

Recobrimento radicular por meio da técnica de deslocamento lateral de retalho: relato de caso

Root coverage using the flap side displacement technique: case report

Cobertura radicular mediante la técnica de colgajo de desplazamiento lateral: reporte de caso

Paula Otacilia Tavares Pires¹, Sidney Acioly de Albuquerque Costa¹, Tânia Márcia Gomes de Barros Pereira Lopes¹, Fernando José Camello de Lima², Luiz Henrique Carvalho Batista², Luiz Alexandre Moura Penteado², Samara Verçosa Lessa¹.

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente do gênero feminino, 36 anos que apresentava como queixa principal hipersensibilidade dentinária provocada por estímulos térmicos e comprometimento estético, não sabendo informar há quanto tempo apresentava esse desconforto. **Detalhamento de caso:** No exame clínico, foi constatada a presença de recessão gengival classe I de Miller. Ao verificar os seus fatores etiológicos, concluiu-se que a presença de biofilme, trauma de escovação e a inserção do freio labial, colaboraram para o seu desenvolvimento. Foi então decidido realizar uma frenotomia e recobrimento radicular por meio da técnica de deslocamento lateral de retalho. Durante o procedimento cirúrgico, foi também realizado raspagem e alisamento corono radicular e em seguida aplicação tópica de tetraciclina 5%. **Considerações finais:** Com pós-operatório de quatorze meses, foi possível observar ótimo resultado estético, eliminação da hipersensibilidade dentinária, completo recobrimento radicular, ou seja, o sítio receptor foi 100% recoberto com ganho de tecido gengival queratinizado e condições necessárias para manutenção da saúde bucal.

Palavras-chave: Cirurgia Plástica, Recessão Gengival, Tetraciclina.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a female patient, 36 years old, who presented as her main complaint dentin hypersensitivity caused by thermal stimuli and aesthetic impairment, not knowing how long she had had this discomfort. **Case detail:** The clinical examination revealed the presence of Miller class I gingival recession. When verifying its etiological factors, it was concluded that the presence of biofilm, brushing trauma and the insertion of the labial frenulum, collaborated for its development. It was then decided to perform a frenotomy and root coverage using the flap lateral displacement technique. During the surgical procedure, scaling and crown root planing were also performed, followed by topical application of 5% tetracycline. **Final considerations:** With a postoperative period of fourteen months, it was possible to observe an excellent aesthetic result, elimination of dentin hypersensitivity, complete root coverage, that is, the receptor site was 100% covered with gain of keratinized gingival tissue and conditions necessary for maintaining oral.

Keywords: Plastic Surgery, Gingival Recession, Tetracycline.

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de una paciente de sexo femenino, de 36 años de edad, quien presenta como principal motivo de consulta hipersensibilidad dentinaria por estímulos térmicos y deterioro estético,

¹ Centro Universitário Cesmac, Maceió - AL.

² Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL.

desconociéndose desde hace cuánto tiempo presentaba esta molestia. **Detalle del caso:** El examen clínico reveló la presencia de recesión gingival clase I de Miller. Al verificar sus factores etiológicos, se concluyó que la presencia de biopelícula, el traumatismo por roce y la inserción del frenillo labial, colaboraron para su desarrollo. Entonces se decidió realizar una frenotomía y cobertura radicular mediante la técnica de desplazamiento lateral del colgajo. Durante el procedimiento quirúrgico también se realizó raspado y alisado coronario radicular, seguido de aplicación tópica de tetraciclina al 5%. **Consideraciones finales:** Con un postoperatorio de catorce meses, se pudo observar un excelente resultado estético, eliminación de la hipersensibilidad dentinaria, cobertura radicular completa, es decir, el sitio receptor quedó cubierto al 100% con ganancia de tejido gingival queratinizado y condiciones necesarias para la mantenimiento de la salud bucal.

Palabras clave: Cirugía Plástica, Recesión Gingival, Tetraciclina.

INTRODUÇÃO

A recessão gengival é identificada pelo deslocamento da margem gengival apicalmente a junção amelocementária, com conseqüente aumento de coroa clínica e exposição radicular (KASSAB MM, et al., 2010; SMITH RG, 1997; CUNHA FA, 2019). Essa exposição pode ocasionar hipersensibilidade dentinária, maior susceptibilidade à cárie radicular, comprometimento estético e hiperemia pulpar (PERUZO DC, 2011; PEREIRA MLM, 2007).

Kassab MM, et al. (2010), expõem que a recessão gengival pode ser localizada ou generalizada, acometendo principalmente as faces vestibular e lingual, sendo menos encontrada em crianças e mais prevalente em adultos (SUSIN C e AZEVEDO MP, 1997). Segundo Bouchard P, et al. (1994), a prevalência de recessão gengival aumenta com a idade, sendo que as mulheres apresentam menos exposição radicular que homens da mesma faixa etária.

Borghetti A e Monnet-Corti V, et al. (2002) para eles as recessões gengivais apresentam uma etiologia multifatorial, e, portanto, são difíceis de serem determinadas, uma vez que os diferentes fatores podem exercer uma função ou mais ou menos significativa no desenvolvimento de recessões gengivais, ou seja, podem influenciar o hospedeiro, tornando-o mais suscetível ou até mesmo podem estar diretamente relacionados ao desencadeamento dessas recessões (TROMBELLI L, 1999).

Nunes MABC, et al. (2010), relataram que a etiologia mais comum da recessão gengival é o hábito de escovação traumática. Esse tipo de escovação, assim como a presença de inflamação gengival induzida por biofilme, lesões cervicais não cariosas, próteses fixas mal adaptadas, grampos, barras ou selas compressivas em próteses removíveis, violação do espaço biológico, incisão relaxante mal situada, exodontia, movimento ortodôntico fora dos limites ósseos, traumatismo oclusal, tabagismo e hábitos nocivos, atuam como fatores desencadeantes das recessões gengivais (SOARES MR, et al., 2001).

Fatores predisponentes como anatomia óssea, tração exercida por freios e bridas, deiscência óssea, fenestração óssea, cortical óssea fina, ausência ou pequena espessura de tecido gengival queratinizado e má-posição dentária favorecem o desenvolvimento das recessões gengivais (LASCANA NT e MOUSSALLI NH, 1995; BORGHETTI A e MONNET-CORTI V, 2002).

Sullivan HA e Atkins JH (1968), realizaram a primeira classificação de recessão gengival, baseando-se em profundidade e largura. Essa classificação possuía critérios imprecisos, levando em consideração a relação mesio-distal e cervico-oclusal. Quando o eixo axial da recessão se apresenta maior que 3mm, é classificada como recessão larga e profunda; e quando menor que 3 mm, recessão estreita e rasa.

Miller propôs uma classificação, considerando todas as formas de recessões e distinguindo quatro classes. A Classe I é uma recessão do tecido marginal que não se estende até a junção mucogengival. Não havendo perda de osso ou de tecido mole interdentais. Na Classe II, a recessão do tecido marginal se estende até ou além da junção mucogengival. Não havendo perda de osso ou tecido mole interdentais. A Classe III, a

recessão do tecido marginal se estende até ou além da junção mucogengival com perda incipiente dos tecidos periodontais e interdentais. Já na Classe IV, a recessão marginal se estende além da junção mucogengival e há uma perda mais avançada que pode alcançar mucosa alveolar (MILLER PD, 1985).

Tendo em vista essa classificação de Miller, somente recessões classes I e II têm uma previsibilidade de 100% de cobertura radicular por meio das técnicas cirúrgicas adequadamente selecionadas. Já nas recessões classe III, espera-se uma cobertura parcial e as de classe IV, mostram-se com prognóstico mais desfavorável (MILLER PD, 1985). Portanto, fica claro que o prognóstico de recobrimento radicular depende da vascularização advinda do periosteio e tecido conjuntivo existentes na região interproximal (DUARTE CA, CASTRO MVM, 2004; PALIOTO DB, et al., 2005).

O tratamento das recessões gengivais por meio de cirurgia plástica periodontal é indicado devido a vários fatores como: aspecto antiestético, abrasões cervicais, hipersensibilidade dentinária, evitar lesão cariada radicular superficial, assim como a evolução e consequências do defeito (BORGHETTI A e MONNET-CORTI V, 2002).

Grube HE e Warren RF (1956), descreveram inicialmente a técnica de deslocamento lateral de retalho, sendo uma das técnicas mais antigas de cirurgia plástica periodontal. Trata-se de um enxerto pediculado com vascularização proveniente da base do retalho, sem a perda de contato com a fonte nutricional, que constitui a sua principal vantagem, somada a resultados satisfatórios em relação ao recobrimento radicular, além de oferecer uma relação de cor ideal entre os tecidos (GREGHI SLA, et al., 2000).

Quando bem indicada, apresenta eficiência e precisão, prevendo-se um ótimo resultado estético (NASSAR CA, et al., 2008). Para isso, a sua indicação depende de um sítio doador apropriado com tecido queratinizado adjacente, papilas íntegras e recessão gengival localizada (BORGHETTI A e MONNET-CORTI V, 2002).

Porém, a técnica apresenta algumas desvantagens, como possibilidade de causar recessão gengival na área doadora e dor pós-operatória, bem como algumas limitações, como múltiplas recessões e severa perda óssea interproximal (SMUKLER H, 1976; GUINARD E, CAFFESSE RG, 1978). Uma série de modificações da técnica de deslocamento lateral de retalho foram propostas (STAFILENO H, 1964 apud FELTRIN V, 1999; GRUPE HE, 1966; BJORN H, 1971; HOLT RL, 1996).

O objetivo do estudo foi relatar o caso de uma cirurgia de recobrimento radicular por meio da técnica de deslocamento lateral de retalho em um paciente portador de hipersensibilidade dentinária e incômodo estético. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número CAAE: 63980722.7.0000.0039 e número de parecer: 5.710.849.

DETALHAMENTO DO CASO

A paciente, 36 anos, gênero feminino, compareceu à clínica de Odontologia de uma instituição privada, apresentando a seguinte queixa: “Esse dente dói com água gelada”. A paciente referia hipersensibilidade dentinária provocada por estímulos térmicos e comprometimento estético, não sabendo informar há quanto tempo apresentava esse desconforto.

Durante anamnese, relatou hábito nocivo de morder palito de dente e tampa de caneta em dentes anteriores, não ser alérgica (inclusive a medicamentos) e estar sob acompanhamento médico por ser diabética tipo 2 e ter hipertensão arterial, ambas controladas por meio de dieta e medicamentos: Propranolol, Hidroclorotiazida e Benzamida.

No exame intrabucal, foi constatado a presença de recessão gengival na vestibular do elemento 41. Após investigação dos fatores etiológicos, concluiu-se que a presença de fatores determinantes como biofilme e trauma da escovação, assim como fator predisponente pela inserção do freio labial inferior que exercia uma tração na margem gengival em direção apical, podem ter colaborado para o surgimento/desenvolvimento dessa recessão gengival.

Tabela 1 – Registro dos dados do periodontograma do elemento 41 (pré-operatório).

Dente	Face	41		
		Distal	Mediano	Mesial
Sangramento	Vestibular	Ausente		
Posição Margem Gengival	Vestibular	1 mm	1,5 mm	1 mm
Profundidade Sondagem Vertical	Vestibular	2 mm	1 mm	3 mm
Nível Clínico Inserção	Vestibular	3 mm	2,5 mm	4 mm
Sangramento	Lingual	Ausente	Ausente	Ausente
Posição Margem Gengival	Lingual	0 mm	0 mm	0 mm
Profundidade Sondagem Vertical	Lingual	2 mm	1 mm	3 mm
Nível Clínico Inserção	Lingual	2 mm	1 mm	3 mm
Mobilidade		Ausente		

Fonte: Pires POT, et al., 2023.

A paciente foi informada sobre a possibilidade de recobrimento radicular pela técnica do deslocamento lateral de retalho, com o objetivo de recobrir a superfície desnuda, sendo este um meio possível para eliminar a hipersensibilidade dentinária, melhorar o comprometimento estético, assim como aumentar a faixa de tecido queratinizado. Concordando com a intervenção cirúrgica, a mesma assinou um termo de consentimento, bem como a autorização para a realização do presente relato de caso.

Decorridos 21 dias, quando concluído o plano de tratamento inicial, verificou-se a saúde gengival e sistêmica, sendo confirmado com a realização do exame de glicemia capilar 124 mg/dl, assim como não foi observada na cavidade oral nenhuma alteração significativa, executou-se o procedimento cirúrgico para o recobrimento radicular do elemento 41. Antes deste procedimento, foi aferida a pressão arterial (130/80mmHg). Em seguida, foi realizado bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% (PerioGard®/Brasil), utilizando 15ml durante 1 minuto e antissepsia com polvidine degermante 10% (Riodeine®/Brasil), seguido de anestesia do nervo mentoniano e terminações nervosas do nervo lingual (ao nível do elemento 41), utilizando cloridrato de lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000 (Alphacaine100®/Brasil).

O ato cirúrgico foi iniciado com incisão, utilizando uma lâmina nº15 (Free-Bac®/China), montada em cabo de bisturi nº3 (Golgran®/Brasil), foi realizada na disto-vestibular do elemento 42 (área doadora), uma incisão vertical parapapilar partindo da gengiva marginal até linha mucogengival, seguida de uma incisão oblíqua mesializada (na direção da recessão) atingindo a mucosa alveolar com o intuito de evitar tensões na base do retalho. Na mesio-vestibular do mesmo elemento, foi realizada uma incisão vertical partindo da gengiva marginal até a linha mucogengival. Assim, foi delimitada uma área trapezoidal para a criação de um retalho de espessura total.

Figura 1 – Incisão vertical parapapilar e incisão oblíqua.



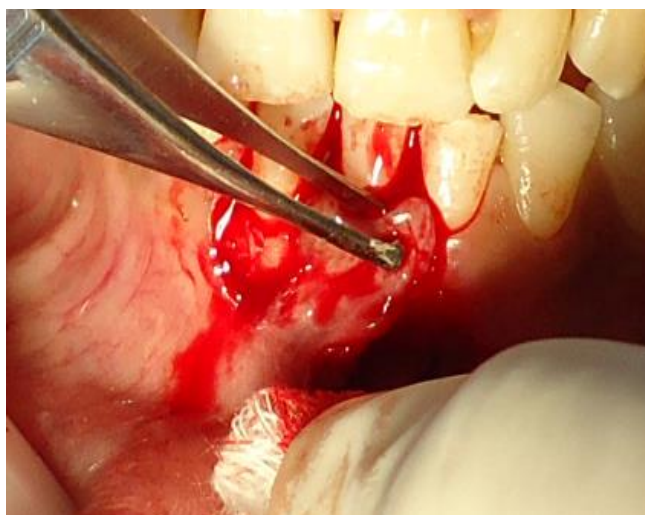
Fonte: Pires POT, et al., 2023.

A Frenotomia labial inferior foi realizada com bisturi um corte perpendicular ao longo eixo do freio para eliminar a tração que o mesmo exercia no tecido mole em direção apical, participando como fator predisponente no desenvolvimento da recessão em questão

Realizou-se com o bisturi o debridamento do epitélio da papila mesio-vestibular do elemento 41. Em seguida, foi utilizado o gengivotomo de Kirkland 15-16 (Golgran®/Brasil) com a parte mais larga. Foram realizados movimentos de distal para mesial partindo da gengiva marginal até a linha mucogengival, com o objetivo de expor o tecido conjuntivo ao meio bucal. Finalizando o debridamento, foi utilizado a tesoura de Goldman Fox (Golgran®/Brasil) para a remoção das irregularidades do tecido gengival, como rebarbas⁴³.

Foi realizada a desinserção do retalho, para obter o retalho de espessura total, foi necessária a utilização de gengivotomo de Orban 1-2 (Golgran®/Brasil), descolador de Molt (Golgran®/Brasil) e bisturi. O retalho foi então movimentado lateralmente sob a área receptora, que ocorreu de forma passiva, não apresentando tensão ou resistência, uma característica considerada fundamental para a nutrição, fixação e estabilidade do tecido doador.

Figura 2 - Retalho movimentado lateralmente sob a área receptora.



Fonte: Pires POT, et al., 2023.

Foi feito raspagem e alisamento corono radicular com cureta Grayce 5-6 (Golgran®/Brasil), devido à necessidade da remoção de restos cementários que tornam a superfície mais irregular, funcionando como uma barreira física ao restabelecimento de nova inserção, impedindo a regeneração dos tecidos periodontais, podendo trazer complicações à fixação do tecido gengival doador.

Logo em seguida, foi realizada aplicação tópica de tetraciclina a 5%. Removeu-se da cápsula o pó de tetraciclina 50mg/ml, sendo diluída com 10ml de soro fisiológico em um pote dappen de vidro (Golgran®/Brasil) estéril.

Foi obtida uma consistência pastosa, formada a partir do pó que decantou no fundo do pote dappen, sendo posicionada sobre a raiz com auxílio de descolador de Molt durante um minuto, com o propósito de remover *smear layer*, inibir a collagenase, propiciar uma desmineralização, expondo, assim, os túbulos dentinários e a matriz colágena da dentina, facilitando a adesão e o crescimento de células dos tecidos periodontais, objetivando a formação de uma nova inserção.

Após o condicionamento da superfície radicular, foi realizada irrigação da área com solução fisiológica (Halexistar®/Brasil) durante um minuto, utilizando uma seringa descartável de 10ml (BD Plastipak®/Brasil).

Figura 3 - Aplicação tópica de tetraciclina.



Fonte: Pires POT, et al., 2023.

O retalho posicionado lateralmente foi imobilizado por meio de sutura em suspensório na mesial do elemento 41, com o intuito de evitar o deslocamento apical e distal do retalho, seguida de sutura simples na distal do mesmo elemento, utilizando-se fio nylon 6-0 (Somerville®/Brasil). O sítio doador ficou com área cruenta para sofrer uma cicatrização por segunda intenção. Foi utilizada uma película de chumbo removida de filme radiográfico (Kodak®/USA) com o intuito de evitar o contato direto do cimento cirúrgico com a sutura, evitando traumas na área operada durante a remoção desse cimento. Com uma placa de vidro (Golgran®/Brasil) estéril e espátula n°36 (Golgran®/Brasil), foi manipulado e posicionado sob a área operada o cimento cirúrgico PerioBond (Dentsply®/Brasil) pasta/pasta sem eugenol

Foi recomendado não mastigar no local, realizar uma dieta com alimentação líquida, pastosa e fria, assim como não escovar sobre o cimento cirúrgico. Foi prescrito medicação anti-inflamatória com efeito analgésico: Nimesulida® 100mg 12/12 horas durante 3 dias. Com o pós-operatório de 7 dias foi observado que o cimento cirúrgico se apresentava em bom estado de limpeza, com ausência de odores, mostrando o cuidado que a paciente teve com a higienização durante o pós-operatório. Após remover o cimento cirúrgico, foi observado que não haveria necessidade de continuar com a sutura por mais 7 dias como fora planejado inicialmente, sendo então removida na mesma sessão.

Com o pós-operatório de 21 dias: clinicamente observa-se em processo de reparação tecidual a área doadora que ocorre cicatrização por segunda intenção (elemento 42). Com o pós-operatório 1 mês: observa-se a criação de recessão gengival de 0,5mm na área doadora. Com o pós-operatório de 2 meses: com dois meses de pós-operatório, observa-se apenas a marca da cicatrização da frenotomia, com o pós-operatório de 6 meses: completo recobrimento radicular do elemento 41 e ótimo resultado estético. E por fim, após 14 meses nota-se manutenção dos resultados clínicos avançados (**Figura 4**).

Figura 4 - Pós-operatório 14 meses.



Fonte: Pires POT, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Kassab MM, et al. (2010) e Smith RG (1997) definem a recessão gengival como o deslocamento da posição da margem gengival em direção apical, expondo clinicamente a junção amelocementária. No caso apresentado, tratou-se de uma paciente do gênero feminino, 36 anos, diabética, hipertensa e ainda com um quadro de gengivite localizada induzida por biofilme associada a fatores locais. Na literatura pesquisada, não foi encontrada uma correlação etiológica específica entre alterações sistêmicas e recessões gengivais.

Encontra-se dificuldade em definir com segurança uma causa para as recessões gengivais por apresentarem uma etiologia multifatorial (YARED KFG, et al., 2006; BORGHETTI A e MONNET-CORTI V, 2002). Nunes MABC, et al. (2010), consideram a escovação traumática o fator etiológico. Soares e Vargas (2001), afirmaram que o biofilme é o fator primordial.

Já Lascala NT e Moussalli NH (1995), relatam que outro fator etiológico é a posição dos freios e bridas quando sua inserção se encontra em mucosa queratinizada, podendo afetar a saúde gengival, levando a uma interferência na correta colocação da escova dental, como também uma tração muscular, expondo o sulco gengival aos depósitos do biofilme. Foi mostrado no caso relatado, a presença de elementos etiológicos da recessão já descritos na literatura pesquisada: freio labial com inserção em mucosa queratinizada, escovação deficiente e presença de biofilme.

De acordo com Duarte CA e Castro MVM (2004), os freios são considerados como fatores predisponentes da recessão gengival. Por essa questão, foi planejado no momento da cirurgia a realização de uma frenotomia a fim evitar tensões mecânicas sobre o tecido e assim colaborar com um insucesso ou recidiva da recessão gengival.

Muitas vezes, os portadores de recessões gengivais apresentam sintomas de ordem dolorosa provocada por estímulos mecânicos, térmicos e químicos, a hipersensibilidade dentinária, que possuem além das recessões gengivais, outros fatores etiológicos, como: lesões cervicais não cariosas, raízes proeminentes, deficiência na escovação ou excesso de força nos procedimentos de limpeza (PERUZO DC, 2011; DOWEL P, et al., 1985).

Brugnera Jr A e Zanin F (1998), assim como Haywood VB (2002), relatam diversos tratamentos para hipersensibilidade dentinária, como: dentifrícios específicos, flúor, dessensibilizantes, uso de laser, restaurações, tratamento endodôntico e cirurgia mucogengival. Haywood, relata ainda que a cirurgia mucogengival vem se mostrando bastante eficiente para o tratamento de raízes expostas, podendo contribuir para a eliminação da hipersensibilidade dentinária. Como a queixa principal da paciente estava relacionada tanto a hipersensibilidade dentinária, quanto ao comprometimento estético, optou-se por um tratamento cirúrgico de recobrimento radicular.

Grupe HE e Warren RF (1956), introduziram inicialmente a técnica de deslocamento lateral de retalho e é uma das técnicas mais antigas de cirurgia plástica periodontal, que durante 25 anos foi o único procedimento disponível capaz de recobrir raízes expostas. Tomamos como base Borghetti A e Monnet-Corti V (2002) no caso clínico relatado, que usou critérios de seleção para cirurgia de recobrimento radicular, utilizando a técnica de deslocamento lateral de retalho.

Gregghi SLA, et al. (2000), relata como principal vantagem dessa técnica, a íntegra vascularização do tecido deslocado, garantindo uma melhor cicatrização, boa previsibilidade de recobrimento radicular, excelente aspecto estético e obtenção de boa altura de tecido queratinizado. Borghetti A e Monnet-Corti V (2002), relatam que a técnica de deslocamento lateral de retalho fornece uma melhor altura de tecido queratinizado quando comparado ao retalho posicionado coronalmente. A técnica de enxerto conjuntivo, apresenta a desvantagem de uma intervenção cirúrgica de gengivoplastia em um segundo momento devido a obtenção de um resultado volumoso (HARRIS RJ, 2000).

Harris RJ (2002), relata que quando relacionado ao enxerto de matriz dérmica acelular, essa técnica apresenta problemas na estabilidade a longo prazo. Já a técnica semilunar citada por Tarnow DP (1986), é contraindicada em mandíbula.

Porém, Guinard E e Caffesse RG (1978), assim como Smukler H (1976), relataram alguns problemas associados a técnica de deslocamento lateral de retalho, como um incompleto recobrimento radicular, possibilidade de causar recessão gengival na área doadora, dor pós-operatória, já que a cicatrização ocorre por segunda intenção, como também pode ocorrer a diminuição da faixa de mucosa queratinizada.

Gregghi SLA, et al. (2000) e Miller PD (1985), apresentam certas limitações que podem contraindicar o seu uso, como: áreas com bolsas profundas na região interproximal, severa perda óssea interproximal, locais de abrasões radiculares extensas ou profundas, quantidade insuficiente de gengiva disponível para o reposicionamento, vestibulo raso, inserções de freios no sítio doador e múltiplas recessões adjacentes.

A técnica original de deslocamento lateral de retalho, que foi descrita por Grupe e Warren, consistia de uma incisão vertical em cada lado da recessão e uma horizontal na base do retalho. Outra incisão vertical era realizada, incluindo a papila lateral ao defeito, estendendo-se até a mucosa alveolar. É então obtido um retalho de espessura total.

O retalho era então posicionado lateralmente sobre a área da recessão e suturada. Uma série de modificações neste procedimento foram propostas, como Stafileno H (1964) apud Feltrin V (1999); Grupe HE (1966), que anos depois modificou sua própria técnica realizando uma incisão horizontal distante do rebordo gengival.

O emprego de substâncias químicas para o condicionamento da raiz após a RACR no elemento com recessão gengival é realizado na tentativa de tornar a superfície radicular exposta ao meio bucal biologicamente compatível com os tecidos periodontais. As substâncias químicas que mais se destacam para o condicionamento da raiz são: cloridrato de tetraciclina, EDTA e o ácido cítrico (POLSON AM, et al., 1984).

O ácido cítrico com pH 1 foi o pioneiro dos produtos químicos usados como coadjuvante da RACR, pois promovem a cementogênese, maior inserção de fibroblastos e neoformação óssea, porém, a necrose causada nos tecidos adjacentes devido ao seu baixo pH contraindica seu uso (BLOMLOF JPS e LINDSKOG S, 1995).

Madison JG e Hokett SD (1997), realizaram um estudo para avaliar os diferentes tipos de tetraciclina (cloridrato de tetraciclina, sumicina, dixicilina e minociclina), dentre todas, o cloridrato de tetraciclina demonstrou maior capacidade de remoção de *smear layer* e abertura de túbulos dentinários, porém, como desvantagem, apresentava um pH baixo. Já o EDTA possui a vantagem de ter pH neutro em torno de 7,0, além da eficiência na remoção da *smear layer* e não demonstrar indícios de efeito necrosante aos tecidos periodontais (BLOMLOF J e LIDSKOG S, 1995).

Sterrett JD e Murphy HJ (1989), concluíram que a forma de aplicação por atrição, remove uma camada maior de *smear layer* que a forma tópica. Bergenholtz A e Babay N (1998), em contraposição a essa pesquisa, propuseram que o modo de atrição, além de remover a camada inorgânica, é levado a romper fibras colágenas, o que não se nota no modo tópico. Na presente cirurgia, foi realizada aplicação tópica de cloridrato de tetraciclina a 5% durante 1 minuto, pois esta substância oferece facilidade em sua aplicação, devido a coloração amarelada, tendo assim um controle da delimitação na região aplicada.

O resultado deste caso clínico teve como vantagens o completo recobrimento do dente portador da recessão gengival, ou seja, o sítio receptor foi 100% recoberto com ganho de tecido gengival queratinizado, além da eliminação da queixa principal da paciente que era a hipersensibilidade dentinária e o comprometimento estético. Como desvantagem, houve a perda de 0,5 mm de altura de tecido gengival queratinizado do sítio doador, porém, a paciente não relatou hipersensibilidade dentinária e nem problema estético no mesmo.

A técnica de deslocamento lateral de retalho mostrou-se eficiente para a paciente do caso clínico. Com o pós-operatório de quatorze meses, foi possível observar resultado clínico favorável, completo recobrimento radicular com ganho clínico de tecido queratinizado, tornado a área mais protegida das enfermidades periodontais, ótimo resultado estético e eliminação da hipersensibilidade dentinária, devolvendo assim, condições necessárias para a manutenção da saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. BERGENHOLTZ A e BABAY N. Scanning electron microscopy of the root surface texture of extracted periodontally diseased teeth following various etching and chelating regimens. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.*, 1998; 18(2): 171-179.
2. BJORN H. Coverage of denuded root surfaces with a lateral sliding flap. Use of free gingival grafts. *Odont. Revy.* 1971; 22(1):37-44.
3. BLOMLÖF JPS, LINDSKOG S. Periodontal tissue-vitality after different etching modalities. *J Clin Periodontol.* 1995a; 22(6):464-468.
4. BORGHETTI A, MONNET-CORTI V. *Cirurgia Plástica Periodontal.* 2002; Ed. Artmed. 4:117-146.
5. BOUCHARD P, ETIENNE D, OUHAYOUN JP, NILVÉUS R. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions. A comparative study of 2 procedures. *J Periodontol.* 1994; 65(10):929-936.
6. CUNHA FA. Decisão quanto a escolha da técnica de recobrimento radicular: Relato de caso clínico. *Journal of Health Sciences*, 2014; 16(4).
7. DOWEL P, et al. Dentine hypersensitivity: a etiology, differential diagnosis and management. *Br Dent J.*, 1985; 158(3): 92-96.
8. DUARTE CA e CASTRO MVM. *Cirurgia estética periodontal.* 2004; 7: 71-97.
9. FELTRIN V. *Periodontia Estética Recessão gengival.* [Monografia]. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Periodontia. 1999.
10. GREGHI SLA, et al. Recobrimento radicular – técnica do deslize lateral do retalho. *J Bras Clín Est Odontol.*, 2000; 4(23): 11-8.
11. GRUPE HE e WARREN RF. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. *J Periodontol.*, 1956; 27(2): 92-95.
12. GRUPE HE. Modified technique for the sliding flap operation. *J Periodontol.* 1966; 37(6): 491-495.
13. GUINARD E e CAFFESSE RG. Treatment of Localized Gingival Recessions. Part. I. Lateral Sliding Flap. *J. Periodontol.*, 1978; 49(7): 351-356.
14. HARRIS RJ. Cellular dermal matrix used for root coverage: 18- month follow-up observation. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.*, 2002; 22(2): 156-163.
15. HARRIS RJ. Double pedicle flap - predictability and aesthetics using connective tissue. *Periodontol* 2000, 1996; 11: 39-48.
16. HAYWOOD VB. Hipersensibilidade dentinária: considerações sobre clareamento e restauração para um controle bem-sucedido. *Internacional Dental Journal*, 2002; 52: 376-384.
17. HOLT RL. Tratamento dos Defeitos dos Tecidos Moles e Problemas Mucogengival. In: Rosemberg M. *Tratamento Periodontal e Protético para casos avançados.* 2 ed. São Paulo: Quintessence editora LIDA, 1996; 3: 113-133.
18. KASSAB MM, et al. Treatment of gingival recession. *Dent Clin North Am.*, 2010; 54(1): 129-140.
19. LASCALA NT e MOUSSALLI NH. *Compêndio terapêutico periodontal.* 1995; Ed. Artes Médicas. 18: 377-379.
20. MADISON JG e HOKETT SD. The effects of different tetracyclines on the dentin root surface of instrumented, periodontally involved human teeth: a comparative scanning electron microscope study. *J Periodontol.*, 1997; 68(8): 739-745.
21. MILLER PD JR. Root coverage using a free soft tissue autograft following citric acid application. III. A successful and predictable procedure in areas of deep-wide recession. *Int J Periodont Rest Dent.*, 1985; 5(2): 14-37.
22. MILLER PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.*, 1985; 5(2): 8-13.
23. NASSAR CA, et al. Estética periodontal através de retalho deslocado lateralmente: revisão de literatura. *Revista Paranaense perio/implante*, 2008; 3(3): 11-16.
24. NUNES MABC, et al. Lesões cervicais não-caríosas associadas ao recobrimento radicular: quando restaurar? *R. Periodontia*, 2010; 20(4): 20-29.
25. PALIOTO DB, et al. Recessões gengivais. In: Paiva JS, Almeida RV. *Periodontia. A atuação clínica baseada em evidências científicas.* Editora São Paulo: Artes Médicas, 2005; 1: 245-273.
26. PEREIRA MLM. *Considerações sobre a etiologia, classificação e recobrimento das recessões gengivais.* [Monografia]. Associação Brasileira de Odontologia. 2007.
27. PERUZO DC. Hipersensibilidade dentinária cervical: diagnóstico, etiologia e tratamento. *Rev Perio News*, 2011; 5: 480-486.
28. POLSON AM, et al. The production of a root surface smear layer by instrumentation and its removal by citric acid. *J Periodontol.* 1984; 55(8): 443-446.

29. SMITH RG. Gingival recession. Reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. *J Clin Periodontol.*, 1997; 24(3): 201-205.
30. SMUKLER H. Laterally positioned mucoperiosteal pedicle grafts in the. A clinical and statistical study. *J. Periodontol.*, 1976; 47(10): 590-595.
31. SOARES MR e VARGAS AMD. Prevalência de recessão gengival inflamatória em crianças de escola pública de Belo Horizonte (MG). *Rev CROMG*, 2001; 7(3): 157-163.
32. STAFILENO H. Management of gingival recession and root exposure problems associated with periodontal disease. *D. Clin N. Am.*, 1964; 113.
33. STERRETT JD e MURPHY HJ. Citric acid burnishing of dentinal root surfaces. A scanning electron microscopy report. *J Clin Periodontol.*, 1989; 16(2): 98-104.
34. SULLIVAN HA e ATKINS JH. Free autogenous gingival grafts. III Utilisation of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics*, 1968; 6: 152-160.
35. SUSIN C e AZEVEDO MP. Prevalência de recessão gengival em escolares e sua relação com o estado inflamatório gengival. *R. Periodontia*, 1997; 6(1): 41-45.
36. TARNOW DP. Semilunar coronally positioned flap. *J Clin Periodonto*, 1986; 13(3):1 82-185.
37. TROMBELLI L. Periodontal regeneration in gingival recession defects. *Periodontol.*, 1999; 19: 138-150.
38. YARED KFG, et al. Etiologia multifatorial da recessão periodontal. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, 2006; 11(6): 45-51.