

# Tratamento de recessão gengival unitária

*Single gingival recession treatment*

*Tratamiento de la recesión gingival individual*

José Ricardo **KINA**<sup>1</sup>  
Thaís Yumi Umeda **SUZUKI**<sup>2</sup>  
Eunice Fumico Umeda **KINA**<sup>3</sup>  
Monica **KINA**<sup>3</sup>  
Juliana **KINA**<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada, Faculdade de Odontologia, UNESP Univ. Estadual Paulista, 16015-050 Araçatuba - SP, Brasil*

<sup>2</sup>*Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, Faculdade de Odontologia, UNESP Univ. Estadual Paulista, 16015-050 Araçatuba - SP, Brasil*

<sup>3</sup>*Professora Mestra das Disciplinas de Dentística e Clínica Odontológica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO), 15600-000 Fernandópolis - SP, Brasil*

<sup>4</sup>*Especialista em Periodontia, Araçatuba – SP, Brasil*

## Resumo

A retração gengival unitária causa sensibilidade dentinária e problemas estéticos levando o paciente a procurar terapêutica odontológica. O enxerto subepitelial é uma técnica terapêutica cirúrgica que pode ser aplicada para recobrir a raiz exposta. Neste caso clínico estabeleceu-se o diagnóstico dos prováveis fatores etiológicos da lesão e uma estratégia para poder instituir o seu tratamento.

**Descritores:** Retração Gengival; Cirurgia Bucal; Biofilmes.

## Abstract

Single gingival retraction can provoke dentinary sensibility and esthetic modifications in root surface. The subepithelial graft is a surgical therapeutic which can be applied to treat exposed root surface. In this case report the probable diagnostic of the etiologic factors which determined the lesion were made and a strategy to treat its sequel was established.

**Descriptors:** Gingival Recession; Surgery, Oral; Biofilms.

## Resumen

Las retracciones gingivales, pueden promover sensibilidad dentinaria y problemas estéticos, lo que hace que el individuo procure terapêutica odontológica. El injerto subepitelial es una técnica terapêutica quirúrgica que puede ser aplicable para recubrir las raíces expuestas. En este caso clínico se realizó el diagnóstico de los posibles factores etiológicos de la lesión y una estrategia para poder efectuar su tratamiento.

**Descriptores:** Recesión Gingival; Cirugía Bucal; Biofilmes.

## INTRODUÇÃO

As retrações gengivais são consequências da doença periodontal distinguidas por perda de tecidos periodontais, comumente por vestibular, sem que ocorra o desenvolvimento da bolsa periodontal, sem um expressivo acúmulo de biofilme dental e cálculo, com escassa ou sem inflamação na gengiva marginal e que por este motivo, poderiam ser analisadas como doença periodontal não inflamatória<sup>1-4</sup>. Assim como qualquer doença periodontal apresenta múltiplos fatores etiológicos, onde o biofilme dental está sempre associado a fatores predisponentes de risco como: trauma oclusal, estresse emocional, falta de gengiva queratinizada inserida, inserções musculares como brida e freio labial, fatores iatrogênicos e características anatômicas relacionadas ao posicionamento vestibularizado dos dentes e ao diâmetro da raiz dental<sup>1-15</sup>. São unitárias ou múltiplas, causam sensibilidade dentinária, maior possibilidade de cáries radiculares e problemas estéticos<sup>2</sup>. A terapêutica periodontal que pode ser aplicada, é baseada na eliminação e/ou estabelecimento de controle dos fatores etiológicos envolvidos que nem sempre podem ser controlados em sua totalidade<sup>16</sup>. A exposição radicular que é a seqüela promovida pela doença periodontal pode ser tratada através da tentativa do recobrimento da superfície radicular exposta por técnicas cirúrgicas mucogengivais<sup>17-19</sup>. Várias são as técnicas mucogengivais que podem ser utilizadas e a que traz maior previsibilidade é o enxerto subepitelial<sup>18</sup>. Neste caso clínico, uma recessão gengival, localizada no dente 23, provocada provavelmente pela associação de biofilme, a característica anatômica do dente envolvido, e contato prematuro, foi tratada através do controle dos fatores etiológicos e enxerto subepitelial. A estratégia para estabelecer o controle dos fatores etiológicos envolvidos na determinação da lesão e o resultado alcançado no tratamento de sua seqüela foram criticamente discutidos.

## CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 19 anos de idade, estudante, procurou atendimento odontológico devido à estética e à sensibilidade dentinária. Durante a anamnese o paciente não relatou alterações de ordem geral, não ser portador de vícios e nem fazer uso de medicação de rotina. Porém, o paciente descreveu momentos de estresse emocional devido à fase pré-vestibular. Ao exame clínico diagnosticou-se perda de inserção no dente 23, de mais ou menos 3 mm (Figura 1). Não houve diagnóstico de bolsas periodontais nem foi observado quantidade de biofilme significativa à evidência química que pudesse ser associado à retração. Na área da recessão havia cerca de 1mm de gengiva queratinizada, porém não havia evidência de

gengiva queratinizada inserida. No exame oclusal foi diagnosticado contato prematuro posterior que provocava desvio mandibular anterolateral. O exame radiográfico não evidenciou perdas ósseas interproximais significativas, em função de a reabsorção óssea alveolar estar concentrada na região vestibular. O diagnóstico dos fatores determinantes da recessão gengival foram: placa bacteriana normal oportunista associado à arquitetura do diâmetro radicular, estresse emocional e contato deletério anterior, determinado por contato prematuro posterior, que promovia desvio mandibular anterolateral. O paciente foi aconselhado a buscar ajuda profissional psicológica para controlar o estresse emocional. Os procedimentos básicos foram aplicados, onde se instituiu um controle de placa bacteriana e estabeleceu-se o ajuste oclusal para eliminar o desvio anterolateral da mandíbula e, em consequência, o contato dos dentes anteriores<sup>13,20</sup>. Para realizar a tentativa de recobrimento radicular utilizou-se da técnica de cirurgia mucogengival de enxerto subepitelial<sup>18</sup>. Foram confeccionadas duas relaxantes uma mesial e outra distal ao dente 23 e um retalho de espessura parcial envolvendo a sua porção vestibular foi elevado (Figura 2).



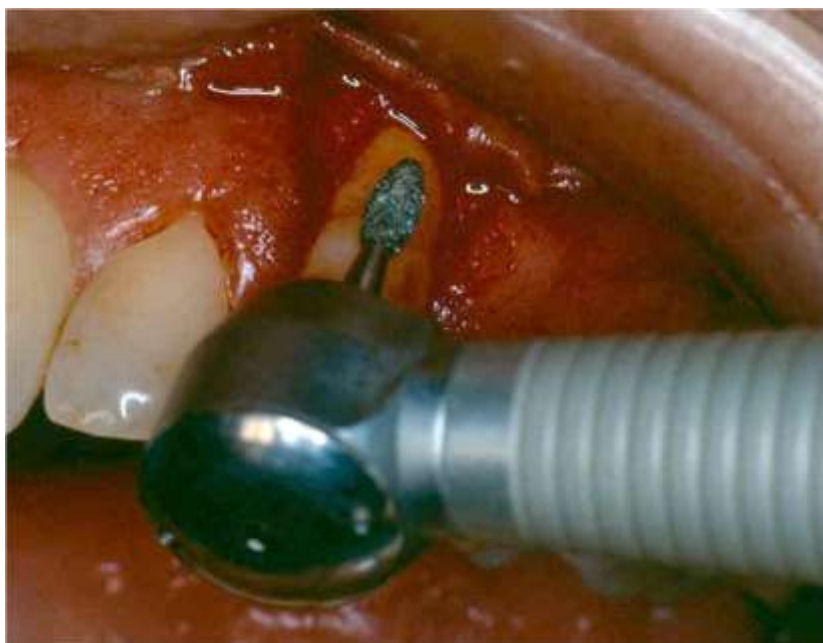
Figura 1. Recessão gengival no dente 23



Figura 2. Retalho de espessura parcial



Na relaxante mesial foi estendido um retalho para criar um espaço para mesial sem comprometer a gengiva marginal. O mesmo foi realizado na relaxante distal criando-se um espaço para distal. O dente foi tratado fisicamente através de desgaste da raiz com ponta diamantada e alta rotação com abundante irrigação (Figura 3). Na sequencia a raiz exposta foi alisada, através de instrumentação manual com curetas e os tecidos moles adjacentes foram curetados (Figura 4).



**Figura 3.** Tratamento físico da superfície radicular



**Figura 4.** Tratamento físico da superfície radicular

Em seguida, realizou-se o tratamento químico de descontaminação da superfície radicular exposta com cloridrato de tetraciclina 500mg (1 cápsula dissolvida em 5ml de soro fisiológico), aplicada através de 8 bolinhas de algodão, por esfregação sobre a raiz exposta por 30 segundos cada, o que perfazia um período de aplicação total de 4 minutos (Figura 5).

Na sequencia a raiz foi irrigada abundantemente com soro fisiológico. O enxerto subepitelial foi obtido da região palatina utilizando-se a técnica de enxerto gengival livre<sup>17</sup>(Figura 6). O epitélio do enxerto gengival livre obtido foi meticulosamente removido por dissecção aguda (Figura 7). O tecido removido foi depositado sobre a área cruenta doadora no palato (Figura 7).



**Figura 5.** Tratamento químico da superfície radicular



**Figura 6.** Área doadora palatina



**Figura 7.** Enxerto gengival livre.  
Dissecção aguda para remoção do epitélio

O enxerto subepitelial obtido foi depositado sob o leito receptor, sendo sua extensão mesiodistal embutidas nas porções mesio distal onde foram criados os espaços a partir das duas relaxantes (Figura 8). O retalho rebatido foi suturado sobre o enxerto subepitelial (Figura 9). As áreas cirúrgicas foram protegidas com cimento cirúrgico. O paciente foi medicado com analgésico e anti-inflamatório. Os pontos foram removidos com 10 dias e um controle periódico do biofilme pelo profissional foi



estabelecido. Após um ano a área se manteve estável indicando o sucesso dos procedimentos aplicados (Figura 10).



**Figura 8.** Posicionamento do enxerto subepitelial embutido nas relaxantes mesial e distal



**Figura 9.** Sutura do retalho sobre o enxerto subepitelial



**Figura 10.** Controle da área tratada após 1 ano

## DISCUSSÃO

A retração gengival é uma consequência da doença periodontal, que apresenta etiologia dependente da associação de vários fatores como as bactérias e fatores predisponentes de risco locais, e/ou

comportamentais e/ou variantes anatômicas como o diâmetro da raiz do dente, espessura do osso alveolar, qualidade e quantidade dos tecidos periodontais ao redor dos dentes e a relação funcional do plano oclusal<sup>1-4,11,12</sup>. O tratamento de uma doença envolve o diagnóstico dos fatores etiológicos que determinam a doença, a sua eliminação e/ou o controle em níveis inferiores, nos quais o organismo do hospedeiro possa manter um processo homeostático<sup>16</sup>. Portanto o tratamento das recessões gengivais deveria ser baseado no diagnóstico, na eliminação e/ou controle dos fatores etiológicos que determinaram a recessão<sup>1-4,16</sup>. Porém, alguns fatores etiológicos predisponentes de risco como as variáveis anatômicas e os fatores comportamentais, por suas características, podem ser extremamente difíceis de serem eliminados e/ou controlados<sup>1,14,15</sup>. Normalmente, na terapia das retrações gengivais, eliminar todos os fatores etiológicos que promoveram a lesão pode ser um procedimento impossível de ser aplicado. Pode-se estabelecer um controle das bactérias, amenizar a atuação de determinados fatores de ordem local, entretanto, o principal motivo para promover homeostasia na área afetada é gerar um aumento na resistência local da área, por meio de cirurgia mucogengival, que além de recobrir a raiz exposta, pode induzir um acréscimo na quantidade e qualidade da gengiva queratinizada inserida, um aspecto importante no sistema defensivo da gengiva marginal<sup>17,20,21</sup>. A gengiva queratinizada inserida pode promover melhor adaptação do epitélio juncional contra o dente através dos hemidesmossomas, o que diminui a mobilidade da gengiva marginal, aumentando a sua estabilidade, dificultando a penetração de bactérias e seus produtos para o interior do sulco gengival<sup>16,20-22</sup>. Pode também, diminuir a permeabilidade do tecido epitelial na área o que impede a possível difusão de produtos tóxicos para o interior dos tecidos gengivais marginais<sup>21</sup>. Em consequência, o aumento da quantidade e qualidade da gengiva queratinizada inserida, pode gerar um aumento na resistência local do sulco gengival, que pode impor uma resistência contra os agentes agressores o que pode determinar homeostasia na área, sem a necessidade de eliminação de todos os fatores etiológicos envolvidos na doença<sup>16</sup>. As recessões gengivais não apresentam característica de progressão constante, elas podem permanecer estáveis durante longos períodos, o que torna difícil o diagnóstico e a compreensão de todos os fatores etiológicos envolvidos na determinação desta doença periodontal<sup>3,4</sup>. Para alguns pacientes como o deste caso clínico, os fatores predisponentes de risco podem ser: diâmetros da raiz, contatos oclusais deletérios, além do estresse emocional<sup>11,14-16</sup>. O estresse é um fator comportamental, físico e mental, inerente a cada

peessoa que pode surgir devido a várias situações, agredindo em vários níveis, que aparece e desaparece a qualquer momento, promovendo significativa influência no mecanismo de defesa do indivíduo e em seu sistema estomatognático<sup>14-16</sup>. Portanto, é importante além de realizar o ajuste oclusal para evitar o contato deletério do dente 23 na posição mandibular de máxima intercuspidação habitual, o paciente também buscar ajuda profissional psicológica para controlar o estresse emocional<sup>13-15</sup>. Em relação ao diâmetro da raiz, o tratamento físico de remoção da porção alterada da raiz exposta ao meio bucal, através do desgaste com pontas diamantadas e alta rotação durante o ato cirúrgico, também proporcionou uma diminuição de sua convexidade o que minimizou relativamente à área a ser recoberta<sup>23-26</sup>. Desta forma pode-se obter um controle dos fatores etiológicos diagnosticados, o que permitiu o sucesso do tratamento aplicado<sup>20</sup>. Com relação à cirurgia mucogengival aplicada, o enxerto subepitelial pode ser previsível principalmente como neste caso<sup>27</sup>. Utilizamos algumas alterações técnicas como a de realizar retalhos estendidos e na “forma de envelopes” a partir das relaxantes, sem que estes alcançassem a gengiva marginal, para embutir o enxerto subepitelial para além das relaxantes, de modo a aumentar a sua estabilidade e fonte de nutrição, o que são condições básicas para qualquer tipo de enxerto. Assim, não foi necessário suturar o enxerto subepitelial contra o leito receptor. Desta maneira também advogamos a estes pequenos detalhes, como necessários para aumentar a possibilidade de sucesso no tratamento aplicado. Com os resultados clínicos obtidos podemos concluir que as técnicas propostas neste trabalho podem ser eficientes no tratamento de recessões gengivais unitárias.

## REFERÊNCIAS

1. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc* 2003;134(2):220-5.
2. Tugnait A, Clerehugh V. Gingival recession – its significance and management. *J Dent* 2001;29(6):381-94.
3. Page RC, Sturdivant EC. Noninflammatory destructive periodontal disease (NDPD). *Periodontol 2000* 2002;30:24-39.
4. Repeke CP, Cardoso CR, Claudino M, Silveira EM, Trombone APF, Campanelli AP, et al. Non-inflammatory destructive periodontal disease: a clinical, microbiological, immunological and genetic investigation. *J Appl Oral Sci* 2012;20(1):113-21.
5. Albandar JM. Global risk factor and risk indicators for periodontal diseases. *Periodontol 2000* 2002;29:177-206.
6. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965;36:177-87.
7. Theilade E, Wright WH, Jensen SB, Loe H. Experimental gingivitis in man. II. A longitudinal clinical and bacteriological investigation. *J Periodontol Res* 1966;1:1-13.
8. Socransky SS. Relationship of bacteria to the etiology of periodontal disease. *J Dent Res* 1970;49(2):203-22.
9. Lindhe J, Hamp S, Loe H. Experimental periodontitis in the beagle dog. *J Periodontol Res* 1973;8(1):1-10.
10. Heitz-Mayfield LJA. Disease progression: identification of high-risk groups and individuals for periodontitis. *J Clin Periodontol* 2005;32(Suppl 6):196-209.
11. Harrel SK, Nunn ME. The effect of occlusal discrepancies on gingival width. *J Periodontol*. 2004;75(1):98–105.
12. Hanamura H, Houston F, Rylander H, Carlsson GE, Haraldson T, Nyman S. Periodontal status and bruxism. A comparative study of patients with periodontal disease and occlusal parafunctions. *J Periodontol*. 1987;58(3):173–6.
13. Dawson PE. Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Occlusal Problems. 2nd ed. St. Louis, Mosby;1989.
14. LeResche L, Dworkin SF. The role of stress in inflammatory disease, including periodontal disease: review of concepts and current findings. *Periodontol 2000*. 2002;30:91-103.
15. Rosania AE, Low KG, Mc Cornick CM, Rosania DA. Stress depression, cortisol and periodontal disease. *J Periodontol*. 2009;80(2):260-6.
16. Kina JR, Suzuki TYU, Kina J, Kina M, Kina EFU. Reparative phase events on periodontal disease progression: interpretation and considerations. *Int J Microbiol Res* 2013;5:439-44.
17. Coslet JG, Rosenberg ES, Tisot R. The free Autogenous gingival graft. *Dent Clin North Am*. 1980;24(4):651-82.
18. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol*. 1985;56(12):715-20.
19. Miller Junior PD. Root coverage grafting for regeneration and aesthetics. *Periodontol 2000*. 1993;1:118-27.
20. Kina JR, Pegoraro RA, Suzuki TYU, Kina EFU, Kina M, Kina J. Procedimentos básicos em periodontia: método lógico para estabilizar a doença periodontal avançada. *Perionews* 2015;9(1):47-55.
21. Lang NP, Loe H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. *J Periodontol*. 1972;43(10):623-7.

22. Bosshardt DD, Lang NP. The junctional epithelium: from health to disease. J Dent Res. 2005; 84(1): 9-20.
23. Karring T, Nyman S, Lindhe J. Healing following implantation of periodontitis affected roots into bone tissue. J Clin Periodontol. 1980;7(2):96-105.
24. Polson AM. The root surface and regeneration; present therapeutic limitations and future biologic potentials. J Clin Periodontol. 1986;13(10):995-99
25. Lowenguth RA, Blieden TM. Periodontal regeneration: root surface demineralization. Periodontol 2000. 1993;1(1):54-68.
26. Polson AM. Periodontal regeneration: current status and directions. Chicago: Quintessence Books, 1994.
27. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Restorative Dent 1985;5(2):8-13.

## **CONFLITO DE INTERESSES**

---

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## **AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA**

---

**José Ricardo Kina**  
kinajr@hotmail.com

**Submetido em** 08/10/2015

**Aceito em** 15/10/2015