

Luciana Cristina Sousa das Mercês

**Abordagem Interdisciplinar no Tratamento das
Recessões Gengivais: Relato de Caso.**

Brasília
2016

Luciana Cristina Sousa das Mercês

**Abordagem Interdisciplinar no Tratamento das
Recessões Gengivais: Relato de Caso.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Liliana Vicente Melo de Lucas Rezende

Co-orientador: Prof^a. Dr^a. Valéria Martins de Araújo Carneiro

Brasília
2016

DEDICATÓRIA

À Deus,
Aos meus pais, irmãos, meu noivo e toda minha família,
Aos meus amigos,
Às Prof^a. Dr^a. Liliana Rezende e Valéria Martins.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo da minha vida, e não somente, nesses anos como universitária, mas que em todos os momentos É o Maior Mestre que alguém pode conhecer,

À minha mãe Marly, heroína que me deu apoio e incentivo nas horas difíceis,

Ao meu pai João Carlos que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu, o que para mim foi muito importante,

Aos meus irmãos e toda minha família pelo apoio incondicional,

Ao meu noivo Diogo, pelo companheirismo e por acreditar sempre em mim,

Às Prof^a. Dr^a. Liliana Vicente de Melo Lucas Rezende e Valéria Martins de Araújo Carneiro pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho.

EPÍGRAFE

“ Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos
fiéis a nós mesmos”.

Friedrich Nietzsche

RESUMO

MERCÊS, L.C.S. Abordagem Interdisciplinar no Tratamento das Recessões Gengivais: Relato de Caso. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

A recessão gengival compreende a movimentação do tecido marginal, apicalmente a junção cimento-esmalte, com subsequente exposição radicular. É considerada uma condição comum e suas extensão e prevalência aumentam com a idade. Diversos fatores, incluindo trauma de escovação e doença periodontal, desempenham algum papel na sua etiologia. O paciente que apresenta dentes com recessão gengival pode desenvolver sintomatologia dolorosa, levando-o a negligenciar os princípios básicos da higiene bucal, podendo surgir quadros de cárie e doença periodontal. A recessão gengival em áreas estéticas pode levar o paciente a desenvolver desconfortos psíquicos da sua imagem. O presente artigo apresenta uma abordagem interdisciplinar no tratamento das recessões gengivais, por meio de relato de caso, exemplificando suas características clínicas e protocolo para resolução do problema.

ABSTRACT

MERCÊS, L.C.S. Interdisciplinary Approach in the Treatment of Gingival Recession: a Case Report. 2016. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

The gingival recession comprises the movement of the marginal tissue, apical the cementum-enamel junction, with subsequent root exposure. A common condition is considered and its extent and prevalence increases with age. Several factors, including brushing and periodontal disease trauma, play a role in its etiology. The patient presenting teeth with gingival recession can develop painful symptoms leading to neglect the basic principles of oral hygiene, which may lead frames of caries and periodontal disease. The gingival recession in aesthetic areas can also cause patients to develop psychic discomforts of your image. This article presents an interdisciplinary approach in the treatment of gingival recession, through case report, exemplifying its clinical characteristics and protocol for solving the problem.

SUMÁRIO

Artigo Científico.....	17
Folha de Título.....	19
Resumo	20
Abstract.....	21
Introdução.....	22
Epidemiologia das Recessões Gengivais	24
Etiologia das Recessões Gengivais	25
Classificação das Recessões Gengivais.....	26
Tratamento das Recessões Gengivais.....	27
Relato de Caso.....	28
Discussão	40
Conclusão.....	43
Referências Bibliográficas	44
Anexos.....	47
Normas da Revista	47

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

MERCÊS, L.C.S.; REZENDE, L.V.M.L.; CARNEIRO, V.M.A.
Abordagem Interdisciplinar no Tratamento das Recessões
Gengivais: Relato de Caso.

Apresentado sob as normas de publicação da Revista
ImplantNewsPerio International Journal.

FOLHA TÍTULO

Abordagem Interdisciplinar no Tratamento das Recessões
Gengivais: Relato de Caso.

Interdisciplinary Approach in the Treatment of Gingival
Recession: a Case Report.

Luciana Cristina Sousa das Mercês¹

Liliana Vicente de Melo Lucas Resende²

Valéria Martins de Araújo Carneiro³

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de
Brasília (UnB).

² Professora Adjunta de Prótese Dentária da Universidade de
Brasília (UnB).

³ Professora Adjunta de Periodontia da Universidade de Brasília
(UnB).

Correspondência: Prof.^a Dr.^a Liliana Vicente de Melo Lucas
Resende

Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de
Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 -
Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: lilianarezende@unb.br / Telefone: (61)8123-8483

RESUMO

Abordagem Interdisciplinar no Tratamento das Recessões Gengivais: Relato de Caso.

Resumo

A recessão gengival compreende a movimentação do tecido marginal, apicalmente a junção cimento-esmalte, com subsequente exposição radicular. É considerada uma condição comum e suas extensão e prevalência aumentam com a idade. Diversos fatores, incluindo trauma de escovação e doença periodontal, desempenham algum papel na sua etiologia. O paciente que apresenta dentes com recessão gengival pode desenvolver sintomatologia dolorosa, levando-o a negligenciar os princípios básicos da higiene bucal, podendo surgir quadros de cárie e doença periodontal. A recessão gengival em áreas estéticas pode levar o paciente a desenvolver desconfortos psíquicos da sua imagem. O presente artigo apresenta uma abordagem interdisciplinar no tratamento das recessões gengivais, por meio de relato de caso, exemplificando suas características clínicas e protocolo para resolução do problema.

Palavras-chave

Recessões gengivais, enxerto de conjuntivo, procedimentos restauradores, técnicas de recobrimento radicular.

Relevância Clínica

A abordagem interdisciplinar entre a Periodontia e a Prótese favorece o tratamento mais eficaz das recessões gengivais, uma vez que corrige as alterações do tecido gengival, restabelecendo estética e função das estruturas de suporte dos dentes, harmonizando o sorriso.

ABSTRACT

Interdisciplinary Approach in the Treatment of Gingival Recession: a Case Report.

Abstract

The gingival recession comprises the movement of the marginal tissue, apical the cementum-enamel junction, with subsequent root exposure. A common condition is considered and its extent and prevalence increases with age. Several factors, including brushing and periodontal disease trauma, play a role in its etiology. The patient presenting teeth with gingival recession can develop painful symptoms leading to neglect the basic principles of oral hygiene, which may lead frames of caries and periodontal disease. The gingival recession in aesthetic areas can also cause patients to develop psychic discomforts of your image. This article presents an interdisciplinary approach in the treatment of gingival recession, through case report, exemplifying its clinical characteristics and protocol for solving the problem.

Keywords

Gingival recession, connective graft, interim procedures, root coverage techniques.

INTRODUÇÃO

Os parâmetros estéticos, dentro da Odontologia atual, passaram a englobar procedimentos multidisciplinares que visam, além da intervenção da Dentística e da Prótese, a incorporação de técnicas cirúrgicas que se destinem à correção da forma, contorno, textura e coloração dos tecidos gengivais, contribuindo para o restabelecimento da harmonia do sorriso.¹

A Odontologia tem apresentado grande desenvolvimento nos últimos anos, preocupada cada vez mais com a promoção da saúde do paciente e proporcionando meios de diagnóstico, prevenção e tratamento. Sendo assim, torna-se importante a existência de uma inter-relação efetiva entre as suas diversas áreas, em especial, com a periodontia.²

Na década de 70, a recessão gengival foi definida como a condição, em que a margem gengival está localizada apicalmente à junção cimento-esmalte e a superfície radicular está exposta ao meio bucal. O processo de migração apical da margem gengival sobre a face radicular expõe o cimento à cavidade bucal, que perde a inserção de fibras gengivais sobre ele e é rapidamente eliminado da superfície radicular. Essa exposição ao meio bucal, além de ocasionar o comprometimento estético, pode resultar em abrasões, cáries e hipersensibilidade da superfície radicular. Desta forma, a recessão do tecido marginal caracteriza-se por uma perda de inserção do periodonto, pois todos os seus tecidos, e não somente a gengiva, deslocam-se em direção apical, podendo ter sua função comprometida.³

Existem vários fatores que podem desencadear o processo de recessão, entre eles, a escovação traumática, deiscências do osso alveolar, doença periodontal, mau posicionamento dental e fatores iatrogênicos.⁴⁻⁵

Pesquisas desenvolvidas em crianças, adolescentes e adultos jovens têm avaliado a repercussão, em relação aos tecidos periodontais clinicamente saudáveis, dos vários tipos de má oclusão, bem como de dentes isolados com mau posicionamento. Os resultados mostram que maioria dos pacientes analisados apresenta deficiência na higiene bucal, com conseqüente acúmulo de placa bacteriana, podendo causar, em alguns indivíduos, inflamação gengival, sendo essa a mais comum das alterações, enquanto outros indivíduos podem não apresentar qualquer tipo de alteração periodontal. Essas pesquisas revelam, ainda, a importância, como medidas preventivas, das orientações de higiene bucal e do encaminhamento para tratamento ortodôntico. É importante considerar que, nos casos em que o periodonto já se encontra comprometido, a resposta periodontal é diferente, pois, além da resposta fisiológica do paciente pelo acúmulo de placa bacteriana, considera-se que, em função da suscetibilidade genética de cada indivíduo, a probabilidade de um aumento na severidade da doença é sempre positiva.⁶

Muitas técnicas cirúrgicas vêm sendo descritas na literatura, a fim de recobrir as áreas radiculares expostas, e aquelas que apresentam melhores resultados são o retalho reposicionado coronalmente associado a enxerto de conjuntivo e a regeneração tecidual guiada.⁷

Compreende-se que o sucesso dos procedimentos restauradores, a longo prazo, depende também da resposta dos tecidos periodontais, pois na maioria destes procedimentos, há uma correlação direta do periodonto com trabalhos restauradores e protéticos. É coerente afirmar que as restaurações dentárias devem possuir características anátomo-formo-funcionais adequadas e bem produzidas, de forma a proporcionar uma boa integridade entre dente-restauração-periodonto.⁸ Assim, é de suma importância, a participação interdisciplinar entre a

Periodontia e a Prótese, devolvendo estética e função às estruturas dentárias e periodontais.

Este trabalho tem por objetivo expor técnica cirúrgica de enxerto subepitelial de tecido conjuntivo, para cobertura radicular de retrações nos dentes 11 e 21, Classe III de Miller e obtenção de coroas protéticas provisórias com contornos coronários fisiológicos, visando restabelecimento estético e funcional.

EPIDEMIOLOGIA DAS RECESSÕES GENGIVAIS

Uma adequada faixa de mucosa ceratinizada é necessária para manter a saúde periodontal, especialmente em tratamentos ortodônticos, protéticos e na colocação implantes. O periodonto de proteção ou complexo mucogengival consiste em gengiva livre e inserida, junção mucogengival (JMG) e mucosa alveolar. O conjunto gengiva livre e gengiva inserida é definido como mucosa ceratinizada e compreende o tecido desde a JMG até a margem gengival.⁹

A gengiva é a parte da mucosa mastigatória que circunda a porção cervical dos dentes e protege o periodonto de sustentação. A largura da mucosa ceratinizada é geneticamente predeterminada e varia nas diferentes superfícies da dentição, podendo sofrer modificações com o passar dos anos.⁹

Estudos epidemiológicos mostram que mais de 50 % dos sujeitos das populações estudadas apresentavam uma ou mais superfícies com recessões de pelo menos 1 mm, sendo que as superfícies vestibulares são mais frequentemente afetadas. O índice de recessão é maior em homens do que em mulheres.¹⁰ Recessões na face vestibular são comuns em populações com boa higiene oral¹¹⁻¹²⁻¹³ e em populações com pobre higiene bucal, outras faces são também afetadas.¹³ Já as recessões gengivais

na superfície lingual dos dentes anteriores possuem uma forte associação com a presença de cálculo supra e subgingival. A ocorrência da recessão gengival nos pacientes jovens normalmente é localizada e parece ter fatores etiológicos isolados. Por outro lado, a distribuição mais generalizada que é frequentemente observada em idosos, pode indicar a associação entre o efeito cumulativo de diversos fatores, como doença periodontal prévia associada ao trauma da escovação.¹⁴

ETIOLOGIA DAS RECESSÕES GENGIVAIS

As recessões gengivais ocasionam a exposição da superfície radicular ao meio bucal, contribuindo para o desenvolvimento de alterações funcionais dos tecidos periodontais e do órgão dentário, destacando-se entre elas: a hipersensibilidade dentinária, a perda óssea alveolar, abfrações, maior susceptibilidade a cáries radiculares e dificuldade no controle da placa bacteriana, assim, a realização de intervenções periodontais que visem à resolução desta condição, são muitas vezes necessárias.¹⁵

A etiologia da recessão gengival é multifatorial, sendo que os principais fatores descritos na literatura são: placa bacteriana, trauma mecânico relacionado ao uso da escova de cerdas duras¹⁶, técnica de escovação utilizada, frequência de escovação, “piercing” bucal, terapia ortodôntica e trauma químico, como o hábito de fumar.¹⁷ De qualquer forma, apesar da presença de fatores mais diretamente relacionados às recessões, condições que favorecem a destruição dos tecidos marginais também devem estar presentes para que a mesma ocorra.¹⁸

Algumas condições são referidas pela literatura como fatores predisponentes, sendo definidas como características

anatômicas locais que favorecem a ocorrência de alterações gengivais, tais como: quantidade e qualidade insatisfatória de mucosa ceratinizada, deiscência óssea e oclusão traumática¹⁸, assim como inserção alta de freios e bridas.¹⁷

CLASSIFICAÇÃO DAS RECESSÕES GENGIVAIS

Na década de 60, as recessões foram classificadas em rasas e estreitas, rasas e largas, profundas e estreitas e em profundas e largas.¹⁹ No entanto, esta avaliação era subjetiva, o que gerava dúvidas com relação ao prognóstico.

Por outro lado, na década de 80, preconizou-se uma nova classificação, baseada em medidas entre a margem gengival, a JMG e a perda óssea interdentária, permitindo uma maior precisão no prognóstico com relação à previsibilidade de cobertura radicular.²⁰

Desta maneira, de acordo com essa categorização, as recessões podem ser classificadas em:

Classe I – recessão do tecido marginal que não se estende até ou além da JMG. Não há perda de osso ou tecido mole interdentais. Previsão de 100% de cobertura radicular;¹⁹

Classe II – recessão do tecido marginal que se estende até ou além da JMG. Não há perda de osso ou tecido mole interdentais. Previsão de 100% de cobertura radicular;¹⁹

Classe III – recessão do tecido marginal que se estende até ou além da JMG. Há perda do osso ou tecido mole interdentais, é apical em relação à junção cimento-esmalte, porém coronária à extensão apical da retração do tecido gengival. Previsão de cobertura radicular parcial;¹⁹

Classe IV – recessão do tecido marginal se estendendo além da JMG. Existe perda do osso interdental direcionando-se até um nível apical em relação à extensão da retração do tecido

marginal. Não há previsão de cobertura radicular pelos métodos cirúrgicos convencionais.²⁰

TRATAMENTO DAS RECESSÕES GENGIVAIS

As principais indicações para os procedimentos mucogengivais de proteção radicular são, necessidades estéticas, hipersensibilidade da raiz, tratamento de lesões cariosas rasas de raiz e abrasões cervicais. A alteração da topografia do tecido marginal, a fim de facilitar o controle da placa, também se constitui numa indicação comum para os procedimentos de proteção radicular.⁴

O objetivo principal dos procedimentos cirúrgicos de recobrimento radicular é obter uma completa cobertura do defeito com uma aparência semelhante aos tecidos adjacentes e uma profundidade satisfatória de sulco gengival.¹³

Os procedimentos cirúrgicos para o tratamento das recessões gengivais podem basicamente ser classificados em: procedimentos de enxerto de tecido mole, tais como retalhos rotacionais (retalho deslizante para lateral, retalho de dupla papila, retalho rotacional oblíquo), retalhos reposicionados (retalho reposicionado coronalmente, retalho reposicionado coronalmente semilunar) e procedimentos de regeneração tecidual (aplicação de matriz de proteínas de esmalte). Dentre os enxertos de tecido mole, há os procedimentos de enxerto livre de tecidos moles, tais como enxerto subepitelial de tecido conjuntivo e enxerto epitelizado (conjuntivo e epitélio).⁷

Muitas técnicas cirúrgicas vêm sendo descritas, com intuito, de recobrir as áreas radiculares expostas. Em um levantamento sobre os estudos descritos na literatura, feito em 1997, foram avaliadas as seguintes técnicas cirúrgicas; retalhos girados, retalho reposicionado coronalmente, regeneração

tecidual guiada, enxerto de tecido conjuntivo e enxerto gengival livre. Dentre os 79 estudos avaliados, tendo como parâmetros a previsibilidade e proteção radicular obtida, as técnicas que demonstraram maior taxa de sucesso foram o retalho reposicionado coronalmente, associado ao enxerto de conjuntivo e a regeneração tecidual guiada.²¹

RELATO DE CASO

C.L.T., sexo feminino, 30 anos, feoderma, hipertensa, porém com a doença controlada, procurou atendimento clínico no Hospital Universitário de Brasília– HUB, com queixa principal de insatisfação estética na região dos dentes 11 e 21. Relatou ter realizado tratamento endodôntico nos referidos dentes, há cerca de um ano e meio. Ao exame clínico, observou-se a presença de recessões gengivais rasas na região dos dentes 11 e 21, sendo maior a deste último, coroas provisórias acrílicas com contornos fisiológicos inadequados e núcleos metálicos fundidos. O exame radiográfico evidenciou pequena perda óssea interproximal. A recessão foi classificada como Classe III de Miller (recessão gengival que se estende até ou além da JMG, com perda óssea ou de tecido mole interdental moderada) (**Fig. 1, 2 e 3**). O plano de tratamento indicado inicialmente foi enxerto de tecido conjuntivo na região dos dentes 11 e 21, com objetivo de recobrimento radicular e confecção de novas coroas provisórias. O tratamento cirúrgico foi realizado em 2 tempos, primeiramente no dente 21 e em seguida no dente 11.



Figura 1- Condição inicial da paciente.



Figura 2- Condição inicial da paciente após remoção dos provisórios.



Figura 3- Radiografia periapical, observa-se perda óssea interproximal.

Na cirurgia, utilizou-se a técnica periodontal cirúrgica do envelope modificado²², realizada primeiramente no dente 21 da forma apresentada a seguir: antissepsia intra e extra-bucal, anestesia infiltrativa (Lidocaína 2%), preparo do envelope intrassulcular de espessura total com uso de tunelizadores, seguido de divisão apical do retalho a partir da linha mucogengival de forma a garantir sua mobilização no sentido coronal. Posicionamento do descolador na margem gengival sem incisão prévia (**Fig. 4**).



Figura 4- Posicionamento do tunelizador na margem gengival.

Remoção de tecido conjuntivo do palato esquerdo pela técnica de incisão única linear (a área doadora mais utilizada é a mucosa palatina). Sendo realizada perpendicularmente e aprofundada até a crista óssea, limitada entre a região do canino e primeiro molar (**Fig. 5**). Em seguida, realiza-se a segunda incisão para divisão do retalho e exposição do leito de tecido conjuntivo. Com o objetivo de delimitar o tamanho do tecido conjuntivo a ser retirado, são feitas incisões na face mesial e distal do tecido conjuntivo a ser removido (**Fig. 6**).

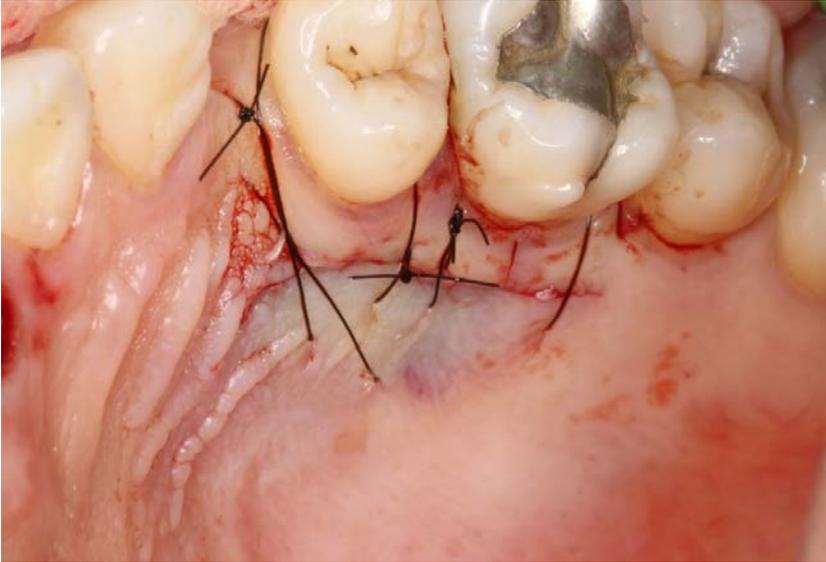


Figura 5- Sutura realizada na área doadora.



Figura 6- Quantidade de tecido conjuntivo removido para realização do enxerto.

Estabilização do enxerto de tecido conjuntivo no leito receptor e no retalho por meio de suturas simples nas extremidades proximais do enxerto (**Fig. 7 e 8**). Reembasamento da coroa provisória e cimentação da mesma com cimento a base de hidróxido de cálcio (**Fig. 9**). Acompanhamento clínico após 15 dias e remoção da sutura (**Fig. 10**).



Figura 7- Adaptação do enxerto de conjuntivo no leito receptor.

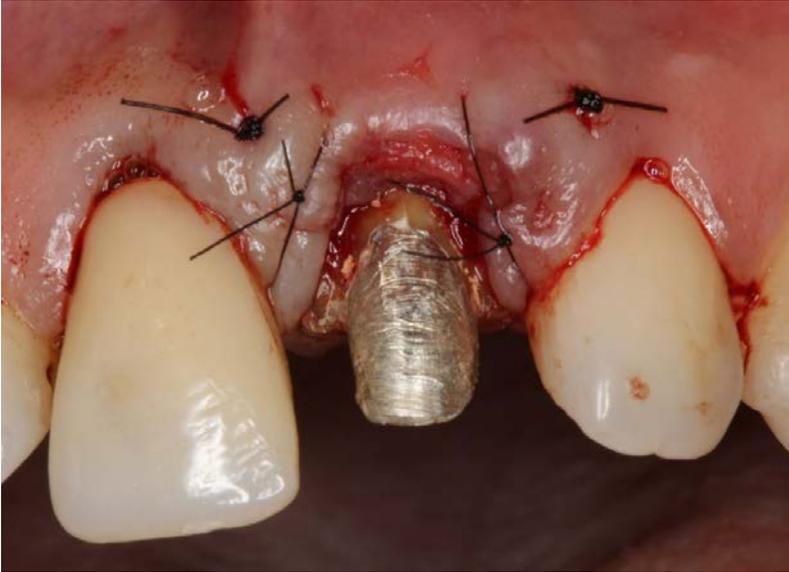


Figura 8- Estabilização por meio de suturas simples nas extremidades do enxerto



Figura 9- Reembasamento da coroa provisória.



Figura 10- Acompanhamento clínico após 15 dias.

A segunda etapa cirúrgica foi o enxerto subepitelial de conjuntivo no dente 11, seguindo os mesmos passos descritos anteriormente, tendo como resultado final a situação ilustrada na **Fig. 11**.

Após seis meses, na consulta de retorno para avaliação da cirurgia, verificou-se a necessidade de confecção de novas coroas provisórias pela técnica da faceta do dente estoque, com contornos coronários fisiológicos adequados, visando a melhora da saúde periodontal e estabilização da margem gengival (**Fig. 12, 13, 14 e 15**).



Figura 11- Aspecto final das cirurgias de enxerto na consulta de controle após seis meses.

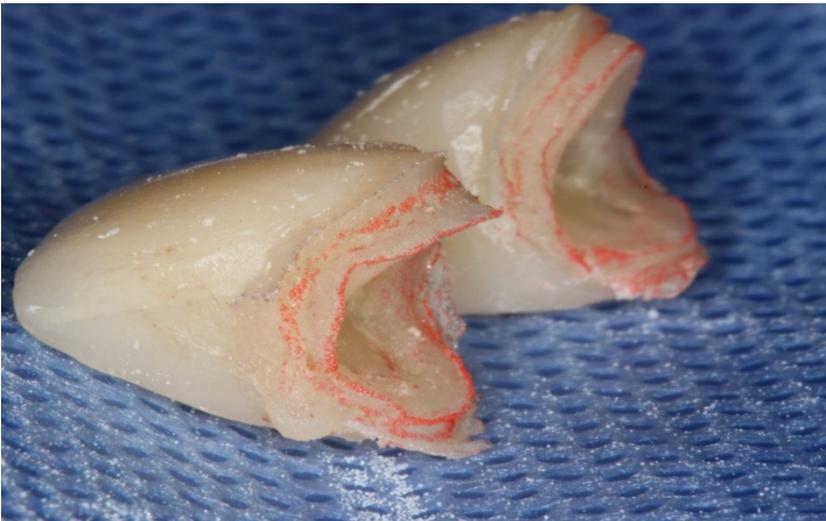


Figura 12- Confeção de novas coroas provisórias, marcação do perfil de emergência.



Figura 13- Ajuste oclusal, porção palatal.



Figura 14- Verificação da altura incisal e do reembasamento do término cervical.

O resultado final das coroas provisórias pode ser visto nas **Fig. 15, 16 e 17**, nas quais, observa-se melhor adaptação das margens gengivais ao provisório, garantindo melhor suporte e estabilização das mesmas.



Figura 15- Aspecto clínico final após confecção de novas coroas provisórias.



Figura 16- Sorriso da paciente, vista frontal.



Figura 17- Sorriso da paciente visto de perfil.

DISCUSSÃO

Diante da prevalência e dos problemas clínicos associados com a recessão gengival justifica-se a importância do conhecimento sobre os fatores relacionados à etiologia da mesma, que devem ser considerados durante o diagnóstico, planejamento e execução dos diferentes procedimentos odontológicos, principalmente àqueles relacionados à odontologia restauradora e ortodontia.⁸

A recessão gengival tem-se tornado comum na população, principalmente nos indivíduos com mais idade. Desta forma, é importante discutir o assunto e propor técnicas eficazes para o tratamento da mesma, visando além da estética, função e saúde periodontal.

Os procedimentos protéticos e restauradores não devem ser realizados com seu limite cervical a uma distância menor que três milímetros da crista óssea alveolar e com extensão subgengival do término cervical superior a 0,5 mm. Caso contrário, tem-se como consequência, a instalação de um processo inflamatório gengival, que pode levar a perda óssea e presença de bolsa periodontal^{13, 23}, por não haver espaço suficiente para a inserção dos tecidos que compõem o periodonto de proteção; uma vez que estes não se aderem e nem se inserem na superfície dos materiais restauradores, interferindo no desenvolvimento de novo osso e nos processos de união do tecido conjuntivo.¹¹

Ao se propor uma terapia mucogengival, tem-se por objetivo, o restabelecimento de uma adequada faixa de mucosa ceratinizada.^{3-4-5,7} A seleção de um tipo de técnica depende de uma série de fatores como tamanho e número de recessões gengivais, qualidade e quantidade de mucosa ceratinizada,

espessura e altura do tecido interdental, além da presença e inserção de freios, trauma oclusal, dentre outros.¹¹⁻¹²⁻¹³

É importante ressaltar que a rapidez na cicatrização e a alta previsibilidade para recobrimento da técnica descrita se deve à diminuição do traumatismo cirúrgico (ausência de incisões verticais) e ao aporte nutricional aumentado pela preservação das papilas interproximais. Porém, a média da porcentagem e dos recobrimentos completos relatados nos estudos obtidos pela técnica do envelope é de 54,37%. Esse valor pode ser explicado pela variação morfológica das recessões, ou seja, a largura e quantidade de superfície a ser recoberta. Assim, recessões largas são mais difíceis de recobrir do que as estreitas, e as de classe III e IV são mais difíceis que as de classe I e II.^{13, 23}

Considerando que o selamento biológico, existente ao redor do colo do dente, formado pelo epitélio juncional e inserção conjuntiva, deve ser respeitado ou restabelecido durante os procedimentos restauradores, a sua integridade é condição essencial para que se tenha manutenção da saúde periodontal. O principal critério na colocação das margens das restaurações é selecionar áreas que minimizem o acúmulo de placa e que possam ser mantidas pelo profissional e pelo paciente.²

A correta adaptação e contorno das restaurações são mais decisivas na saúde periodontal que o posicionamento das margens restauradoras.² O término cervical do preparo deve ser bem definido, coerente com o tipo de material empregado e com bom acabamento, sendo que uma coroa provisória bem adaptada e com contornos corretos, contribui para a manutenção da saúde periodontal.²⁴

A integração clínica entre as diferentes especialidades da odontologia deve obedecer a uma sistematização ordenada e racional. A sequência de procedimentos, sob a visão periodontal, deve apresentar fundamentos biológicos relacionados com a remoção e controle de fatores etiológicos, eventual correção de deformidades, tempo suficiente para reparação tecidual e

controle das condições recidivantes. Por outro lado, a sequência de procedimentos reabilitadores protéticos deve obedecer a fundamentos técnicos relacionados aos preparos dentários, confecção de coroas provisórias e com a instalação do trabalho protético finalizado.²⁴ Desta maneira, uma das condutas mais simples e satisfatórias para se obter estética em prótese parcial fixa é o condicionamento gengival, que nada mais é do que o redirecionamento do tecido gengival interdental ou interimplantar e reconstituição do arco côncavo gengival, melhorando a harmonia gengivo-dental, por meio da confecção de coroas provisórias que sigam os mesmos princípios biológicos das coroas definitivas, com perfil de emergência adequado e espaço interdental para as papilas.^{8, 25}

Assim, para se obter sucesso com o tratamento reabilitador deve-se ter como objetivo: delimitação de um correto desenho da prótese, com contornos, contatos interproximais e oclusais e adaptação marginal corretos, sendo que previamente ao tratamento reabilitador, a região de suporte periodontal deve apresentar-se sadia e o paciente motivado, e com domínio das técnicas de controle da placa bacteriana. Além disso, o tratamento reabilitador com prótese fixa deve levar em consideração a dimensão e a forma da coroa natural dos dentes para a preservação da relação fisiológica entre articulação-oclusão e saúde periodontal.^{8, 26}

No relato de caso apresentado neste artigo, ao se avaliar a paciente verificou-se a necessidade do enxerto devido estética prejudicada e ao comprometimento da saúde periodontal dos tecidos de inserção. Também por se tratar de uma recessão classe III de Miller, optou-se pela técnica do envelope de retalho total, associado à divisão do mesmo na porção de mucosa alveolar e colocação de tecido conjuntivo subepitelial, com reposicionamento coronal, sem incisões relaxantes. O objetivo foi cobrir a recessão e ganhar faixa considerável de mucosa

ceratinizada, mesmo o periodonto sendo espesso e havendo uma faixa considerável da mesma.

A escolha de enxerto de conjuntivo foi importante porque mais espessura gengival poderia mascarar o escurecimento da raiz. Não se realizou a cirurgia de recobrimento na região dos dentes 11 e 21 em uma única sessão, devido à atresia da mucosa palatal da paciente, impossibilitando a retirada de enxerto no tamanho necessário para os dois dentes. O volume de tecido conjuntivo retirado foi relativamente maior com o objetivo de aumentar o aporte nutricional no interior do envelope, aumentar a estabilização do enxerto sob o tecido ósseo subjacente e diminuir o grau de retração que o tecido conjuntivo apresenta após a realização da cirurgia, aumentando assim o grau de previsibilidade de cobertura radicular das recessões.

Este trabalho, portanto demonstrou que uma abordagem clínica interdisciplinar, facilita e oferece bases mais sólidas para a resolução do problema que é a recessão gengival, conseguindo desta forma restabelecer tanto as características estéticas quanto funcionais do paciente.

Atualmente a paciente está em processo de substituição das coroas provisórias por coroas definitivas na Clínica Odontológica do Hospital Universitário de Brasília- HUB.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que:

1. O enxerto de tecido conjuntivo promove ganho clínico de inserção e recobrimento radicular em defeitos Classe III de Miller, representando uma alternativa viável e altamente previsível para o tratamento das recessões gengivais.

2. Dentre as técnicas cirúrgicas, as que não utilizam incisões relaxantes mostram-se vantajosas, pois melhoram a nutrição do enxerto, eliminando a possibilidade de formação de cicatrizes.
3. As coroas provisórias confeccionadas com contornos fisiológicos adequados promovem um bom suporte gengival, saúde periodontal e melhoria do aspecto estético da região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. *Periodontol.* 2000. 2001; 27: 97-120.
2. Lelis ER, Siqueira CS, Rocha FS, Neto JPS. Inter-relação entre saúde periodontal e trabalhos restauradores. In: 2º Congresso Internacional de Odontologia FOUFU e 32º Jornada Odontológica da FOUFU: 2011. Rev. Horizonte Científico-Uberlândia. Anais. Uberlândia: FOUFU; 2011. P. 12.
3. Gartrell JR, Mathews DP. Gingival recession: The Condition, Process and Treatment. *Dental Clinic. Sof North America.* 1976; 20(1): 199-211.
4. Richmaond S, Chestnutt I, Shennan J, Brown R. The relationship of medical and dental factors to perceveid general and dental health. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2007; 35: 89-97.
5. Lou HY, Li RM, Wang CL, Peng L, Ye L. The adjunctive use of platelet concentrates in the therapy of gingival recessions: a systematic review and meta-analysis. *J. of Oral Rehabil.* 2015; 42: 552-561.
6. Ngom PI, Diagne F, Benoist HM, Thiam F. Intraarch and interarch relationships of the anterior teeth and periodontal conditions. *Angle Orthod.* 2006;76(2):236-42.

7. Lindhe J, Lang N, Karring T. Mucogingival therapy. Periodontal plastic Surgery. In: Ermes E, editor. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 5^o ed. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2008. P. 995-1043.
8. Pini-Prato G, Magnani C, Zaheer F, Rotundo R, Buti J. Influence of inter-dental tissues and root surface condition on complete root coverage following treatment of gingival recessions: a 1-year retrospective study. J. of Clin. Periodont. 2015; 42: 567-574.
9. Camargo PM, Melnick PR, Kenney EB. The use of free gingival grafts for aesthetic purposes. Periodontol. 2000. 2001; 27: 72-96.
10. Susin C, Haas AN, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Gingival Recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. J. Periodontol. 2004; 75(10): 1377-1386.
11. Serino G, Wennstrom JL, Lindhe J, Eneroth L. The Prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standart of roal hygiene. J. Clin. Periodontol. 1994; 21(1): 57-63.
12. Neely AL, Holford TR, Loe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in humans: risk factors for tooth loss in caries-free subjects receiving no oral health care. J. Clin. Periodontol. 2005; 32(9): 984-993.
13. Zucchelli G, Mounssif, I. Periodontal Plastic Surgery. Periodontol. 2000. 2015; 68: 333-368.
14. Van PalensteinHelderman WH, Lembariti BS, Van der Weijden GA, Van ´tHof MA. Gingival recession and its association with calculus in subjects deprived of prophylactic dental care. J. Clin. Periodontol. 1998; 25(2): 106-111.
15. Wennström JL. Mucogingival Therapy. A. of Periodontol.. 1996; 26(1): 671-701.

16. Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL. Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J. periodontal.*, 1993; 64: 900- 905.
17. Leichter JW, Monteith BD. Prevalence and risk of traumatic gingival recession following elective lip piercing. *Dent. Traumatol.*, 2006; 22: 7-13.
18. Kennedy JE, Bird WC, Palcanis KG, Dorfman HS. A longitudinal evaluation of varying widths of attached gingiva. *J. Clin. Periodontol.*, 1985; 12(8): 667-675.
19. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenos gingival grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontcs.* 1968; 6:152.
20. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int. J. Periodont. Rest. Dent.* 1985; 5(2): 8-13.
21. Lindhe J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral.* 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1997. p. 397-400.
22. Raetzke PB. Covering Localized areas of root exposure employing the “envelope” technique. *J. periodontal.* 1985; 56 (7): 397- 402.
23. Monnet-Cort M, Borguetti A. Enxerto gengival-epitélio-conjuntivo. In: Borghetti A. et al. *Cirurgia plástica periodontal.* 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.137-155.
24. Pegoraro LF. *Bases para o planejamento em Reabilitação Oral.* 2º Ed. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 440-448.
25. Zavanelli AC, Dekon SFC, Zavanelli RA, Mazaro JVQ, Nepomuceno VC, Fernandes AUR. Condicionamento Gengival. *Rev. Ibero-americana de Prót. Clin. e Labor.* 2004; 6(32): 357-363.
26. Rizuto AV, Farias BC, Valença ASM, Moreira MF, Gusmão ES. Avaliação periodontal clínica e radiográfica dos dentes pilares. *Int. J. Dent.* 2008; 7(4): 202-211.

ANEXOS

NORMAS DA REVISTA

A revista **ImplantNewsPerioInternationalJournal** (ISSN 2447-7567) é um periódico científico publicado pela VM Cultural em 8 edições anuais envolvendo as especialidades odontológicas de Implantodontia, Periodontia e temas afins.

Manuscritos

Geral

A revista **ImplantNewsPerio International Journal** recebe manuscritos sobre as áreas básicas e clínicas (pesquisa básica, revisões da literatura, séries de casos, relatos de casos inovadores, comunicações prévias etc.).

Todos os manuscritos devem ser formatados usando-se o sistema Vancouver (Sistema Numérico de Citação). A revista **ImplantNewsPerio International Journal** usa o sistema de avaliação por pares. (hiperlink do processo do sistema de avaliação).

Como enviar os trabalhos

Os trabalhos devem ser submetidos utilizando o sistema **Ciência Mercúrio**, que pode ser acessado pelo endereço: www.cienciamercurio.com.br. O autor deverá cadastrar-se e preencher os campos delimitados. Posteriormente, ele será contatado pela equipe da **ImplantNewsPerio**, que dará as instruções.

Notas prévias

Apresentação

A Nota Prévia deverá conter: A Nota Prévia deverá conter: título em português e inglês, nome(s) e titulação do(s) autor(es),

resumo/abstract, palavras-chave/keywords, introdução e/ou proposição, material e métodos, discussão, conclusão e referências bibliográficas. O autor deverá enviar o Termo de Cessão de Direitos Autorais.

Para a publicação deverão ser observados os itens das “Normas de Publicação”.

Limites: texto com, no máximo, 5.000 caracteres (com espaços), 3 imagens com legendas concisas, uma tabela pequena e 5 referências bibliográficas.

Revisão/edição: os trabalhos serão revisados pelos editores científicos e um revisor do Conselho Científico, especialista na área do artigo. Os editores se reservam o direito de editar os trabalhos para melhorar a clareza e compreensão dos leitores.

Aderência às Normas de Publicação: trabalhos não preparados de acordo com as normas serão devolvidos aos autores antes do processo de revisão.

Introdução: resumir o princípio e o propósito do estudo, fornecendo apenas as referências pertinentes. Mostre claramente a hipótese testada.

Material e métodos: apresente detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações. Métodos publicados deverão ser referenciados e discutidos brevemente, à menos que hajam modificações. Indique os métodos estatísticos, quando aplicável.

Resultados: apresente em ordem sequencial no texto, tabela e ilustrações. Não repita no texto todos os dados das tabelas e ilustrações; enfatize apenas observações importantes.

Discussão: enfatize os aspectos novos e importantes e as conclusões que se seguem. Não repita em detalhes dados ou outro material fornecido na Introdução ou nos Resultados. Compare suas observações com outros estudos relevantes; aponte as implicações e limitações.

Conclusão: faça de forma a reforçar ou refutar a hipótese.

Agradecimentos: pessoas com contribuições substanciais ao trabalho. Especifique patrocinadores, agências de fomento

(citando número do processo). Inclua uma declaração se existe ou não interesse ou vínculo comercial dos autores com o trabalho.

Referências bibliográficas: siga rigorosamente as normas de citação numérica Vancouver; as referências são de inteira responsabilidade dos autores.

Normas de publicação:

1. Objetivo

A revista **ImplantNewsPerio International Journal** destina-se à publicação de trabalhos inéditos de pesquisa aplicada, bem como artigos de atualização, relatos de casos clínicos e revisão da literatura na área de Implantodontia, Periodontia e de especialidades multidisciplinares que a envolvam.

2. Normas

2.1. Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico.

2.2. Os trabalhos deverão ser submetidos via sistema Ciência Mercúrio.

2.3. A revista **ImplantNewsPerio International Journal** reserva todos os direitos autorais do trabalho publicado.

2.4. A revista **ImplantNewsPerio International Journal** receberá para publicação trabalhos redigidos em português.

2.5. A revista **ImplantNewsPerio International Journal** submeterá os originais à apreciação do Conselho Científico, que decidirá sobre a sua aceitação.

Os nomes dos relatores/avaliadores permanecerão em sigilo e estes não terão ciência dos autores do trabalho analisado.

2.6. Além das informações relativas ao trabalho, o autor responsável deverá submeter, via sistema, o Termo de Cessão de Direitos Autorais e o Formulário de Conflito de Interesses com assinatura de todos os autores do manuscrito.

2.7.As informações contidas no Formulário de Conflito de Interesses serão acrescentadas ao final do artigo, em forma de texto, como Nota de Esclarecimento.

Exemplo:

Nota de esclarecimento:

Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou os membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados pela entidade comercial que patrocinou o estudo e também não possuímos patentes ou royalties, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma entidade com interesse financeiro nesta área.

2.8.Os trabalhos desenvolvidos em instituições oficiais de ensino e/ou pesquisa deverão conter, no texto, referências à aprovação pelo Comitê de Ética local. As experimentações envolvendo pesquisa com humanos devem ser conduzidas de acordo com princípios éticos (Declaração de Helsinki, versão 2008). As experimentações envolvendo pesquisa em animais devem seguir os princípios do Coeba (Brazilian College on Animal Experimentation –www.coeba.org.br).

2.9.Todos os trabalhos com imagens de pacientes, lábios, dentes, faces etc., com identificação ou não, deverão ser submetidos, via sistema, acompanhados do Formulário de Consentimento do Paciente, assinado pelo próprio paciente ou responsável.

3. Apresentação

3.1. Estrutura

3.1.3. Relato de caso(s) clínico(s) – Deverão conter título, nome(s) do(s) autor(es), titulação do(s) autor(es), resumo, palavras-chave, introdução, relato do(s) caso(s) clínico(s), discussão, conclusão, nota de esclarecimento, dados de contato do autor responsável, título em inglês, resumo em inglês (abstract), palavras-chave em inglês (keywords) e referências bibliográficas.

Limites: texto com, no máximo, 18.000 caracteres (com espaços), 2 tabelas ou quadros e 34 imagens (sendo, no máximo, 2 gráficos e 32 figuras).

3.2. Formatação

a. Título em português: máximo de 90 caracteres;

b. Titulação do(s) autor(es): citar até 2 títulos principais;

c. Palavras-chave: máximo de cinco. Consultar Descritores em Ciências da Saúde – Bireme (www.bireme.br/decs/);

3.3. Citações de referências bibliográficas:

a. No texto, seguir o Sistema Numérico de Citação, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto.

b. Números sequenciais devem ser separados por hífen (ex.: 4-5); números aleatórios devem ser separados por vírgula (ex.: 7, 12, 21).

c. Não citar os nomes dos autores e o ano de publicação.

4. Referências bibliográficas

4.1. Quantidade máxima de 30 referências bibliográficas por trabalho.

4.2. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade única e exclusiva dos autores.

4.3. A apresentação das referências bibliográficas deve seguir a normatização do estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors

(www.icmje.org) no “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”.

4.4. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o “List of Journals Indexed in Index Medicus” e digitados sem negrito, itálico, grifo/sublinhado ou pontuações (ponto, vírgula, ponto e vírgula). Os autores devem consultar também a base de dados PubMed/MEDLINE para abreviação dos periódicos

4.5. As referências devem ser numeradas em ordem de entrada no texto pelos sobrenomes dos autores, que devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados, sem ponto ou vírgula. A vírgula só deve ser usada entre os nomes dos diferentes autores. Incluir ano, volume, número (fascículo) e páginas do artigo logo após o título do periódico.

Exemplo: “Schmidlin PR, Sahrman P, Ramel C, Imfeld T, Müller J, Roos M et al. Peri-implantitis prevalence and treatment in implant oriented private practices: A cross-sectional postal and Internet survey. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2012;122(12):1136-44.”

4.5.1. Nas publicações com até seis autores, citam-se todos.

4.5.2. Nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão latina et al.

4.6. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados; caso seja estritamente necessária sua citação, as informações não devem ser incluídas na lista de referências, mas citadas em notas de rodapé.

5. Tabelas e quadros

5.1. Devem constar sob as denominações “Tabela” ou “Quadro” no arquivo eletrônico e ser numerados em algarismos arábicos.

5.2. A legenda deve acompanhar a tabela ou o quadro e ser posicionada abaixo destes ou indicada de forma clara e objetiva no texto ou em documento anexo.

5.3. Devem ser auto-explicativos e, obrigatoriamente, citados no

corpo do texto na ordem de sua numeração.

5.4.Sinais ou siglas apresentados devem estar traduzidos em nota colocada abaixo do corpo da tabela/quadro ou em sua legenda.

6. Imagens (Figuras e Gráficos)

6.1.Figuras

6.1.1.Devem constar sob a denominação “Figura” e ser numeradas com algarismos arábicos.

6.1.3.Devem, obrigatoriamente, ser citadas no corpo do texto na ordem de sua numeração.

6.1.4.Sinais ou siglas devem estar traduzidos em sua legenda.

6.1.5.Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou estar reconhecível em fotografias, a menos que expresse por escrito o seu consentimento, o qual deve acompanhar o trabalho enviado.

6.1.6.Devem possuir boa qualidade técnica e artística, utilizando o recurso de resolução máxima do equipamento/ câmera fotográfica.

6.1.7.Devem ter resolução mínima de 300 dpi, nos formatos TIF ou JPG e altura mínima de 15 cm.

6.1.8.Não devem, em hipótese alguma, ser enviadas incorporadas a arquivos programas de apresentação e editores de texto, como Word, PowerPoint, Keynote, etc.

6.2.Gráficos

6.2.1.Devem constar sob a denominação “Figura”, numerados com algarismos arábicos e fornecidos em arquivo à parte, com largura mínima de 10 cm. Os gráficos devem ser enviados, preferencialmente, no formato XLS ou XLSX (Microsoft Office Excel).

6.2.3.Devem ser, obrigatoriamente, citados no corpo do texto, na ordem de sua numeração.

6.2.4.Sinais ou siglas apresentados devem estar traduzidos em

sua legenda.

6.2.5.As grandezas demonstradas na forma de barra, setor, curva ou outra forma gráfica devem vir acompanhadas dos respectivos valores numéricos para permitir sua reprodução com precisão.