

# Retalho Posicionado Lateralmente e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial no Tratamento das Recessões Teciduais Marginais

## Laterally Positioned Flap and Subepithelial Connective Tissue Graft for Marginal Tissue Recession Treatment

Guilherme H. C. OLIVEIRA<sup>1</sup>, Mariana S. SOARES<sup>1</sup>, Germana J. BORGES<sup>2</sup>, José M. A. FERNANDES<sup>3</sup>

1- Graduando (a) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

2- Professora Substituta de Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, e doutoranda em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

3- Professor adjunto de Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

### RESUMO

**Introdução:** As cirurgias mucogengivais têm sido amplamente utilizadas para o tratamento de problemas periodontais. Nos casos de recobrimento radicular diversas são as técnicas utilizadas, dentre elas, o retalho posicionado lateralmente (RPL) e o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS). **Objetivo:** Apresentar um caso clínico de recobrimento radicular no qual foram utilizadas conjuntamente as técnicas de RPL e ETCS. **Relato:** Paciente procurou tratamento periodontal com queixa

principal de sensibilidade dental. Foram observadas recessões classe I de Miller nos dentes 23, 24 e 25 e faixa de tecido queratinizado de 1 mm na região dos dentes em questão. A técnica escolhida para tratamento das recessões foi o enxerto de tecido conjuntivo associado ao retalho posicionado lateralmente. **Resultados:** Após 35 dias observou-se completa cobertura da superfície radicular e ganho de tecido queratinizado de 4 a 5 mm.

**PALAVRAS-CHAVE:** Retração gengival, estética dentária, sensibilidade da dentina.

### INTRODUÇÃO

As recessões teciduais marginais (RTM) representam um dos problemas mais comuns na rotina clínica em periodontia. Podem ser conceituadas como um desnudamento parcial da superfície radicular devido à migração apical da gengiva marginal<sup>1</sup>. Para a Academia Americana de Periodontia<sup>2</sup> (1992) trata-se de um deslocamento da gengiva marginal apicalmente à junção cimento-esmalte, o que atualmente é considerada uma definição bastante clara e difundida.

Elas podem ser localizadas ou generalizadas, estando associadas a uma ou mais superfícies. Segundo Borguetti e Monnet-Cort<sup>3</sup> (2000) os fatores etiológicos das RTM podem ser subdivididos em dois grupos, fatores predisponentes e desencadeantes. No primeiro grupo podem ser apontadas as deiscências e fendas, o biótipo gengival, a má posição dentária, a tração de freios e bridas e um vestibulo raso. No segundo grupo destaca-se a escovação traumática, lesões cervicais cariosas, próteses não adaptadas, violação do espaço biológico, incisão relaxante mal situada, movimentação ortodôntica, trauma oclusal e hábitos nocivos.

Dentre as várias classificações encontradas na literatura, a mais conhecida e utilizada para fins didáticos é a proposta por Miller<sup>4</sup> (1985). Nesta classificação as RTM são divididas em quatro classes de acordo com o estágio de exposição da superfície radicular e da perda ou não de tecido interdental. Dessa forma tem-se: Classe I – a recessão não atinge a linha mucogengival e não há perda tecidual interdentária; Classe II – a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e não há perda tecidual

interdentária; Classe III – a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival. Há perda de osso interdentário e o tecido gengival proximal é apical à junção amelocementária, permanecendo coronária à base da recessão. Pode haver ainda uma má posição dentária; Classe IV – a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e os tecidos proximais estão situados no nível da base da recessão que, por sua vez, envolve mais de uma face do dente. Em relação ao recobrimento radicular, as classes I e II apresentam melhor prognóstico sendo possível o recobrimento total<sup>5</sup>.

As cirurgias mucogengivais têm sido amplamente utilizadas na área da periodontia como solução clínica para uma série de problemas periodontais como as RTM. Várias técnicas cirúrgicas podem ser apontadas como opções para o recobrimento radicular, como o enxerto gengival livre, enxerto de matriz dérmica acelular, retalho posicionado coronalmente, retalho posicionado lateralmente e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. O tratamento cirúrgico das RTM tem como intuito reduzir a hipersensibilidade, minimizar o risco de cárie cervical radicular, aumentar a zona de gengiva queratinizada e melhorar a estética<sup>5-7</sup>.

O retalho posicionado lateralmente, inicialmente proposto por Grupe e Warren<sup>8</sup> (1956) é um enxerto pediculado, considerado uma técnica cirúrgica básica e foi largamente empregado até o surgimento das técnicas de cirurgia avançada nos anos 90. Neste procedimento, o sítio doador é representado pela gengiva adjacente ao sítio a ser tratado. De acordo com diversos estudos, a taxa de recobrimento médio é de 64%<sup>6, 9-11</sup>. Além de indicado para o recobrimento de recessões<sup>12</sup>, o RPL pode ser utilizado na

implantodontia, em casos de canino incluído e para o aumento de gengiva em dentes com pequena ou nenhuma faixa de tecido queratinizado<sup>13,14</sup>.

Atualmente, dentre as opções de tratamento para o recobrimento radicular o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial ou submerso<sup>15</sup> é o mais frequentemente utilizado. Isto se deve a maior quantidade de recobrimento em relação à observada com as técnicas cirúrgicas básicas e em função da previsibilidade de seus resultados<sup>16</sup>. Sua indicação também envolve o preenchimento de crista alveolar, aumento de espessura gengival, tratamento de discromias gengivais, criação de papilas e cirurgia plástica periimplantar. Esta técnica quando combinada a um retalho de espessura parcial, permite duplo suprimento sanguíneo para o tecido enxertado e melhor combinação de cor<sup>10,16,17</sup>.

Em 1987, Nelson<sup>12</sup> propôs a combinação do enxerto de tecido conjuntivo com o retalho posicionado lateralmente, visando à cobertura da recessão pelo enxerto livre conjuntivo e pelo enxerto pediculado lateralmente. Além disso, a vascularização do enxerto conjuntivo sobre a superfície radicular seria favorecida pelo enxerto pediculado. Segundo Borghetti e Monnet-Corti *et al.*<sup>13</sup> (2000) o enxerto de conjuntivo associado ao RPL pode ser indicado para recessões de classe I, II ou III de Miller. Atualmente, sua principal indicação são os sítios que necessitam de um transplante de conjuntivo e que não possuem tecido queratinizado. Estudos clínicos demonstram uma porcentagem de recobrimento entre 70 e 98%<sup>15,18</sup>.

Assim, este trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de recobrimento radicular no qual foi utilizado a combinação de enxerto conjuntivo subepitelial e retalho posicionado lateralmente.

## CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, 40 anos de idade, procurou tratamento periodontal com queixa de comprometimento estético e sensibilidade na região superior esquerda. Nenhuma alteração sistêmica foi pontuada durante a anamnese. Ao exame intrabucal, foram observadas recessões classe I de Miller na região vestibular dos dentes 23, 24 e 25 (Figura 1). Nos dentes 23 e 25 foi registrada RTM de 4 mm e no dente 24 de 3 mm. A faixa de tecido queratinizado observada nos três sítios foi de 1 mm.

O paciente foi inicialmente submetido à terapia periodontal básica e orientação de higiene oral. Em seguida, partiu-se para a terapia cirúrgica com o objetivo de alcançar o recobrimento das RTM. Em função da estreita faixa de tecido queratinizado, a técnica de cirurgia mucogengival escolhida foi o enxerto de tecido conjuntivo associado ao retalho posicionado lateralmente.

Foi realizada antisepsia local com *digluconato de clorexidina* a 0,12%, anestesia tópica na região de punção da agulha e anestesia infiltrativa com *mepivacaína* 2%. Na sequência as raízes dos dentes 23, 24 e 25 foram aplainadas com auxílio de curetas de Gracey e pontas diamantadas de acabamento.

Utilizando-se a lâmina 15C montada em cabo de bisturi nº 3 foi realizada a incisão em bisel invertido ao longo de toda margem tecidual da região desnuda e uma incisão relaxante na região do dente 22 (Figura 2). Em seguida um retalho de espessura parcial foi levantado e deslocado para a região distal de forma a recobrir as superfícies radiculares desnudas dos dentes 23, 24 e 25 (Figura 3).



Figura 1. Condição inicial do paciente



Figura 2. Incisão realizada na região na área desnuda

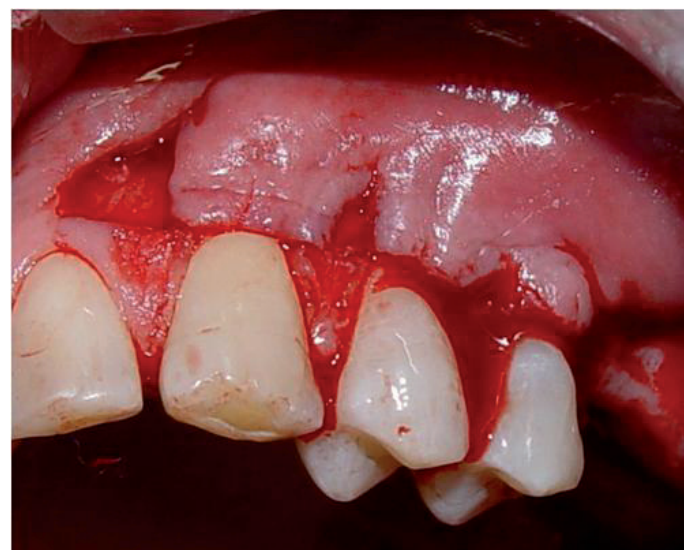


Figura 3. Retalho posicionado lateralmente

O próximo passo foi a obtenção do enxerto de tecido conjuntivo a partir da mucosa do palato, onde os limites anatômicos foram respeitados evitando contato com a artéria palatina (Figura 4). O enxerto conjuntivo foi então posicionado e estabilizado sobre as recessões dos dentes 23, 24 e 25. Foi utilizado fio *Vycril*® 5.0. Na sequência o retalho parcial foi deslocado em direção distal, recobrimo o enxerto. Uma segunda sutura com fio seda *Ethicon*® 4.0 foi realizada estabilizando o retalho sobre o tecido enxertado.

Não foram observadas intercorrências no período trans e pós-operatório. Dez dias após a cirurgia o paciente retornou para remoção da sutura (Figura 5). Com 35 dias de pós-operatório observou-se completa cobertura da superfície radicular e ganho de tecido queratinizado de 4 a 5 mm. (Figura 6).

## DISCUSSÃO

Atualmente as técnicas de cirurgia plástica peridodental têm sido bastante utilizadas na rotina clínica periodontal<sup>19,20</sup>.

Diversas técnicas podem ser empregadas visando o recobrimento radicular, desde técnicas cirúrgicas básicas, como o retalho posicionado lateralmente, até técnicas cirúrgicas avançadas como o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. A escolha da técnica cirúrgica a ser empregada, deve ser baseada em aspectos como percentual de sucesso, reprodutibilidade da técnica, ausência de doenças e custo<sup>3</sup>. Um exame clínico cuidadoso e um diagnóstico eficaz se fazem necessários para que em casos de RTM a melhor terapia cirúrgica seja empregada, favorecendo resultados em longo prazo<sup>21</sup>.

No caso clínico apresentado, em função da estreita faixa de tecido queratinizado inicialmente observada apical às recessões (aproximadamente 1 mm), optou-se pela associação do enxerto de tecido conjuntivo ao retalho posicionado lateralmente. A utilização do RPL permitiu a realização do procedimento cirúrgico em estágio único, uma vez que o tecido queratinizado interdentário foi transferido para as raízes expostas<sup>22</sup>. Trinta e cinco dias após a cirurgia observou-se um ganho de 4 mm em altura de tecido queratinizado, resultado superior a estimativa de 2,1 a 3,7 mm apresentada em diversos estudos<sup>5,18</sup>.

Segundo Borghetti, *et al.*<sup>3</sup> (2000) o enxerto de conjuntivo associado ao RPL pode ser indicado para recessões de classe I, II ou III de Miller, apresentando taxa de recobrimento radicular entre 70 e 98%. No caso clínico relatado, a taxa de recobrimento radicular foi de 97%, corroborando os resultados de estudos anteriores. Segundo Harris<sup>16,7,18</sup> (1992, 1994, 1997), a porcentagem de recobrimento quando se utiliza a técnica de EC + RPL está entre 97 e 98%. Já Borghetti<sup>5</sup> (1994), apresentou resultados mais modestos, 70 e 77 % respectivamente. Essa variação nos resultados pode ter ocorrido em função de vários fatores, como os critérios de inclusão utilizados, a habilidade de execução da técnica e o tamanho da recessão inicial. Em relação a este último aspecto, observa-se que quanto menor a recessão, maior a probabilidade de recobrimento total<sup>12</sup>.

Sobre a sensibilidade dentinária, Harris em 1994<sup>7</sup>, verificou que dos 100 sítios tratados com enxerto de tecido conjuntivo, a hiperestesia diminuiu em 68 sítios, permaneceu inalterada em 24 sítios e aumentou em 8 sítios. Dessa maneira, pode-se observar que esta intervenção tem um efeito favorável sobre a hiper-



Figura 4. Incisão inicial no palato para obtenção do enxerto de conjuntivo



Figura 5. Dez dias de pós-operatório



Figura 6. Resultado final

sensibilidade. No caso clínico em questão, a sensibilidade dentinária, queixa principal do paciente, desapareceu logo após a cirurgia, não sendo relatada ao longo do período de observação.

Do ponto de vista estético o resultado alcançado também foi satisfatório. A utilização do bisel invertido<sup>13</sup> favoreceu a coaptação das bordas, reduzindo significativamente a linha da incisão.

Além disso, a porção de tecido conjuntivo que permaneceu exposta foi rapidamente epitelizada a partir das margens da ferida, fato que favorece a integração estética como reportado em outros estudos<sup>21</sup>.

## CONCLUSÃO

O enxerto de tecido conjuntivo associado ao retalho posicionado lateralmente demonstrou ser uma técnica eficaz para o tratamento de recessões radiculares classe I de Miller. Vale ressaltar que o sucesso nos resultados está intimamente relacionado com a indicação precisa do caso e a habilidade profissional.

## REFERÊNCIAS

01. Guinard EA, Caffesse RG. Localized gingival recession. I Etiology and prevalence. *J West Soc Periodontol.* 1977;25:3-9.
02. American Academy of Periodontology. Consensus Report. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol.* 1996;1:702-6.
03. Borguetti A, Monnet-Corti V. Recessões teciduais marginais. In: Borguetti A, Monnet-Corti V. *Cirurgia plástica periodontal.* Porto Alegre: Artmed; 2000. p.117-38.
04. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodont Rest Dent.* 1985;5(2):9-13.
05. Borguetti A, Durand B, Louise F. Controlled clinical evaluation of the subpedicle connective tissue graft for the coverage of gingival recession. *J Periodontol.* 1994;65:1107-12.
06. Bosco AF, Milanezi LA, Passanezi E. Contribuição à técnica de recobrimento de raízes expostas. *Rev Reg Assoc Paul Cir Dent Araçatuba.* 1990;10/11:9-12.
07. Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: the result of 100 consecutively treated defects. *J Periodontol.* 1994;65:448-61.
08. Grupe HE, Warren R. Repair of gingival defects by sliding flap operation. *J Periodontol.* 1956;27:92-5.
09. NemKovsKy CE, Artzi A, Moses O. Rotated split palatal flap for soft tissue primary coverage over extraction sites for immediate implant placement. Description of the surgical procedure and clinical results. *J Periodontol.* 1999;70:926-34.
10. Nevins M, Cappetta EG. An overview of mucogingival surgery to cover the exposed root surface. In: Nevins M, Melloning JT, eds. *Periodontal Therapy: clinical approaches and evidence of success.* Chicago: Quintessence Pub Co;1998. p. 339-54.
11. Oles RD, Ibbott CG, Laverty WH. Effects of citric acid treatment on pedicle flap coverage of localized recession. *J Periodontol.* 1985;56:259-61.
12. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J Periodontol.* 1987;58:95-102.
13. Borguetti A, Monnet-Corti V. Enxerto de conjuntivo associado ao retalho posicionado lateralmente. In: Borguetti A, Monnet-Corti V. *Cirurgia plástica periodontal.* Porto Alegre: Artmed; 2000:230-7.
14. Kassab MM, Badawi H, Dentino AR. Treatment of gingival recession. *Dent Clin North America.* 2010;54:129-140.
15. Langer B, Langer F. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol.* 1985;56:715-20.
16. Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. *J Periodontol.* 1992;32:447-86.
17. Bouchard P, Malet J, Borguetti A. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. *Periodontol 2000.* 2001;27:97-120.
18. Harris RJ. A comparative study of root coverage obtained with guided tissue regeneration utilizing a bioabsorbable membrane versus the connective tissue with partial thickness double pedicle graft. *J Periodontol.* 1999;68:890-9.
19. Wang HL, Bunyaratave jP, Labadie M, Shyr Y, Macneil RL. Comparison of 2 clinical techniques for treatment of gingival recession. *J Periodontol.* 2001;72(10):1301-11.
20. WennisTröm JL. Mucogingival Therapy. *Ann Periodontol.* 1996;1:671-701.
21. Grupe HE, Warren R. Repair of gingival defects by sliding flap operation. *J Periodontol.* 1956;27:92-5.
22. Bermoulin JP, Lusche B, Mulheman HR. Coronally repositioned periodontal flap. *J Clin Periodontol.* 1975;2:1-13.

## ABSTRACT

**Introduction:** Mucogingival surgeries have been widely used for the treatment of periodontal problems. In cases of root coverage many techniques are used, among them, the laterally positioned flap (LPF) and subepithelial connective tissue graft (SCTG). **Objective:** To present a clinical case of root coverage in which was used together the techniques of LPF and SCTG. **Report:** The patient sought for periodontal treatment complaining of tooth sensitivity. It was observed Miller Class I recessions

on teeth 23, 24 and 25 and 1 mm of keratinized tissue track in the region of these teeth. The technique used for treatment of recessions was the connective tissue graft associated with the laterally positioned flap. **Results:** After 35 days was observed complete coverage of the root surface and keratinized tissue gain 4 to 5 mm.

**KEYWORDS:** Gingival recession, dental esthetics, dentin sensitivity.

## CORRESPONDÊNCIAS:

José Marcos Alves Fernandes  
Av. Universitária Esquina com 1ª Avenida, s/nº,  
St. Universitário  
CEP: 74605-220, Goiânia, Goiás, Brasil  
E-mail: zimaco@ig.com.br