



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



AMANDA CUSTÓDIO E SILVA

**RECOBRIMENTO RADICULAR COM ENXERTO
DE TECIDO CONJUNTIVO COMO PROPOSTA DE
TRATAMENTO NA HIPERSENSIBILIDADE
DENTINÁRIA ASSOCIADA À RECESSÃO GENGIVAL:
RELATO DE CASO**

UBERLÂNDIA

2022

AMANDA CUSTÓDIO E SILVA

**RECOBRIMENTO RADICULAR COM ENXERTO
DE TECIDO CONJUNTIVO COMO PROPOSTA DE
TRATAMENTO NA HIPERSENSIBILIDADE
DENTINÁRIA ASSOCIADA À RECESSÃO GENGIVAL:
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Faculdade de Odontologia da
UFU, como requisito parcial para obtenção do
título de Graduado em Odontologia

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Ana Paula de Lima
Oliveira

UBERLÂNDIA

2022

RESUMO

A recessão gengival deve ser compreendida como o deslocamento da margem gengival em sentido apical, seguida pela perda de inserção e por consequência, a exposição da superfície radicular. As recessões são parte de uma doença que afeta o paciente em termos funcionais e estéticos, podendo ser ocasionadas por fatores como a periodontite, trauma oclusal e outros. Apesar de não estar exclusivamente relacionada com a idade, pode acompanhar e progredir com o avanço dela. Esta alteração dos tecidos periodontais apresenta sintomatologia comumente dolorosa, desconfortos estéticos e se relaciona de forma direta com a hipersensibilidade causada pela exposição da raiz. Neste relato de caso, apresentamos a proposta de tratamento e técnica cirúrgica de recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo como opção resolutiva da queixa principal do paciente: sensibilidade nos dentes.

Palavras-chave: Recessão gengival. Enxerto. Periodontia. Hipersensibilidade.

SUMÁRIO

1. Introdução	05
2. Relato de caso	10
2.1 Queixa principal e aspectos clínicos	10
2.2 Plano de tratamento	10
2.3 Procedimentos pré-operatórios	11
2.4 Procedimentos trans-operatórios	11
2.5 Procedimentos pós-operatórios	15
3. Discussão	17
4. Conclusão	19
5. Referências	20

1. INTRODUÇÃO

A etiologia mais comum da exposição da dentina radicular é a recessão dos tecidos marginais gengivais. Este processo é caracterizado pelo deslocamento da margem gengival para a junção cimento-esmalte, expondo assim o cimento visível da superfície da raiz, que se perde rapidamente. (KASSAD et al., 2010).

É possível afirmar que nenhum fator isolado conduza ao desenvolvimento de uma recessão gengival. As causas possíveis são o córtex alveolar fino, a periodontite (através do biofilme bacteriano), o trauma oclusal (associada às forças excessivas dos músculos da mastigação), alteração no posicionamento dentário (quando apresenta rotação ou vestibularização), a terapia ortodôntica, o piercing oral e a escovação dentária traumática. Estes fatores podem atuar sincronicamente. As recessões podem ser localizadas, afetando apenas um dente ou grupo de dentes ou se apresentam como recessões generalizadas, em toda a boca. (WEST et al., 2013)

Os dados são limitados, mas a partir de revisões, pode-se afirmar que a recessão da gengiva não está exclusivamente relacionada com a idade. No entanto, é relatado como estando associado de forma positiva à alguns pacientes que sofrem de perda óssea horizontal devido à osteoporose. O tabagismo é um fator de risco fortemente associado à periodontite e aumenta a probabilidade de recessão nos tecidos periodontais, sendo mais pronunciado nos homens do que nas mulheres. A etiologia da recessão gengival no periodonto saudável é circunstancial e baseada na observação clínica com dados epidemiológicos. (PEREIRA DE CARVALHO et al., 2020; WEST et al., 2013)

Alguns indivíduos são de forma assumida mais obsessivos em relação aos hábitos de escovação, escovando com força excessiva e frequência exagerada. Por consequência são aqueles que particularmente podem apresentar maior hipersensibilidade. Este hábito sendo promovido por um longo período, predispõe mais uma vez os indivíduos à uma maior probabilidade de traumas permanentes e recessões se não fazem uso de técnicas e instrumentos adequados. (PEREIRA DE CARVALHO et al., 2020; WEST et al., 2013)

A extensão e gravidade da recessão podem estar correlacionadas com tratamento ortodôntico passado. O bruxismo também tem sido associado com o início e/ou reforço do desenvolvimento da recessão gengival. (WEST et al., 2013)

A maior parte dos sistemas de classificação não fornecem informações concretas relacionadas à recessão do tecido gengival, informação essa que é importante para o diagnóstico, prognóstico, plano de tratamento e até para facilitar a comunicação entre os cirurgiões-dentistas. (KUMAR E MASAMATTI et al., 2013).

A classificação proposta por Sullivan e Atkins (1968), era baseada na largura e profundidade do defeito. Dentro desta classificação as recessões se agrupavam em quatro categorias: largo e profundo, raso e largo, profundo e estreito, e raso e estreito (KUMAR E MASAMATTI et al., 2013).

Em 1985, Miller, classificou as recessões gengivais agrupando as quatro categorias de Sullivan e Atkins, entre as recessões de Classe I e Classe II, e adicionando posteriormente as recessões de Classe III e Classe IV. Dentre todos os sistemas de classificação propostos, a classificação de Miller é a mais amplamente aceita (KUMAR E MASAMATTI et al., 2013). A teoria mais recente e comprovada utilizada na classificação das recessões, tem como referência o nível de inserção clínica interproximal para critério de identificação. (CAIRO et al., 2011) A classificação de Miller nos permite diagnóstico e tratamento dos prejuízos fisiológicos causados pela doença periodontal, enquanto a classificação proposta por Cairo remete a um diagnóstico que permite planejamentos e reabilitações relacionadas à estética. A nova classificação proposta por Cairo et al. (2011) se divide em: recessão Tipo I (RT1), caracterizada por não apresentar perda de inserção interproximal constatável nas áreas interproximais de inserção. Tipo II (RT2), caracterizada pela ausência de inserção interproximal, e apresenta a distância da JCE (Junção Cimento-Esmalte) ao fundo de sulco sendo menor ou igual à perda de inserção vestibular. Tipo III (RT3), caracterizada pela ausência de inserção interproximal, apresentando a distância da JCE ao fundo de sulco maior que a perda de inserção vestibular.

Neste mesmo sentido, Miller (1985) havia proposto uma classificação dos defeitos de recessão gengival contemplando dois aspectos: o nível de suporte ósseo interdental e a dimensão dos defeitos da recessão. Sendo as quatro categorias:

- Classe I - recessão que não ultrapasse a linha junção muco gengival e sem perda de tecidos moles ou ósseo interproximal. Tem previsibilidade de recobrimento de 100%.

- Classe II - recessão gengival que se estende até ou além da linha da junção muco gengival, sem perda de tecido mole ou ósseo interproximal com possibilidade de recobrimento de 100%.
- Classe III - recessão gengival que se estende além da junção muco gengival com perda de tecido mole e ósseo interproximal com possibilidade de recobrimento parcial.
- Classe IV - recessão gengival que se estende além da junção muco gengival. Há perda de tecidos interproximais que é severa e não há previsibilidade de recobrimento (LANDIM F, ANDRADE K, FREITAS G et al., 2009).

A recessão é uma condição que afeta o paciente em termos funcionais e estéticos. Podendo causar impactos também na alimentação, maior predisposição ao aparecimento de cáries radiculares e dor durante o ato de mastigar. Além disso, as recessões podem comprometer o desempenho da higiene bucal, devido à exposição da dentina que causa desconforto e sensibilidade durante o ato da escovação. (AROCA et al., 2021)

Por sua vez, a hipersensibilidade dentinária (DHS), pode ser definida como um processo patológico de etiologia multifatorial, que se manifesta através de estímulos em túbulos dentinários expostos supragengivais e principalmente subgengivais. (ZEOLA et al., 2019)

Foi também considerada atualmente como uma patologia que promove sensibilidade excessiva à dentina, dor aguda de curta duração, originada de um esmalte que se torna vulnerável e dentina da margem cervical que fica exposta. A sensibilidade pode ser causada pelo frio, toque, estímulo térmico, exposição à alimento, solução e dieta ácida ou a combinação destes fatores. Possui ampla variedade de prevalência e se tornou uma questão de saúde pública. (SIEGA DE FREITAS; RODRIGUES DOS REIS, [s.d.]

A hipersensibilidade também é precursora de impactos negativos na saúde bucal e na rotina de cuidados de higiene, produzindo um comprometimento significativamente negativo nas atividades como comer, beber, escovar os dentes e até mesmo respirar. Essa sensibilidade indesejável é a principal motivação que leva os pacientes a procurarem atendimento odontológico. (ZEOLA et al., 2019)

O aparecimento desta condição demonstrou estar relacionado de forma intrínseca com hábitos individuais, e teve prevalência aumentada com o estilo de vida contemporâneo. Para determinar um tratamento adequado e efetivo, é fundamental chegar a um diagnóstico correto da hipersensibilidade dentinária, que pode ser alcançado por meio da exclusão de outras condições que precisam de variedades de opções de tratamento. É indispensável realizar uma anamnese detalhada afim de obter conhecer sobre hábitos ocupacionais, diário de dieta, doenças de origem gástricas, distúrbios temporomandibulares e medicamentos de uso contínuo. A história médica/odontológica, alterações emocionais, psicológicas, fisiológicas são informações de extrema relevância, e devem ser levadas em consideração, apresentando uma abordagem diferenciada, ampla e livre de conhecimentos ultrapassados e não usuais. (MOURA, et al. 2019) Também é necessário enfatizar que múltiplas condições podem coexistir em pacientes com esta queixa e desta forma exacerbar seus sintomas. (LIU et al., 2020; ZEOLA et al., 2019)

De um modo geral, o diagnóstico preciso e o controle de fatores etiológicos irão determinar a escolha do melhor tratamento para a hipersensibilidade. Quanto ao exame clínico, o teste térmico com jato de ar e/ou teste tátil através do uso da sonda na área cervical dos dentes acometidos por recessões e lesões cervicais são a melhores técnicas para verificar a resposta dolorosa. (PEREIRA DE CARVALHO et al., 2020)

Existe uma grande variedade de agentes, materiais e produtos para tratamento disponíveis no mercado que atuam como dessensibilizantes. Os tratamentos restauradores ou correção de defeitos de tecidos de esmalte e dentina e defeitos de tecidos moles, como as recessões, também são propostas de tratamento para estes casos. Tanto as restaurações diretas quanto as correções cirúrgicas para recessão gengival são consideradas propostas de tratamento alternativo na sensibilidade. (CRISTINA SOUSA DAS MERCÊS, 2016).

No entanto, a cobertura da dentina exposta usando métodos cirúrgicos mucogengivais faz sentido do ponto de vista prático. Porém, se a correção cirúrgica não puder ser obtida, ou mesmo se houver alguma melhora no quadro das recessões e ainda houver sintomas de hipersensibilidade, outros tratamentos precisam ser considerados. (LIU et al., 2020).

Diversas técnicas cirúrgicas vêm sendo descritas em estudos, a fim de recobrir as áreas radiculares expostas. O objetivo principal dos procedimentos cirúrgicos de recobrimento radicular é obter uma cobertura completa ou parcial satisfatória da região patologicamente exposta com uma aparência semelhante aos tecidos adjacentes e uma profundidade satisfatória de sulco gengival. (ZUCHELLI et al, 2000; 2015).

Os tratamentos cirúrgicos para as recessões gengivais podem basicamente ser classificados em procedimentos de:

- Enxerto de tecido mole (como retalhos rotacionais, retalho deslizante para lateral, retalho de dupla papila, retalho rotacional oblíquo).
- Retalhos reposicionados (retalho reposicionado coronalmente, retalho reposicionado coronalmente semilunar)
- Procedimentos de regeneração tecidual (aplicação de matriz de proteínas de esmalte).

Dentre os enxertos de tecido mole, podemos citar os procedimentos de enxerto livre de tecidos moles (enxerto subepitelial de tecido conjuntivo e enxerto epitelizado constituído por tecido conjuntivo e epitélio). Em meio às técnicas citadas, as que apresentam melhores resultados são o retalho reposicionado coronalmente associado a enxerto de conjuntivo e a regeneração tecidual guiada. (LINDHE J, et al., 2008)

Existem várias técnicas cirúrgicas para o tratamento das recessões gengivais. Em diversos casos, a cirurgia periodontal de recobrimento é indicada para diminuir a sensibilidade dentinária e é responsável pela proteção contra cáries na região cervical, além de devolver o equilíbrio e saúde da margem gengival. (SAAD J, BASSANI M et al., 2012). O objetivo deste trabalho foi apresentar, um relato de caso, no qual foi realizada a técnica de recobrimento radicular utilizando enxerto do tecido conjuntivo retirado do palato.

2. RELATO DE CASO

2.1 QUEIXA PRINCIPAL E ASPECTOS CLÍNICOS

Paciente N. M. S, gênero masculino, 63 anos de idade compareceu ao atendimento em clínica particular com relato de “afastamento da gengiva” que causava desconforto estético e queixa de sensibilidade exacerbada. Durante o exame clínico, foi detectado que o paciente apresentava múltiplas recessões gengivais classe II e III de Miller, associadas ou não a lesões cervicais não cariosas em ambas as arcadas. Paciente sem relato de problemas sistêmicos e afirma não ser tabagista.

As recessões comprometiam todos os elementos dentários, podendo ser justificadas pela associação de fatores como: excesso de força no ato da escovação, uso de escovas inadequadas (de cerdas duras), repetição prolongada de comportamentos nocivos como “palitar dentes”, apertamento dentário, escovação em frequência exagerada (5-6 vezes ao dia) e contatos prematuros. Todos estes comportamentos foram relatados pelo paciente.



FIGURAS 1 e 2: Condição inicial do paciente.

2.2 PLANO DE TRATAMENTO

Após completa anamnese e histórico médico e odontológico anterior, baseados no exame clínico e radiográfico e na expectativa do paciente frente ao

tratamento cirúrgico das recessões múltiplas, a técnica escolhida para a realização deste caso foi a técnica de recobrimento radicular de Zucchelli & De Sanctis.

O paciente também recebeu novas instruções de higiene bucal, a fim de eliminar os hábitos nocivos da escovação traumática e errônea. Foi realizado posteriormente ao tratamento cirúrgico, o ajuste oclusal em busca de eliminar os contatos prematuros e devolver ao paciente, o equilíbrio oclusal.

No momento do planejamento cirúrgico e durante as consultas de avaliação pré-operatórias, o paciente foi comunicado sobre todos os detalhes e informações, pré, trans e pós-operatórias e sobre a chance de sucesso e recobrimento total ou parcial da região que seria operada naquele momento.

2.3 PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Iniciando o procedimento, o paciente realizou um bochecho de 15ml de solução de digluconato de clorexidina (0,12% - Periogard® - Colgate), para a realização de antissepsia intraoral e as superfícies extraorais também receberam aplicação tópica, com uso de gaze, de solução de digluconato de clorexidina 2% para adequação do meio.

2.4 PROCEDIMENTOS TRANS-OPERATÓRIOS

Ao início dos procedimentos foram realizados de forma bilateral, bloqueio do nervo alveolar superior, bloqueio dos nervos palatinos (especialmente na região escolhida como sítio doador do enxerto conjuntivo) e complemento de demais técnicas anestésicas infiltrativas nas regiões de interesse com injeção de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Lidocaína®, DFL, Rio de Janeiro, RJ).

Após procedimentos de anestesia, foi realizado descolamento inicial do tecido mole da região do dente 23 até mesial 27. Na técnica de Zucchelli as incisões são realizadas com a lâmina de bisturi, posicionada de forma oblíqua para melhor adaptação das papilas, que foram desepitelizadas com o uso da lâmina e tesoura Castroviejo, desta forma, a incisão inicial partiu da junção cimento-esmalte do dente indicado e prosseguiu até topo da recessão do dente adjacente e assim

sucessivamente, formando duas papilas: a cirúrgica (formada após as incisões) e a anatômica (já existente).



FIGURA 3: Região onde foram realizados os descolamentos e incisões iniciais da Técnica de Zucchelli ao lado esquerdo.

O retalho foi dividido com a utilização de descolador de Molt, sendo inicialmente, na papila e posteriormente em direção à crista óssea, foi realizado de forma adequada e criteriosa afim de diminuir as tensões musculares e estando localizado 1mm após a junção mucogengival, com a finalidade de permitir um tracionamento passivo no tecido no sentido coronário quando for reposicionado. Foi realizada raspagem e alisamento radicular, utilizando curetas de Gracey e irrigação abundante com soro fisiológico, por toda extensão dos dentes 23, 24, 25, 26 e 27 a fim de eliminar irregularidades e possíveis agentes contaminantes. Devido à altura em que se encontra a mucosa queratinizada do lado esquerdo, não houve necessidade da utilização de enxerto. O tecido conjuntivo exposto entre as papilas, tem como objetivo a obtenção de uma nova mucosa queratinizada que servirá de margem para a retração que acontece no período de cicatrização. O retalho do lado esquerdo foi cuidadosamente reposicionado e suturado. Posteriormente, foram realizadas suturas do tipo colchoeiro horizontal modificado por toda extensão do retalho.

Concomitantemente aconteceu a obtenção do enxerto que seria utilizado do lado direito. A região doadora de escolha foi a mucosa palatina do lado esquerdo entre

o segundo pré-molar e o primeiro molar, respeitando a distância da margem gengival. O enxerto apresentava espessura adequada para facilitar sua manipulação, evitar necrose e manter a nutrição favorecida. Após sua completa remoção, com o auxílio de lâmina de bisturi, foi realizada a desepitelização do tecido e armazenamento em soro fisiológico até o momento da sua utilização na área receptora de interesse.



FIGURAS 4 e 5: Enxerto de tecido conjuntivo desepitelizado.

Realizada a remoção do enxerto e sutura do tipo contínua na extensão da área doadora, foram então realizadas anestésias complementares na região do lado direito da maxila, com o mesmo anestésico utilizado anteriormente para dar continuidade ao procedimento cirúrgico, do outro lado da cavidade bucal. Logo após, foram realizados os descolamentos, para esse determinado procedimento a lâmina ou descolador devem estar voltados na direção da cortical óssea e a dissecção deve ser realizada de forma estritamente minuciosa, a fim de evitar que o retalho seja fenestrado e comprometa o tecido que será posteriormente tracionado. Novamente ocorreu a desepitelização das papilas entre os elementos dentários 12, 13, 14, 15, 16 e 17. No dente 16 houve a necessidade de realização de restauração em resina composta Z350 (COR A 3.5) com a finalidade de reestabelecer a junção amelocementária.

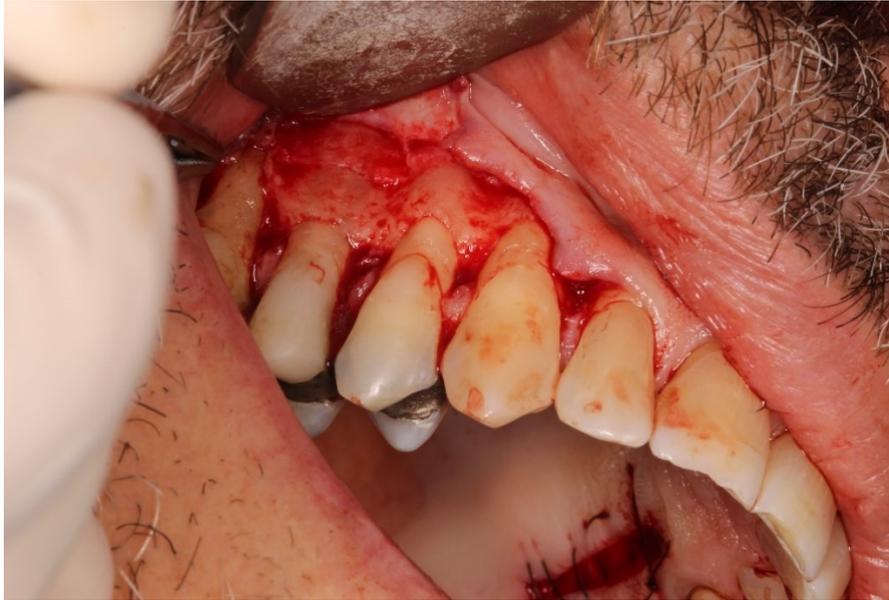


FIGURA 6: Levantamento do retalho para posicionamento do enxerto; papilas desepitelizadas; também é possível observar a área doadora localizada na porção esquerda do palato.

Após a restauração do elemento dentário 16, foram novamente realizadas raspagens radiculares em toda a extensão de levantamento do retalho, com o mesmo objetivo de remover possíveis irregularidades e focos de microrganismos indesejáveis. Feito o devido preparo de região receptora, o enxerto foi posicionado, estabilizado e suturado de forma a cobrir a raiz exposta.



FIGURA 7: Enxerto de tecido conjuntivo posicionado e estabilizado por fio de sutura.

Da mesma forma, o retalho do lado direito foi tracionado, minuciosamente reposicionado e suturado entre as papilas no sentido coronário.



FIGURA 8: Suturas realizadas na finalização do caso.

2.5 PROCEDIMENTOS PÓS-OPERATÓRIOS

No período pós-operatório, o paciente recebeu como prescrição medicamentosa: analgésico (Paracetamol 750 mg, durante 2 dias de 6 em 6 horas), anti-inflamatório (Nimesulida 100 mg, durante 5 dias de 12 em 12 horas), antibiótico (Amoxicilina 500mg, durante 7 dias de 8 em 8 horas) e foi prescrita a utilização da solução de digluconato de clorexidina 0,12% (Periogard® - Colgate) na realização de bochechos duas vezes ao dia, no intervalo de tempo de 1 minuto, iniciando após 24h do procedimento. Foi recomendado que a sutura do palato fosse removida em 7 dias pós-operatórios e as demais suturas, 14 dias após o procedimento.



FIGURA 9: Pós-operatório imediato.



FIGURA 10: Pós-operatório 6 meses depois do procedimento (lado direito).



FIGURA 11: Pós-operatório 6 meses depois do procedimento (lado esquerdo).

3. DISCUSSÃO

Os fatores que são considerados predisponentes à recessão gengival são multifatoriais, antes de realizar o tratamento das mesmas, faz-se necessário remover suas possíveis causas. Esse tipo de cirurgia visa além de corrigir os defeitos em tecidos mucogengivais, reconstruí-los de forma integral ou parcial, com a finalidade de impedir o surgimento de cáries na região exposta, minimizar a hipersensibilidade dos tecidos dentários e os efeitos que comprometem a estética do paciente. (NABERS CL et al., 1954)

A Academia Americana de Periodontia, por meio do glossário de termos periodontais em 1992, descreveu as recessões gengivais como o deslocamento da margem gengival em sentido apical em direção à junção amelocementária. Este ainda é o conceito que permanece na atualidade. (Glossary of Terms in Periodontology, 1992).

Podemos relacionar entre as recomendações para cirurgia de enxerto com tecido conjuntivo: problemas estéticos (dentes com raízes longas expostas visivelmente, sensibilidade dentinária, cáries radiculares e cervicais, melhora das condições de higienização, abrasões cervicais, entre outros). Dentre as contraindicações podemos

citar: doença periodontal ativa, doenças de origem sistêmicas e pacientes fumantes (SAAD J, BASSANI M. et al., 2012).

Na atualidade, acredita-se que a saúde periodontal de cada indivíduo está intimamente atribuída em sua aptidão em realizar uma higiene oral adequada. Os estudos ainda não sustentam a teoria de uma quantidade exata determinante de gengiva inserida ou mucosa ceratinizada para a manutenção da saúde do periodonto. (HALL et al., 1981).

Sabemos que técnicas cirúrgicas de recobrimento radicular distintas foram descritas na literatura como proposta de tratamento e alternativa para impedir o avanço das recessões gengivais. Dentre as variações em que se diferenciam as técnicas cirúrgicas, a que apresenta maior número de comprovações científicas é a técnica cirúrgica de retalho posicionado coronariamente associada ao uso de enxerto de tecido conjuntivo. Esta proposta foi intitulada como o padrão-ouro por apresentar maiores taxas de sucesso no recobrimento radicular completo e sua manutenção a longo prazo. (Chambrone, Tatakis, 2015; Buti et al., 2013).

As técnicas utilizadas no recobrimento radicular têm como objetivo principal atingir um recobrimento satisfatório da raiz exposta e repor a anatomia da gengiva que se perde em detrimento ao aparecimento e evolução dos defeitos causados pela recessão. Além do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS), a fibrina, que é rica em plaquetas e leucócitos e a matriz dérmica acelular surgiram como proposta de tratamento alternativa ao ETCS. Podemos também citar, a proteína derivada da matriz do esmalte, que geralmente é utilizada juntamente ao retalho de reposicionamento coronal e/ou enxerto de tecido conjuntivo, por sua vez aumentando a previsibilidade da efetividade do recobrimento radicular desejado. (CHOUKRON et al., 2006).

A técnica utilizando enxerto de tecido conjuntivo com associação de retalho coronalmente reposicionado é geralmente considerada a técnica eleita, devido às suas vantagens. (ALKAN et al., 2011). Para o tratamento destas recessões, através desta técnica alguns critérios devem ser avaliados como: a altura e largura da recessão gengival, a presença ou ausência de mucosa ceratinizada apical à retração da gengiva, parâmetros estéticos, a profundidade de sondagem, o fenótipo gengival, a disponibilidade da área doadora e a porcentagem de recobrimento radicular desejada. (AROCA et al., 2010).

Uma das grandes vantagens da utilização de matriz conjuntiva subepitelial como enxerto, é o fato de se obter um pós-operatório com menor desconforto gerado ao paciente e por consequência menos dor pós-operatória. (SPAHR et al., 2005)

Ao fazer uso da técnica de Zucchelli & De Sanctis, obtemos uma satisfatória faixa de mucosa queratinizada e, de acordo com Pini Prato et al. e Carvalho, quando esta técnica é associada ao o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, o resultado é efetivamente positivo, justificado pelo o aumento de tecido queratinizado que além de favorecer os parâmetros estéticos, é característico por proporcionar conforto ao paciente durante a higiene bucal, visto que a mucosa alveolar não apresenta mobilidade. (Zucchelli G, De Sanctis M. et al., 2000).

A técnica de Zucchelli & De Sanctis (2000) foi utilizada neste relato de caso, como forma de tratamento para as recessões gengivais múltiplas, em dentes adjacentes. O objetivo deste manejo foi de realizar a técnica cirúrgica que preconiza eliminar as tensões musculares do retalho e posteriormente reposicioná-lo coronalmente. Todas as superfícies radiculares expostas foram tratadas de forma adequada, através da raspagem, dispondo da utilização de instrumentos indicados para estes casos. As restaurações de tecidos duros perdidos durante o processo das recessões, também foram realizadas de forma a alcançar o melhor resultado possível para o procedimento.

Este relato de caso, portanto realizou uma abordagem da prática clínica, que oferece bases mais sólidas para a resolução da queixa de hipersensibilidade dentinária relacionada à recessão gengival, conseguindo dentro de suas expectativas, restabelecer tanto as condições estéticas quanto funcionais do paciente.

4. CONCLUSÃO

Nesta perspectiva, o presente trabalho possibilitou concluir que a técnica descrita por Zucchelli e De Sanctis (2000), associada ao uso do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, promoveu ganho clínico de inserção e recobrimento radicular em defeitos de Classe II e III de Miller, apesar não ter recoberto 100% da extensão das recessões, o mesmo representa uma alternativa viável, satisfatória e altamente previsível para o tratamento das recessões gengivais. Sendo capaz de promover resultados de sucesso e cessar possíveis incômodos gerados ao paciente. As queixas

relatadas pelo paciente de estudo do caso, foram solucionadas tanto em relação à estética quanto a principal queixa de hipersensibilidade.

5. REFERÊNCIAS

1. ALKAN, E.A. e Parlar, A. (2011). **EMD or subepithelial connective tissue graft for the treatment of single gingival recessions: a pilot study**, Journal of periodontal Research, 46(1), pp.637–642
2. AROCA, S. et al. Modified Coronally Advanced Tunnel Technique with Site-Specific Application of Connective Tissue Graft for the Treatment of Multiple Adjacent Maxillary Gingival Recessions: A Case Series. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 41, n. 2, p. 253–259, mar. 2021.
3. CAIRO, F. et al. **The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes. An explorative and reliability study** Journal: Journal of Clinical Periodontology Journal of Clinical Periodontology-PROOF Journal of Clinical Periodontology-PROOF. [s.l: s.n.].
4. Carvalho PF, 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; 77(11): 1901-06.
5. CHOUKROUN, J.; DISS, A.; SIMONPIERI, A.; GIRARD, M-O.; SCHOEFFLER, C.; DOHAN, S.L.; DOHAN, A.; MOUHAYI, J.; DOHAN, D.M. Platelet-rich fibrin (PRF): **A second-generation platelet concentrate. Part IV: Clinical effects on tissue healing**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, v. 101, p. 56-60, 2006.
6. CRISTINA SOUSA DAS MERCÊS, L. **Luciana Cristina Sousa das Mercês Abordagem Interdisciplinar no Tratamento das Recessões Gengivais: Relato de Caso**. [s.l: s.n.].
7. **Glossary of Terms in Periodontology**. Chicago: The American Academy of Periodontology; 1992.

8. LANDIM F, ANDRADE K, FREITAS G, **Enxerto de subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular: Rev. Cirurgia traumatologia, bucomaxilo facial.** Camaragibe 2009; vol.9, N.4: 31-38
9. LINDHE J, LANG N, KARRING T. **Mucogingival therapy. Periodontal plastic Surgery.** In: **Ermes E, editor. Clinical Periodontology and Implant Dentistry.** 5º ed. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2008. P. 995-1043
10. KUMAR A, MASAMATTI, S. (2013). **“A new classification system for gingival and palatal recession”.** Journal of Indian Society of Periodontology,17(2): 175–181
11. LIU, X. X. et al. **Pathogenesis, diagnosis and management of dentin hypersensitivity: An evidence-based overview for dental practitioners.** **BMC Oral Health** BioMed Central Ltd, , 6 ago. 2020.
12. NABERS CL. **Repositioning the attached gingival.** **J Periodontol.** 1954;25:38-9.
13. PEREIRA DE CARVALHO, T. et al. **HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA ASSOCIADA A LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS: REVISÃO DE LITERATURA DENTIN HYPERSENSITIVITY ASSOCIATED WITH NON-CARIOUS CERVICAL LESIONS: A LITERATURE REVIEW** **Rev Nav Odontol.** [s.l: s.n.].
14. Pini Prato G, Baldi C, Pagliaro V, Niere M, Saletta D, Rotundo R, et al. **Coronally advanced flap procedure for root coverage. Treatment of root surface: root planning versus polishing.** **J Periodontol.** 1999; 70(9):1064-76.
15. SAAD J, BASSANI M. **Cirurgia plástica periodontal – Recobrimento radicular,** 2012 v 20, 208-248
16. SIEGA DE FREITAS, A.; RODRIGUES DOS REIS, G. **HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.** [s.l: s.n.].
17. SPAHR, A. et al. (2005). **Proteins Versus Coronally Advanced Flap Technique: A 2 Year Report,** **J Periodontology,** 76(11), pp.1871–1880.
18. WEST, N. X. et al. **Dentin hypersensitivity: Pain mechanisms and etiology of exposed cervical dentin.** **Clinical Oral Investigations,** mar. 2013.

19. ZEOLA, L. F. et al. Brazilian dentists' perception of dentin hypersensitivity management. **Brazilian Oral Research**, v. 33, 2019.
20. ZUCHELLI G, MOUNSSIF, I. **Periodontal Plastic Surgery. Periodontol.** 2000. 2015; 68: 333-368.
21. ZUCHELLI G, DE SANCTIS M. **Treatment of multiple recession type defects in patients with esthetic demands.** J Periodontol. 2000;71(9):1506-14.