

# RECOBRIMENTO RADICULAR DE RECESSÕES MÚLTIPLAS: relato de caso clínico

## RADICULAR RECOVERY OF MULTIPLE RECESSIONS: case Report

Daniani Alves da Silva Amaral <sup>1</sup>  
 Hrayslla Lorrany da Silva Celestino <sup>2</sup>  
 José Jorge Vianna Júnior <sup>3</sup>  
 Juliana Nithiele Oliveira Freitas <sup>4</sup>  
 Luciano dos Santos Oliveira <sup>5</sup>  
 Eduardo Moura Mendes<sup>6</sup>

<sup>1,2</sup> Graduado em Odontologia pela Faculdade Patos de Minas – FPM

<sup>5</sup> Mestrando em Dentística da Faculdade São Leopoldo Mandic

<sup>3, 4,6</sup> Professor adjunto no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM).

### Autor para correspondência:

Me Eduardo Moura Mendes - Rua Major Gote, 1408 – Centro, Patos de Minas – MG, 38700-190,  
 Eduardo.mendes@faculdadepatosdeminas.edu.br. , (34) 3818-2300.

### RESUMO

As recessões gengivais são patologias de etiologia multifatorial, definidas como uma migração gengival apical, que leva à exposição radicular e que pode causar desconforto significativo ao paciente, bem como insatisfação estética. As recessões gengivais são tratadas por meio de cirurgias periodontais e o prognóstico é determinado de acordo com as características clínicas do caso e com o enquadramento da recessão pela classificação de Miller. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de tratamento de recessões gengivais múltiplas classe I de Miller nos dentes 23 e 24 por meio da técnica de Zucchelli e De Sanctis associada ao enxerto de tecido conjuntivo. A cirurgia iniciou-se com o preparo do leito receptor por meio de incisões paramarginais e criação de um retalho dividido-total-dividido. Após o preparo mecânico da superfície radicular com curetas, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial colhido da área doadora por meio da técnica de dermoabrasão foi suturado na área receptora. Por fim, foram feitas suturas suspensórias para adaptação coronal do retalho. Durante o período de preservação de 120 dias, observou-se recobrimento das recessões e ganho de tecido queratinizado. Concluiu-se que a técnica descrita por Zucchelli e De Sanctis foi eficaz para o recobrimento radicular de recessões múltiplas.

**Descritores:** *Retração Gengival. Cirurgia. Periodontia.*

### ABSTRACT

Gingival recessions are pathologies of multifactorial etiology, defined as an apical gingival migration that leads to root exposure and can cause significant patient discomfort as well as aesthetic dissatisfaction. Gingival recessions are treated by periodontal surgery and the prognosis is determined according to the clinical characteristics of the case and the recession framing by Miller's classification. The aim of this research is to report a clinical case of Miller' class I Multiplex gingival recession's case of treatment in teeth 23 and 24 using the technique of Zucchelli and De Sanctis associated with connective tissue

graft. The surgery began with the preparation of the receiving bed through paramarginal incisions and the creation of a divided-total-divided flap. After mechanical preparation of the root surface with curettes, the subepithelial connective tissue graft harvested from the donor area by the dermabrasion technique was sutured in the recipient area. Finally, suspending sutures were performed for coronal flap adaptation. During the preservation period of 120 days, recessions were recovered and keratinized tissue gained. It is concluded that the technique described by Zucchelli and De Sanctis was effective for multiple recessions root coverage.

**Key Words: *Gingival Recession. Surgery. Periodontics.***

## **INTRODUÇÃO**

As recessões gengivais podem ser definidas como a migração apical da margem gengival com consequente exposição radicular à cavidade oral, podendo afetar um dente ou um grupo de dentes (1). Essa condição tem alta prevalência, chegando a atingir cerca de 50% da população trazendo consequências como insatisfação estética, hipersensibilidade dentária, dificuldade durante a escovação, predisposição a cáries radiculares, dor mastigatória e também pode ser um fator retentor do biofilme bacteriano (1,2).

O principal motivo que leva os pacientes portadores de recessões gengivais a procurarem atendimento odontológico é a hipersensibilidade dentária seguida da insatisfação estética (3). A etiologia das recessões gengivais é multifatorial. Dentre as causas podemos citar fatores anatômicos, deiscências e fenestrações ósseas, cortical óssea delgada, ausência de tecido queratinizado, mau posicionamento dentário e inserções musculares tais como bridas e freios. Tais situações podem sofrer ação dos fatores predisponentes, tais como escovação traumática, movimentações ortodônticas, próteses mal adaptadas, barras ou selas de prótese parcial removível, grampos, incisões relaxantes mal posicionadas, violação do espaço biológico e fumo (4).

O prognóstico do recobrimento radicular pode ser determinado pela classificação de Miller, a qual sugere que nos defeitos classe I e II pode-se obter 100% de recobrimento radicular (3,5). No entanto, há alguns fatores relacionados à anatomia que interferem nos resultados das terapias cirúrgicas, tais como altura do osso interdental e o nível de inserção clínica, a dimensão da papila interdental, a espessura gengival e a quantidade de mucosa queratinizada. Fumo, escovação traumática e controle de biofilme são fatores relacionados ao paciente que também interferem no prognóstico (2,6).

O tratamento para o recobrimento de recessões é cirúrgico e consiste na confecção de um retalho associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. O enxerto é comumente removido do palato por diferentes tipos de técnicas, dentre as quais a técnica da dermoabrasão que consiste na desepitelização da mucosa utilizando broca diamantada e colheita de um tecido conjuntivo rico em fibras colágenas (15, 7).

Existem várias técnicas que podem ser usadas para o recobrimento de recessões únicas ou múltiplas. Langer & Langer em 1985, propuseram uma técnica em associação ao enxerto de conjuntivo, que foi considerado como padrão-ouro para as cirurgias de recobrimento radicular. Essa técnica preconiza incisões horizontais na base da papila, ao nível da junção amelo-

cementária, preservando as papilas interproximais. Em seguida, realizam-se incisões relaxantes que se estendem até a junção mucogengival, obtendo-se um retalho parcial. O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é posicionado coronalmente, ficando totalmente coberto pelo retalho (8, 9).

A técnica de Bruno surgiu posteriormente como uma modificação da técnica de Langer & Langer, descartando a necessidade das incisões relaxantes (10, 13). Zucchelli e De Sanctis (2000) apresentaram sua técnica com uma abordagem diferente, preconizando a criação de papilas cirúrgicas por meio de incisões paramarginais e a criação de um retalho dividido-total-dividido. As papilas cirúrgicas serão rotacionadas e suturadas sobre uma papila anatômica desepitelizada, favorecendo a cicatrização por primeira intenção (11).

Este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico de recobrimento radicular, tratado na Clínica Odontológica da Faculdade Patos de Minas, por meio da técnica de Zucchelli e De Sanctis associada ao enxerto de tecido conjuntivo removido pela técnica da dermoabrasão.

## RELATO DE CASO

Paciente de 32 anos, sexo feminino, compareceu na Policlínica da Faculdade Patos de Minas queixando-se de sensibilidade nos dentes e desconforto estético. A paciente apresentou-se como normosistêmica e, seus dados, assim como a anamnese foram coletados e registrados em prontuário. No exame clínico intraoral observou-se fenótipo gengival fino, presença de recessões múltiplas nos dentes 23 e 24 (Figura 1).



**Figura 1 - Aspecto inicial das recessões.**

Os fatores predisponentes encontrados foram má oclusão, uso de aparelho ortodôntico e escovação traumática. As recessões foram classificadas como Classe I de acordo com a classificação de Miller. O exame radiográfico apresentou aspecto de normalidade. O tratamento proposto para o referido caso foi o ajuste oclusal seguido da orientação quanto à escovação, e a cirurgia para o recobrimento das recessões múltiplas, com a utilização da técnica de Zucchelli e De Santics associada ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o trabalho foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Patos de Minas (FPM). O trabalho foi aprovado sob a CAAE: 19361519.6.0000.8078 e número do Parecer: 3.604.393, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12.

Após a aprovação no CEP, realizou-se a cirurgia para o recobrimento das recessões. A paciente foi medicada com dexametasona 4mg, dois comprimidos, 1 hora antes do procedimento, para prevenção do edema pós-operatório. Realizou-se o preparo do ambiente cirúrgico e da paciente por meio de procedimentos antissépticos básicos com clorexidina a 2% extra bucal e bochecho com clorexidina a 0,12% por 1 minuto. Foi realizada a anestesia de bloqueio dos nervos infraorbitários, utilizando 2 tubetes de lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000 (Alphacaína 100). Primeiramente, elegeu-se o dente 23 como referência para o início das incisões, já que ele apresentava a recessão mais profunda (4 mm) (Figura 2).



**Figura 2 - Medida da profundidade da recessão do elemento 23.**

Para direcionar as incisões, foram realizadas marcações de dois pontos nas proximais do dente eleito. As marcações foram feitas do ápice de ambas as papilas até a marca de 5 mm correspondentes a 4 mm da recessão somados com 1 mm que, após o deslize coronário, representará o sulco gengival. A recessão do primeiro pré-molar media 2 mm. Assim, a marcação foi feita do ápice de sua papila distal até a marca de 3 mm (2 mm da recessão somados com 1 mm referente ao sulco gengival) (Figuras 3 e 4).



**Figura 3 - Marcação para as incisões paramarginais no dente 23.**



**Figura 4 - Marcação da incisão paramarginal no dente 24.**

Realizaram-se incisões oblíquas paramarginais no dente 23 com lâmina 15C (Solidor) partindo-se da margem gengival dos dentes 22 e 24 até o ponto sangrante marcado anteriormente. No dente 24, a incisão paramarginal partiu da margem gengival do dente 25 até o ponto sangrante marcado no dente 24 (Figura 5). O objetivo dessas incisões é a formação de papilas cirúrgicas que serão rotacionadas e suturadas sobre uma papila anatômica desepitelizada, oportunizando a cicatrização por primeira intenção. Posteriormente, as incisões são unidas por meio de incisões sulculares (Figura 6).



**Figura 5 - Incisões paramarginais.**



**Figura 6 - Incisões sulculares.**

Em seguida, dividiu-se as papilas cirúrgicas e, posteriormente, elevou-se um retalho de espessura total, estendendo-o além da linha muco gengival a fim de permitir um reposicionamento coronário sobre as raízes com uma espessura máxima de tecido mole. Para promover mobilidade do retalho, fez-se uma incisão paralela ao osso, até o fundo de vestibulo. Por fim, fez-se uma incisão superficial paralela ao retalho para desinsereir fibras musculares, promovendo sua total mobilidade (Figura 7) e finalizando o preparo do leito receptor.



**Figura 7 - Incisão superficial.**

As dimensões da área receptora foram medidas e um molde foi confeccionado para transferência das dimensões para o palato. A técnica eleita para a remoção do tecido conjuntivo foi a dermoabrasão. Após a anestesia do nervo palatino maior esquerdo, com lidocaína 2% e adrenalina 1:100.000 (Alphacaïne 100), posicionou-se o molde cerca de 3 mm abaixo da margem gengival e realizaram-se incisões para delimitação do enxerto (Figura 8). A retirada do tecido epitelial foi feita com broca diamantada 1014 HL, montada em alta rotação e sob refrigeração com soro fisiológico (Figura 9).

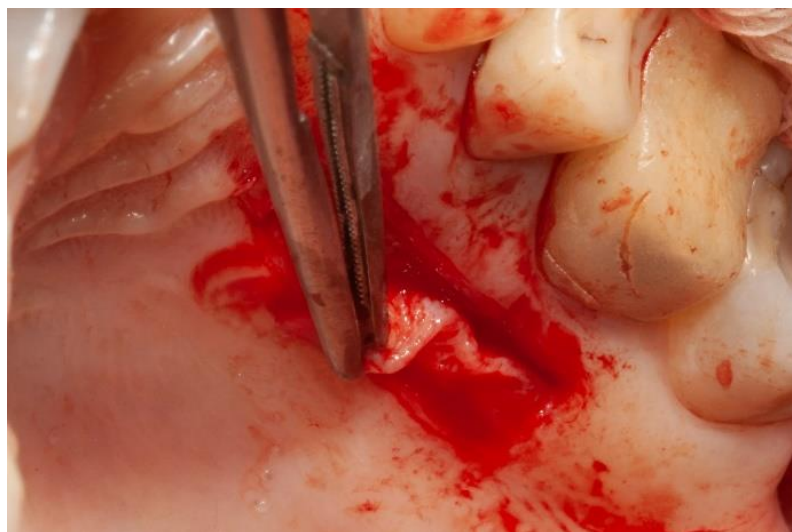


**Figura 8 - Delimitação do enxerto.**



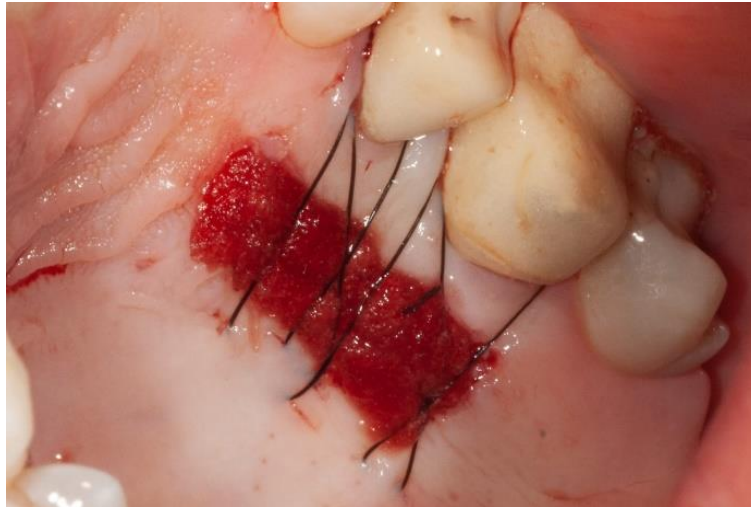
**Figura 9 - Tecido epitelial removido.**

O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial com espessura de cerca de 1,5 mm foi obtido por um retalho dividido (Figura 10).



**Figura 10 - Remoção do tecido conjuntivo subepitelial.**

Com o objetivo de promover hemostasia foram colocadas esponjas de fibrina (Hemospon) na área cruenta, estabilizadas com suturas compressivas "X" quadrado (Figura 11).



**Figura 11 - Sutura do palato.**

Previamente ao posicionamento do enxerto fez-se a descontaminação radicular com cureta Gracey 7-8 (Figura 12) e desepitelização das papilas (Figura 13).



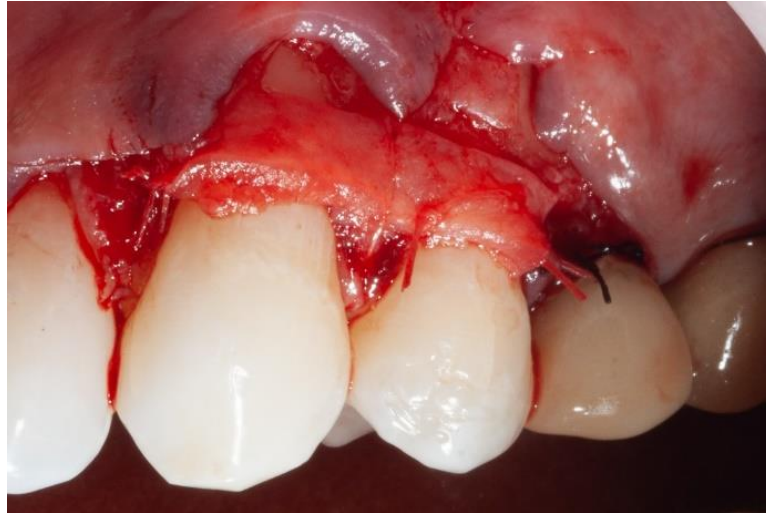
**Figura 12 - Descontaminação radicular.**



**Figura 13 - Desepitelização das papilas.**



Por fim, o enxerto foi levado em posição de modo a recobrir as raízes dos dentes 23 e 24 e estabilizado com suturas reabsorvíveis (Vicryl 6-0, Ethicon) (Figura 14). O retalho foi deslocado e estabilizado coronalmente com suturas do tipo suspensório simples, utilizando fio de nylon 5-0 (Procure) (Figura 15).



**Figura 14 - Sutura do enxerto.**



**Figura 15 - Sutura do retalho.**

Os medicamentos prescritos para o pós-operatório foram amoxicilina 500mg, de 8 em 8 horas, por 7 dias e dipirona sódica 500mg, de 6 em 6 horas, por 3 dias. As suturas foram removidas após 10 dias e o pós-operatório acompanhado por 30 dias (Figura 16).



Figura 16 - Pós-operatório com 30 dias.

## DISCUSSÃO

Várias técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas para tratar os casos de recessões gengivais. Para se obter um bom resultado é importante que a escolha da técnica cirúrgica esteja de acordo com os aspectos clínicos, estéticos e funcionais do paciente. A escolha da técnica é decisiva para o sucesso do tratamento, já que cada uma preconiza um formato cirúrgico (10, 14).

A técnica de Langer e Langer é indicada para recessões maiores ou múltiplas com grande profundidade. As incisões horizontais e relaxantes desfavorecem o pós-operatório, dificultam a cicatrização e prejudicam a estética devido à maior quantidade de suturas (2, 10).

A técnica de Bruno não exige a confecção das incisões relaxantes, mas mantém as incisões horizontais na altura da junção amelo-cementária. Além disso, Bruno propôs que o retalho fosse deslocado coronalmente e suturado sobre as papilas previamente desepitelizadas. No entanto, o formato retilíneo da borda do retalho que resulta das incisões horizontais não permite uma perfeita adaptação sobre as papilas desepitelizadas, o que prejudica a estética e a cicatrização (2, 13).

Nas técnicas de Bruno e de Langer e Langer, as incisões são horizontais na altura à junção cimento-esmalte ou levemente coronal, adjacentes às raízes a serem recobertas, desfavorecendo a manutenção das papilas (13, 10).

As incisões paramarginais preconizadas por Zucchelli e De Sanctis promovem a criação de papilas cirúrgicas triangulares que se adaptam às papilas anatômicas desepitelizadas, o que favorece a cicatrização por primeira intenção e deixa o pós-operatório mais confortável. Além disso, quando associada ao enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial, proporciona um aumento do volume de tecido queratinizado, auxiliando a estética e proporcionando mais conforto ao paciente (2, 12).

As técnicas de Bruno e de Zucchelli e De Sanctis apresentam alguns pontos de semelhança quanto ao procedimento, porém a principal diferença entre uma e outra reside na posição em que o retalho é suturado após ser posicionado. Na técnica de Bruno, o retalho não é posicionado sobre as papilas, uma vez que ele é suturado ao nível da incisão horizontal. Por esse motivo, tal prática desfavorece a manutenção das papilas. Mesmo com

a modificação, a Técnica de Bruno, continuou desfavorável, pois a papila não assume a forma triangular (2, 12).

Já a técnica proposta por Zucchelli e De Sanctis, oferece um melhoramento à técnica de Bruno, uma vez que prevê a realização de incisões oblíquas que criam papilas cirúrgicas, as quais permitem uma cicatrização por primeira intenção, o que proporciona um sorriso mais estético. O objetivo do cirurgião, tanto com a utilização da técnica de Bruno como com a utilização da técnica de Zucchelli e De Sanctis é conseguir com que o relaxamento do retalho adjacente seja suficiente para recobrir a porção radicular das áreas de recessão gengival, o que torna o procedimento funcional e esteticamente mais agradável ao paciente (11).

A técnica escolhida para a obtenção do enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial foi a da dermoabrasão. Essa técnica causa maior desconforto pós-operatório para o paciente, já que área doadora fica exposta, cicatrizando por segunda intenção. Entretanto, sua utilização destaca-se em relação às demais técnicas, pois o tecido conjuntivo situado imediatamente sob o epitélio removido é altamente provido de colágeno, o que favorece a modificação do biótipo gengival, promovendo uma melhor cicatrização. (7)

Após a avaliação clínica, optou-se por adotar a técnica de Zucchelli para o recobrimento radicular das recessões múltiplas associada à técnica da dermoabrasão, por serem de fácil execução e por apresentarem várias vantagens, como o recobrimento satisfatório dessas recessões e boa cicatrização pós-operatória.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica de Zucchelli e De Sanctis vem sendo muito utilizada e apresenta ótimos resultados no recobrimento radicular de recessões, no entanto, a eliminação dos fatores etiológicos mostra-se fundamental para a eficácia do método, e deve ser realizada antes do procedimento cirúrgico a fim de que se previna uma possível recidiva da recessão nos pacientes.

Arremata-se, assim, diante do exposto, que o caso clínico relatado neste trabalho obteve um resultado satisfatório, uma vez que as recessões foram totalmente recobertas, culminando na redução da sensibilidade e na melhora da estética.

## REFERÊNCIAS

1. Sena LSB, Silva NS, Andrade JM, Souza JNL. Associação de técnicas cirúrgicas periodontais para recobrimento de recessões múltiplas e controle da dor pós-operatória com laserterapia: relato de caso. Braz J Periodontol. 2017 [acesso em 03 set 2018]; 27(4):86-90. Disponível em: [http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2017/dez/REVPERIO\\_DEZEMBRO\\_2017\\_PUBL\\_SITE\\_PAG-39\\_A\\_45-28-04.pdf](http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2017/dez/REVPERIO_DEZEMBRO_2017_PUBL_SITE_PAG-39_A_45-28-04.pdf)
2. Lacerda ACQ, Alves ACBA, Rocha PG, Menezes SAF. Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e de Sanctis. RGO- Rev Gaúcha Odontol. 2011 [acesso em 03 set 2018]; 59(2):313-317. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-611938>
3. Almeida AMFL, Carvalho EMC, Ribeiro EDP, Souza BG. Recessões Gengivais e lesões cervicais não cariosas: relato de caso clínico. Braz J Periodontol. 2015 [acesso em 03 set 2018]; 25(1):39-45. Disponível em: [http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2015/marco/REVPERIO\\_MAR%C3%87O\\_2015\\_PUBL\\_SITE\\_PAG-17\\_A\\_26%20-%2029-06-2017.pdf](http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2015/marco/REVPERIO_MAR%C3%87O_2015_PUBL_SITE_PAG-17_A_26%20-%2029-06-2017.pdf)
4. Souza EM, Nunes RF, Pereira AS. Percepção dos estudantes de odontologia quanto à conduta clínica frente às recessões teciduais marginais. Braz J Periodontol. 2017 [acesso em 03 set 2018]; 27(2):17-26. Disponível em: [http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2017/junho/REVPERIO\\_JUNHO\\_2017\\_PUBL\\_SITE\\_PAG-17\\_A\\_26%20-%2029-06-2017.pdf](http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2017/junho/REVPERIO_JUNHO_2017_PUBL_SITE_PAG-17_A_26%20-%2029-06-2017.pdf)
5. Andrade LS, Silva BGN, Palhari FTL, Souza DM. Avaliação das recessões gengivais em adultos periodontalmente saudáveis. Braz J Periodontol. 2013 [acesso em 3 set 2018]; 23(1):45-50. Disponível em: [http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2013/marco/REVPERIO\\_MAR%C3%87O\\_2013\\_PUBL\\_SITE\\_PAG-45\\_A\\_50.pdf](http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2013/marco/REVPERIO_MAR%C3%87O_2013_PUBL_SITE_PAG-45_A_50.pdf)

6. Zaccara IM, Varela HÁ, Morais MHS, Menezes KM, Costa ANF, Gurgel BCV. Previsibilidade do recobrimento radicular de recessão gengival classe III de Miller-uma revisão de literatura. Braz Periodontol. 2013 [acesso em 3 set 2018]; 23(3):58-64. Disponível em: [http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2013/setembro/REVPERIO\\_SET\\_2013\\_PUBL\\_SIT\\_E\\_PAG-58\\_A\\_64.pdf](http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2013/setembro/REVPERIO_SET_2013_PUBL_SIT_E_PAG-58_A_64.pdf)
7. Ribeiro JC. Obtenção de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial superficial pela técnica da dermoabrasão. [homepage na internet]. [acesso em 26 ago 2019]. Disponível em: <http://proimperio.com.br/novosite/como-alcancar-um-enxerto-padrao-ouro-com-a-tecnica-da-dermoabrasao/>
8. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol. 1985 [cited 2019 augu 26];56(12):715-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3866056>
9. Rosado AEA. Técnicas Cirúrgicas no Tratamento de Recessões Gengivais [Dissertação] [internet] Lisboa: Universidade de Lisboa, Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, 2015. [acesso em 08 set 2019]. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/25502/1/ulfmd02872\\_tm\\_Ana\\_Rosado.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/25502/1/ulfmd02872_tm_Ana_Rosado.pdf)
10. Venturim RTZ, Joly JC, Venturim LR. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. RGO- Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre. 2011. [acesso em 08 set 2019]; (59):147-152. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v59s1/a20v59s1.pdf>
11. Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. J Periodontol. 2000 [cited 2019 augu 26];71(9):1506-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11022782>
12. Zucchelli, G. Cirurgia estética mucogengival. São Paulo: Quintessence; 2015.
13. Bruno JF. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. Int J Periodont Res Dent. 1994 [cited 2019 augu 26];14(2):127-37. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7928129>
14. Carvalho PFM, Silva RC, Cury PR, Joly JC. Modified coronally advanced flap associated with a subepithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple gingival recessions. J Periodontol. 2006 [cited 2019 augu 26];77(11):1901-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17076617>
15. Rodrigues DC, Alves R, Segundo TK. Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular. Rev Gaúcha Odontol. 2010 [acesso em 26 ago 2019];58(1):115-8. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v58n1/a21v58n1.pdf>