar a área de tecido queratinizado diante de uma recessão tecidual marginal.

2.6.1.3 Retalho reposicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial

Este procedimento está indicado para tratamento de recessões múltiplas com defeitos maiores e profundidades consideráveis de vestibulo o que vai permitir a elevação de um retalho de espessura parcial ou dividido com envolvimento mucoso, o tecido conjuntivo doador é colocado no meio do retalho de espessura parcial (TAKEI et al.,2011; BORGHETTI; MONNET – CORTI, 2002).

Segundo Takeshi Segundo (2005) a técnica está relacionada com a remoção de um fragmento de tecido do palato e transplantado para região com deficiência de tecido queratinizado ou com desnudamento radicular.

A técnica baseia-se no deslocamento coronário dos tecidos moles sobre uma superfície radicular exposta. É um procedimento seguro e bastante previsível para o recobrimento radicular. As técnicas cirúrgicas fundamentadas no uso do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial representam a melhor opção terapêutica para o tratamento das recessões gengivais sendo considerada hoje o padrão – ouro. Porém, antes de definir o procedimento cirúrgico a ser utilizado para o tratamento das recessões gengivais, deve-se avaliar fatores como morbidade, quantidade e qualidade do tecido, custo – benefício e habilidade do operador (ROMITO et al., 2017).

A cobertura utilizando enxerto traz resultados perfeitos, na melhora do complexo mucogengival de um dente de suporte para prótese fixa, na mucosa periimplantar, e para recobrimento radicular. Além de ser estético, consegue aumentar a área de tecido queratinizado diante de uma recessão tecidual marginal (BORGHETTI; MONNET – CORTI, 2002).

Para que se tenha um sucesso no enxerto, são necessários três pontos de circulação colateral proveniente do tecido conjuntivo e do espaço periodontal, ou seja, circulação plasmática, colateral e do ligamento periodontal (SEGUNDO; ALVES, 2005).

O prognóstico é mais favorável quando se tem o preenchimento total do espaço interproximal pela papila, sem perda de inserção e perda óssea, sendo importante o procedimento de sondagem periodontal e a utilização de exames radiográficos para a determinação dos tecidos proximais (ROMITO et al., 2017).

Nas classes I e II de Miller é possível obter um recobrimento completo, na classe III o recobrimento é parcial e na classe IV nenhum recobrimento é esperado. Quanto mais larga e profunda é a recessão, pior vai ser o prognóstico. Outro fator importante é que se houver perda de tecido duro e mole em altura na região interproximal não é indicado o uso das cirurgias plásticas periodontais pois este é o princípio biológico essencial para se alcançar o sucesso independente da técnica que será utilizada (RODRIGUES; ALVES; SEGUNDO, 2010).

Primeiro deve-se rebaixar um retalho de espessura parcial deslocando somente do tecido epitelial e uma parte do tecido conjuntivo. Neste retalho o tecido ósseo coberto por uma pequena camada de tecido conjuntivo e pelo periósteo (TAKEI; CARRANZA, 2011) serão realizadas duas incisões verticais de 1 a 2 mm de distância (TAKEI et al., 2011) uma em cada lado, sendo importante estendê-la além da linha mucogengival chegando a mucosa alveolar, para permitir que o retalho seja liberado possibilitando o deslocamento da margem gengival (TAKEI; CARRANZA, 2011). Realiza-se também uma incisão horizontal de 2mm da ponta da papila, com cuidado para que não ocorra perfurações no retalho, uma vez que estas perfurações podem comprometer o suprimento sanguíneo. Em seguida realiza-se o alisamento radicular (TAKEI et al., 2011).

A superfície radicular deve receber o tratamento proposto para oferecer uma condição apropriada para busca da reconstrução periodontal. A desmineralização da superfície radicular foi proposta para expor o colágeno e facilitar o depósito de cemento pela indução de células mesenquimais do tecido adjacente que se diferenciaram em cementoblastos. Esse condicionamento da superfície radicular pode ser feito com ácido cítrico (pH 1 por 1 minuto) ou tetraciclina hidrocloreada (50 a 125 mg/ml por 3 a 5 minutos). A remoção mecânica dos depósitos bacterianos, do cálculo e do cemento contaminado é importante para a formação de uma nova inserção conjuntiva, realiza-se ampla raspagem e alisamento radicular para diminuir a proeminência radicular (RODRIGUES; ALVES; SEGUNDO, 2010). Além disso, deve-

se fazer bochechos vigorosos com solução antisséptica a base de gluconato de clorexidina a 0,12% durante 1 minuto (LANDIM et al., 2009).

Para obtenção do enxerto de tecido conjuntivo do sitio doador, realiza-se uma incisão horizontal no palato de 5 a 6 mm de distância da margem dos molares e pré-molares. A cicatrização da área doadora é por primeiro intensa o que causa menos desconforto ao paciente. Este tecido é cuidadosamente retirado e colocado sobre a raiz exposta, sendo importante que a porção apical do tecido doador seja colocado no meio do retalho de espessura parcial. A sutura será feita com fio reabsorvível nas porções proximais, recobre-se a área com cimento cirúrgico que será removido junto com a sutura após sete dias. Esta técnica apresenta como vantagem os resultados estéticos (TAKEI et al.,2011).

Há Três tipos de incisões que podem ser usadas no tratamento da recessão gengival utilizando a técnica de reposicionamento coronário associada ao enxerto de tecido conjuntivo.

Usando a técnica de Zuchelli em um paciente com recessões múltiplas classe I de Miller nos elementos 11,12,13,21,22,23 foi realizada anestesia infraorbitária no arco superior esquerdo e direito e complementação com anestesia infiltrativa ao longo eixo de cada elemento dentário submetido ao tratamento (LACERDA et al.,2011)(Figura 1).



Figura 1: Imagem inicial de recessão gengival classe I nos elementos 11,12,13,21,22,23

Fonte: LACERDA et al.,2011.

Foi utilizado o elemento 21 como referência para iniciar as incisões. Utilizaram incisões obliquas saindo da junção cimento/esmalte do dente com recessão até o início da recessão do dente adjacente para ter uma melhor adaptação das papilas, e uma melhor vascularização dos tecidos (LACERDA et al.,2011)(Figura 2).

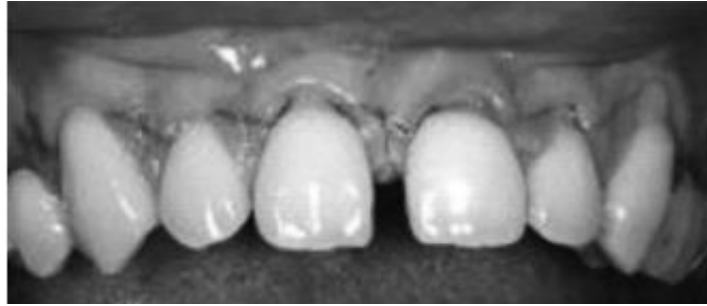


Figura 2: Demarcação para incisão oblíqua
Fonte: LACERDA et al.,2011.

Foi feito o deslocamento das estruturas utilizando o retalho de espessura total até a crista óssea, continuando com retalho de espessura parcial até a linha mucogengival deixando o retalho livre e móvel. Logo após foram feitas a dezeptelização das papilas anatômicas e raspagem e alisamento radicular com o objetivo de remover a smearlayr e irrigação com soro fisiológico (LACERDA et al.,2011)(Figura 3).

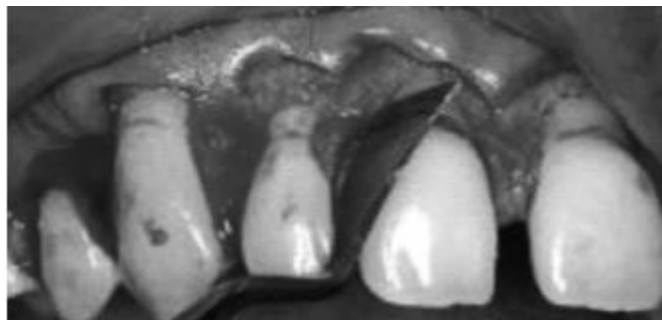


Figura 3: Rebatimento do retalho e dezeptelização das papilas anatômicas
Fonte: LACERDA et al.,2011.

Em seguida sutura tipo cochoeiro horizontal modificada para melhor tracionamento do retalho (LACERDA et al.,2011)(Figura 4).



Figura 4: Reposicionamento coronário e sutura cochoeiro
Fonte: LACERDA et al.,2011.

O pós-operatório do paciente foi utilizado paracetamol 750mg de 6/6 horas por três dias. Após 10 dias pode-se notar uma boa cicatrização e com 60 dias pode-se

observar total recobrimento radicular das recessões com um excelente resultado e uma melhora na qualidade do tecido periodontal (LACERDA et al.,2011)(Figura 5).



Figura 5: Aspecto Final, após 60 dias.

Fonte: LACERDA et al.,2011.

A técnica de Langer e Langer é indicada para tratamento de recessões isoladas e profundas. Na margem coronal da recessão faz uma incisão horizontal até a junção amelocementária com preservação das papilas interdentais, em seguida faz uma incisão mais larga na mesial e distal (ROSADO, 2015)(Figura 6).

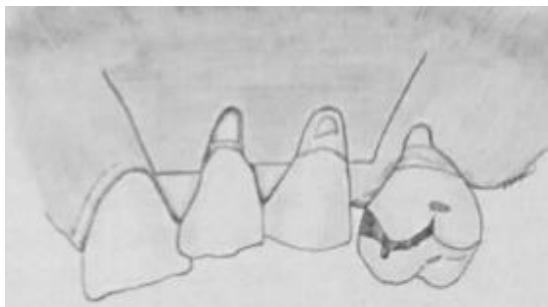


Figura 6: Incisão Horizontal com preservação das papilas interdentais

Fonte: ROSADO, 2015.

Rebate um retalho de espessura parcial além da linha mucogengival (ROSADO, 2015)(Figura 7).



Figura 7: Rebatimento do retalho até a junção mucogengival

Fonte: ROSADO, 2015.

Para realizar o enxerto faz uma incisão horizontal de 5 a 6mm de distância da margem gengival, uma segunda incisão horizontal é feita na distância de 1,5 a 2mm

da primeira, realiza-se uma incisão vertical ao lado das incisões horizontais, na mesial e distal (ROSADO, 2015)(Figuras 8 e 9).



Figura 8: Remoção do Enxerto do palato duro
Fonte: ROSADO, 2015.

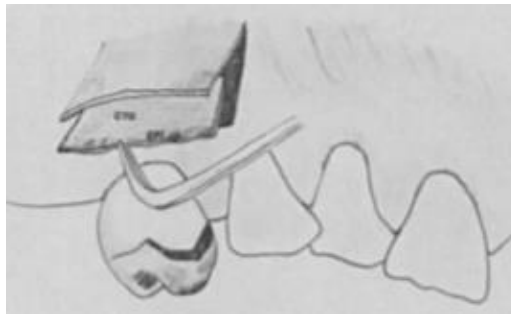


Figura 9: Remoção do Enxerto do palato duro
Fonte: ROSADO, 2015.

O enxerto é posicionado sobre as raízes e suturado de maneira firme nos tecidos interproximais (ROSADO, 2015)(Figuras 10 e 11).

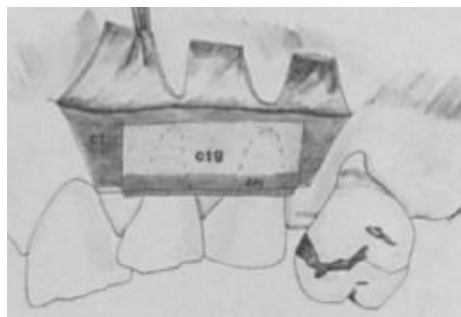


Figura10: Posicionamento do enxerto na area da recessão.
Fonte: ROSADO, 2015.

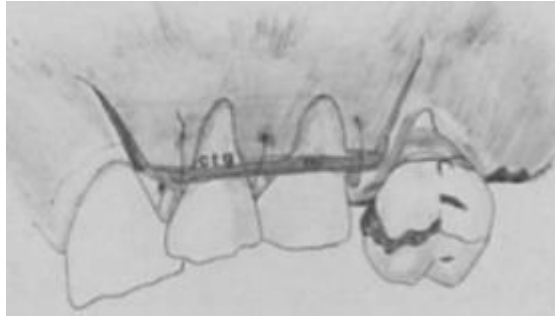


Figura 11: Reaparelhamento do retalho.
Fonte: ROSADO, 2015.

Na técnica proposta por Bruno, faz uma incisão horizontal reta na papila oposta a recessão a nível da junção amelo-cementária, preservando o epitélio da papila e para uma melhor visualização e uma maior área de trabalho pode aumentar a incisão no sentido mesio-distal. Nesta técnica não se usa as incisões verticais pois segundo o autor esta incisão pode comprometer o suprimento sanguíneo do enxerto, apresentar uma cicatrização mais lenta e um desconforto ao paciente (ROSADO, 2015)(Figura 12).



Figura 12: Incisão horizontal
Fonte: ROSADO, 2015.

É rebatido um retalho de espessura parcial no sentido apical além da linha mucogengival (Figura 13).



Figura 13: Rebatimento do retalho até junção mucogengival
Fonte: ROSADO, 2015.

O tratamento radicular é feito com brocas de polimento ou cureta e tetraciclinas. O enxerto é removido do palato, com uma incisão de 2-3mm ao longo eixo do dente. O comprimento méso-distal vai ser determinado de acordo com a necessidade do tecido conjuntivo para cobrir as recessões. Realiza-se uma incisão paralela ao longo eixo do dente de 2-3mm em relação a primeira incisão, quanto mais apical forem feitas as incisões mais tecido conjuntivo (ROSADO, 2015)(Figura 14).

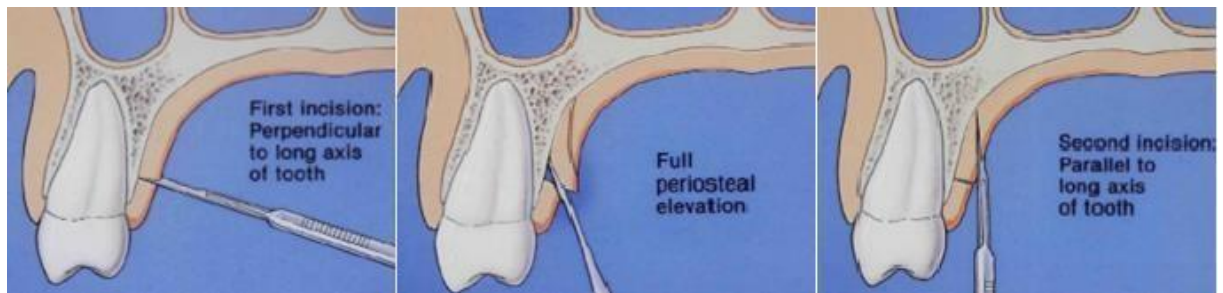


Figura 14: Remoção do enxerto do palato duro.
Fonte: ROSADO, 2015.

O enxerto é posicionado na região desejada e o retalho é reposicionado coronalmente e suturado com suturas interrompidas (ROSADO., 2015)(Figura 15).



Figura 15: Reposicionamento coronário e suturas interrompidas
Fonte: ROSADO, 2015.

Uma das principais vantagens da técnica é seu resultado estético muito bom, as diversas indicações como, recobrimento radicular, complexo mucogengival de um dente – suporte para prótese fixa meio periimplantar, recobrimento radicular de aproximadamente 80 a 90 %, excelentes chances de sobrevivência do enxerto, aumento do tecido queratinizado em altura e espessura (BORGHETTI; MONNET – CORTI, 2002).

É uma técnica considerada padrão – ouro de recobrimento devido ao número significativamente maior de sítios exibindo recobrimento radicular completo, melhor custo – benefício e estabilidade a longo prazo. Alcança recobrimento completo para

recessões unitárias Classe I e II de Miller com maior frequência do que qualquer outro procedimento (ROMITO et al., 2017).

As desvantagens estão presentes na dificuldade técnica, sobretudo na remoção, dores pós-operatórias no sítio doador (BORGHETTI; MONNET – CORTI, 2002).

Fatores anatômicos como a fenestração ou deiscência do osso alveolar vestibular, posição anormal do dente no arco, espessura do tecido gengival e até o formato do dente podem comprometer o resultado do recobrimento obtido (ROMITO et al., 2017).

3 DISCUSSÃO

Recessão gengival também conhecida como retração gengival é denominada (GUIMARÃES et al., 2012; RODRIGUES; ALVES; SEGUNDO., 2010) como um deslocamento apical da margem gengival em direção à junção muco – gengival, levando a exposição radicular, podendo ser múltiplas ou isoladas. Este deslocamento apresenta uma etiologia de origem multifatorial, sendo causada por presença de doença periodontal, escovação traumática, deiscência óssea e inserção alta do freio (YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006; TAKEI et al.,2011; RODRIGUES; ALVES; SEGUNDO, 2010). As recessões desenvolvem nos pacientes alguns sintomas como hipersensibilidade dentinária e mudança na qualidade de vida destes pacientes por causar uma alteração estética (KINA et al., 2014; FURLAN et al., 2007).

De acordo com Guimarães et al. (2012) e Venturim; Jolye; Venturim (2011) a recessão gengival apresenta uma classificação denominada por Miller e pode apresentar-se nos pacientes como classe I, quando a recessão não atinge a linha mucogengival e não há perda dos tecidos interproximais, a classe II a recessão ultrapassa a linha mucogengival e não há perda dos tecidos interproximais, nestes tipos de classificação a chance de recobrimento é total. Na classe III a recessão não ultrapassa a linha mucogengival mas já apresenta a perda dos tecidos interproximais e a classe IV a recessão está na linha mucogengival ou á ultrapassa e também temos a perda dos tecidos interproximais sendo assim, a classe III tem o recobrimento parcial e na classe IV o recobrimento é imprevisível.

Para sucesso no tratamento das recessões gengival é importante avaliar a etiologia e classificar a recessão de acordo com Miller, obtendo-se uma previsibilidade dos resultados (ANDRADE et al., 2012). Para utilização da técnica de reposicionamento coronário associada ao enxerto de tecido conjuntivo existem algumas indicações para obter o sucesso desejado, (TUNES; RAPP, 1999): o paciente não deve apresentar sangramento a sondagem, as colorações dos tecidos devem apresentar-se normais, o sulco gengival deve apresentar uma profundidade de 1 a 2 mm. É uma técnica indicada para correção periimplantar, aumento do tecido queratinizado e tratamento de recessão classe I e II de Miller.

Como área de escolha para remoção do tecido conjuntivo temos a região retromolar, regiões edêntulas e região de pré-molar e molar superior. A região mais utilizada pelos periodontistas é a região de pré-molar e molar superior por apresentarem uma boa faixa de gengiva queratinizada, porém, é de extrema importância o profissional conhecer o formato e a anatomia deste palato (AROEIRA, 2007).

De acordo com Rodrigues, Alves e Segundo (2010) é essencial a presença dos tecidos interproximais em altura para sucesso da técnica de Reposicionamento coronário associada ao enxerto de tecido conjuntivo.

O tratamento começa através de um rebaixamento do retalho de espessura parcial onde ocorrerá a presença de tecido epitelial e tecido conjuntivo, nestes casos, não há presença de perióstio. Para que seja possível fazer este rebaixamento, alguns tipos de incisões podem ser realizados (TAKEI; CARRANZA, 2011).

De acordo com Lacerda et al. (2011), a técnica de Zuchelli são usadas incisões oblíquas saindo da junção cimento/esmalte do dente que apresenta a recessão até a o início da recessão do dente adjacente, sendo assim ocorre melhor adaptação das papilas e melhor vascularização dos tecidos diminuindo assim a chance de necrose do enxerto. Rosado (2015) utilizou a técnica de Bruno onde realiza-se uma incisão horizontal na reta na papila em direção a junção amelocementária com preservação do epitélio, sem incisão vertical, pois esta pode comprometer a vascularização dos tecidos, causa um desconforto para o paciente e uma cicatrização mais lenta. Existe também a técnica de Langer, (ROSADO, 2015) esta incisão é indicada para recessões profundas e isoladas, nesta técnica realiza - se uma incisão horizontal até a junção amelocementária na porção coronária, preservando as papilas interdentais em seguida uma incisão vertical mais larga na mesial e na distal do elemento.

O tratamento radicular de acordo com Rodrigues (2010) tem o objetivo de oferecer uma condição apropriada para busca da reconstrução periodontal, é feita uma desmineralização da raiz com ácido cítrico por 1 minuto, ou pode usar também tetraciclina hidrocloreada de 50 a 125mg/ml de 3 a 5 minutos, esta desmineralização tem como objetivo expor o colágeno e facilitar o depósito do cimento, em seguida é importante fazer a raspagem e alisamento radicular para permitir que se tenha uma

aderência da nova inserção conjuntiva que será formada, porém, de acordo com Lacerda et al. (2011), a raspagem e alisamento radicular e a irrigação com soro fisiológico é capaz de remover toda a smear layer e com isto também teremos a formação de uma nova inserção conjuntiva, já Rosado (2015) disse que este tratamento radicular pode ser feito com brocas de polimento, curetas para raspagem e alisamento radicular e tetraciclina.

Para se obter o enxerto é indicado que na região de pré-molar e molar faça uma incisão horizontal de 5-6mm, em seguida o retalho é colocado sobre as raízes expostas, realiza - se o reposicionamento do retalho e uma sutura firme, de modo que não ocorra uma movimentação destes tecidos (TAKEI et al.,2011; ROSADO.; 2015). Segundo Lacerda et al. (2011) após o tratamento da raiz é importante fazer a desepitelização das papilas e em seguida o posicionamento do enxerto sobre as raízes expostas, e o reposicionamento do retalho com suturas firmes impedindo assim a movimentação destes tecidos.

No pós-operatório dos pacientes que se submetem a este tipo de tratamento de acordo com Lacerda et al. (2011), utiliza - se Paracetamol 750mg de 6/6 horas por três dias. Takei et al.(2011) obteve como resultado bons resultados estéticos, já Lacerda et al. (2011), utilizando a técnica de Zuchelli obteve uma boa cicatrização após 10 dias e após 60 dias teve total recobrimento das recessões e uma melhora na qualidade dos tecidos periodontais

4 CONCLUSÃO

De acordo com as revisões de literatura estudadas pode-se concluir que, essa técnica é utilizada para tratamento de região peri implantar, recessão gengival múltiplas e isoladas classe I II e III de Miller e aumento do tecido queratinizado. Apresenta como vantagens excelentes resultados estéticos, recobrimento peri implantar, recobrimento de recessão gengival, excelentes chances de sobrevivência do enxerto e custo acessível. É considerada padrão ouro devido ao grande poder de recobrimento e um excelente prognóstico, além de ter um custo – benefício muito bom.

5 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.F.; PINHO, M.M.; LIMA, C.; FARIA, I.; SANTOS, P.; BORDALO, C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Rev Port Clin Geral**, Porto Alegre, v. 22, n.3, p.379-90, 2006.
- ALVES, C.; ANDION, J.; BRANDÃO, M.; MENEZES, R. Mecanismos Patogênicos da Doença Periodontal Associada ao Diabetes Melito. **Arq Bras Endocrinol Metab**, Salvador, v. 51, n. 7, p. 1050-7, 2007.
- ANDRADE, L.P.; BISCARDE, A.; MOREIRA, A.; RIBEIRO, E.; BITTENCOURT, S. Treatment Of Gingival Recession With Cervical Abrasion. **Rev Bahiana de Odont**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 86-99, 2012.
- AROEIRA, P.R. **Utilização do Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial Na Implantodontia**. 2007. 70p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)- Academia de Odontologia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- BORGHETTI, A.; MONNET – CORTI, V. **Cirurgia plástica periodontal**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CORTELLI, J.R.; CORTELLI, S.C. Chronic and aggressive periodontitis: subgingival prevalence and frequency of periodontal pathogens. **Rev Biociênc.**, Taubaté, v.9, n.2, p.91-6, 2003.
- CUNHA, F. A. Decisão quanto à escolha da técnica de recobrimento radicular: relato de caso clínico. **Cient Ciênc Biol Saúde**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 321 – 7, 2014.
- ETO, F.S.; RASLAN, S.A.; CORTELLI, J.R. Microbial Characteristics in Periodontal Health And Disease. **Rev biociênc**, Taubaté, v.9, n. 2, p.45-51, 2003.
- FERRÃO JUNIOR, J.P.; MOREIRA, K.R.; SILVA, P.G.; SILVA, A.L.; PEREIRA, N.R.S. Subepithelial connective tissue graft – na alternative in periodontal plastic surgery. Case report. **Revista brasileira de cirurgia e periodontia**, Campo Grande, v.1, n.4, p.285-90, 2003
- FURLAN, L.M.; SALLUM, A.W.; SALLUM, E.A.; NOCCITI JUNIOR, F.H.; CASATI, M.Z.; AMBROSANO, G.M.B. Incidence of gingival recession and dentine hypersensitivity in the under graduate clinic of FOP-UNICAMP. **Rev. Perio**, Campinas, v. 17, n.1, 2007.
- GUIMARÃES, G.; ROMANO, T.G.; NARDO, A.P.; ALEIXO, R.Q. Case report- subepithelial connective tissue graft for the treatment of gingival recession class II. **Saber Científico Odontológico**, Porto velho, v. 2, n. 1, p. 84 – 94, 2012.

KINA, J. R.; SUZUKI, T.Y.U.; KINA, E.F.U. Subepithelial graft to treat multiple gingival recession: root surface descontamination by using Erbium YAG laser. **Arch Healt Invest**. Araçatuba, v.3, n.2, p. 40 – 7, 2014.

LACERDA, A.C.Q.; ALVES, A.C.B.A.; ROCHA, P.G.; MENEZES, S.A.F. Root covering by thetechnical Zucchelli and De Sanctis. **Rev Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v.59, n.2, p.313-17, 2011.

LANDIM, F.S.; ANDRADE, K.H.M.; FREITAS, G.B.; XAVIER, J.C.; SANTOS, S.C.; ALVES, R.V. Subepithelial connective tissue graft for root coverage. **Rev. Cir. Traumatol. Buco – maxilo facial**, Camaragibe, v.9, n.4, p.31-8, 2009.

MADEIRO, A.T.; BANDEIRA, F.G.; FIGUEIREDO, C.R.L.V. The interrelation ship between inflamatory periodontal diseaseand diabetes. **Odontologia. Clín.-Científ**, Recife, v. 4, n. 1, p. 07-12, 2005.

MOURA, A.J. Cirurgia Plástica Periodontal Para Recobrimento de Recessão Gengival: Estudo de Caso. 2015. 40p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)- Faculdade de Odontologia, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2015.

MULLER, H.; KONONEN, E. Variance components of gingival thickness. **J Periodontal Res**, Kuwait, v. 40, n. 3, p. 239 – 44, 2005.

NEWMAN, M. G.; TAKEI, H. H.; KLOKKEVOLD, P. R. **Periodontia Clínica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

OLSSON, M.; LINDHE, J. Periodontal characteristics in individuals with varying formof the upper central incisor.**J Clin Periodontol**, Gotemburgo, v. 18, p. 78 – 82, 1991.

PAULO, R.A. **Utilização do Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial Na Implantodontia**. 2007. 70p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)- Academia de Odontologia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

RODRIGUES, D.C.; ALVES, R.; SEGUNDO, T.K. Use of subepithelial conjunctive tissue graft in root covering. **RGO**, Porto Alegre, v.58, n.1, p.115-8, 2010.

ROMITO, G. A.; HOLZHAUSEN, M.; SARAIVA, L.; PANNUTI, C. M.; VILLAR, C. C. **Estratégias terapêuticas atuais no manejo da doença periodontal e peri – implantar**. Nova Odessa: Editora Napoleão, 2017.

ROSADO, A.E.A. **Técnicas Cirúrgicas no Tratamento de RecessõesGengivais**. 2015. 69p. Trabalho de Conclusão de Curso (estrado Integrado em Medicina Dentária)- Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2015.

SEGUNDO, T.K.; ALVES, R. Employment The Gingival Graft Conjunctive-Epithelium in Root Covera. **RGO**, Porto Alegre, v.54, n.1, p.81-3, 2005.

TAKEI, H.H.; CARRANZA,F.A. **Cirurgia Estética e Plástica Periodontal**. 11 ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2011.

TAKEI, H.H.; SCHEYER, E.T.; AZZI, R.R.; ALLEN, E.P.; HAN, T.J. **Cirurgia Estética e Plástica Periodontal**. 11 ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2011.

TUNES, U.R.; RAPP, G.E. **Atualização em Periodontia e Implantodontia**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1999.

VENTURIM, R.T.Z.; JOLY.J.C.; VENTURIM.L.R. Surgical techniques using connective tissue grafts for treatment of gingival recession. **Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, p. 147-52, 2011.

YARED, K.F.G.; ZENOBIO, E.G.; PACHECO, W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. **Rev Dental Press OrtodonOrtop Facial**, Maringá, v. 11, n. 6, p. 45-51, 20.