Tratamento periodontal cirúrgico na reabilitação oral com enxerto gengival em múltiplas recessões: relato de caso clínico

Autor(res)

Fernanda Castelo Branco Santos Bettero
Emilly Camile Ribeiro Soares
Loren Oliveira Santos
Shaylaine Kemmely Machado Dias Rosa
Débora Mendes Cardoso

Categoria do Trabalho

Trabalho Acadêmico

Instituição

FACULDADE ANHANGUERA DE UBERLÂNDIA

Introdução

Nas abordagens cirúrgicas periodontais para recobrimento radicular, destaca-se o tecido conjuntivo como uma opção eficaz para reabilitação oral, proporcionando ganhos estéticos, funcionais e impacto significativo na melhora da qualidade de vida dos pacientes com retrações gengivais na arcada inferior e superior, reabilitadas por meio do enxerto de tecido conjuntivo autógeno.

Paciente de 50 anos, do sexo feminino, leucoderma, relatou sensibilidade dentária associada à exposição radicular, motivo pelo qual procurou atendimento odontológico. A primeira etapa do tratamento consistiu no controle mecânico de placa bacteriana pelo paciente, através da escovação, e pelo profissional, através do manejo periodontal não cirúrgico, com a eliminação da placa bacteriana supragengival e de fatores retentivos. Posteriormente, realizou-se a identificação de possíveis fatores etiológicos causadores das recessões, entre os quais se destacaram o fenótipo periodontal fino e a presença de contatos oclusais prematuros como contribuintes significativos.

Desta forma, na fase pré-cirúrgica, foi realizado o ajuste oclusal por meio de desgaste seletivo, visando restabelecer o equilíbrio oclusal e prevenir sobrecargas funcionais. Em seguida, a intervenção cirúrgica foi realizada em múltiplas sessões, abrangendo todas as arcadas ao longo de, aproximadamente, dois anos de tratamento das recessões gengivais generalizadas. Ao total, foram realizadas 4 cirurgias de enxerto gengival, ambas com a utilização de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado à técnica de tunelização, proposta por Otto Zuhr (2007).

Objetivo

O objetivo do tratamento foi promover o reposicionamento da margem gengival até o nível da junção cemento esmalte, preservando os contornos das papilas interdentárias, por se tratar de recessões gengivais do tipo RT1. E no pós-cirúrgico, a paciente foi inserida em um protocolo de terapia periodontal de suporte, com o intuito de

prevenir recidivas e favorecer um prognóstico clínico estável.

Material e Métodos

Paciente do sexo feminino, 50 anos, leucoderma, procurou atendimento odontológico na Faculdade Anhanguera de Uberlândia com queixa de sensibilidade dentária e em busca de melhora da qualidade de vida. Na consulta inicial foram realizadas anamnese e exames clínicos para compreensão dos fatores etiológicos das recessões gengivais.

A avaliação periodontal mostrou ausência de doenças sistêmicas e de tabagismo, porém presença de contatos oclusais prematuros. O tratamento foi iniciado com raspagem supragengival para remoção de cálculos e fatores retentivos, seguida de ajustes oclusais seletivos.

A fase cirúrgica foi realizada em quatro etapas de enxerto gengival, iniciando pelo arco inferior, nos dentes 32, 31, 41 e 42, e posteriormente no arco superior, envolvendo os elementos 15, 14, 13; 23, 24, 25; 22, 21, respectivamente. Optou-se pelo enxerto de tecido conjuntivo subepitelial autógeno, devido ao potencial fibroblástico e capacidade de diferenciação em tecido queratinizado. Foi utilizada a técnica de tunelização modificada de Otto Zuhr (2007), com incisões intrassulculares estendidas aos dentes adjacentes, sem comprometimento das papilas, retalho de espessura total em região interdentária até a base das papilas e descolamento parcial na região apical, formando túnel sob as áreas de recessão.

O tecido doador foi obtido do palato duro, com média de 20 mm por cirurgia. Após o deslizamento, o enxerto foi estabilizado por suturas em duplo cruzamento com ancoragem coronária. Para a confecção dos túneis utilizou-se microlâmina, e o tecido conjuntivo foi desepitelizado em mesa cirúrgica com bisturi 15C.

O acompanhamento clínico foi realizado em consultas periódicas, com remoção de suturas, monitoramento da cicatrização, avaliação da estabilidade do enxerto e controle da placa bacteriana. Durante a proservação, observou-se redução da sensibilidade dentária, melhora do conforto mastigatório e ganhos funcionais e estéticos satisfatórios.

Resultados e Discussão

A técnica de enxerto conjuntivo subepitelial foi desenvolvida inicialmente por Langer e Calagna, em 1980, com o propósito de corrigir defeitos no rebordo alveolar. Posteriormente, foi modificada por Langer e Calagna juntamente com Raetzke, para possibilitar o recobrimento radicular completo, sendo atualmente considerada o método mais eficaz para a correção estética de múltiplas recessões gengivais. Entre suas principais vantagens, destacam-se a harmonização da cor entre o enxerto e a gengiva adjacente, a manutenção de um adequado suprimento sanguíneo para o periósteo e para o enxerto no leito receptor — o que reduz o risco de necrose tecidual e de falhas no tratamento.

Essa abordagem é capaz de tratar, de maneira previsível, retrações isoladas extensas ou múltiplas, casos de hipersensibilidade dentinária e pequenas lesões cervicais em forma de abfração, além de promover a reabilitação anatômica do periodonto de proteção por meio da formação de um epitélio juncional longo, com mínima neoformação de cemento e osso alveolar.

Em uma pesquisa conduzida por Casati et al. (2006), observou-se que a técnica de enxerto conjuntivo subepitelial proporcionou uma média de 96,10% de recobrimento radicular, com índice de satisfação dos pacientes de 100% após seis meses. Duarte (2003) ressalta que, embora o recobrimento radicular nem sempre seja completo, o aumento da faixa de gengiva inserida apresenta alta previsibilidade, com tendência de resultados ainda mais favoráveis a longo prazo. No caso clínico relatado, a aplicação dessa técnica possibilitou a formação de áreas de gengiva queratinizada mais espessa do que os tecidos vizinhos, e como tratava-se de um fenótipo periodontal fino, não houve necessidade de intervenção cirúrgica complementar para ajuste da espessura do enxerto (gengivoplastia).

Além disso, estudos histológicos indicam que, após seis meses da realização do enxerto, ocorre um processo de cicatrização marcado pela presença de um epitélio juncional longo, sem evidências de neoformação de osso ou cemento (Goldstein, Boyan, Cochran, Schwartz, 2001). Esse intervalo é frequentemente adotado por diversos autores como referência para avaliar o sucesso da técnica. No caso relatado, esse prazo foi respeitado, uma vez que a terapia periodontal de suporte está atuando há mais de dois anos. A primeira cirurgia foi realizada em setembro de 2023, a segunda em abril de 2024, a terceira em outubro de 2024 e a mais recente em abril de 2025. Esse acompanhamento possibilitou a verificação da estabilidade do enxerto e a satisfação da paciente, evidenciada não apenas pela eliminação da queixa principal de sensibilidade dentária, mas também pela textura e coloração gengival adequadas, sem sinais ou sintomas de alterações clínicas relacionadas à fisiologia pulpar ou ao periodonto.

Conclusão

A recessão periodontal tem origem multifatorial, relacionada ao fenótipo gengival, placa subgengival, traumas oclusais e mecânicos, além de fatores anatômicos como espessura da gengiva, altura da mucosa ceratinizada e tecido ósseo subjacente. Em estágios avançados, pode resultar em infecções, perda dentária ou comprometimento ósseo. Nesse contexto, o enxerto conjuntivo subepitelial destaca-se como uma técnica eficaz para alcançar resultados satisfatórios do ponto de vista estético, funcional e clínico.

Referências

1. Alves RV, Pimentel SP, Tavares SW, Sallum AW, Sallum EA, Nouer DF, Sallum EA, Salum AW. Retração gengival x movimentação ortodôntica: uma revisão da literatura. Rev Periodontia. 2002; 13 (6): 25-29.
2. American Academy of Periodontology. Glossary of Periodontal Terms. 4 th ed. Chicago: The American Academy of Periodontology; 2001.
3. Bartold PM, Narayanan AS. Biology of the periodontal connective tissues. Carol Stream: Quintessence;1998.
4. Bouchard P, Etienne D, Ouhayoun JP, Nilveus R. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions. A comparative study of 2 procedures. J Periodontol. 1994; 65(10): 929-36.
5. Harris RJ. A comparison of 2 root coverage techniques: guided tissue regeneration with a bioabsorbable matrix style membrane versus a connective tissue graft combined with a coronally positioned pedicle graft without vertical incisions. results of a series of consecutive cases. J Periodontol. 1998; 69(12):1426-34.
6. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol. 1985;56(12):715-20.
7. Miller Jr PD. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Restorative Dent. 1985;5(2):8-13
8. Roccuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. J Clin Periodontol. 2002; 29 Suppl 3: 178-94.

9. Wennström JL. Lack of association between width of attached gingiva and development of soft tissue recession. A 5-year longitudinal study. J Clin Periodontol. 1987;14(3):181-4.
10. Wennström JL. Mucogingival therapy. Ann Periodontol. 1996;1(1):671-701.
11. Wennström JL, Pini Prato GP. Terapia mucogengival. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 393-427.