



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

MARIA LUYSA ALMEIDA DA SILVA

**RECESSÃO GENGIVAL TIPO 2 EM FENÓTIPO PERIODONTAL FINO: UM
RELATO DE CASO**

ARARUNA-PB

2024

MARIA LUYSA ALMEIDA DA SILVA

**RECESSÃO GENGIVAL TIPO 2 EM FENÓTIPO PERIODONTAL FINO: UM
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-dentista.

Área de concentração: Odontologia.

Orientadora: Prof. Dra. Karyna de Melo Menezes

ARARUNA-PB

2024

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586r Silva, Maria Luysa Almeida da.
Recessão gengival tipo 2 em fenótipo periodontal fino
[manuscrito] : um relato de caso / Maria Luysa Almeida da
Silva. - 2024.
27 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências, Tecnologia e Saúde, 2024.

"Orientação : Profa. Dra. Karyna de Melo Menezes ,
Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS. "

1. Periodontia. 2. Raiz dentária. 3. Odontologia. I. Título

21. ed. CDD 617.632

MARIA LUYSA ALMEIDA DA SILVA

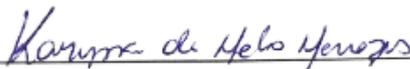
RECESSÃO GENGIVAL TIPO 2 EM FENÓTIPO PERIODONTAL FINO: UM
RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento do Curso
de Odontologia da Universidade Estadual
da Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Cirurgiã-dentista.

Área de concentração: Odontologia

Aprovada em: 13/06/2024.

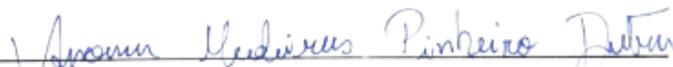
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Karyna de Melo Menezes (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Faumana dos Santos Câmara
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Apoená Medeiros Pinheiro Dutra
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Aspecto inicial	6
Figura 2 -	Aspecto clínico aproximado do dente 32 com recessão gengival	7
Figura 3 -	Imagens panorâmica e reconstrução 3D da mandíbula	7
Figura 4 -	Imagem do corte transversal do dente 32	8
Figura 5 -	Incisão inicial com microlâmina	8
Figura 6 -	Tunelizador ampliando o espaço para o enxerto	9
Figura 7 -	Remoção do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial	9
Figura 8 -	Membrana de L-PRF posicionada no leito doador	10
Figura 9 -	Sutura do leito doador	10
Figura 10 -	Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial	10
Figura 11 -	Odontoplastia	11
Figura 12 -	Aspecto final imediato	11
Figura 13 -	Controle pós-operatório: 7 (a), 15 (b) e 21(c) dias	13

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RG	Recessão gengival
JCE	Junção amelocementária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	Classificação das recessões gengivais	10
2.2	Fatores etiológicos ou risco para recessão gengival	11
2.3	Tratamento da recessão gengival	12
3	RELATO DE CASO	13
4	DISCUSSÃO	21
5	CONCLUSÃO	23
	REFERÊNCIAS	25

**RECESSÃO GENGIVAL TIPO 2 EM FENÓTIPO PERIODONTAL FINO: UM
RELATO DE CASO
TYPE 2 GINGIVAL RECESSION IN THIN PERIODONTAL PHENOTYPE: A CASE
REPORT**

Maria Luysa Almeida da Silva*

Karyna de Melo Menezes**

RESUMO

A recessão gengival é uma deformidade mucogengival comum na prática clínica odontológica, que corresponde à exposição da superfície radicular após o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte, no qual apresenta causa multifatorial, sendo fortemente associada à acúmulo de biofilme e trauma mecânico advinda de escovação exagerada, assim, acarretando sensibilidade dentária, cáries radiculares, perda dentária e prejuízo estético. O tratamento ortodôntico, por meio das movimentações nas bases ósseas também é um fator que acarreta na recessão gengival, assim como abfração dentária, advinda do prejuízo oclusal. O entendimento do fator etiológico, classificação e diagnóstico preciso norteia o tratamento adequado, que a literatura aponta como padrão ouro a cirurgia periodontal de recobrimento radicular, nesse caso por meio da técnica de túnel coronalmente avançado modificado juntamente com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial promove melhor prognóstico no pós-operatório, assim, devolvendo melhora na estética e previsibilidade do dente em boca desenvolvendo a função.

Palavras-chave: periodontia; raiz dentária; odontologia.

*Graduanda do curso de Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba, campus VIII, Araruna-PB.

** Graduada no curso de Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba, campus I, Campina Grande-PB.

ABSTRACT

Gingival recession is a common mucogingival deformity in clinical dental practice, which corresponds to the exposure of the root surface after the apical displacement of the gingival margin in relation to the cemento-enamel junction, which has a multifactorial cause, being strongly associated with the accumulation of biofilm and trauma. caused by excessive brushing, thus causing tooth sensitivity, root cavities, tooth loss and aesthetic damage. Orthodontic treatment, through movement in the bone bases, is also a factor that leads to gingival recession, as well as tooth abfraction, resulting from occlusal damage. Understanding the etiological factor, classification and precise diagnosis guides appropriate treatment, which the literature points to as the gold standard of periodontal root coverage surgery, in this case using the modified coronally advanced tunnel technique together with subepithelial connective tissue graft, which promotes a better prognosis. in the postoperative period, thus returning an improvement in the aesthetics and predictability of the tooth in the mouth, developing function.

Keywords: periodontics; tooth root; dentistry.

1 INTRODUÇÃO

A estética do sorriso apresenta primordialmente valor social, sendo essencial e relevante na odontologia, no qual tem evoluído para uma abordagem interdisciplinar no tratamento de vários problemas para atender às expectativas dos pacientes (Trivedi *et al.*, 2014). Visto que as patologias que acometem a saúde bucal, a cárie e a doença periodontal são as mais prevalentes, no qual a recessão gengival é uma problemática frequente em todo o mundo (Lodetti, 2014).

Na periodontia, a recessão gengival tornou-se comum na rotina clínica do cirurgião-dentista, no qual compromete esteticamente e funcionalmente o paciente, em que se avalia alta sensibilidade, perda dentária em casos avançados, impactação de alimentos, ausência gengival, desconforto ao mastigar, morder, falar e sorrir, influenciando assim, fortemente no bem-estar geral do indivíduo (Barker, 2019). Visto que, a localização, na área maxilar ou mandibular, a exposição á cavidade oral pode dificultar nas medidas adequadas de higiene bucal, facilitando o desenvolvimento de gengivite e cárie radicular (Sculean, 2018).

A recessão gengival (RG) é definida como a perda de inserção do periodonto de sustentação, ocasionando o deslocamento apical da margem gengival além da junção amelocementária (JCE), no qual ocasiona exposição da superfície radicular e aumento de coroa clínica (Carcuac *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2021; Ribeiro *et al.*, 2015). Os dentes inferiores apresentam maior prevalência de recessão gengival que os dentes superiores, sendo os incisivos inferiores os locais mais frequentemente afetados (43,0%), seguidos pelos molares superiores (13,2%) e pré-molares inferiores (12,2%) (Augusto *et al.*, 2021).

É uma condição dentária relativamente comum, visto que a recessão gengival tende a aumentar com a idade, apresentando a incidência de aproximadamente 54% em adultos jovens com idade entre 26 e 35 anos, na qual pode desenvolver sensibilidade dentária, aumento da prevalência de cárie radicular e prejuízo estético quando localizada nos dentes anteriores, impactando negativamente na qualidade de vida (Abdel-Fatah; Saleh *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2021).

Os potenciais fatores etiológicos associados ao desenvolvimento das recessões gengivais são a posição e anatomia dos dentes na arcada dentária, deiscências

ósseas, espessura da mucosa alveolar, escovação dentária excessiva ou incorreta, tração muscular ou tratamento ortodôntico (Sculean *et al.*, 2018). Além disso, outro fator é o fenótipo periodontal fino, no qual se refere às características de osso e seu fenótipo gengival subjacente, que inclui o tecido queratinizado e espessura gengival (Borrootchi *et al.*, 2020).

Atualmente, a recessão gengiva é classificada de acordo com a condição e deformidade mucogengival, na qual é limitada pela extensão vertical, podendo ser atribuída recessão do tipo RT1, RT2 ou RT3, além disso, a condição radicular deve ser considerada de acordo com a presença ou não de concavidade na superfície radicular, sendo classe + (presença de degrau cervical > 0,5mm) ou classe – (ausência de degrau cervical > 0,5mm), assim, qualquer tipo de recessão deve ser seguida do degrau (Steffens; Marcantonio, 2018).

Diante dos problemas clínicos e estéticos relacionados à alta prevalência das recessões gengivais é de suma importância o entendimento dos fatores etiológicos, bem como a prevenção e tratamento desta condição. Trazer à luz o entendimento de que o correto diagnóstico influencia diretamente no plano de tratamento para o caso, visando o recobrimento radicular e estabilidade da margem gengival em fenótipo periodontal fino no intuito de devolver os tecidos periodontais de proteção, melhorando a longevidade do dente com recessão gengival na boca, com função e estética.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A recessão gengival é definida como uma exposição da superfície radicular após o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte (Carcuac *et al.*, 2023). Esta modificação pode variar em sua manifestação, em termos de extensão, podendo afetar uma ou várias faces, e em termos de gravidade, dependendo se envolve apenas um dente, um grupo de dentes ou apresenta-se de forma generalizada em toda arcada dentária (Barker, 2019). Esta condição está associada à perda de tecidos periodontais, incluindo gengiva, ligamento periodontal, cimento radicular e osso alveolar (Imber, Kasaj, 2021)

2.1 Classificação das recessões gengivais

Durante muitos anos e na maioria dos estudos clínicos disponíveis, a recessão gengival foi classificada de acordo com Miller, porém, revelou algumas limitações ao longo dos anos (Imber, Kasaj, 2021). No entanto, recentemente, a atual Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares (2018), sendo denominada condição e deformidade mucogengival, a recessão gengival é influenciada pelo fenótipo periodontal que é resultante da combinação de fenótipo gengival (volume gengival) com a espessura do osso alveolar vestibular (morfortipo ósseo) (Steffens, Marcantonio *et al.*,2018).

Com isso, as recessões gengivais são divididas em três tipos: RT1 - sem perda de inserção interproximal, no qual a JCE interproximal não detectável clinicamente na mesial ou distal, RT2 – perda de inserção interproximal, com distancia da JCE ao fundo de sulco\bolsa menor ou igual á perda de inserção vestibular e RT3 – perda de inserção interproximal, com distancia da JCE ao fundo de sulco\bolsa maior que a perda de inserção vestibular (Steffens, Marcantonio *et al.*,2018).

É importante também a identificação do biótipo gengival, que pode ser classificada em gengiva fina ou gengiva espessa, no qual é mensurado com base na transparência da sonda periodontal através da margem gengival sonda visível = fenótipo fino ($\leq 1\text{mm}$) e sonda não visível = fenótipo espesso ($> 1\text{mm}$), e verificar a distância (em mm) da margem gengival á junção mucogengival (Rouck *et al.*, 2009; Steffens, Marcantonio,2018).

Em geral, fenótipo gengival fino é associado a uma cora delgada de formato triangular, convexidade cervical sutil, contatos interproximais próximos à borda incisal, gengiva clara, fina e delicada, com osso alveolar relativamente fino, fenótipos planos e espessos exibem coroas de formato quadricular, convexidade cervical pronunciada, grandes pontos de contato interproximais apicalmente, gengiva espessa e clara, com osso alveolar espesso (Imber, Kasaj, 2021).

2.2 Fatores etiológicos ou de risco para a recessão gengival

Pode-se afirmar que os defeitos de recessão gengival apresentam causa multifatorial, não necessariamente de forma igual ou simultânea, apresentando fator anatômico, como fenestração, deiscência de osso alveolar e posição anormal do dente no arco, fator fisiológico, que inclui movimentação ortodôntica, fator patológico,

como acúmulo bacteriano, fator traumático, como escovação vigorosa e fator de higiene, que inclui mal hábitos de higiene oral (Kassab, Cohen, 2014).

No entanto, o profissional deve focar sua atenção para os fatores de suscetibilidade, como tecido gengival fino, ausência ou faixa estreita, profundidade de sondagem que se estende além da junção mucogengival, recessão gengival progressiva e/ou doença periodontal inflamatória, e para as condições modificáveis que são acúmulo de placa, doenças periodontal inflamatória, hábitos traumáticos de higiene bucal, margens de restaurações subgengivais, tabagismo e condições sistêmicas como diabetes *mellitos* (Imber, Kasaj, 2021).

Também deve levar em consideração a inter-relação entre periodontia e ortodontia, visto que a recessão gengival pode surgir como um efeito colateral indesejável comum durante o tratamento ortodôntico, no qual a direção do movimento dentário pode alterar a dimensão gengival (Shivakumar *et al.*, 2010)

2.3 Tratamento das recessões gengivais

As terapias mais comuns para as recessões gengivais são a prevenção dos fatores etiológicos, bem como diferentes estratégias não cirúrgicas, como instrução e motivação de higiene oral, preparação e o acabamento das restaurações, sendo essenciais para prevenir o desenvolvimento de defeitos de recessão gengival (Imber, Kasaj, 2021). Já as estratégias cirúrgicas, incluem enxerto gengival livre, enxertos de tecido conjuntivo, retalhos pediculares, regeneração tecidual guiada com membrana reabsorvível ou não reabsorvível e agentes biológicos (Augusto *et al.*, 2021).

Atualmente, para defeitos de recessão única, o retalho com desenho trapezoidal é o tratamento de escolha, que inclui duas incisões verticais de liberação e uma de divisão completa para superar o problema com o suprimento de sanguíneo e a formação de tecido cicatricial. Outra abordagem é a técnica de túnel, no qual pode ser preparada em espessura total ou em espessura parcial, dependendo das dimensões do tecido mole, essa técnica compreende uma elevação do retalho que separa cuidadosamente toda a papila interproximal do osso, sendo um manejo cirúrgico conservador, com melhor resultado estético, ótimo suprimento sanguíneo e nutrição do enxerto, assim como, melhor cicatrização e redução de morbidade pós-

operatório devido abertura limitada do retalho (Imber, Kasaj, 2021; Tavelli *et al.*, 2018)

A previsibilidade dos procedimentos de recobrimento radicular para o tratamento de recessões gengivais únicas e múltiplas tem sido amplamente demonstrada, no qual a seleção de uma técnica para outra depende das características clínicas do caso, da classificação da recessão gengival, dos objetivos cirúrgicos, exigências estéticas e habilidade manual do profissional frente ao manejo operatório, visto que atualmente o uso de enxerto de tecido conjuntivo é terapia padrão ouro, no qual proporciona excelente estabilidade da margem gengival ao longo do tempo em comparação á outros tratamentos (Cairo *et al.*,2020; Imber, Kasaj, 2021)

Neste cenário, ao desenvolver uma estratégia de tratamento, o profissional deve focar nos fatores de suscetibilidade e nas condições modificais, tendo em vista que os resultados de recobrimento radicular não só dependem da quantidade final de cobertura radicular, bem como satisfação geral do paciente e resultados estéticos proporcionados (Cairo *et al.*,2020). Diante da prevalência e dos problemas clínicos associados a recessão gengival é de suma importância o conhecimento do cirurgião dentista sobre fatores relacionados à etiologia, diagnóstico, planejamento e tratamento, assim como, a conscientização do paciente frente a essa deformidade mucogengival antes que o mesmo apresente perda do elemento dentário ou até mesmo perda generalizada da arcada.

3 RELATO DE CASO

A paciente envolvida neste caso clínico, A.S.C., 34 anos, procurou atendimento odontológico especializado com uma Periodontista para realizar tratamento de recessão gengival localizada no dente 32, diagnosticada há cerca de um ano, embora outras áreas com recessões gengivais múltiplas estivessem presentes.

No exame clínico periodontal inicial, os parâmetros clínicos de profundidade de sondagem, sangramento à sondagem, faixa de mucosa ceratinizada, recessão gengival e qualidade do fenótipo gengival foram aferidos com auxílio de uma sonda periodontal milimetrada Carolina do Norte (Hu Friedy®). O diagnóstico da paciente foi Periodontite Estágio 1, grau A, devido à presença de bolsas periodontais de 5

milímetros na região interproximal dos dentes 16 e 26, além de recessões gengivais múltiplas e periodonto gengival majoritariamente fino, aferido pela transparência à sondagem (De Rouck *et al.*, 2009) (Figura 01).

Figura 01: Aspecto inicial.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Inicialmente, na finalidade de preparar os tecidos periodontais inflamados devido ao acúmulo de biofilme e cálculo dentário em quase todos os dentes, especialmente naquele com a recessão gengival a ser tratada, foi realizada a terapia básica periodontal, através da orientação e motivação de higiene bucal seguida da raspagem e alisamento coronorradicular com profilaxia e polimento dentário. A etapa de orientação e motivação de higiene foi realizada com auxílio de manequim como modelo, representando as áreas com recessão gengival e áreas com maior necessidade de higiene. Adicionalmente, modelos diversos de escovas convencionais foram apresentados e houve indicação de uma escova com cerdas macias e planas, cabeça pequena e cabo ergonômico, além de métodos de limpeza interdental, como o fio dental e escova interdental, principalmente no dente 32, já que apresentava um “*black space*”, provavelmente devido à perda da crista óssea alveolar na região mesial (Figura 02).

Figura 02: Aspecto clínico aproximado do dente 32 com recessão gengival de 3mm e presença de *black space* na face mesial.



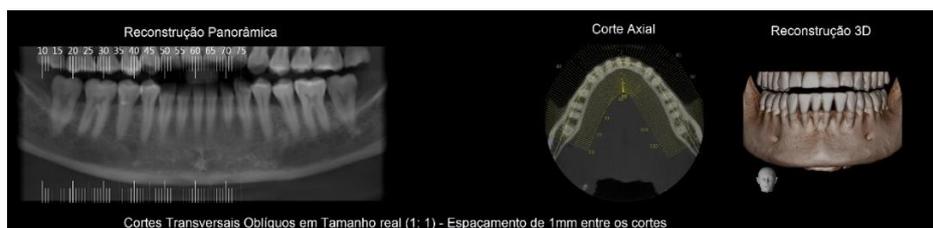
Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

A raspagem e alisamento coronorradicular foi realizada com curetas Gracey manuais mini five (Hu Friedy®) e ultrassom (EMS®) e a profilaxia e polimento dentário foram feitas com escovas de Robson e taça de borracha profilática.

Ao final desta sessão inicial, foi solicitada a tomografia de feixe cônico da região de mandíbula, com afastamento labial, para visualização do osso alveolar na região apical, de todos os dentes com recessão gengival, especialmente o dente 32, para planejamento de cirurgia de recobrimento radicular.

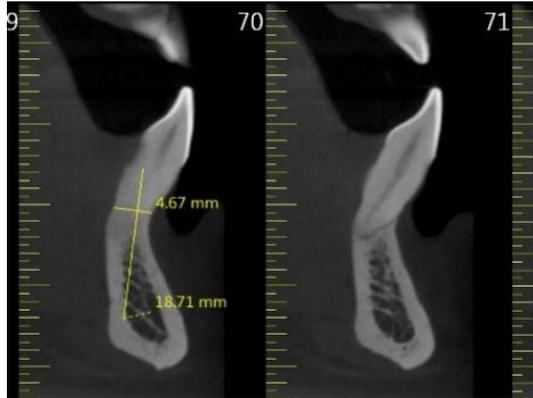
De posse das fotografias clínicas realizadas na sessão inicial e do resultado do exame de imagem (Figuras 03 e 04), realizou-se o planejamento da cirurgia de recobrimento radicular do dente 32, optando-se pela técnica de Sculean e Allen (2018).

Figura 03: Imagens panorâmica e reconstrução em 3D da mandíbula, evidenciando perda óssea na mesial do dente 32.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Figura 04: Imagem do corte transversal do dente 32, mostrando apenas a região apical do dente inserida em osso alveolar na face vestibular.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024..

Com o planejamento da cirurgia executado, foi feita uma apresentação *on-line* com a paciente em questão, através do Google Meet, para explicar todo o passo a passo e tirar possíveis dúvidas.

No dia da cirurgia, uma enfermeira participou do atendimento fazendo a coleta do sangue para preparação da membrana de L-PRF e a cirurgia foi executada seguindo o planejamento previamente executado e aprovado pela paciente.

Após a anestesia do leito receptor com mepivacaína com epinefrina 2%, uma incisão intrasulcular com uma microlâmina, envolvendo toda mesial, distal e região mais apical do dente 32 na área com a recessão gengival foi executada, com a finalidade de começar a criar o túnel, desinserindo as fibras da unidade gengival e musculares (Figura 05).

Figura 05: Incisão inicial com microlâmina.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Com auxílio de um tunelizador (Hu Friedy®), o descolamento total do retalho foi ampliado criando espaço para o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no leito receptor (Figura 06).

Figura 06: Tunelizador ampliando o espaço para o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024..

Após a preparação do leito receptor, percebeu-se a necessidade de um enxerto com medidas de 15 milímetros de comprimento e cerca de 7 milímetros de altura. Assim, o palato do lado esquerdo foi anestesiado com mepivacaína com epinefrina 2% na região próxima ao forame palatino maior e, após observar isquemia na área e realizar os testes para conferência da técnica anestésica, prosseguiu-se com a remoção do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial pela técnica linear, realizando a incisão com microlâmina angulada (Figura 07). Após a remoção do enxerto, duas membranas L-PRF, previamente preparadas e acondicionadas em ambiente estéril, foram colocadas no leito doador e suturadas com fio seda 4.0 (Ethicon® – Johnson & Johnson, São Paulo, SP, Brasil) foram realizadas para estabilizar as membranas e o coágulo no intuito de melhorar o conforto pós-operatório e reduzir possíveis intercorrências, como hemorragia (Figuras 08 e 09).

Figura 07: Microlâmina sendo usada para remoção do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.



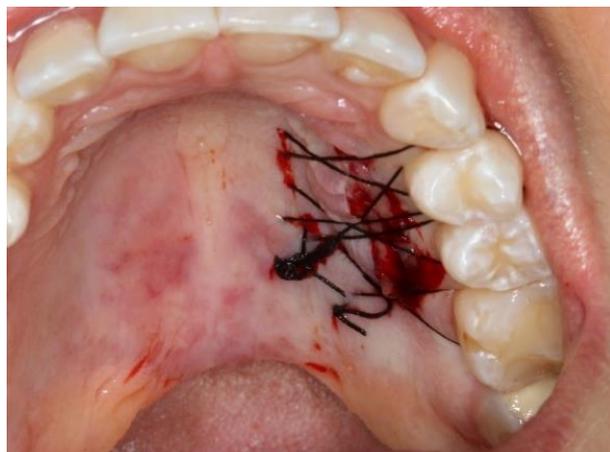
Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Figura 08: Membrana L-PRF sendo posicionada no leito doador.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Figura 09: Sutura do leito doador.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Com o enxerto apoiado sob uma gaze estéril, observou-se que o tamanho removido foi ideal, seguindo o que havia sido calculado inicialmente para o leito receptor (Figura 10). A desepitelização do enxerto foi realizada na mesa cirúrgica no intuito de remover a fina camada de epitélio, cerca de 1 a 1,5 mm, que foi usada como guia para manter a espessura do enxerto com segurança durante sua remoção. A odontoplastia foi realizada com uma ponta diamantada de ultrassom própria para o desgaste dentário, sem lesionar a margem gengival, com o objetivo de diminuir a convexidade da raiz do dente e favorecer a nutrição e neovascularização do enxerto durante a cicatrização (Figura 11).

Figura 10: Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Figura 11: Odontoplastia com auxílio do ultrassom (EMS®).



Fonte: Elaborado pela autora, 2024..

O enxerto de tecido conjuntivo foi finalmente posicionado no leito receptor, dentro do túnel criado, e estabilizado com suturas simples nas suas extremidades, além de sutura suspensória na região cervical, com fio de sutura 5.0 e 6.0 nylon soft blue (Tech Suture®). O retalho foi suturado com os mesmos fios iniciando pelo fechamento do ponto mais apical da antiga recessão gengival seguindo para a região cervical do dente 32, além de suturas suspensórias novamente, desta vez com o objetivo de trazer todo o retalho para a posição mais cervical possível (Figura 12).

Figura 12: Aspecto final imediato.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Os cuidados pós-operatórios com relação à temperatura e consistência dos alimentos, bem como evitar atividades físicas foram explicados à paciente e uma lista foi passada, explicando todos os cuidados. A medicação pós-operatória foi prescrita com o principal objetivo de evitar e/ou diminuir a dor e desconforto no período pós-operatório facilitar a higiene bucal nesse período (Uso interno: Ibuprofeno 600mg – 8 em 8 horas por 4 dias / Novalgina 1g – 6 em 6 horas por 3 dias / Amoxicilina 500mg – 8 em 8 horas por 7 dias / Uso externo: Digluconato de clorexidina 0,12% - 2 vezes ao dia por 21 dias).

O controle pós-operatório de 7, 15 e 21 dias ocorreu nas datas inicialmente previstas e combinadas com a paciente. Aos 7 dias após a cirurgia, observou-se necrose superficial da membrana L-PRF na área doadora e, após a remoção da sutura do palato e higiene do local com clorexidina a 0,12%, as regiões operadas continuaram com o processo de cicatrização sem nenhuma intercorrência. No controle pós-operatório de 15 dias, foi possível observar ótima vascularização e

cicatrização, sem sinais flogísticos alterados para o período, e fotografias intraorais foram realizadas. Finalmente, após 21 dias da cirurgia, a paciente compareceu ao consultório odontológico para remoção da sutura no leito receptor e observou-se o recobrimento radicular total neste momento

Figura 13: Controle pós-operatório de 7 (a), 15 (b) e 21 (c) dias.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

4 DISCUSSÃO

Nos últimos anos, a área da Odontologia progrediu de maneira significativa, transformando os profissionais não apenas em cuidadores da saúde bucal e restauradores da função, mas também em especialistas em atender às expectativas estéticas dos pacientes (Bhusari *et al.*, 2014). No presente relato de caso, a paciente relatou a queixa principal envolvendo sua estética em relação à recessão gengival no dente 32 que, embora estivesse localizada no arco inferior, existia a possibilidade de perda dentária devido a progressão de recessões gengivais não-tratadas, o que dificultaria a reabilitação com implantes dentários devido à falta de osso e mucosa ceratinizada. Sendo assim, através da cirurgia de recobrimento radicular do dente 32 com o uso de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, observou-se o recobrimento radicular total, aumento da faixa de mucosa ceratinizada e melhora da qualidade do fenótipo gengival, em três semanas após a cirurgia, e esses resultados clínicos tendem a se manter ao longo dos anos, melhorando a previsibilidade de manutenção do dente na boca em função e com estética satisfatória.

Durante a anamnese, a paciente relatou visita anteriormente ao cirurgião-dentista, no qual apresentava o diagnóstico fechado de recessão gengival. Ao exame clínico, por meio do uso da sonda milimetrada Carolina do Norte (Hu Friedy®), detectou a presença de fenótipo periodontal fino. De acordo com Barootchi *et al.* (2020), a presença de fenótipo periodontal fino tem sido associada a um risco maior de desenvolver recessões gengivais, não apenas ao longo da vida do paciente, mas também como consequência de terapêutica odontológica, como tratamento ortodôntico.

De acordo Rafiuddin *et al.* (2015), embora o tratamento ortodôntico traga vantagens como o aprimoramento da saúde geral e bucal, além de melhorar a aparência e a autoestima, ele também apresenta riscos, no qual um desses riscos é a possibilidade de desenvolvimento de recessão gengival em pacientes que passam por movimentação ortodôntica. Este padrão de frequência foi confirmado no estudo de Augusto *et al.* (2021), no qual os incisivos inferiores são os mais vulneráveis ao desenvolvimento de recessões gengivas durante e após tratamento ortodôntico.

Segundo Rouck *et al.* (2009), a aparência clínica dos tecidos periodontais saudáveis difere de indivíduo para indivíduo, visto que identificação do biótipo gengival é de suma importância, uma vez que a arquitetura gengival e óssea apresenta impacto significativo no resultado da terapia restauradora, no qual demonstrou maior recuperação de tecidos moles após procedimento de aumento de coroa em pacientes com biótipo achatado e espesso do que naqueles com biótipo recortado e fino.

Em relação ao diagnóstico periodontal, Rouck *et al.* (2009) e Barootchi *et al.* (2020), demonstraram que com base na transparência da sonda periodontal através da margem gengival é um método simples e eficaz para diferenciar gengiva fina de gengiva espessa, mas também, existem outros métodos para avaliar, que incluem sondagem transginal, ultrassom ou sonda codificada por cores, porém a transparência a sondagem diferencia de forma reprodutível, sendo mais utilizada pelos cirurgiões-dentistas.

Portanto, durante o planejamento cirúrgico foi incluído o uso da membrana de L-PRF, pois desempenha o papel importante na migração, proliferação, diferenciação e regeneração tecidual, uma vez que segundo Mijiritsky *et al.* (2021), aponta a eficácia dos concentrados de plaquetas na promoção da cicatrização de feridas e regeneração de tecidos. Com isso, durante a cirurgia de recobrimento

radicular, a membrana de L-PRF foi inserida no leito doador do palato da paciente no intuito de acelerar a cicatrização e diminuir o desconforto pós-operatório.

De acordo com Imber e Kasaj (2021), a classificação da recessão gengival é necessário para um correto diagnóstico e tratamento, visto que a classificação de Miller não é mais indicada por apresentar limitações em enquadrar alguns casos, porém, recentemente é classificada de acordo com deformidades e condições mucogengivais ao redor dos dentes que se baseia na avaliação do fenótipo gengival, na gravidade da recessão e na presença de lesões cervicais associadas, no qual demonstrou mais sucesso. Com isso, a paciente do presente relato de caso foi classificada como recessão gengival do tipo 2, por apresentar perda de inserção interproximal, com distancia da junção cimento-esmalte ao fundo de sulco\bolsa menor ou igual á perda de inserção vestibular

Segundo Augusto *et al.* (2021), o recobrimento radicular é considerado um procedimento bem-sucedido e previsível em periodontia, visto que diferentes estratégias cirúrgicas têm sido propostas para correção gengivais. No qual, enxerto de tecido conjuntivo com combinação de retalho coronalmente avançado é considerado como tratamento padrão ouro para recessões únicas e múltiplas, proporcionando excelente estabilidade da margem gengival ao longo do tempo em comparação com retalho isolado ou biomateriais de substituição, visto que esses métodos dependem da posição da margem, nível da junção mucogengival, presença\ausência de formação de cicatriz e consistência e contiguidade de tecidos moles em comparação com locais adjacentes (Cairo *et al.*, 2020; Augusto *et al.*, 2021)

Diante das altas demandas estéticas dos pacientes, são necessários procedimentos cirúrgicos que preservem a integridade das papilas na obtenção de cobertura radicular e terapia regenerativa, portanto no presente relato de caso a técnica cirúrgica de escolha para o tratamento da recessão gengival foi a técnica de túnel coronalmente avançado modificado. Visto que compreende uma elevação do retalho de espessura total que separa cuidadosamente toda a papila interproximais do osso e coloca suturas suspensas dos batentes compostos nos pontos de contato dos dentes para evitar que o retalho entre em colapso durante a cicatrização (Tavelli *et al.*, 2018).

No entanto, segundo o estudo de Sculean *et al.* (2018), as recessões mandibulares profundas e isoladas, localizadas na área anterior, a técnica de túnel

pode ser extremamente difícil e resultar na diminuição da profundidade vestibular e deiscência do retalho devido ao aumento da tensão.

5 CONCLUSÃO

O presente relato de caso abordou a complexidade do manejo da recessão gengival tipo 2 em uma paciente com fenótipo periodontal fino, no qual a abordagem terapêutica incluiu um planejamento cuidadoso e a utilização de técnicas cirúrgicas adequadas para garantir a regeneração tecidual e a manutenção da estética gengival. Os resultados obtidos demonstraram uma melhoria significativa na cobertura radicular e na saúde periodontal geral, impactando positivamente na qualidade de vida do paciente, devolvendo estética e função.

A análise do caso reforça a importância de um diagnóstico preciso e de uma abordagem personalizada, considerando as características específicas do periodonto do paciente. Em conclusão, o manejo eficaz da recessão gengival tipo 2 em fenótipo periodontal fino requer uma combinação de conhecimento teórico, habilidades clínicas e um entendimento profundo das variáveis anatômicas e biológicas envolvidas. Este caso exemplifica a possibilidade de alcançar resultados positivos e duradouros, contribuindo para a literatura existente e oferecendo diretrizes para futuros tratamentos semelhantes.

REFERÊNCIAS

ABDEL-FATAH, R.; SALEH, W. Efficacy of amniotic membrane with coronally advanced flap in the treatment of gingival recession: an updated systematic review and meta-analysis. **BMC oral health**, v. 24, n. 1, p. 133, 2024.

AGUSTO, M. *et al.* Root coverage predictability in the treatment of gingival recessions on mandibular anterior teeth. **JDR clinical and translational research**, v. 7, n. 3, p. 224–233, 2022.

BAKER, P. Gingival Recession-Causes and Management. *Primary dental journal*, v. 8, n. 4, p. 40-47, 2019.

BAROOTCHI, S. *et al.* Gingival phenotype modification therapies on natural teeth: A network meta-analysis. **Journal of periodontology**, v. 91, n. 11, p. 1386–1399, 2020.

CAIRO, F. *et al.* The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study: Interproximal CAL for gingival recessions. **Journal of clinical periodontology**, v. 38, n. 7, p. 661–666, 2011.

CAIRO, F. *et al.* Aesthetic-And patient-related outcomes following root coverage procedures: A systematic review and network meta-analysis. **Journal of clinical periodontology**, v. 47, n. 11, p. 1403–1415, 2020.

IMBER, J.-C.; KASAJ, A. Treatment of gingival recession: When and how? **International dental journal**, v. 71, n. 3, p. 178–187, 2021.

FERNÁNDEZ-JIMÉNEZ, A. *et al.* Complete root coverage in the treatment of Miller class III or RT2 gingival recessions: a systematic review and meta-analysis. **BMC oral health**, v. 21, n. 1, 2021.

KASSAB, M. M.; COHEN, R. E. The etiology and prevalence of gingival recession. **Journal of the American Dental Association (1939)**, v. 134, n. 2, p. 220–225, 2003.

LINDHE J, KARRING T, LANG N. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral: conceitos básicos: conceitos clínicos**. 5^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. P. 720

LODETTI, V.L. *et al.* Doença Periodontal na rede de atenção á saúde do município de Florianópolis, **Repositorório Institucional da UFSC**, Santa Catarina, 2014.

MIJIRITSKY, E. *et al.* Use of PRP, PRF and CGF in periodontal regeneration and facial rejuvenation—A narrative review. **Biology**, v. 10, n. 4, p. 317, 2021.

OLIVEIRA, L. M. L. DE *et al.* Treatment efficacy of gingival recession defects associated with non-carious cervical lesions: a systematic review. **Journal of periodontal & implant science**, v. 52, n. 2, p. 91, 2022.

RAFIUDDINS, S. *et al.* Iatrogenic Damage to the Periodontium Caused by Orthodontic Treatment Procedures: Na Overview. **Open Dent J.** v.9, p.228-234, 2015.

RIBEIRO, G.L.U. *et al.* Considerações sobre recessão gengival e sua resolução através da Ortodontia e Periodontia. **Orthod. Sci. Pract**, v. 8, n. 31, p. 415-421, 2015.

SHIVAKUMAR K, CHANDU G, SHAFIULLAM M. Severity of malocclusion and orthodontic treatment needs among 12-to 15-year-old school children of Davarngere District, Karnataka, India. **Eur J Dent.** v.4, p.298-307, 2010.

SCULEAN, A.; ALLEN, E. The laterally closed tunnel for the treatment of deep isolated mandibular recessions: Surgical technique and a report of 24 cases. **The International journal of periodontics & restorative dentistry**, v. 38, n. 4, 2018.

TAVELLI, L. *et al.* Efficacy of tunnel technique in the treatment of localized and multiple gingival recessions: A systematic review and meta-analysis. **Journal of periodontology**, v. 89, n. 9, p. 1075–1090, 2018.

TRIVEDI, S. R. *et al.* Clinical evaluation of subepithelial connective tissue graft and guided tissue regeneration for treatment of Miller's class 1 gingival recession (comparative, split mouth, six months study). **J Clin Exp Dent.** v.6, p.e218-224, 2014.

AGRADECIMENTOS

Agradeço á Deus pela sua infinita misericórdia e amor por mim, porque como a terra seca me regou e fez florescer bons frutos durante esses cinco anos de faculdade, também eu nada seria sem a intercessão de Nossa Senhora, e em especial à Nossa Senhora de Fátima, que me abraçou e acolheu em seus braços de mãe.

Á minha família, obrigada pai e mãe por tudo que o senhor fez e faz por mim, por não desistir dos meus sonhos, agradeço por cada espetinho vendido para que conseguisse comprar meus materiais. Obrigada mãe por ser meu maior exemplo de calma e amor, eu nada seria sem o seu “Bom dia meu amor, que Deus te abençoe hoje”, sempre acreditei que a oração mais forte e sincera é aquela aonde a mãe reza por seu filho.

Agradeço também aos meus irmãos, Léo e Luan, por todo cuidado e amor. À minha irmã Natally, por ser o maior exemplo de força, aprendo diariamente contigo, como eu queria que o mundo tivesse 1% da sua inocência, com certeza ele seria melhor.

Ao meu companheiro Emanuel, obrigada pela parceria, cumplicidade e amor.

À minha dupla de faculdade e de apartamento Vivian, obrigada amiga pela cumplicidade, risadas, choros e aprendizados trocados durante esses cinco anos de faculdade, você foi minha família em Araruna, me apoiou e acreditou em mim quando eu mesma não acreditei, como vou sentir sua falta dupla.

Às minhas amigas e companheiras fiéis, Amanda, Beatriz, Sabryna, Valéria, Daniela e Yasmim, obrigada meninas por tudo, juntas do P1 ao P10.

Agradeço a minha eterna t17, cresci e amadureci com vocês, em especial a Jhulie, Rayssa, Myllena, João Paulo, Camila Ketly e Ismaela.

Aos meus vizinhos e amigos que fiz Araruna, em especial à Maria Ellen, Maria Eduarda, Heloiza, David, Arthur, Leticia e Clara, obrigada por cada cafezinho no fim da tarde.

Ao EJC Araruna, por ter me proporcionado o melhor encontro e experiência com Deus, em especial a Johan, Gisely, João Guilherme, Rafaelly, Taciane, Lara e Maria Ana, vocês foram família enquanto estive distante da minha, minha eterna gratidão à vocês.

Agradeço ao meu povo amado de Sousa, vocês provaram que enquanto existe amizade distância nenhuma apaga um elo, em especial ao IB, calabouço, Ana Luiza, Beatriz, Maria Cândida, Barbara, Brenda, Ingrid, minha gratidão à vocês.

Agradeço a banca examinadora que com toda paciência e dedicação aceitou avaliar meu trabalho, obrigada Faumâna e Apoena, nesse semestre estive crescendo e aprendendo com vocês mais sobre a periodontia na clínica de avançada, agradeço por cada orientação.

Á minha orientadora, que nessa reta final me mostrou ser mais que uma orientadora e sim uma verdadeira amiga, obrigada Karyna por ter aceitado escrever um trabalho de conclusão de curso em três semanas, além de uma grande profissional, és um ser humano incrível e inspirante.

Por fim, gostaria agradecer a Universidade Estadual Paraíba campus VIII e aos seus funcionários, por tanta dedicação e amor dada durante esses cinco anos.