

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

CAIO CESAR VACCHI PREGNACA

A IMPORTÂNCIA DA ESTÉTICA VERMELHA NA REABILITAÇÃO ORAL: CASO  
CLÍNICO

BAURU

2019

CAIO CESAR VACCHI PREGNACA

A IMPORTÂNCIA DA ESTÉTICA VERMELHA NA REABILITAÇÃO ORAL: CASO  
CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Centro de Ciências da  
Saúde da Universidade do Sagrado  
Coração como parte dos requisitos para  
obtenção do título de Bacharel em  
Odontologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elcia Maria Varize  
Silveira

BAURU

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com  
ISBD

P922i

Pregnaca, Caio Cesar Vacchi

A importância da estética vermelha na reabilitação oral: caso clínico / Caio Cesar Vacchi Pregnaca. -- 2019.  
21f. : il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elcia Maria Varize Silveira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) -  
Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

1. Recessão gengival. 2. Tunelização. 3. Enxerto De Tecido  
Conjuntivo Subepitelial. I. Silveira, Elcia Maria Varize. II. Título.

CAIO CESAR VACCHI PREGNACA

A IMPORTÂNCIA DA ESTÉTICA VERMELHA NA REABILITAÇÃO ORAL: CASO  
CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Centro de Ciências da  
Saúde da Universidade do Sagrado  
Coração como parte dos requisitos para  
obtenção do título de Bacharel em  
Odontologia.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Banca examinadora:

---

Prof. Dra. Elcia Maria Varize Silveira (orientadora)  
Universidade do Sagrado Coração

---

Prof. Dra. Flora Freitas Fernandes Távora  
Universidade do Sagrado Coração

---

Prof. Dra. Marcela Pagani Calabria  
Universidade do Sagrado Coração

## RESUMO

A técnica da tunelização combinada com o enxerto conjuntivo subepitelial, tem sido uma opção muito favorável ao tratamento de recessões gengivais da classe I e II de Miller. No presente relato de caso, uma paciente do sexo feminino, 60 anos foi referenciada para tratamento de recessões múltiplas e perda de espessura de tecido mole. Após avaliação clínica, diagnosticou-se presença de recessões gengivais classe I de Miller nos dentes 11 e 13 e perda de espessura tecidual na região do implante 12, chegando a conclusão de realizar o recobrimento radicular desta área, recorrendo a esta técnica. A paciente obteve os resultados planejados pela equipe, finalizando com uma estética vermelha em harmonia.

Palavras-chave: Recessão gengival. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Tunelização.

## **ABSTRACT**

The tunneling technique combined with a subepithelial connective graft has been a very favorable option for the treatment of Miller's class I and II gingival recessions. In this case report, a 60-year-old female patient was referred for treatment of multiple recessions and loss of soft tissue thickness. After clinical evaluation, Miller class I gingival recessions were diagnosed in teeth 11 and 13 and loss of tissue thickness in the region of the implant 12. The patient obtained the results planned by the team, a harmonic red aesthetic periodontal pattern.

Keywords: Gingival recession. Subepithelial connective tissue graft. Tunneling.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                                                                                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Exame clínico geral: Vista frontal: Recessões múltiplas, restaurações antigas pigmentadas, lesões cervicais não cariosas, Implantes no 12 e 22 com translucidez da coroa e arquitetura periodontal não harmônica. .... | 10 |
| Figura 2 - Vista oclusal - Região de incisivo central e lateral direito mostrando perda de tecido periodontal .....                                                                                                               | 11 |
| Figura 3 - Sonda periodontal verificando a comunicação do túnel.....                                                                                                                                                              | 12 |
| Figura 4 - Área doadora, palato.....                                                                                                                                                                                              | 12 |
| Figura 5 - Enxerto Palatino.....                                                                                                                                                                                                  | 13 |
| Figura 6 - Deseptelização para obtenção apenas do tecido conjuntivo, com lâmina de bisturi 15C ( <i>Hu Friedy - Chicago, Illinois, EUA</i> <sup>®</sup> ) .....                                                                   | 13 |
| Figura 7– Adaptação do enxerto conjuntivo no túnel. ....                                                                                                                                                                          | 14 |
| Figura 8– Aspecto imediato do pós-operatório.....                                                                                                                                                                                 | 14 |
| Figura 9 - Controle Pós-operatório de 15 dias.....                                                                                                                                                                                | 15 |
| Figura 10- Controle pós-operatório de 3 meses. ....                                                                                                                                                                               | 15 |
| Figura 11 - 1 ano após o tratamento cirúrgico.....                                                                                                                                                                                | 16 |

## SUMÁRIO

|   |                     |    |
|---|---------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO .....    | 7  |
| 2 | OBJETIVO.....       | 9  |
| 3 | RELATO DE CASO..... | 10 |
| 4 | DISCUSSÃO .....     | 17 |
| 5 | CONCLUSÃO.....      | 19 |
|   | REFERÊNCIAS .....   | 20 |

## 1 INTRODUÇÃO

A recessão gengival apresenta etiologia multifatorial e corresponde a perda de inserção periodontal, resultando na retração da margem gengival livre, em direção apical, causando assim exposição radicular (YARED, 2006).

O principal fator causal das recessões é o acúmulo de biofilme na superfície dentária associada com a destruição dos tecidos periodontais decorrentes da periodontite e do trauma da escovação com força excessiva. A recessão gengival pode também estar relacionada com outros fatores como: trauma oclusal, tabagismo, localização da inserção dos freios, defeitos ósseos e idade (LÖE *et al*, 1992).

Para melhor especificação das recessões, Miller (1985) criou uma classificação, dividindo-as em de classes com previsibilidade de recobrimento de acordo com suas dimensões. Classe I (recessão não atinge a linha mucogengival, sem perda ósseas próximas e com 100% de previsibilidade de cobertura radicular); Classe II (recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, sem perda óssea proximal e com 100% de previsibilidade de cobertura radicular); Classe III (recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival; há perda óssea interproximal e o tecido gengival é apical a junção amelocementária, permanecendo coronária à base da recessão. Previsibilidade parcial de cobertura radicular) e Classe IV (recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival; A perda óssea interdentária estende-se até um nível apical em relação à extensão da recessão do tecido marginal. Não há previsibilidade de cobertura radicular).

Desde Langer e Langer (1985) que descreveram inicialmente a técnica de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) para recobrimento de raízes, o desenvolvimento e aperfeiçoamento de outros autores mediante essa técnica vem sendo modificado ao longo do tempo (RIBAS *et al.*, 2016). Dessa forma, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é considerado o padrão ouro em cirurgia plástica, tanto na Periodontia como na Implantodontia (EDEL, 1995), permitindo um duplo suprimento sanguíneo que por sua vez minimiza a coloração do enxerto no sítio receptor (EVIAN *et al.*, 2003) contribuindo para uma aparência mais estética devido ausência de fibrose ou cicatrizes, e por isso a melhor opção em áreas de dentes anteriores.

Pensando ainda na estética, o enxerto de tecido conjuntivo aliado à técnica de tunelização tem sido descrito como uma opção vantajosa no tratamento de recessões gengivais classe I e II de Miller moderadas (ALVES, R.; XAVIER, 2016). Por se tratar de uma técnica pouco invasiva com ausência de incisões relaxantes, proteção da posição e altura das papilas leva a um mínimo trauma aos tecidos periodontais contribuindo tanto para a estética como para o conforto do paciente.

Dessa forma, esse trabalho abordará um caso clínico de cirurgia plástica periodontal combinando a técnica de tunelização com o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial em área estética.

## **2 OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico utilizando cirurgia plástica periodontal com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial aliado a técnica de tunelização, a fim de melhorar a estética e a sensibilidade do paciente na área de caninos à incisivos superiores do lado direito abrangendo dente e implante.

### 3 RELATO DE CASO

Paciente de sexo feminino, 60 anos, com boas condições gerais de saúde, procurou tratamento na clínica Odontológica da Universidade do Sagrado Coração – UNISAGRADO/Bauru queixando-se de restaurações antigas, dentes escurecidos e dor ao tomar água gelada ou café quente (Figura 1).

Figura 1 - Exame clínico geral: Vista frontal: Recessões múltiplas, restaurações antigas pigmentadas, lesões cervicais não cariosas, Implantes no 12 e 22 com translucidez da coroa e arquitetura periodontal não harmônica.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Após exame clínico periodontal observou-se na região dos dentes anteriores superiores recessões gengivais de 3 a 4 mm (classe I e II de Miller), profundidade de sondagem variando de 1 a 3 mm, ausência de sangramento à sondagem. Na região dos implantes dentários 12 e 22 observamos translucidez da coroa protética com aspecto acinzentado e arquitetura periodontal não harmônica comprometendo consideravelmente a estética do sorriso (Figura 1).

A paciente foi submetida à terapia periodontal básica sendo instruída a utilizar escova de dente macia e a incluir a técnica de BASS (NASSAR *et al.*, 2014) de escovação diminuindo o trauma mecânico sobre as margens gengivais e evitando a progressão das recessões.

Na região dos elementos 11, 12 e 13 foi planejado enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para recobrimento das recessões gengivais e aumento da faixa de gengiva queratinizada em altura e, principalmente, em espessura (Figura 2).

Figura 2 - Vista oclusal - Região de incisivo central e lateral direito mostrando perda de tecido periodontal.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Após bochecho com solução antisséptica (digluconato de clorexidina 0,12%), durante 1 minuto, foi realizada anestesia infiltrativa com mepivacaina a 2% (DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) na região dos dentes 11, 12 e 13. Em seguida, para preparo do leito receptor foram realizadas incisões intrasulculares com a preservação das papilas relacionadas, e com a ajuda de tunelizadores (*Hu Friedy - Chicago, Illinois, EUA*<sup>®</sup>) um retalho de espessura parcial foi dissecado delicadamente em cada dente até que estivessem interligados formando um túnel. Com uma sonda periodontal milimetrada (*Hu Friedy - Chicago, Illinois, EUA*<sup>®</sup>) certificou-se o livre acesso do túnel sem interposição de qualquer tecido e posterior colocação do enxerto de tecido conjuntivo (Figura 3).

Figura 3 - Sonda periodontal verificando a comunicação do túnel.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Utilizando um molde com papel estéril, as dimensões do tamanho ideal do enxerto foram transportadas para o palato e com uma lâmina de bisturi 15C (*Hu Friedy - Chicago, Illinois, EUA*<sup>®</sup>) seus contornos foram delimitados para em seguida, um enxerto epitélio-conjuntivo foi removido (Figura 4).

Figura 4 - Área doadora, palato.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

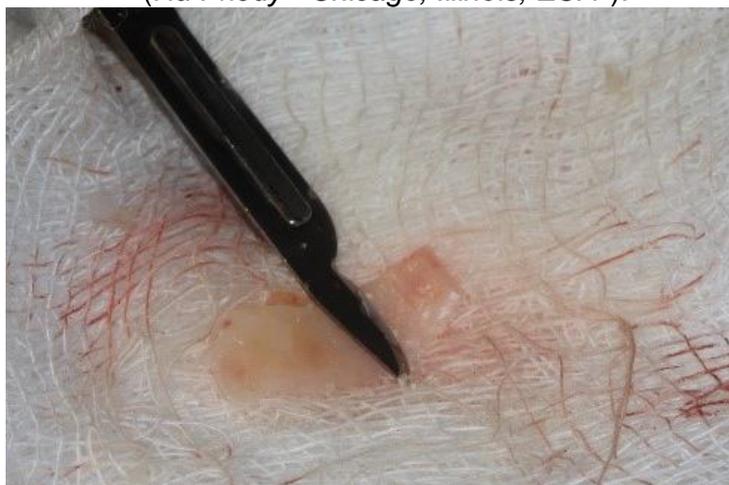
A espessura do enxerto foi de 2mm e sua extensão apico-coronária aproximadamente de 6mm (Figura 5).

Figura 5– Enxerto Palatino.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Figura 6– Desepitelização para obtenção apenas do tecido conjuntivo, com lâmina de bisturi 15C (*Hu Friedy - Chicago, Illinois, EUA*<sup>®</sup>).



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Em seguida, o enxerto foi delicadamente colocado no leito receptor através do sulco com a ajuda de uma pinça Dietrich (*Hu Friedy - Chicago, Illinois, EUA*<sup>®</sup>) e descolador de MOLT (*Hu Friedy - Chicago, Illinois, EUA*<sup>®</sup>) até sua completa acomodação e recobrimento das áreas com recessão (Figura 7).

Figura 7– Adaptação do enxerto conjuntivo no túnel.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

O retalho foi suturado pela técnica de colchoeiro vertical utilizando Vycril 6-0 (Ethicon-Johnson & Johnson), penetrando-se a agulha no retalho por vestibular e pela parte externa (4 a 6 mm da margem) e depois pelo retalho lingual na mesma altura. Em seguida, novamente penetrou-se o retalho lingual pela porção externa mais coronal (2 a 3 mm da margem) voltando ao retalho vestibular pela porção interna e procedendo-se ao nó.

Figura 8– Aspecto imediato do pós-operatório



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Figura 9 - Controle Pós-operatório de 15 dias.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Como cuidados pós-operatórios, foi prescrito 100mg de Nimesulida a cada 12 horas por 3 dias e Dipirona Sódica em caso de dor. Medidas de higiene oral foram salientadas com bochechos de Digluconato de clorexidina 0,12% duas vezes ao dia por um período de 15 dias. O paciente retornou após 15 dias para remoção da sutura (Figura 9) e os controles foram realizados periodicamente por 3 meses, observando ganho de tecido queratinizado e grande melhora da estética vermelha (Figura 10).

Figura 10- Controle pós-operatório de 3 meses.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

O paciente foi encaminhado para a clínica de prótese e dentística para a finalização do tratamento com facetas direta nos caninos, facetas cerâmicas incisivos centrais e prótese metal free sobre implantes nos incisivos laterais.

Figura 11 - 1 ano após o tratamento cirúrgico



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

## 4 DISCUSSÃO

Entre as técnicas cirúrgicas para recobrimento radicular temos diferenças expressivas que devemos considerar durante o tratamento, dentre elas, as que oferecem melhores resultados do ponto de vista da função e estética, buscando as que minimizam os traumas cirúrgicos, como a ausência de incisões relaxantes, que além de melhorarem a nutrição do enxerto, também eliminam a possibilidade de formação de cicatrizes (VENTURIM *et al.*, 2011).

O enxerto gengival livre (EGL) durante muito tempo foi amplamente usado para cirurgias de aumento da faixa de gengiva inserida, porém em procedimento de recobrimento radicular, apresenta estética desfavorável com coloração semelhante ao sítio doador, além de um menor suprimento sanguíneo advindo da área receptora para nutrir o enxerto sobre a superfície radicular exposta.

Diferentemente o ETCS apresenta diversas vantagens sendo considerado o padrão-ouro para os procedimentos de recobrimento radicular, proporcionando cicatrização rápida, estética favorável e condizente com os tecidos circunjacentes, auxiliando assim a disponibilidade de suprimento sanguíneo lateral e aumentando significativamente as chances de sucesso do enxerto (BARBOSA E SILVA *et al.*, 2004). O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) tem um favorável padrão de cicatrização após a cirurgia e em quase todos trabalhos histológicos mostram a formação de um epitélio juncional longo na parte coronária da superfície radicular e regeneração periodontal na porção mais apical. E ainda, com elementos da submucosa, a porção mais interna do enxerto unido com os tecidos mais profundos, melhoram o processo de cicatrização (VENTURIM *et al.*, 2011)

A literatura mostra que através da técnica da tunelização temos resultados mais previsíveis. Em tratamento de recessões múltiplas é uma ótima opção, uma vez que está livre de incisões relaxantes, preservando as papilas, fornecendo um melhor suprimento sanguíneo do enxerto, com excelentes resultados funcionais e em áreas estéticas. Trata-se de uma técnica delicada, onde usamos microinstrumentais e microlâminas cirúrgicas para uma execução mais minuciosa e menos traumática combinada com fios de suturas extremamente finos, exigindo habilidade do profissional e contribuindo com uma menor formação de tecido cicatricial e um melhor pós-operatório (XAVIER; ALVES, 2015).

Dessa forma, durante o planejamento desse caso clínico, a técnica de tunelização combinada com enxerto de tecido conjuntivo foi escolhida por ser uma opção vantajosa no tratamento de recessões gengivais classe I e II de Miller moderadas, mostrando resultado clínico satisfatório e previsível, além de uma excelente integração estética em termos de cor e textura com os tecidos adjacentes (XAVIER; ALVES, 2015).

Segunda a literatura os autores Løe e colaboradores (1992) comprovaram por meio de uma pesquisa composta por dois grupos de voluntários de localidades e condições diferentes, onde um grupo recebia tratamento dentário periodicamente e realizavam escovação diariamente. Já o outro grupo era formado por pessoas que não tinham acesso a métodos de controle do biofilme e tratamento odontológico. Foram confirmados pelos resultados desse estudo que o trauma da escovação mecânica aliados a falta de higiene bucal adequada causam as recessões. Nesse caso clínico as recessões observadas foram causadas por trauma de escovação e que foram controladas por meio de adequado instrução de escovação e higiene oral para que após a cirurgia de recobrimento não tenha recidiva.

Além das recessões gengivais que foram tratadas com sucesso nesse relato de caso, o paciente também se incomodava com o aspecto acinzentado da sua gengiva na região dos implantes dentais em razão da pouca espessura do periodonto de proteção. O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) foi então utilizado para aumentar a quantidade de gengiva queratinizada, sendo uma alternativa viável para reposição de tecido mole ao redor de implantes, manutenção do selamento biológico peri-implantar, para a sobrevivência do mesmo, além de proporcionar ganhos na estética vermelha (FINZETO *et al.*, 2017).

Assim, o recobrimento das raízes expostas e o aumento do tecido queratinizado ao redor dos implantes foram atingidos devido o planejamento minucioso com técnicas sensíveis que proporcionam resultados mais previsíveis em relação tanto à função como a estética.

## **5 CONCLUSÃO**

De acordo com o caso clínico apresentado e com base na literatura científica, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado a tunelização são consideradas técnicas previsíveis no tratamento de recessões gengivais classe I e II de Miller em áreas de dentes anteriores devido ausência de incisões relaxantes, preservação de papilas, ganho de inserção clínica tecidual, melhora da sensibilidade dentinária trazendo conforto e satisfação estética.

## REFERÊNCIAS

- ALVES JÚNIOR, M. A. M. D. A. *et al.* Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial em região anterior inferior: série de casos. **Journal of Applied Oral Science**, v. 25, p. 199, 2017.
- BARBOSA E SILVA, Emílio *et al.* Recobrimento radicular por meio da técnica cirúrgica periodontal do “envelope”-enxerto conjuntivo subepitelial: relato de casos clínicos. **Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)**, v. 25, n. 2, p. 43-50, 2004.
- BRUNO, John F.; BOWERS, Gerald M. Histology of a human biopsy section following the placement of a subepithelial connective tissue graft. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 20, n. 3, 2000.
- CALERO, J. P. F. **Recubrimiento de recesion gingival multiple clase 1 de miller mediante injerto de tejido conjuntivo subepitelial usando la tecnica de tunelizacion modificada**. 2017. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Periodontia, Facoph – Faculdade do Centro Oeste Pinelli Henrique, Bauru, 2017.
- EDEL, A. The use of a connective tissue graft for closure over an immediate implant covered with an occlusive membrane. **Clinical oral implants research**, v. 6, n. 1, p. 60-65, 1995.
- FINZETO, M. C. *et al.* Correção de problema estético em implantodontia por meio de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. **Journal of Applied Oral Science**, v. 25, p. 204-205, 2017.
- LANGER, Burton; LANGER, Laureen. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. **Journal of periodontology**, v. 56, n. 12, p. 715-720, 1985.
- LÖE, Harold; ANERUD, Age; BOYSEN, Hans. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. **Journal of Periodontology**. v.63, n.6, p. 489-495, jun. 1992.
- MILLER JR, P. D. A classification of marginal tissue recession. **Int. J. Periodont. Rest. Dent.**, v. 5, 1985.
- NASSAR, Carlos A. *et al.* Avaliação de diferentes técnicas de escovação em pacientes portadores de doenças cardiovasculares com doença periodontal - estudo piloto. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 43, n. 2, p.36-43, 2014.
- RIBAS, Arlete Rodrigues *et al.* Enxerto gengival livre versus enxerto de tecido conjuntivo livre–relato de caso clínico. **Revista Periodontia**, v. 26, n. 04, p. 64-10, 2016.

SOUZA, Monica Schubert de. **Suturas na implantodontia**. 2011. 109 f. Monografia (Especialização) - Curso de Implantodontia, Centro de Pós-Graduação da Academia de Odontologia do Rio de Janeiro, Academia de Odontologia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

VENTURIM, Rosalinda Tanuri Zaninotto; JOLY, Julio Cesar; VENTURIM, Luiz Roberto. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 59, p. 147-152, 2011.

XAVIER, Irina; ALVES, Ricardo. Enxerto De Tecido Conjuntivo Tunelizado – A Propósito de um Caso Clínico". **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. Lisboa, v.56, n.4, p. 256-261, dez. 2015.

YARED, Karen Ferreira Gazel; ZENOBIO, Elton Gonçalves; PACHECO, Wellington. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 11, n. 6, p. 45-51, Dec. 2006.