Revista Eletrônica ACERVO CIENTÍFICO
ISSN 2595-7899

Recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo em área de retração gengival associada a perda óssea severa na região anterior da mandíbula através da técnica cirúrgica vista: relato de caso

Root coverage with connective tissue graft in area of gingival retraction associated with severe bone loss in the anterior region of the mandible using the vista surgical technique: case report

Cobertura radicular con injerto de tejido conectivo en una zona de recesión gingival asociada a una pérdida ósea severa en la región anterior de la mandíbula mediante la técnica quirúrgica vista: reporte de caso

Júlia Gabrielly Bezerra da Silva[1], Adriny Horrany Gomes da Silva[1], Diógenes Roberto Guerra da Silva[1], Kathleen de Oliveira Cavalcante Pires[1], Luiz Felipe Siqueira Estima[1], Nathália Gabriely do Nascimento Almeida[1], Juliana Nunes Regino[1], Pedro Tardelly Diniz Filgueira[1], Virnna Mariana Ferreira Silva[1], Vinícius Souto Magalhães[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico de recobrimento radicular na região anterior da mandíbula, em paciente com retração gengival associada à mobilidade dentária e perda óssea severa, utilizando a técnica VISTA em associação ao enxerto de tecido conjuntivo, avaliando sua eficácia no ganho de tecido queratinizado, recobrimento radicular e estabilidade periodontal. **Detalhamento de caso:** Trata-se de um relato de caso clínico descritivo, realizado após protocolo prévio de tratamento periodontal para estabilização da inflamação e mobilidade dentária. A técnica cirúrgica VISTA foi aplicada, com obtenção do enxerto de tecido conjuntivo da região palatina e sua inserção em túnel subepitelial, seguida de reposicionamento coronal do retalho e sutura suspensa. A paciente foi acompanhada clinicamente em diferentes períodos pós-operatórios, com análise descritiva dos parâmetros de recobrimento radicular, ganho de gengiva queratinizada e estabilidade periodontal. O presente caso clínico demonstrou que a aplicação da técnica cirúrgica VISTA, associada ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, representa uma abordagem eficaz no tratamento de retrações gengivais associadas à perda óssea severa e mobilidade dentária. **Considerações finais:** O uso da técnica VISTA associada ao enxerto conjuntivo representa uma opção cirúrgica viável e mais conservadora para o manejo de retrações gengivais em casos com comprometimento periodontal avançado.

Palavras-chave: Retração gengival, Doenças periodontais, Cirurgia bucal.

ABSTRACT

Objective: To report a clinical case of root coverage in the anterior mandible of a patient with gingival recession associated with tooth mobility and severe bone loss, using the VISTA technique combined with a connective

[1] Centro Universitário FIS (UNIFIS), Serra Talhada – PE.

SUBMETIDO EM: 6/2026 | **ACEITO EM: 7/2026** | **PUBLICADO EM: 9/2026**

tissue graft, while evaluating its efficacy regarding keratinized tissue gain, root coverage, and periodontal stability. **Case details:** This is a descriptive clinical case report conducted following a preliminary periodontal treatment protocol to stabilize inflammation and tooth mobility. The VISTA surgical technique was employed; a connective tissue graft was harvested from the palate and inserted into a subepithelial tunnel, followed by coronal repositioning of the flap and a suspension suture. The patient was clinically monitored at various postoperative intervals, with a descriptive analysis of root coverage, keratinized gingiva gain, and periodontal stability parameters. The case demonstrated that the VISTA technique combined with a subepithelial connective tissue graft is an effective approach for treating gingival recession associated with severe bone loss and tooth mobility. **Final considerations:** The use of the VISTA technique combined with a connective tissue graft represents a viable and more conservative surgical option for managing gingival recession in cases with advanced periodontal compromise.

Keywords: Gingival recession, Periodontal diseases, Surgery oral.

RESUMEN

Objetivo: Informar un caso clínico de cobertura radicular en la región anterior de la mandíbula en un paciente con recesión gingival asociada a movilidad dental y pérdida ósea severa, utilizando la técnica VISTA en asociación con injerto de tejido conectivo, evaluando su efectividad en la obtención de tejido queratinizado, cobertura radicular y estabilidad periodontal. **Detalles del caso:** Este es un informe de caso clínico descriptivo, realizado después de un protocolo de tratamiento periodontal previo para estabilizar la inflamación y la movilidad dental. Se aplicó la técnica quirúrgica VISTA, obteniendo un injerto de tejido conectivo de la región palatina e insertándolo en un túnel subepitelial, seguido de reposicionamiento coronal del colgajo y sutura suspendida. El paciente fue seguido clínicamente en diferentes períodos postoperatorios, con análisis descriptivo de los parámetros de cobertura radicular, ganancia de encía queratinizada y estabilidad periodontal. Este caso clínico demostró que la aplicación de la técnica quirúrgica VISTA, asociada con injerto de tejido conectivo subepitelial, representa un enfoque efectivo en el tratamiento de recesiones gingivales asociadas con pérdida ósea severa y movilidad dental. **Consideraciones finales:** El uso de la técnica VISTA asociada con el injerto de tejido conectivo representa una opción quirúrgica viable y más conservadora para el tratamiento de las recesiones gingivales en casos con afectación periodontal avanzada.

Palabras clave: Recesión gingival, Enfermedades periodontales, Cirugía oral.

INTRODUÇÃO

A retração gengival é caracterizada pelo deslocamento apical da margem gengival além da junção cemento-esmalte, resultando na exposição radicular (JÚNIOR MSP, et al., 2018). Tal condição apresenta etiologia multifatorial, envolvendo fatores genéticos, traumas dentários, higiene oral inadequada, movimentação ortodôntica, entre outros. Além disso, a exposição radicular compromete não apenas a estética, mas também a funcionalidade periodontal, podendo, em casos mais severos, contribuir para perdas dentárias (DE LIMA VHS, et al., 2020).

A associação com perda de suporte periodontal, sensibilidade dentinária e prejuízo estético-funcional torna seu tratamento desafiador (TOLEDANO-OSORIO M, et al., 2022). A recessão gengival pode impactar significativamente a saúde bucal e a qualidade de vida dos pacientes, uma vez que está relacionada a diversos desafios clínicos e funcionais. A exposição radicular aumenta a susceptibilidade à abrasão, cárie radicular e hipersensibilidade dentinária, dificultando a higiene oral e favorecendo o acúmulo de biofilme. Além disso, em áreas estéticas, como a região anterior da mandíbula, pode ocasionar desconforto psicológico, afetando interações sociais e autoestima (LLANOS AH, et al., 2020).

Segundo a classificação periodontal atualizada, condições sistêmicas como diabetes mellitus e tabagismo atuam como importantes fatores modificadores da periodontite, enquanto aspectos como fenótipo gengival, condições mucogengivais e invasão do espaço supracristal por restaurações também influenciam a saúde e a estabilidade dos tecidos periodontais (JEPSEN S, et al., 2018).

A classificação proposta por Cairo RB, et al. (2011) representa importante avanço no diagnóstico periodontal ao utilizar a perda de inserção interproximal como parâmetro prognóstico. Diversas modalidades terapêuticas têm sido propostas para o manejo dessa condição, incluindo abordagens não cirúrgicas, como a raspagem e o alisamento radicular, considerados a base do tratamento periodontal. Esses procedimentos têm como objetivo remover o biofilme e o cálculo subgengival, reduzir a carga inflamatória e controlar a progressão da doença periodontal, favorecendo a estabilidade dos tecidos periodontais e criando condições adequadas para a cicatrização (COBB CM e SOTTOSANTI JS, 2021). Em casos de maior complexidade clínica, podem ser indicadas modalidades cirúrgicas, como técnicas de reposicionamento de retalho, uso de biomateriais, matrizes dérmicas acelulares e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, considerado padrão-ouro no tratamento cirúrgico.

Embora o PRF venha sendo cada vez mais utilizado, o enxerto de tecido conjuntivo ainda apresenta benefícios em determinados desfechos clínicos. Estudos demonstram que, quando posicionado coronalmente, proporciona aumento significativo da faixa de mucosa queratinizada em comparação ao PRF. Entretanto, em técnicas como a tunelização, PRF e enxerto conjuntivo podem apresentar resultados semelhantes quanto à cobertura radicular. Dessa forma, o PRF configura-se como alternativa promissora, sobretudo em relação aos resultados estéticos, embora o enxerto de tecido conjuntivo permaneça mais previsível em diversos parâmetros clínicos (BOTELHO MVG, et al., 2026).

Imber JC e Kasaj A (2021) destacam que a conduta eficiente para recessão gengival deve basear-se inicialmente no reconhecimento e controle dos fatores etiológicos, sendo o tratamento não cirúrgico fundamental antes da indicação de procedimentos cirúrgicos para recobrimento radicular. A associação entre enxerto de tecido conjuntivo e técnica do túnel apresenta resultados previsíveis no recobrimento radicular e melhora estética periodontal (PANDIT N, et al., 2025). Desse modo, o enxerto de tecido conjuntivo consiste na remoção de uma porção de tecido conjuntivo, geralmente do palato, inserida na área receptora com retração, favorecendo a cobertura radicular e o aumento da espessura gengival (LANGER B e LANGER L, 1985). A escolha por esse tecido deve-se ao seu elevado potencial de integração, previsibilidade clínica e resultados estéticos superiores, promovendo saúde periodontal e maior satisfação ao paciente (ZUCCHELLI G, et al., 2014).

A recessão gengival apresenta alta prevalência e tratamento desafiador, devendo-se considerar fatores anatômicos predisponentes. Entre as terapias cirúrgicas, o retalho avançado coronalmente e a técnica do túnel apresentam bons resultados, sendo sua associação ao enxerto autógeno considerada conduta eficiente (TEJEDO JRI, et al., 2025). Diante disso, o tratamento das retrações gengivais visa não apenas o recobrimento radicular, mas também o ganho de tecido gengival queratinizado, essencial para a manutenção da saúde periodontal e estabilidade dentária. Assim, o enxerto de tecido conjuntivo tem sido considerado padrão-ouro, apresentando elevados índices de sucesso clínico (PELLEGRINI R, et al., 2022).

Estudos clínicos randomizados demonstram que o enxerto de tecido conjuntivo associado ao retalho coronalmente avançado apresenta resultados superiores quanto à cobertura radicular completa quando comparado a matrizes dérmicas xenógenas no tratamento de recessões gengivais múltiplas (MALUTA R, et al., 2021). Nesse contexto, a técnica cirúrgica VISTA, caracterizada como acesso subperiosteal vestibular por túnel, constitui abordagem minimamente invasiva que preserva os tecidos moles, facilita a mobilização do retalho gengival e a adaptação do enxerto. A literatura demonstra que a associação da técnica VISTA ao enxerto de tecido conjuntivo é eficaz no tratamento das recessões gengivais, proporcionando resultados estéticos e funcionais satisfatórios (SIMPLÍCIO IMP, et al., 2024).

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de recobrimento radicular utilizando enxerto de tecido conjuntivo na região anterior da mandíbula, em paciente com retração gengival associada à mobilidade dentária e perda óssea severa. A técnica cirúrgica VISTA foi aplicada visando avaliar sua eficácia na obtenção de recobrimento radicular e ganho de tecido queratinizado em condições clínicas desafiadoras.

Este estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e na Lei nº 14.874/2024, referentes às pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido por meio da Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário FIS – UNIFIS, sendo aprovado sob parecer nº 7.956.245 CAAE n°

93153825.7.0000.8267. A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a utilização dos dados clínicos e imagens para fins científicos, com garantia de sigilo, anonimato e preservação de sua identidade.

DETALHAMENTO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 53 anos, leucoderma, compareceu à Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário FIS com queixa de "raiz exposta" e mobilidade dentária. Procedeu-se à anamnese, com levantamento da história clínica pregressa da paciente. Ao realizar os exames de radiografia panorâmica e tomografia computadorizada e com auxílio do exame clínico intraoral, constatou-se extensa recessão gengival na região dos elementos 32, 31 e 41. O diagnóstico foi de perda de gengiva marginal livre e inserida, bem como perda óssea severa, caracterizando-se como classe III de Miller (**Figura 1**).

Figura 1 - Recessão gengival nos elementos 32, 31 e 41.

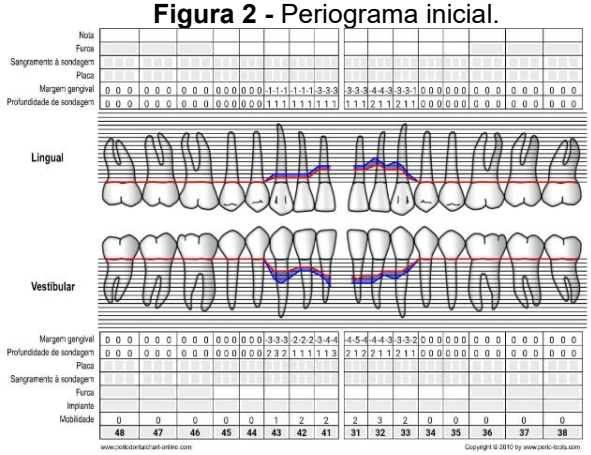


Fonte: Silva JGB, et al., 2026.

A paciente foi informada sobre a possibilidade de recobrimento radicular através da cirurgia de recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo e técnica cirúrgica VISTA. A paciente concordou como tratamento indicado, através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, bem como a autorização de uso de imagem e depoimentos para a realização do presente relato de caso.

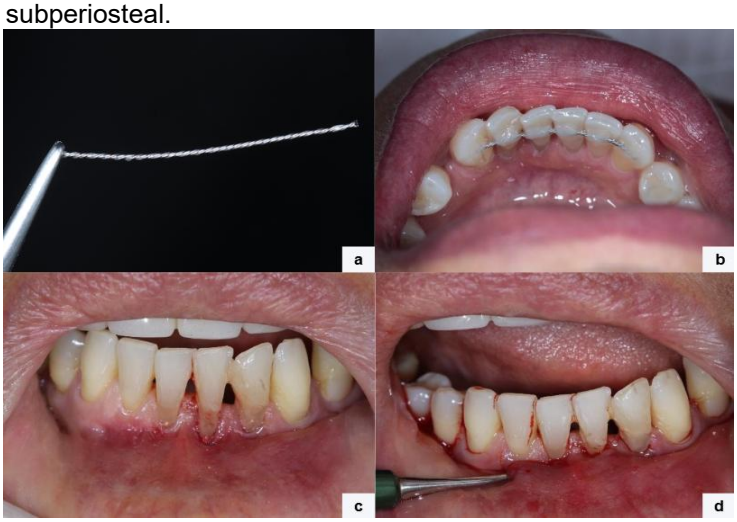
Inicialmente, foi realizado um tratamento periodontal prévio à realização da cirurgia, esse tratamento incluiu: realização de periograma dos elementos: 43, 42, 41, 31, 32 e 33 (**Figura 2**) e em seguida foi realizado a raspagem e alisamento corono-radicular com cureta Gracey 5-6 (Supremo, São Paulo, BR) periodicamente (a cada 21 dias até obter o controle da inflamação); instalação de contenção semi rígida, confeccionada com fio de amarrilho 0,8mm (Morelli, São Paulo, BR) e fixada na região lingual do quinto sextante com resina composta Opallis (FGM, Santa Catarina, BR) durante 30 dias (**Figuras 3 e 4**) ; por fim, foi realizado o cálculo de previsibilidade com a sonda carolina do norte (Supremo, São Paulo, BR) para determinar o nível de recobrimento com selamento biológico.

Figura 2 - Periograma inicial.



Fonte: Silva JGB, et al., 2026.

Figura 3 - (A) Fio de amarrilho 0,8mm**; (B)** Contenção semi-rígida; **(C)** Resultado da incisão inicial; **(D)** Criação do túnel subperiosteal.



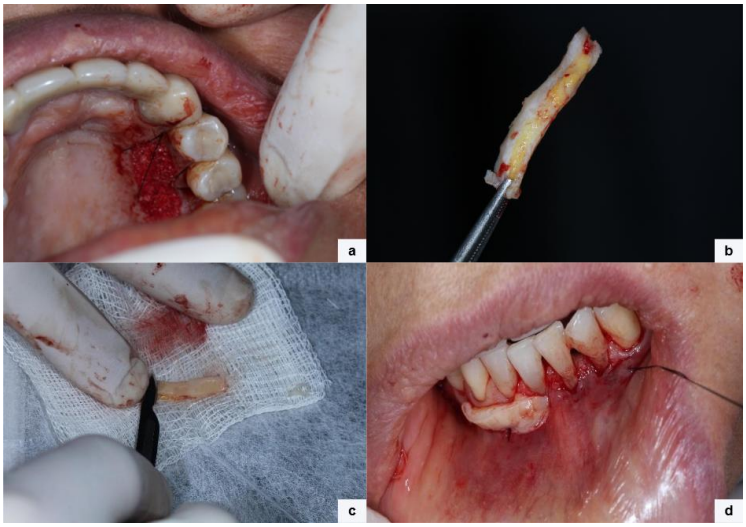
Fonte: Silva JGB, et al., 2026.

Após a etapa prévia, deu-se início ao tratamento cirúrgico, que começou com a antissepsia intraoral com o bochecho com Gluconato de Clorexidina a 0,12% e antisepsia extraoral com Digluconato de Clorexidina 2%, montagem do campo operatório, aplicação da técnica anestésica infiltrativa do nervo mentual para a região receptora e nervo palatino maior para a região doadora, utilizando carpule (Supremo, São Paulo, BR), agulha gengival (PROCARE, São Paulo, BR) 2 tubetes de Articaína 4% com Epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro, BR).

O procedimento cirúrgico dividiu-se em três etapas sendo elas: o preparo da área receptora do enxerto: nesta fase foi realizada uma incisão intrasulcular em face vestibular dos elementos 32, 31 e 41 com micro lâmina Tunnel Blade Cação (Supremo, São Paulo, BR) para permitir uma manipulação tecidual mais atraumática, mantendo as papilas íntegras e em seguida foi realizada uma incisão VISTA na mucosa alveolar, posicionada na região vestibular (**Figura 3**). Por meio dessa abordagem, foi possível a criação do túnel subperiostal com os tunelizadores (Supremo, São Paulo, BR) descolando cuidadosamente os tecidos para preservar as papilas interdentais e permitir a inserção do enxerto (**Figura 3**). Em continuidade, procedeu-se à dissecção intramuscular, possibilitando maior mobilidade dos tecidos e facilitando o posicionamento do enxerto.

A segunda fase da cirurgia teve início com a confecção do guia cirúrgico estéril, para realizar as medições necessárias para determinar o local e o tamanho do enxerto a ser removido. O guia foi posicionado sob o palato, local previamente selecionado como área doadora, procedendo-se à remoção do enxerto por meio da técnica da janela. Para a execução do procedimento, utilizou-se lâmina de bisturi nº 15C (Medix, Cascavel, BR) e foram realizadas duas incisões horizontais e paralelas entre si. Posteriormente, com o auxílio de uma pinça Dietrich (Supremo, São Paulo, BR) e da própria lâmina, efetuou-se a remoção controlada do enxerto (**Figura 4**). Logo após, foram realizadas duas suturas em “X quadrado” com fio de nylon 5-0 (Medix, Cascavel, BR) no leito doador, com o objetivo de favorecer o fechamento adequado da ferida cirúrgica. Para otimizar o processo de cicatrização e minimizar o desconforto pós-operatório, foi posicionada uma esponja hemostática Hemospon (Maquira, Maringá, BR) entre as incisões e as suturas (**Figura 4**).

Figura 4 - (A) Remoção do enxerto; **(B)** Sutura do palato com Hemospon; **(C)** Preparo do enxerto; (D) – Posicionamento do enxerto.



Fonte: Silva JGB, et al., 2026.

Na sequência, foi realizado o preparo do enxerto. O tecido epitelial foi cuidadosamente removido com o auxílio de uma lâmina de bisturi, garantindo uma superfície adequada para o procedimento. Para manter a viabilidade e hidratação do material, o enxerto foi imediatamente imerso em solução fisiológica a 0,9% (Farmace, Barbalha, BR) até o momento da sua utilização (**Figura 4**).

Na terceira etapa, o procedimento cirúrgico foi finalizado com a fixação do enxerto através do túnel, com ponto de sutura simples nas extremidades mesial e distal da área receptora, utilizando fio de nylon 5.0 (Medix, Cascavel, BR) (**Figura 5**). Na sequência foram realizadas suturas suspensórias complementares para o reposicionamento coronal do enxerto, com fio de nylon 5.0 (Medix, Cascavel, BR). Por fim, foram feitas suturas simples para o fechamento da incisão VISTA, com fio de nylon 5.0 (Medix, Cascavel, BR) (**Figura 5**).

Figura 5 - (A) Fixação do enxerto; **(B)** Área de equimose; **(C)** 30 dias após o procedimento cirúrgico; **(D)** 60 dias após o procedimento cirúrgico.



Fonte: Silva JGB, et al., 2026.

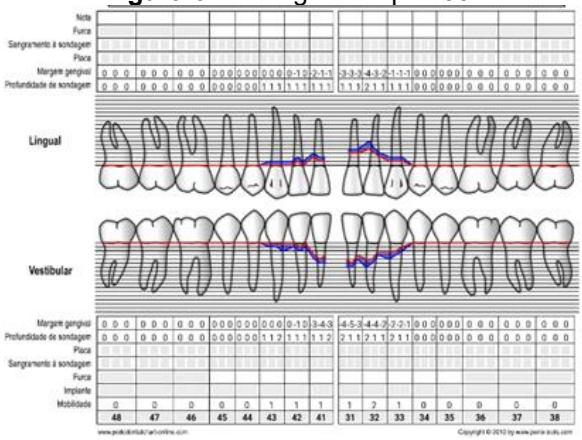
No pós-operatório, o paciente foi orientado a fazer uso de enxaguante com gluconato de clorexidina a 0,12%, iniciando após 12 horas da cirurgia, de maneira leve, 15 ml por 1 minuto duas vezes por dia, por um período de 7 dias. Foi prescrito à paciente: dexametasona 4mg de 12 em 12 horas, por 3 dias, e dipirona 1g

de 6 em 6 horas por 2 dias. A paciente foi instruída a não escovar na área em que foi realizada a cirurgia por 15 dias, alimentação de forma pastosa durante 3 dias e a remoção da sutura da área receptora foi após 15 dias mediante avaliação da cicatrização e as suturas do palato foram removidas 7 dias após a cirurgia.

Além disso, foi realizado um protocolo de laserterapia na paciente para auxiliar o processo de cicatrização e conforto pós-operatório. Imediatamente após a cirurgia foram aplicados 5 pontos de laser infravermelho com potência de 3J na região abaixo do lábio inferior, 5 pontos de laser vermelho com potência de 1J na área receptora do enxerto e 4 pontos de laser vermelho com potência de 1J na região doadora. Em seguida, 24 horas do procedimento, foi empregado o mesmo protocolo de aplicação. Posteriormente, na avaliação de 7 dias, as aplicações de laser foram feitas novamente nos mesmos pontos, com os mesmos parâmetros, adicionando apenas a aplicação de 6 pontos de laser vermelho com a potência de 2J na área da equimose que surgiu na região perioral (**Figura 5**).

Por fim, depois de 60 dias da realização da cirurgia, foi realizado a remoção da contenção rígida, raspagem e alisamento corono-radicular com cureta Gracey 5-6 (Supremo, São Paulo, BR) e um novo periograma (**Figura 5**).

Figura 6 - Periograma após 60 dias.



Fonte: Silva JGB, et al., 2026.

Ao comparar os periogramas inicial e final do caso clínico, observou-se uma evolução significativa dos parâmetros periodontais. Os registros evidenciaram redução importante da recessão gengival e diminuição da profundidade de sondagem nos elementos avaliados, indicando melhora do quadro inflamatório e maior estabilidade periodontal. Além disso, constatou-se redução da mobilidade dentária, resultado diretamente relacionado ao ganho de suporte tecidual e ao melhor controle do biofilme ao longo do acompanhamento.

O presente caso clínico demonstrou que a aplicação da técnica cirúrgica VISTA, associada ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, representa uma abordagem eficaz no tratamento de retrações gengivais associadas à perda óssea severa e mobilidade dentária. Embora não tenha sido possível obter o recobrimento radicular completo, esse resultado já era esperado devido ao elevado grau de complexidade (grau III de Miller), marcado pela perda óssea severa e pela mobilidade dentária. Esses fatores comprometem diretamente o suporte periodontal e dificultam a obtenção de um selamento coronário estável, tornando procedimentos regenerativos mais desafiadores. Ainda assim, os desfechos obtidos foram expressivos: houve recuperação da saúde periodontal, redução da inflamação, melhora da estabilidade tecidual pós-operatória, bem como diminuição da sensibilidade dentária e redução da mobilidade, indicando um ganho funcional relevante. Além disso, observou-se uma importante mudança no fenótipo gengival, que passou de fino para moderado à espesso na região do enxerto, favorecendo maior resistência mecânica e proteção aos dentes afetados.

DISCUSSÃO

Em condições como a apresentada, a cirurgia de enxerto de tecido conjuntivo torna-se particularmente desafiador, uma vez que a perda óssea compromete o suporte periodontal e altera significativamente a

arquitetura tecidual. A redução do volume ósseo disponível diminui a espessura e a estabilidade dos tecidos moles, tornando mais difícil a criação de um leito receptor adequadamente vascularizado para sustentar o enxerto conjuntivo. Além disso, a mobilidade dentária resultante da perda óssea aumenta o risco de micromovimentos durante o processo de cicatrização, o que pode interferir negativamente na integração do enxerto e limitar a previsibilidade do recobrimento radicular. A menor disponibilidade de gengiva inserida e queratinizada também reduz a capacidade de estabilizar o retalho, exigindo técnicas avançadas, como a tunelização subperiostal, para garantir nutrição sanguínea adequada, menor tensão tecidual e melhor adaptação do enxerto (SILVA RS e OLIVEIRA NETO HS, 2023).

O emprego da técnica VISTA proporciona um acesso minimamente invasivo ao leito receptor, preservando as papilas interdentais e permitindo a inserção do enxerto em um túnel subperiostal, o que favorece a vascularização e a integração tecidual. Diferentemente das técnicas convencionais de retalho reposicionado coronalmente, a abordagem vestibular reduz a tensão sobre o retalho e minimiza o risco de deiscência, resultando em melhor cicatrização e estabilidade a longo prazo. Esses achados estão em concordância com estudos que relatam resultados estéticos superiores e menor morbidade pós-operatória com o uso dessa técnica (SIMPLÍCIO IMP, et al., 2024).

O enxerto de tecido conjuntivo, obtido da região palatina, continua sendo considerado o padrão-ouro para o tratamento de retrações gengivais, devido ao seu alto potencial de integração, previsibilidade e ganhos consistentes de espessura tecidual (PELLEGRINI R, et al., 2022). No caso relatado, a escolha desse tipo de enxerto se justificou pela necessidade de obtenção de maior volume e estabilidade tecidual em uma área de complexidade aumentada, uma vez que havia perda óssea severa e mobilidade dentária. O procedimento mostrou-se eficiente, resultando em recobrimento parcial radicular satisfatório e aumento da faixa de tecido queratinizado.

Outrossim, a mudança do fenótipo gengival obtida neste caso, sobretudo a transição de um tecido fino para um fenótipo moderado à espesso, representa um avanço clínico significativo, pois tecidos mais espessos tendem a apresentar maior resistência às tensões funcionais e aos desafios inflamatórios do ambiente oral. Um fenótipo espesso oferece melhor proteção ao periodonto, reduz a probabilidade de novas retrações e favorece uma cicatrização mais estável e previsível. Paralelamente, a reestruturação do epitélio juncional após o procedimento desempenha papel fundamental na restauração da integridade periodontal, uma vez que esse epitélio atua como uma barreira biologicamente ativa, responsável por selar a região cervical do dente e impedir a migração apical de bactérias e toxinas. Assim, a combinação do espessamento tecidual e da reorganização saudável do epitélio juncional contribui diretamente para a manutenção da estabilidade clínica, proteção das estruturas de suporte e prevenção de recorrências a longo prazo (TEIXEIRA KF, et al., 2021).

Além disso, a associação entre a tunelização intramuscular e a incisão VISTA contribuiu para maior mobilidade dos tecidos e adequada adaptação do enxerto sobre as superfícies radiculares, sem comprometer a irrigação sanguínea. Essa combinação técnica permite um fechamento mais estável e promove condições ideais para o processo de cicatrização, o que é corroborado pela literatura (ZADEH H, 2011). Com o processo contínuo de remodelação e maturação tecidual, espera-se que a adaptação do enxerto melhore progressivamente, promovendo maior estabilidade e integridade periodontal ao longo do tempo.

Outro aspecto relevante foi o protocolo prévio de tratamento periodontal, que desempenhou papel essencial na estabilização dos tecidos e no controle da inflamação antes da cirurgia. Essa etapa é indispensável para a previsibilidade dos resultados, visto que a presença de inflamação ativa e a mobilidade dentária podem comprometer a adesão do enxerto e o sucesso do recobrimento.

Por fim, o uso da laserterapia no pós-operatório também se mostrou um recurso valioso, auxiliando no controle da dor, edema e aceleração da cicatrização tecidual. Além disso, a fotobiomodulação promove efeitos bioestimuladores sobre os tecidos, aumentando a atividade mitocondrial e acelerando os processos de reparo celular, o que favorece a formação de novo tecido conjuntivo e a estabilização do enxerto.

Pode se considerar que a técnica VISTA associada ao enxerto conjuntivo representa uma opção cirúrgica viável e mais conservadora para o manejo de retrações gengivais em casos com comprometimento periodontal avançado. Embora não tenha sido possível alcançar o recobrimento radicular completo, observou-se que houve: recuperação da saúde periodontal, redução significativa do processo inflamatório, estabilização tecidual pós-operatória, diminuição da sensibilidade dentária, redução da mobilidade dos dentes envolvidos, mudança do fenótipo gengival e de ganho de tecido queratinizado, favorecendo a higienização e a manutenção do resultado. Esses desfechos, em conjunto, reforçam a eficácia da abordagem adotada e indicam boa expectativa de estabilidade clínica e adaptação tecidual a longo prazo. Como perspectiva futura, recomenda-se a realização de estudos com maior número de casos e acompanhamento longitudinal, a fim de consolidar evidências sobre a previsibilidade dos resultados e o comportamento tecidual a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2013; seção 1:59.
2. BOTELHO MVG, et al. Estudo comparativo entre recobrimento gengival utilizando apenas o enxerto de tecido conjuntivo e recobrimento utilizando a associação entre enxerto de tecido conjuntivo e membrana de fibrina rica em plaquetas avançada (A-PRF) em recessões gengivais do tipo RT1 e RT2. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 2026; 8(3): 614-628.
3. CAIRO F, et al. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. Journal of Clinical Periodontology. 2011; 38(7): 661-666.
4. COBB CM, SOTTOSANTI JS. A re-evaluation of scaling and root planing. Journal of Periodontology, Hoboken, 2021; 92(10): 1370–1378.
5. DE LIMA VHS, et al. Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo e enxerto gengival livre para recobrimento radicular: relato de dois casos clínicos. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020; 12(4): e2791.
6. IMBER JC, KASAJ A. Treatment of gingival recession: when and how? International Dental Journal. 2021; 71(3): 178-187.
7. JEPSEN S, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: consensus report. Journal of Clinical Periodontology, 2018; 45(Suppl.20): S219-S229.
8. JUNIOR MSP, et al. Recobrimento de recessão gengival com enxerto de tecido conjuntivo: relato de caso. Archives of Health Investigation, 2018; 7.
9. LANGER B, LANGER L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. Journal of Periodontology, 1985; 56(12): 715-720.
10. LLANOS AH, et al. Impacto da periodontite agressiva e da periodontite crônica na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2020; 2(8): 37-49.
11. MALUTA R, et al. Root coverage of multiple gingival recessions treated with coronally advanced flap associated with xenogeneic acellular dermal matrix or connective tissue graft: a randomized clinical trial. Clinical Oral Investigations, 2021; 25(10): 5765-5773.
12. PANDIT N, et al. Gingival recession coverage using connective tissue graft and tunnel technique. Journal of Indian Society of Periodontology, 2025; 29(3): 333-336.
13. PELLEGRINI R, et al. Recobrimento radicular com retalho reposicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo ou ao enxerto gengival livre. Revista de Ciências da Saúde REVIVA, 2022; 1(1): 7-9.
14. SILVA RS, OLIVEIRA NETO HS. Recobrimento radicular utilizando enxerto de tecido conjuntivo. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2023; 9(10): 4368-4377.
15. SIMPLÍCIO IMP, et al. Enxerto de tecido conjuntivo para tratamento de recessões gengivais múltiplas pela técnica de tunelização: relato de caso. Brazilian Journal of Case Reports, 2024; 4(Suppl.11): 18.
16. TEIXEIRA KF, et al. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para mudança de fenótipo gengival previamente à regeneração tecidual guiada. 2021.
17. TEJEDO JRI, et al. De-epithelialized free gingival graft versus subepithelial connective tissue graft in the treatment of gingival recession: a systematic review and meta-analysis. Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal, 2025; 30(5): e690-e699.
18. TOLEDANO-OSORIO M, et al. Treating gingival recessions using coronally advanced flap or tunnel techniques with autografts or polymeric substitutes: a systematic review and meta-analysis. Polymers. 2022; 14(7):1453.
19. ZADEH HH. Vestibular incision subperiosteal tunnel access (VISTA): a novel approach for minimally invasive soft tissue augmentation. Journal of Periodontology, 2011; 82(4): 575-582.
20. ZUCCHELLI G, et al. The influence of tooth location and defect depth on the outcomes of coronally advanced flap with or without connective tissue grafts. Journal of Clinical Periodontology, 2014; 41(10): 872-879.