

## Cirurgias plásticas periodontais executadas em ambiente de graduação em odontologia: Relato de caso

### *Periodontal Plastic Surgeries Performed in an Outpatient Dental School Setting: A Case Report*

Ana Beatriz de Lima Torres<sup>1</sup>

Neiriane Reis Messias<sup>2</sup>

Mariana Correa Donato Lopes<sup>3</sup>

Paula de Oliveira Cunha<sup>4</sup>

Matheus Völz Cardoso<sup>4</sup>

### Resumo

A recessão gengival é definida como a transposição da margem gengival a partir da junção cimento-esmalte, resultando em exposição radicular, comprometimento estético e hipersensibilidade dentinária. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar, em ambiente de graduação, a aplicabilidade e eficácia da técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associada ao retalho avançado coronal no tratamento da recessão gengival. **Relato de caso:** Trata-se de um relato de caso, com paciente do sexo feminino, 44 anos, sistemicamente saudável, com múltiplas recessões gengivais e queixa principal de hipersensibilidade dentinária. Foram realizados instrumentação periodontal, orientação de higiene bucal e controle de sensibilidade, as quais contribuíram para a redução dos fatores etiológicos locais e redução da hipersensibilidade. Realizou-se o treinamento dos operadores com simulação da técnica cirúrgica em laboratório utilizando manequins, e posteriormente, foi executada a cirurgia de recobrimento com a técnica proposta e acompanhamento clínico de 12 meses. Evidenciando recobrimento satisfatório, boa cicatrização, ganho de tecido queratinizado, melhora estética e redução da sensibilidade. **Considerações finais:** Conclui-se que a técnica empregada apresentou eficácia, destacando-se a importância da aplicabilidade clínica em ambiente de ensino, planejamento com simulação e controle dos fatores etiológicos para o sucesso terapêutico.

**Palavras-chave:** Retração gengival, estética dentária, tecido conjuntivo, gengiva.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v31i1.18178>

<sup>1</sup> Acadêmica no Centro Universitário Fametro, Manaus, AM, Brasil.

<sup>2</sup> Acadêmica no Centro Universitário Fametro, Manaus, AM, Brasil.

<sup>3</sup> Acadêmica no Centro Universitário Fametro, Manaus, AM, Brasil.

<sup>4</sup> Docentes no Centro Universitário Fametro Manaus, AM, Brasil.

## Introdução

A recessão gengival é definida como a transposição da margem gengival a partir da junção cimento-esmalte (JCE)<sup>1</sup>, causando exposição radicular, apresentando-se em uma ou em ambas as arcadas, comprometendo a estética do sorriso<sup>2</sup>. A motivação estética é um dos principais motivos pelos quais os pacientes buscam tratamento para recessões gengivais, especialmente quando apresentado na região anterior<sup>3</sup>. A etiologia da recessão é multifatorial, sendo mais frequentemente causadas por escovação traumática, defeitos da crista óssea alveolar, doença periodontal, posicionamento dentário alterado, fumo, fatores locais que desencadeiam a retenção de placa e a movimentação ortodôntica<sup>4</sup>. Este fator está associado com pacientes que apresentam fenótipo periodontal fino que quando submetidos a movimentações ortodônticas, têm maior risco de sofrer recessões gengivais<sup>5</sup>.

Diversos sistemas de classificação foram propostos, com o intuito de descrever de forma padronizada a gravidade, a extensão e a localização das recessões. Entre os mais utilizados, destacam-se as classificações de Miller (1985) e a mais recente proposta por Cairo (2011)<sup>6</sup>. A classificação de Miller, dividida em 4 classes, foi por muitos anos a mais amplamente adotada. Apesar de útil, essa classificação apresenta limitações, especialmente no que se refere à subjetividade ao avaliar a perda interdental<sup>7</sup>.

Uma nova classificação foi proposta, baseada em critérios mais objetivos, conhecida como a classificação de Cairo, que oferece maior precisão na definição do prognóstico do recobrimento radicular, especialmente em contextos clínicos e científicos. Baseia-se em parâmetros de inserção clínica mensuráveis, sendo considerada mais confiável e reproduzível do que a de Miller<sup>8</sup>. Além disso, há classificações complementares que avaliam a morfologia da recessão, como a classificação de Sullivan e Atkins (1968), que diferencia recessões amplas de recessões estreitas, o que pode influenciar a escolha da técnica cirúrgica e o grau de previsibilidade do recobrimento<sup>9</sup>. Compreender essas classificações permite ao cirurgião-dentista não apenas identificar a gravidade da condição, mas também planejar estratégias terapêuticas baseadas em evidências, alinhadas ao perfil clínico individual do paciente<sup>10</sup>.

Para o tratamento, destaca-se o controle da hipersensibilidade dentinária, abordagens cirúrgicas e instrução do paciente na higiene bucal, a qual auxilia na remoção de fatores ligados diretamente ao surgimento de novas recessões ou agravamento de retrações prévias. Dentre as orientações estão, substituição de escovas de cerdas duras por macias ou extra macias, escova elétrica para evitar o uso de força excessiva, substituição de cremes dentais de alta abrasividade por de baixa abrasividade, fluoroterapia, uso de pastas dessensibilizantes obliteradores, contendo compostos como fosfocálcio e sódio ou glutaraldeído e dessensibilizantes neurais. A laser terapia também apresenta-se ser eficaz, e o tratamento endodôntico é reservado para casos mais severos<sup>11</sup>.

Tratamentos por meios cirúrgicos, também são amplamente utilizados para promover o recobrimento radicular e resultados estéticos satisfatórios. Entre as técnicas disponíveis estão o retalho avançado coronal (RAC), enxerto de tecido conjuntivo (ETC), tunelização combinada com ETC, enxerto de matriz dérmica acelular (MDA), matriz de colágeno xenógeno (MCX), matriz de esmalte (ME), fibrina rica em plaquetas (FRP)<sup>12</sup>. Além do enxerto gengival livre, o retalho deslocado lateralmente, o retalho avançado coronal associado ao enxerto de tecido conjuntivo, que destacam-se. A escolha da abordagem deve considerar fatores como a queixa principal do paciente, características anatômicas locais, incluindo profundidade da recessão, quantidade de tecido queratinizado, profundidade vestibular e presença de freios, bem como a sensibilidade técnica do procedimento, pois, esses aspectos, influenciam diretamente no sucesso do tratamento<sup>13</sup>.

Este estudo teve como objetivo avaliar a aplicabilidade e eficácia da técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associada ao retalho avançado coronal no tratamento da recessão gengival, por meio de relato de caso clínico realizado em ambiente de graduação, considerando simulação cirúrgica prévia e tempo de acompanhamento clínico prolongado.

## Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 44 anos de idade, sistemicamente saudável, não tabagista e sem histórico de diabetes mellitus, foi atendida para avaliação clínica periodontal. Durante a anamnese, a paciente apresentou como queixa principal hipersensibilidade dentinária, associada à exposição radicular. Ao exame clínico intraoral (Figura 1), foi identificado padrão de escovação traumática, caracterizado pelo uso excessivo de força durante a escovação. A paciente relatou uso regular de fio dental. Adicionalmente, observou-se presença de bruxismo e histórico prévio de tratamento ortodôntico com duração aproximada de cinco anos.



Figura 1: Aspecto geral da cavidade bucal durante o exame clínico inicial.

Com base nos achados clínicos após o exame periodontal (periograma), estabeleceu-se o diagnóstico de gengivite generalizada em periodonto reduzido, sem presença de mobilidade dentária. Observou-se ainda presença de múltiplas recessões gengivais, possivelmente

relacionadas a fatores etiológicos como trauma de escovação, fenótipo periodontal fino e histórico de tratamento ortodôntico anterior (Tabela 1).

Todos os sítios apresentaram profundidades entre 1 e 3 mm, compatíveis com periodonto saudável ou com alterações iniciais, sem a presença de bolsas periodontais. Com a mensuração da profundidade de sondagem foi possível correlacionar os níveis clínicos de inserção com o acúmulo de biofilme e o sangramento à sondagem, fornecendo informações importantes para o planejamento do manejo periodontal e acompanhamento da evolução das recessões gengivais (Figura 2). Foi identificado índice de placa bacteriana de 45,5% de índice de placa bacteriana e índice de sangramento à sondagem de 30,9%, indicando acúmulo moderado de biofilme e controle oral parcialmente satisfatório, porém evidenciando um quadro de gengivite generalizada (Figura 3). Constatou-se ainda, fenótipo gengival fino associado à presença de recessões gengivais múltiplas, com extensão variando entre 1 e 3 mm (Figura 4). A largura do tecido queratinizado apresentou-se reduzida em determinados dentes, especialmente na região de pré-molares, com valores mínimos de 2 mm.

*Tabela 1 – Distribuição dos sítios periodontais*

<b>Parâmetro</b>	<b>Categoria</b>	<b>Número de sítios</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Profundidade de sondagem	1–3 mm	168	100%
	≥4 mm	0	0%
Sangramento à sondagem	Presente	52	30,9%
	Ausente	116	69,1%
Índice de placa	Presente	51	45,5%
	Ausente	61	54,5%
Nível clínico de inserção (NIC)	0–3 mm	167	99,4%
	≥4 mm	1	0,6%
Mobilidade dentária	Presente	0 dentes	0%
	Ausente	28 dentes	100%

Fonte: Elaboração própria.



Figura 2: Mensuração da profundidade de sondagem periodontal durante o exame clínico, realizada em seis sítios por elemento dentário.



Figura 3: (A) Aspecto clínico inicial após evidenciador de placa, destacando áreas com biofilme; (B) Aspecto clínico dos elementos 43, 44, 45 e 46 após evidenciador de placa, com biofilme predominante nas superfícies mesial e distal.

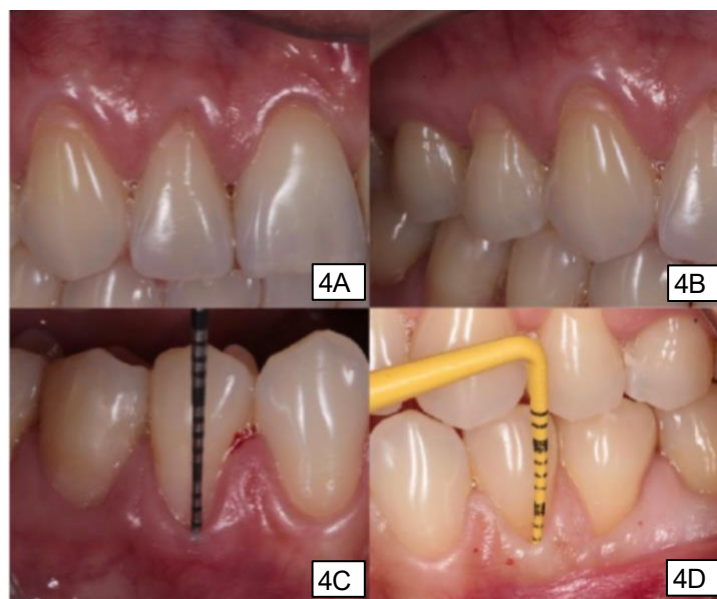


Figura 4: (A) Recessão gengival nos elementos 11 (1 mm), 12 (2 mm) e 13 (2 mm); (B) elemento 15 com margem gengival ao nível da JCE, 14 com 3 mm de recessão e 13 com 2 mm; (C) elemento 45 com 2 mm de recessão, 44 com 3 mm e 43 com margem gengival ao nível da JCE; (D) elemento 36 ao nível da JCE, 35 com 2 mm, 34 com 1 mm e 33 ao nível da JCE.

As recessões foram classificadas como RT1, de acordo com a classificação de Cairo, caracterizada pela ausência de perda de inserção interproximal. Observou-se a ausência de degraus radiculares, e a junção cimento-esmalte apresentou-se clinicamente identificável na maioria dos dentes, com exceção do elemento 44, que apresentava restauração cervical (Tabela 2).

Tabela 2 – Classificação das Condições Mucogengivais

Dente	REC (mm)	GT	KTW (mm)	CEJ	Step	Classificação
14	3	Fina	2	A	–	RT1
13	2	Fina	2	A	–	RT1
12	2	Fina	3	A	–	RT1
11	1	Fina	4	A	–	RT1
21	2	Fina	3	A	–	RT1
22	1	Fina	4	A	–	RT1
23	1	Fina	4	A	–	RT1
24	1	Fina	4	A	–	RT1
35	2	Fina	2	A	–	RT1
34	1	Fina	3	A	–	RT1
31	1	Fina	4	A	–	RT1
41	1	Fina	4	A	–	RT1
42	1	Fina	4	A	–	RT1
44	3	Fina	2	B	–	RT1
45	2	Fina	2	A	–	RT1

Legenda: REC: Recessão gengival; GT: Espessura gengival; KTW: Largura do tecido queratinizado; CEJ: Junção cimento-esmalte (A: presente, B: ausente); Step: Degrau radicular negativo (-): ausente; RT: Classificação de Cairo.

Fonte: Elaboração própria.

Para avaliar níveis de crista óssea e estruturas dentárias, foram realizadas radiografias periapicais dos elementos acometidos com recessão gengival (Figura 5), assim como, posteriormente, realizou-se novas radiografias periapicais com cones de guta-percha adaptados à margem gengival livre, servindo como marcadores radiopacos para análise da relação margem gengival e crista óssea alveolar (Figura 6). Embora seja um uso *off label*, o recurso da guta percha permitiu estabelecer uma correlação entre os achados clínicos, da profundidade de sondagem e o nível clínico de inserção, com os aspectos radiográficos do suporte ósseo, contribuindo para uma avaliação mais detalhada previamente das deiscências nos sítios com recessão, o que permitiu a decisão assertiva sobre a necessidade do enxerto de tecido conjuntivo, trabalhando com o conceito da técnica bilaminar ao invés da técnica por sítio específico<sup>14</sup>. Embora a abordagem por enxerto inserido em sítio específico utilize como recursos na tomada de decisão o fenótipo gengival e da faixa de mucosa ceratinizada, os tamanhos das deiscências foram importantes balizadores na escolha para esse caso, uma vez que as faixas de mucosa ceratinizada eram  $\geq 2$  em todos os sítios.

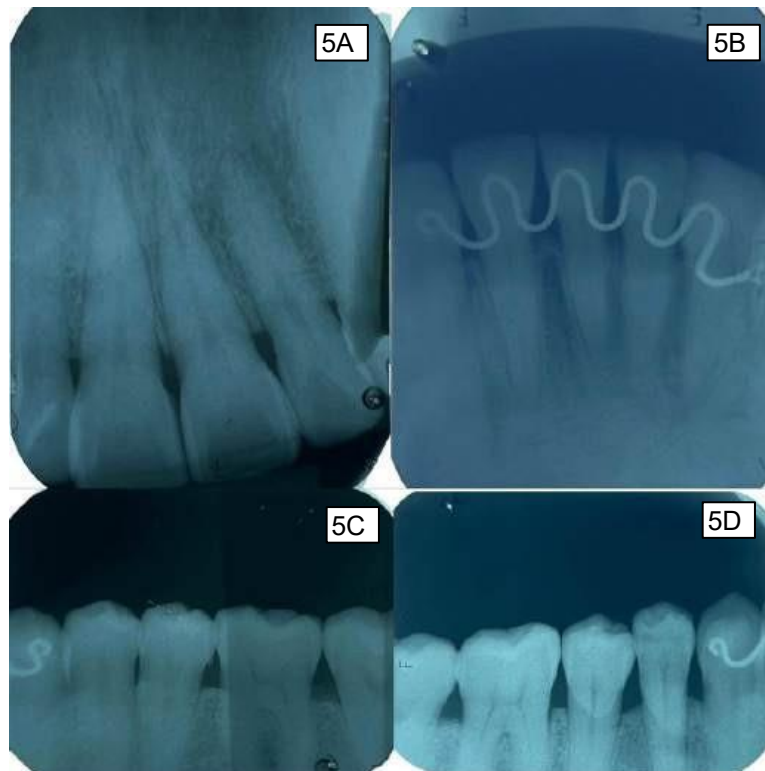


Figura 5: (A) Radiografia dos incisivos anteriores superiores; (B) incisivos anteriores inferiores; (C) posteriores (44–47); (D) posteriores (34–37).

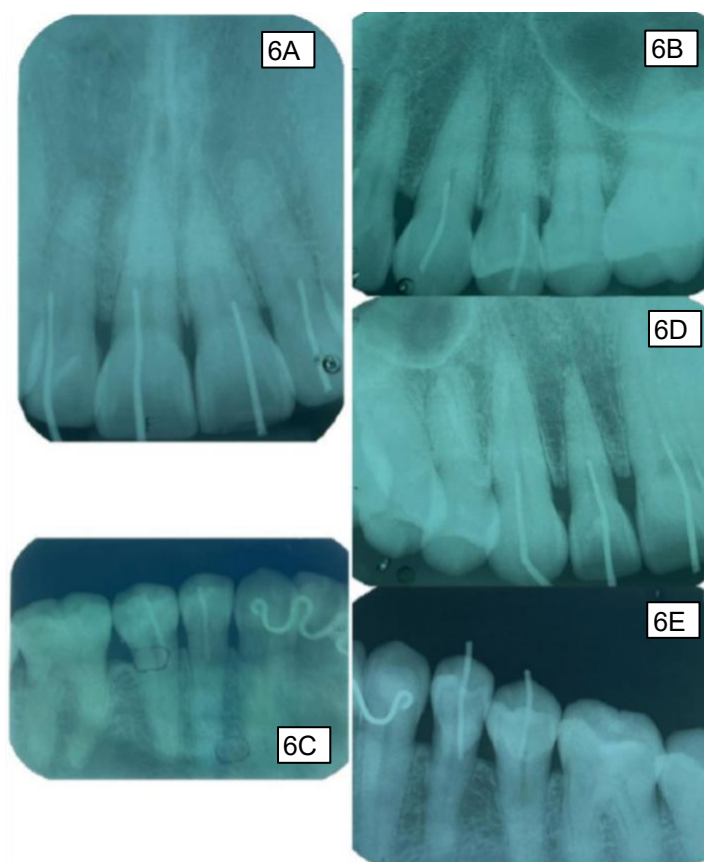


Figura 6: Radiografias periapicais com cone de guta-percha posicionado: (A) incisivos anteriores superiores; (B) elementos 12–16; (C) elementos 34–36; (D) elementos 22–25; (E) elementos 44–46.

Realizou-se instrumentação periodontal para controle da gengivite, assim como, foi realizado aplicação de verniz fluoretado nos elementos com recessão gengival para redução da sensibilidade dentinária. A paciente recebeu orientações de higiene bucal voltadas a condição, demonstrando técnica adequada para escovação atraumática, bem como o uso correto de fio dental. Foi recomendado o uso de escova de cerdas macias e utilização de dentífrico dessensibilizante obliteradores, como Colgate Sensitive Pro-Alívio. Essas ações tiveram o objetivo de reduzir traumas ao tecido gengival, progressão da recessão gengival e controle da sensibilidade dentária, o que contribui para um prognóstico favorável.

Foi realizado teste clínico de sensibilidade dentinária com aplicação de jato de ar da seringa tríplice sobre as superfícies dentárias expostas para avaliar a hipersensibilidade associada à exposição radicular. O teste foi realizado em dois momentos diferentes, um no início do tratamento e o outro após a cirurgia de recobrimento radicular, com o intuito de analisar a efetividade do tratamento na redução da sensibilidade dentinária. Os resultados obtidos em cada fase foram registrados e organizados de forma sistematizada, possibilitando a análise da evolução clínica da paciente ao longo do tratamento.

Previamente à realização do procedimento cirúrgico, foi conduzida uma etapa de simulação em ambiente laboratorial, utilizando manequins cirúrgicos de periodontia, com o objetivo de padronizar a execução da técnica e garantir maior previsibilidade dos resultados clínicos. Foram discutidos os princípios da técnica, bem como o planejamento das etapas operatórias, incluindo a elevação e mobilização do retalho; preparo do leito receptor e superfície radicular; obtenção, adaptação e posicionamento do enxerto de tecido conjuntivo; e técnicas de sutura para estabilização do enxerto e retalho (Figura 7).



Figura 7: Sequência laboratorial do recobrimento radicular: (A) mensuração da recessão (3 mm) com sonda Carolina do Norte; (B) incisões com lâmina 15C do elemento 35 aos adjacentes (34 e 36); (C) incisão intrasulcular; (D) liberação das papilas; (E) tunelização; (F) incisão da área doadora.

A técnica de escolha foi o enxerto conjuntivo subepitelial com técnica bilaminar, associado ao retalho avançado coronal (RAC), nos elementos com maior hipersensibilidade dentária, 34 e 35. Realizou-se o procedimento cirúrgico, iniciando com protocolo de antisepsia extraoral e intraoral, seguindo para técnica anestésica, o anestésico de escolha foi a articaína 4% com epinefrina, promovendo o bloqueio dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal, e complemento com anestesia infiltrativa na região dos pré-molares inferiores. Com lâmina 15c, realizou-se incisões paramarginais obliquas da margem gengival do dente referência até a JCE do dente adjacente (Figura 8). Procedeu-se com incisão linear unindo as papilas com o retalho contornando as margens gengivais (Figura 9).



Figura 8: Posicionamento da sonda Carolina do Norte para delimitação da incisão entre a margem gengival do 34 e a junção cimento-esmalte adjacente.



Figura 9: Incisão com lâmina 15C, estendendo-se da margem gengival até a junção cimento-esmalte do elemento adjacente.

Após as incisões, realizou-se descolamento do tecido em relação ao osso utilizando tunelizador nº 2 (Supremo Indústria de Instrumentos Cirúrgicos e Odontológicos Ltda, Caieiras, SP, Brasil), respeitando o plano correto para evitar lacerações do tecido (Figura 10). Para a remoção do epitélio superficial das papilas interproximais, foi utilizada a tesoura microcirúrgica Castroviejo (Supremo Indústria de Instrumentos Cirúrgicos e Odontológicos Ltda, Caieiras, SP, Brasil), garantindo que todo o leito receptor estivesse adequadamente preparado para receber o enxerto de tecido conjuntivo (Figura 11). Foi realizada mensuração da dimensão do enxerto no leito receptor, através do uso de régua milimetrada (Figura 12).



Figura 10: Descolamento gengival através do tunelizador.

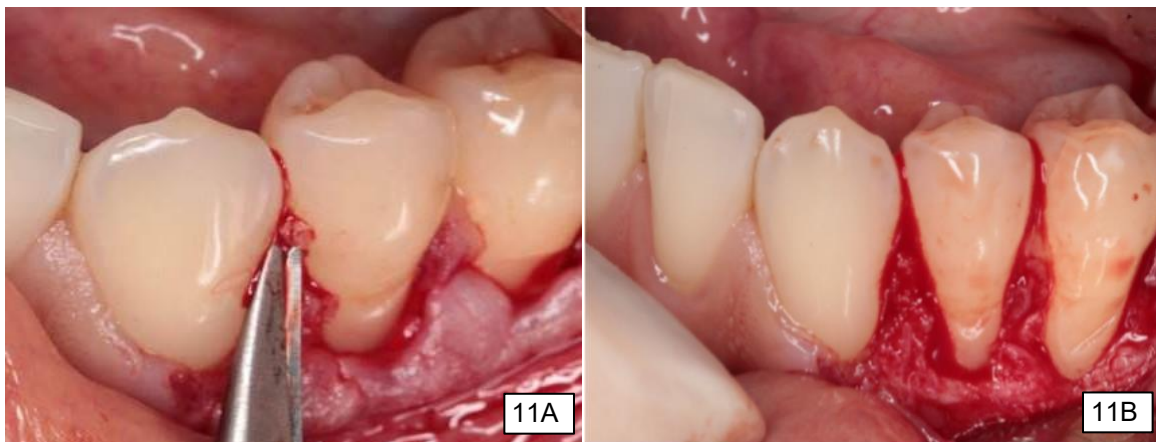


Figura 11: (A) remoção do epitélio das papilas interproximais; (B) área receptora após preparo.

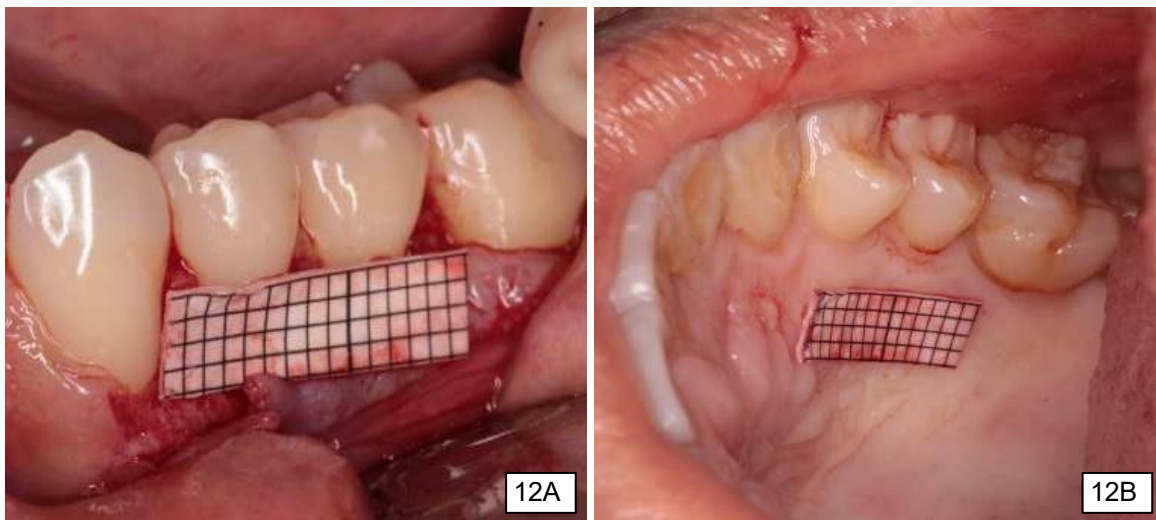


Figura 12: (A) mensuração do enxerto na área receptora; (B) mensuração do enxerto na área doadora.

Com a finalização do preparo da área receptora, realizou-se anestesia da área doadora, localizada na região palatina, com anestesia infiltrativa. Para a coleta do enxerto, empregou-se a técnica alçapão ("trapdoor"), criando um retalho parcial, preservando mucosa para recobrir o osso

após a remoção do enxerto e sutura. Realizou-se incisão inicial paralela a mucosa, com a lâmina paralela ao retalho realizou-se o aprofundamento da incisão para dissecar o tecido, e incisão perpendicular nas extremidades distal e mesial para liberar o enxerto. Efetuou-se a remoção do enxerto e desepitelização com lâmina de bisturi permitindo a separação de epitélio e tecido conjuntivo do enxerto (Figura 13). Após avaliação do leito, foi realizado controle de hemostasia da área com compressão utilizando gaze. Para preservação do tecido doador, foi acondicionado com gaze embebida em soro fisiológico (Figura 14).

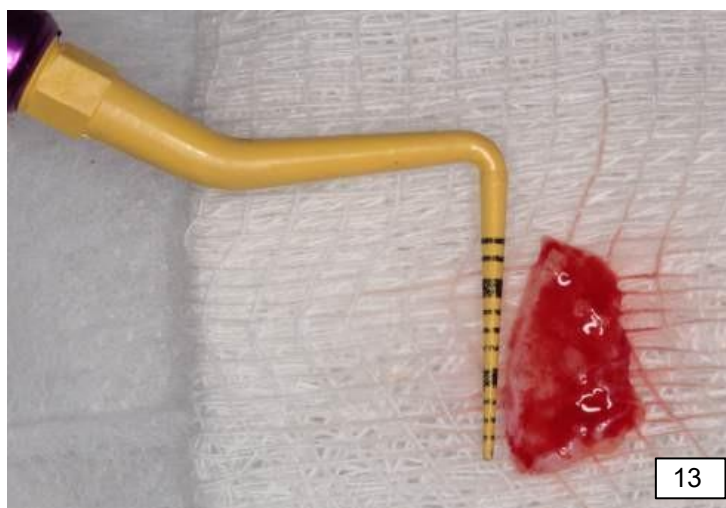


Figura 13: Aspecto do enxerto de tecido obtido da área doadora imediatamente após a remoção.



Figura 14: Tecido conjuntivo subepitelial após desepitelização.

O enxerto de tecido conjuntivo foi posicionado no leito receptor e estabilizado com sutura suspensória, utilizando fio de nylon 5-0 com agulha  $\frac{1}{2}$ , essa técnica tem como objetivo a fixação do enxerto, evitando possíveis movimentações indesejadas do enxerto no leito, e adequada cicatrização tecidual para o sucesso do procedimento (Figura 15). Assim como, foi realizado novamente suturas suspensórias para posicionar o retalho gengival no sentido coronal, recobrando o enxerto e a superfície radicular exposta, permitindo tracionamento satisfatório e cobertura radicular

completa, processo fundamental o resultado estético-funcional do procedimento (Figura 16). Na área doadora palatina, após controle da hemostasia, foi realizada sutura contínua utilizando fio de nylon 4-0 com agulha ½, e feita aplicação de resina flow sobre a sutura, para oferecer proteção adicional à ferida cirúrgica e atuar como barreira contra traumas mecânicos durante a mastigação no pós-operatório (Figura 17).

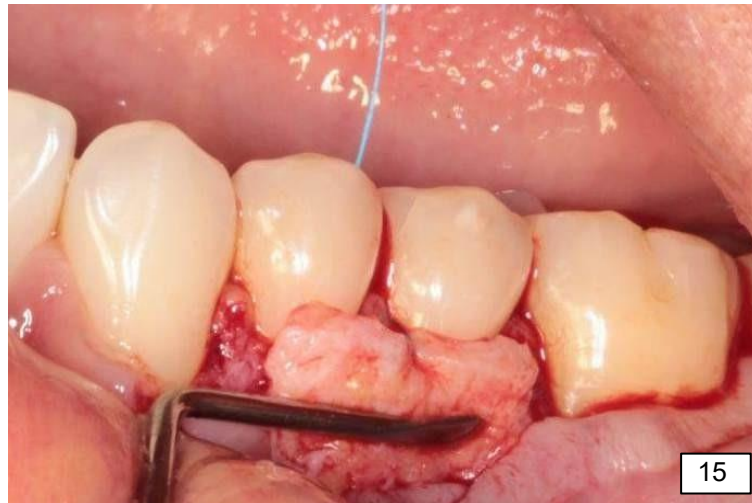


Figura 15: Adaptação do enxerto conjuntivo na área receptora.



Figura 16: Sutura do retalho.

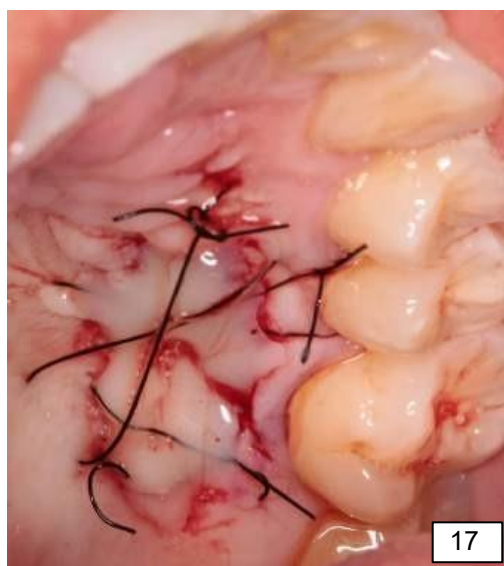


Figura 17: Sutura do palato e aplicação de resina flow.

Ao término do procedimento, foram fornecidas todas as orientações pós-operatórias, como evitar alimentos sólidos e quentes, manter uma dieta pastosa e fria nas primeiras 48 horas, evitar esforços físicos, exposição solar e não realizar escovação na região operada durante os primeiros dias. Quanto à prescrição medicamentosa, foi administrado um comprimido de dexametasona 4mg, imediatamente após a cirurgia, seguido de dipirona 500 mg de seis em seis horas por dois dias para controle da dor, ibuprofeno 600 mg de oito em oito horas por cinco dias como anti-inflamatório, além do uso da digluconato de clorexidina 0,12% por cinco dias. A paciente foi orientada a retornar entre sete a dez dias para remoção das suturas, bem como para acompanhamento contínuo da cicatrização e avaliação dos resultados.

No acompanhamento pós-operatório, foi realizada a remoção dos pontos da área doadora (palato), observando-se boa cicatrização e ausência de complicações. Na mesma sessão, foi realizada uma aplicação de laserterapia de baixa intensidade, com o objetivo de acelerar o processo cicatricial, promover analgesia local, reduzir edema e favorecer a regeneração tecidual da região palatina (Figura 18). Após 24 dias do procedimento cirúrgico, foi realizada nova avaliação e remoção dos pontos da área receptora. Avaliou-se boa cicatrização, estabilização do enxerto e ausência de sinais inflamatórios na região, assim como, na área doadora (Figura 19 e 20). Após 2 meses de procedimento, foi reavaliado observando-se que tanto a área doadora quanto a área receptora apresentavam excelente cicatrização, boa reepitelização. O recobrimento radicular apresentou-se satisfatório, promovendo uma adequada adaptação marginal, bom posicionamento gengival e coloração compatível com os tecidos dos elementos adjacentes e sem sinais clínicos de infecção. (Figura 21 a 23). Destaca-se, entretanto, que os resultados clínicos finais só poderiam ser avaliados após, no mínimo, 12 meses, período ideal devido a completa estabilização dos resultados.

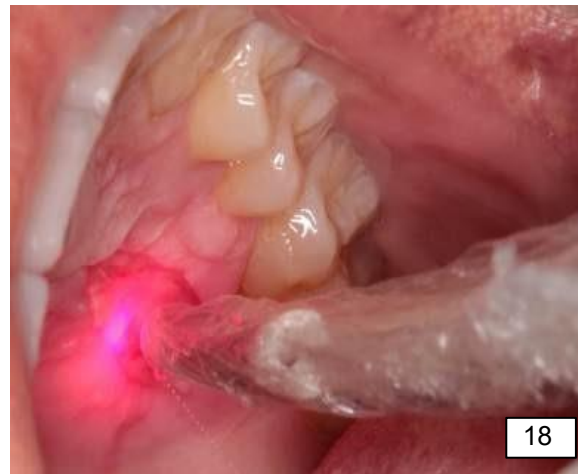


Figura 18: Aplicação de laserterapia de baixa intensidade na área operada.



Figura 19: Sutura com 24 dias.



Figura 20: Remoção da sutura após 24 dias.



Figura 21: Aspecto clínico da área doadora após 2 meses de cicatrização.



Figura 22: Aspecto clínico da área doadora após 2 meses de cicatrização; (A) elemento 33 sem recessão gengival; (B) elemento 34 com 1 mm; (C) elemento 35 com 1 mm.



Figura 23: Aspecto clínico após 2 meses da cirurgia, com (A) vista frontal e (B) vista lateral.

Após 12 meses do procedimento cirúrgico, foi realizada avaliação, evidenciando recobrimento radicular considerado satisfatório, associado a um expressivo ganho de volume e espessura do tecido queratinizado, fator fundamental para a manutenção da saúde periodontal e prevenção de recidivas. Observou-se recobrimento radicular completo no elemento 35, com boa adaptação da margem gengival à junção cimento-esmalte. Em contrapartida, no elemento 34, embora tenha sido observado melhora significativa do quadro inicial, ainda foi identificado uma distância residual de aproximadamente 1 mm entre a margem gengival e a junção cimento-esmalte, caracterizando um recobrimento parcial, porém clinicamente satisfatório (Figura 24 a 27). Procedeu-se, ainda, à reavaliação da sensibilidade dentinária por meio de teste clínico, a qual apresenta uma comparação entre os resultados obtidos no primeiro atendimento da paciente e aqueles observados após 12 meses do tratamento. Não foi identificada qualquer queixa de sensibilidade na área enxertada, evidenciando não apenas o sucesso estético, mas também funcional do tratamento proposto (Tabela 3). De maneira geral, os achados clínicos indicam um resultado positivo do procedimento realizado, reforçando a previsibilidade da técnica empregada para o tratamento de recessão gengival.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Norte - UNINORTE, sob o parecer nº 8.368.866. A paciente foi informada sobre o objetivo da pesquisa e assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as normas éticas da Resolução CNS 466/12.



Figura 24: Resultado clínico após 12 meses da cirurgia de recobrimento radicular.



Figura 25: Resultado final do recobrimento radicular após 12 meses, em vista lateral.



Figura 26: Resultado final do recobrimento radicular: (A) elemento 35 sem recessão gengival; (B) elemento 34 com 1 mm de recessão gengival.



Figura 27: Aspecto clínico final da área doadora do palato, evidenciando cicatrização completa.

Tabela 3 – Classificação de intensidade de dor de (0 a 10) com jato de ar

Pontuação (escala de 0 a 10)	Classificação de dor	Descrição sensorial	Dentes antes da cirurgia	Dentes após a cirurgia (12 meses)
0	Ausência de dor	Sem qualquer desconforto	11, 12, 14, 15, 26, 27, 36, 37	11, 12, 26, 27, 34, 35, 36, 37, 44, 45
1-3	Dor leve	Suportável, permite realizar	13,16,17	13, 14, 15, 16, 17
4-6	Dor moderada	Desconforto evidente	25, 31, 32, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47	24, 25, 46, 47
7-9	Dor intensa (forte)	Muito difícil de suportar	21, 22, 23, 24, 33, 34, 35	21, 22, 23, 31, 32, 33, 41, 42, 43
10	Dor máxima (Insuportável)	Pior dor imaginável ou já sentido pelo paciente		

Fonte: Elaboração própria.

## Discussão

O presente relato de caso teve como objetivo principal avaliar abordagens terapêuticas no tratamento da recessão gengival com a realização de cirurgia para recobrimento radicular em ambiente de graduação. Os resultados obtidos apresentaram recobrimento radicular satisfatório nos elementos envolvidos, assim como, aumento de tecido queratinizado, ganho de volume gengival, melhora estética e ausência de sensibilidade dentinária. Esses achados reforçam que o uso de enxerto conjuntivo é uma abordagem eficaz no manejo de recessões gengivais.

A recessão gengival é altamente prevalente, afetando 75% da população mundial<sup>15</sup>,

enquanto outro estudo comprova prevalência global de 84,9%<sup>16</sup>. Além de, fatores etiológicos como trauma de escovação inadequada, restaurações insatisfatórias, tecido gengival fino, carência de tecido queratinizado, inflamação gengival, tabagismo e condições sistêmicas, estão associados a recessão gengival<sup>1,17</sup>. Esses dados evidenciam a alta relevância clínica da condição, reforçando a necessidade de novos estudos para diagnóstico e tratamento. A classificação das recessões gengivais é fundamental para a escolha do tratamento e redução da recessão após cobertura radicular<sup>2</sup>. Entretanto, com os avanços atuais das técnicas cirúrgicas, a classificação de Miller têm sido discutidas, especialmente pela ausência de critérios relacionados ao envolvimento de papilas<sup>18</sup>. Dessa forma, a avaliação e classificação das recessões no presente caso foi importante para a escolha da abordagem terapêutica, técnica cirúrgica, e sucesso do tratamento.

No que se refere ao tratamento, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial tem sido descrito como mais eficaz para o recobrimento radicular na prática clínica, especialmente quando associado ao retalho coronalmente avançado, devido a sua alta taxa de recobrimento completo assim como ganho de tecido queratinizado<sup>19</sup>. Outros estudos também demonstram essa associação, ressaltando a importância da fixação, contato enxerto/receptor e revascularização. Registrando sucesso a longo prazo com aumento da espessura gengival, ganho de tecido queratinizado e melhores resultados estéticos<sup>4,20</sup>. Além disso, a técnica bilaminar utilizada neste relato, apresenta em estudo resultados clínicos com alta porcentagem de recobrimento radicular, melhor resultado estético e menor morbidade pós operatória<sup>14</sup>. No presente caso, os resultados observados estão em consonância com esses achados, evidenciando a previsibilidade da técnica.

Um estudo investigativo de técnicas para tratamento, reforça que abordagens utilizando enxertos aumentam a taxa de espessura gengival e tem melhor estabilidade a longo prazo. Além disso, o enxerto conjuntivo apresentou superioridade em relação a outros biomateriais<sup>22,23</sup>. Entretanto, terapias como o uso de fibrina rica em plaquetas (L PRF) e outros biomateriais, também tem sido proposta para a substituição do enxerto conjuntivo, principalmente quando há limitação de área doadora, ou possível morbidade cirúrgica. Os resultados destacam que esses biomateriais podem reduzir dor pós operatória em comparação com outras técnicas<sup>24, 25</sup>. Sendo assim, a escolha da técnica cirúrgica deve considerar as características individuais do paciente, incluindo fenótipo gengival, envolvimento de um ou mais dentes, dor e limitações de tecido doador<sup>26</sup>. A abordagem adotada neste caso foi associar a tomada de decisão com o tamanho da deiscência avaliada pela radiografia periapical associada ao uso off label da guta percha como dispositivo de auxílio na magnificação da posição da crista óssea alveolar. Todo esse processo foi associado à orientação de higiene bucal e controle dos fatores etiológicos, todos esses fatores foram determinantes para o sucesso do tratamento<sup>11</sup>.

Este relato demonstrou resultados clínicos satisfatórios, como recobrimento radicular e estabilidade tecidual a longo prazo. O acompanhamento longitudinal permitiu avaliar não apenas o sucesso imediato, mas também os resultados ao longo do tempo, o que agrega valor científico ao estudo. Ressaltando que todos eventos e etapas foram realizadas em uma clínica de graduação, por acadêmicas que conduziram todas as etapas supervisionada por docente, demonstrando a

importância da simulação prévia e planejamento adequado. Apesar dos resultados positivos, algumas limitações devem ser consideradas, como o tempo de acompanhamento, embora relevante, é inferior ao de estudos com acompanhamento de vários anos. Uma vez que a estabilidade da cobertura radicular pode diminuir ao longo do tempo, reforçando a necessidade de acompanhamento prolongado<sup>27</sup>. Por outro lado, este estudo apresenta relevância quanto ao acompanhamento clínico, simulações, planejamento cirúrgico e integração estética funcional.

Diante disso, os achados deste estudo evidenciam a eficácia do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e técnica bilaminar associado ao retalho avançado coronalmente no tratamento da recessão gengival, demonstrando resultados clínicos favoráveis com recobrimento radicular, ganho de tecido queratinizado, melhora estética e remissão da sensibilidade dentária. Do ponto de vista acadêmico, o presente relato contribui para a compreensão da aplicabilidade dessa técnica na prática odontológica de graduação perante fundamentação teórica e treinamento prévio. Ressalta-se ainda, a necessidade de estudos com maior número de casos e acompanhamento a longo prazo para fortalecimento das evidências científicas.

## Conclusão

Conclui-se que a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associada ao retalho avançado coronal mostrou-se aplicável e eficaz no tratamento da recessão gengival, proporcionando resultados clínicos, como o recobrimento radicular satisfatório, ganho de tecido queratinizado, melhora estética e funcional. Destaca-se que o manejo pré-cirúrgico, fundamentado em terapias não cirúrgicas, contribuiu para o resultado clínico, evidenciado pela melhora de recessões gengivais em áreas não submetidas ao tratamento cirúrgico. Além disso, a simulação cirúrgica prévia demonstrou ser um recurso relevante para o preparo do operador em ambiente de graduação, favorecendo a execução segura do procedimento. Entretanto, ressalta-se a necessidade de estudos com maior número de casos e acompanhamento em longo prazo para o fortalecimento das evidências científicas.

## Abstract

*Gingival recession is defined as the apical migration of the gingival margin relative to the cementoenamel junction, resulting in root exposure, esthetic impairment, and dentin hypersensitivity. **Objective:** This study aimed to evaluate, in an undergraduate clinical setting, the applicability and effectiveness of the subepithelial connective tissue graft (SCTG) combined with a coronally advanced flap (CAF) for the treatment of gingival recession. **Case Report:** This is a case report of a 44-year-old systemically healthy female patient presenting with multiple gingival recessions and the chief complaint of dentin hypersensitivity. Initial periodontal therapy was performed, including scaling and root planing (SRP), oral hygiene instructions, and desensitizing therapy, contributing to the control of local etiological factors and reduction of hypersensitivity. Surgical training of the operators was carried out through simulation using mannequins prior to the clinical procedure. Subsequently, root coverage surgery was performed using the proposed technique, with a 12-month follow-up. Clinical outcomes demonstrated satisfactory root coverage, favorable healing, increased keratinized tissue width, improved esthetics, and reduced hypersensitivity. **Final Considerations:** It can be concluded that the employed technique showed effectiveness and predictability, highlighting the importance of its clinical applicability in an educational setting, as well as adequate planning, simulation-based training, and control of etiological factors for therapeutic success.*

**Keywords:** *Gingival recession; dental esthetics; connective tissue; gingiva.*

## Referências

1. Imber JC, Kasaj A. Treatment of gingival recession: when and how? *Int Dent J*. 2021;71(3):178-87. doi: 10.1111/idj.12617.
2. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol*. 2011;38(7):661-6. doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x.
3. Rakasevic DL, Milinkovic IZ, Jankovic SM, Soldatovic IA, Aleksic ZM, Nikolic-Jakoba NS. The use of collagen porcine dermal matrix and connective tissue graft with modified coronally advanced tunnel technique in the treatment of multiple adjacent type I gingival recessions: a randomized, controlled clinical trial. *J Esthet Restor Dent*. 2020;32(7):681-90. doi: 10.1111/jerd.12624.
4. Silva LC, Sousa SC, Sousa ES, et al. Enxerto de tecido conjuntivo para recobrimento radicular de recessão gengival em paciente com fenótipo periodontal fino e pós-tratamento ortodôntico: relato de caso. *Braz J Dev*. 2021;7(5):51900-17. doi: 10.34117/bjdv7n5-540.
5. Wang C, Yu S, Mandelaris GA, Wang HL. Is periodontal phenotype modification therapy beneficial for patients receiving orthodontic treatment? An American Academy of Periodontology best evidence review. *J Periodontol*. 2020;91(3):299-310. doi:10.1002/jper.19-0037.
6. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1985;5(2):8-13. PMID: 3858267.
7. Pini Prato G, Rotundo R, Franceschi D, Cairo F, Cortellini P, Nieri M. Fourteen-year outcomes of coronally advanced flap for root coverage: follow-up from a randomized trial. *J Clin Periodontol*. 2011;38(8):715-20. doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01744.x.
8. Zuhr O, Akakpo D, Eickholz P, Vach K, Hürzeler MB, Petsos H, et al. Tunnel technique with connective tissue graft versus coronally advanced flap with enamel matrix derivate for root coverage: 5-year results of an RCT using 3D digital measurement technology for volumetric comparison of soft tissue changes. *J Clin Periodontol*. 2021;48(7):949-961. doi: 10.1111/jcpe.13470.
9. Sullivan HC, Atkins JH. The role of free gingival grafts in periodontal therapy. *Dent Clin North Am*. 1969;13(1):133-48. doi: 10.1016/S0011-8532(22)02950-0
10. Pini Prato G, Franceschi D, Rotundo R, Cairo F, Cortellini P, Nieri M. Long-term 8-year outcomes of coronally advanced flap for root coverage. *J Periodontol*. 2012;83(5):590-4. doi: 10.1902/jop.2011.110410.
11. Kassab MM, Cohen RE. Treatment of gingival recession. *J Am Dent Assoc*. 2002;133(11):1499-506. doi: 10.14219/jada.archive.2002.0080.
12. Cairo F, Barootchi S, Tavelli L, Barbato L, Wang HL, Rasperini G, et al. Aesthetic- And patient-related outcomes following root coverage procedures: A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2020;47(11):1403-1415. doi: 10.1111/jcpe.13346.
13. Sabri H, Barootchi S, Padbury AJ, Chan HL. Considerations for selecting root coverage techniques in the anterior mandible. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2024;44(2):145-52. doi: 10.11607/prd.6429.

14. Zucchelli G, Amore C, Sforza NM, Montebugnoli L, De Sanctis M. Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects: a comparative clinical study. *J Clin Periodontol*. 2003;30(10):862-70. doi: 10.1034/j.1600-051x.2003.00397.x.
15. Stefanini M, Zucchelli G, Marzadori M, de Sanctis M. Coronally Advanced Flap with Site-Specific Application of Connective Tissue Graft for the Treatment of Multiple Adjacent Gingival Recessions: A 3-Year Follow-Up Case Series. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2018;38(1):25-33. doi: 10.11607/prd.3438.
16. Yadav VS, Gumber B, Makker K, Gupta V, Tewari N, Khanduja P, et al. Global prevalence of gingival recession: a systematic review and meta-analysis. *Oral Dis*. 2023;29(8):2993-3002. doi: 10.1111/odi.14289.
17. Marschner F, Lechte C, Kanzow P, Hrasky V, Pfister W. Systematic review and meta-analysis on prevalence and risk factors for gingival recession. *J Dent*. 2025;155:105645. doi: 10.1016/j.jdent.2025.105645.
18. Miller PD Jr. Miller classification of marginal tissue recession revisited after 35 years. *Compend Contin Educ Dent*. 2018;39(8):514-20. PMID: 30188152.
19. Chambrone L, Tatakis DN. Periodontal soft tissue root coverage procedures: a systematic review from the AAP Regeneration Workshop. *J Periodontol*. 2015;86(2 Suppl):S8-51. doi: 10.1902/jop.2015.130674.
20. Scandola D, Corcuera M, Gil-Abando G, et al. Actualización de las técnicas para el tratamiento de las recesiones periodontales. *Odontol Vital*. 2024;1(40):5-17.
21. Padilla-Coronado T, Hernandez-Juarez E, Gutierrez-Rivas DE, et al. Coronally advanced flap with connective tissue graft for the treatment of multiple recession defects: case report. *Int J Interdiscip Dent*. 2024;17(1):42-4. doi: 10.4067/s2452-55882024000100042.
22. Barootchi S, Tavelli L, Zucchelli G, Giannobile WV, Wang HL. Gingival phenotype modification therapies on natural teeth: a network meta-analysis. *J Periodontol*. 2020;91(11):1386-99. doi: 10.1002/JPER.19-0715.
23. Akcan SK, Ünsal B. Gingival recession treatment with concentrated growth factor membrane: a comparative clinical trial. *J Appl Oral Sci*. 2020;28:e20190236. doi: 10.1590/1678-7757-2019-0236.
24. Miron RJ, Moraschini V, Fujioka-Kobayashi M, et al. Use of platelet-rich fibrin for the treatment of periodontal intrabony defects: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2021;25(5):2461-78. doi: 10.1007/s00784-021-03825-8.
25. Moraschini V, Calasans-Maia MD, Dias AT, et al. Effectiveness of connective tissue graft substitutes for the treatment of gingival recessions compared with coronally advanced flap: a network meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2020;24(10):3395-406. doi: 10.1007/s00784-020-03547-3.
26. Tatakis DN, Chambrone L, Allen EP, et al. Periodontal soft tissue root coverage procedures: a consensus report from the AAP Regeneration Workshop. *J Periodontol*. 2015;86(2 Suppl):S52-5. doi: 10.1902/jop.2015.140376.
27. Fernandez-Jimenez A, Garcia-De-La-Fuente AM, Estefania-Fresco R, 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*. 2021;21(1):145. doi: 10.1186/s12903-021-01494-3.

**Endereço para correspondência:**

Matheus Volz Cardoso  
Fametro (Centro Universitário Fametro)  
Av. Constantino Nery, 3000/3204, Bairro  
Chapada CEP 69050-001– Manaus,  
Amazonas, Brasil Telefone: 92 98215 8124  
E-mail: matheus.cardoso@fametro.edu.br

*Recebido em: 17/04/2026. Aceito: 07/05/2026.*