



## Recobrimento Radicular por Meio do Enxerto Pediculado com Retalho Deslocado Lateralmente

*Gabriela Crusóé Lopes Leite de Souza, Renato Mendes Almeida, Neilor Mateus Antunes Braga, Kênia Souto Moreira, Carla Maíra Dias Soares, Vivianny Carvalho Mendes de Macedo, Danielle Alessandra Bráz Soares*

### Introdução

A recessão gengival pode ser definida como um deslocamento apical dos tecidos moles em relação à junção cimento-esmalte, com consequente exposição da superfície radicular ao meio bucal. Além da doença periodontal a recessão gengival pode ser causada por trauma por escovação, uso inadequado do fio dental, inflamação gengival, incorretas relações oclusais, fatores iatrogênicos locais e deiscências ósseas [1,2]. Podendo ser localizada ou generalizada e acometer tanto pacientes com boa higiene bucal, quanto pacientes com uma higiene insatisfatória, embora seja mais prevalente nesse segundo grupo [1].

Essa pode ser antiestética, especialmente quando ocorre nas regiões anteriores da boca, além disso, pode causar sensibilidade da raiz, maior abrasão cervical, impactionamento alimentar, predisposição a cáries radiculares, sendo que esses podem colaborar na progressão da doença periodontal [3,4].

Para minimizar ou solucionar os defeitos de recessões gengivais várias técnicas vem sendo propostas como enxertos de tecido conjuntivo, enxerto gengival livre, regeneração tecidual guiada e enxertos pediculados. Entretanto, a seleção do tratamento pode ser determinada pela configuração do defeito, disponibilidade do tecido doador, expectativas estéticas do paciente e previsibilidade da técnica cirúrgica [5,6].

Dentre todas as técnicas mucogengivais, a que apresenta um grande sucesso para o tratamento de recessões localizadas, do tipo I e II de Miller é a técnica de retalho deslocado lateralmente, que consiste em uma cirurgia de enxerto de tecido mole pediculado [2].

A técnica de retalho deslocado lateralmente é de fácil execução, por isso também muito utilizada, além de ter vantagens como: não precisa transplantar tecidos de outras regiões, a característica de cor do retalho é da mesma tonalidade diminuindo as diferenças estéticas [2,6,7]. O pedículo adjacente à área receptora diferencia a técnica do enxerto de tecido conjuntivo. O cuidado para que não aconteça necrose do pedículo é não deixar promover estrangulamento do mesmo realizando pequena incisão vertical [2,8].

Nessa técnica uma incisão em forma de “V” é desenhada ao redor da recessão, de forma a permitir a coaptação perfeita das bordas (lado em bisel externo, lado em bisel interno). A área adjacente à raiz deve ter espessura total para carregar a nutrição dos vasos suprapariosteais para a raiz desnuda e o local da incisão relaxante lateral deve ser tratado mantendo-se o periosteio intacto. Esta técnica pode ser executada isoladamente ou em recessões múltiplas, utilizando-se, para tanto, das papilas interdentárias [6,8].

Desta forma, o objetivo do presente trabalho é descrever um caso clínico da técnica de enxerto pediculado com retalho deslocado lateralmente para recobrimento de uma ressecção gengival classe II de Miller.

### Relato de caso clínico

Paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, feoderma, procurou atendimento no Consultório Particular, relatando intensa sensibilidade radicular e dificuldade de escovação na região inferior direita. No exame clínico foi diagnosticada a presença de recessão gengival localizada no incisivo central inferior direito. Em razão da grande quantidade de mucosa do incisivo lateral direito, optou-se pela realização do enxerto pediculado com retalho deslocado lateralmente (Fig. 1A).

Trinta dias após a terapia periodontal básica executou-se o procedimento cirúrgico para o recobrimento radicular. O leito receptor foi preparado com a realização de uma incisão biselando a margem tecidual para a retirada de epitélio marginal com bisturi de Bard Parker, lâmina nº15. Posteriormente, foi realizada a raspagem e o aplainamento da superfície radicular exposta. A seguir, um retalho dividido com quatro milímetros de largura no sentido mesiodistal foi obtido na área doadora, a partir da borda posterior da recessão a ser recoberta. Uma incisão vertical ultrapassando a junção mucogengival, permitiu a delimitação distal do retalho. Com o objetivo de conseguir melhor deslocamento lateral do retalho, uma incisão relaxante oblíqua em direção à área receptora foi realizada a partir da extremidade inferior da incisão vertical descrita anteriormente (Fig. 1B). O retalho foi então reposicionado, verificando-se a adaptação do mesmo sobre a raiz a ser recoberta, que ocorreu de forma passiva sem tensão, característica considerada fundamental na nutrição.



# FÓRUM FEPEG

ENSINO • PESQUISA  
EXTENSÃO • GESTÃO

UNIVERSIDADE: SABERES E PRÁTICAS INOVADORAS

Trabalhos científicos • Apresentações artísticas  
e culturais • Debates • Minicursos e Palestras

REALIZAÇÃO:



APOIO:



# 24 a 27 setembro

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

www.fepeg.unimontes.br

O retalho foi imobilizado através de sutura colchoeiro, utilizando-se fios 4.0 de nylon e compressão sobre a área por 2 a 3 minutos (Fig. 1C). A área recoberta foi protegida com a colocação de cimento cirúrgico (Fig. 1D).

Prescreveu-se Dipirona Sódica (2 g ao dia), durante dois dias, visando melhor controle do desconforto causado pelo ato cirúrgico. Para o controle de placa bacteriana, preconizou-se a suspensão da higienização bucal mecânica e a realização de bochechos de digluconato de clorexidina (0,12%), duas vezes ao dia, durante sete dias. Após uma semana, o cimento cirúrgico e as suturas foram removidos e o paciente orientado para escovação cuidadosa. As figuras 1D e 1E apresentam os resultados do pós-operatório imediato e com 21 dias.

## Discussão

O principal papel da terapia periodontal é melhorar a saúde periodontal e devolver a sua funcionalidade. No entanto, a estética simboliza uma parte imprescindível para escolha de uma técnica cirúrgica que será empregada, já que o paciente se submete a um procedimento periodontal com o desejo de promover a aparência estética [7,8]. O enxerto pediculado é uma entre as várias técnicas empregadas para o recobrimento gengival [9].

Para Mahajan *et al.* [9] o enxerto pediculado é considerado uma técnica sofisticada e versátil, apresentando como principais vantagens à vascularização do retalho e a fácil estabilização do enxerto.

Apesar de ser uma técnica bastante antiga, apresenta favoráveis resultados estéticos para recessões localizadas, fato que ocorre em razão do tecido gengival enxertado mesclar-se em forma e cor aos tecidos adjacentes [2]. No entanto, sua realização apresenta limitações referentes ao sítio doador, que deve apresentar: quantidade e qualidade suficiente de gengiva inserida; altura e largura suficientes de papila e ausência de sondagem patológica [10].

O enxerto pediculado em relação ao enxerto gengival livre e enxerto conjuntivo apresenta a vantagem de não ter um segundo sítio cirúrgico, bem como de ser auto-irrigado pelo seu pedículo não dependendo do leito receptor para a sua irrigação. Tem, no entanto, a desvantagem de não conseguir aumentar a espessura gengival tanto quanto o alcançado com enxerto de tecido conjuntivo [8,10].

Para Costa, Fernando e Cirelli [6] é importante lembrar que as superfícies radiculares expostas ao meio bucal apresentam contaminação por endotoxinas e bactérias, inibindo a reinserção ou a regeneração tecidual sobre as mesmas. Este fato denota a necessidade de tratamento desta área para restituição da biocompatibilidade, seja por meio de terapias mecânicas, químicas e/ou associação. No caso apresentado, utilizou-se apenas a terapia mecânica da raiz por meio de instrumentação manual, visando à descontaminação e a eliminação de depósitos bacterianos.

Do ponto de vista estético o resultado alcançado foi satisfatório tanto para o profissional quanto para o paciente. Em relação à sensibilidade dentinária, o paciente relatou que a mesma desapareceu após a cirurgia.

## Considerações Finais

Os resultados clínicos para o tratamento de recessões gengivais devem incluir o fator estético, área doadora e quantidade de gengiva queratinizada, sendo esses fatores primários na escolha da técnica.

O profissional deve conhecer cada técnica e as etapas do procedimento cirúrgico eleito, objetivando assim, resultados mais favoráveis que condizem com o sucesso do tratamento.

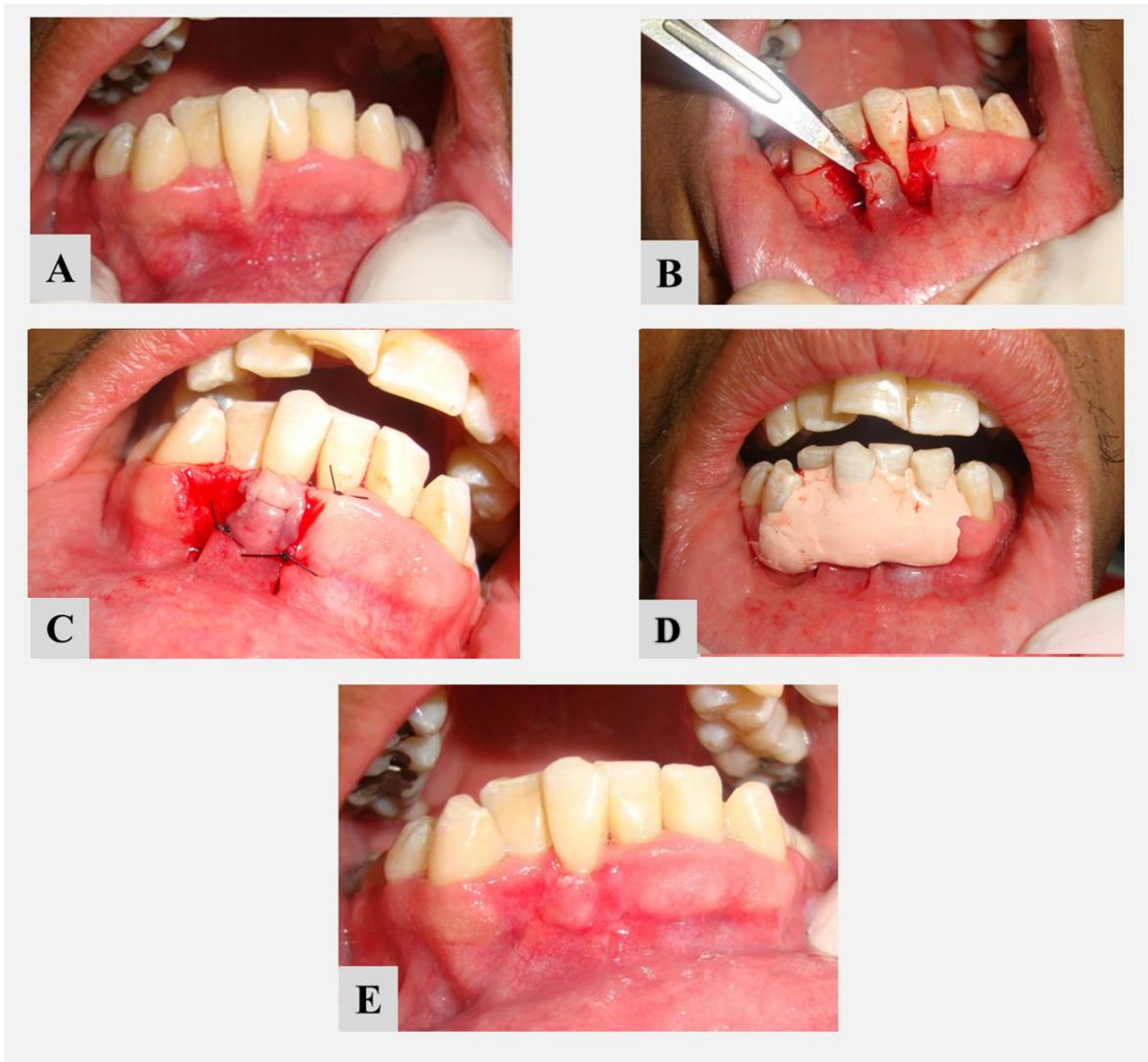
No caso apresentado, mostrou resultados estéticos favoráveis para o paciente, além de lhe devolver condições necessárias para manutenção da higiene bucal e estabilidade de resultados em médio prazo.

## Referencias

- [1] HARSHA, M.B.; SHEELA, G.K.; AISHWARYA, S. Comparative evaluation of a bioabsorbable collagen membrane and connective tissue graft in the treatment of localized gingival recession: A clinical study. **Rev. Periodontol.**, v. 4, n. 3, p. 183-189, 2011.
- [2] OLIVEIRA, G.H.C. *et al.* Retalho Posicionado Lateralmente e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial no Tratamento das Recessões Teciduais Marginais. **Rev. Odontol. Bras. Central**, v. 20, n. 52, 2011.
- [3] SHARADHA, J.; KHALID, G. Two step procedure for root coverage using a free gingival graft and connective tissue graft subepithelial. **Rev. Dental College de Bangalore**, v. 22, p. 478-481, 2011.
- [4] RODRIGUES, D.C.; ALVES, R.; SEGUNDO, T.K. Emprego do Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial no Recobrimento Radicular. **RGO**, v. 58, n.1, p. 115-118, 2010.
- [5] FEITOSA, D.S.; SANTAMARIA, M.P.; CASATI, M.Z. Indicações atuais dos enxertos gengivais livres. **RGO**, v. 56, n. 2, p. 1-6, 2008.
- [6] COSTA, M.R.; FERNANDES, J.M.A.; CIRELLI, J.A. Técnica do deslocamento lateral de retalho para recobrimento radicular: relato de caso. **Rev. ABO Nac.**, v.16, n.4, 2008.
- [7] PRADEEP, K.; RAJABABU, P.; SAGAR, V. Gingival recession: Analysis and Treatment Strategies of recession. **Rev. Dent. Caso Rep.**, 2012.
- [8] SHETTY, N.J. Double papilla repositioned flap for the treatment of isolated recession - A case report. **Singapura Dent. J.**, v.34, n. 1, p.25-7, 2013.



- [9] MAHAJAN, A.; BHARADWAJ, A.; MAHAJAN, P. Comparison of periosteal pedicle graft and subepithelial connective tissue graft for the treatment of gingival recession defects. *Aust. Dent. J.*, v. 57, n. 1, p.51-7, 2012.
- [10] GREGHI, S.L.A. *et al.* Recobrimento radicular – técnica do deslize lateral do retalho. *J. Bras. Clín. Est. Odontol.*, v. 4, n.23, p.11-8, 2000.



**Figura 1.** A: Fotografia inicial; B: Durante incisões (vertical e relaxante oblíqua); C: Pós-operatório imediato; D: Colocação do cimento cirúrgico; E: Pós-operatório 21 dias.