



SOCIEDADE EDUCACIONAL VERDE NORTE S/C LTDA
FACULDADE VERDE NORTE - FAVENORTE
CURSO BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL ASSOCIADO À
TÉCNICA DO TÚNEL: Relato de caso clínico

AMANDA SERAPIÃO SOARES

GIZELLY ANTUNES VIANA

GABRIELA CRISOSTOMO DA SILVA

NATHÁLIA SILVEIRA COSTA SENA

MARGARETE FERNANDES DO ESPIRITO SANTOS

MATO VERDE

2021

AMANDA SERAPIÃO SOARES

GIZELLY ANTUNES VIANA

GABRIELA CRISOSTOMO DA SILVA

NATHÁLIA SILVEIRA COSTA SENA

MARGARETE FERNANDES DO ESPIRITO SANTOS

**ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL ASSOCIADO À
TÉCNICA DO TÚNEL: Relato de caso clínico**

Trabalho de Conclusão de Curso I
apresentado ao curso de Graduação em
Odontologia da Faculdade Verde Norte,
mantida pela Sociedade Educacional
Verde Norte, como requisito parcial para
obtenção de título de Bacharel em
Odontologia.

Orientador: Marcone de Oliveira Rocha

Coorientadora: Mércia Otaviana Barbosa de Sá

MATO VERDE

2021

AMANDA SERAPIÃO SOARES

GIZELLY ANTUNES VIANA

GABRIELA CRISOSTOMO DA SILVA

NATHÁLIA SILVEIRA COSTA SENA

MARGARETE FERNANDES DO ESPIRITO SANTOS

**ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL ASSOCIADO À
TÉCNICA DO TÚNEL: Relato de caso clínico**

Trabalho de Conclusão de Curso I apresentado ao curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Verde Norte, mantida pela Sociedade Educacional Verde Norte S/C Ltda, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Convidado: Rodrigo Andraus de Andrade
Formação: Mestre em Odontologia
Instituição: Faculdade Verde Norte - FAVENORTE

Marcone de Oliveira Rocha
Formação/titulação: Mestre em Odontologia
Faculdade Verde Norte – FAVENORTE

Mércia Otaviana Barbosa de Sá
Formação/titulação: Mestre em Educação Científica
Faculdade Verde Norte – FAVENORTE

Lista de abreviaturas e siglas

FAVENORTE – Faculdade Verde Norte;

Gengiva Inserida (AG);

Gengiva Marginal Livre (FG);

Junção Cimento-Esmalte (CEJ);

Junção Mucogengival (MGJ).

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lista de Figuras

FIG. 1 - Divisão anatômica da gengiva.

FIG. 2 - Estruturas anatômicas da gengiva. Gengiva Marginal Livre (FG) e Gengiva Inserida (AG). Pelos lados vestibular e lingual, a gengiva livre estende-se a partir da margem gengival em direção apical até a Ranhura Gengival Livre, que se acha posicionada em um nível correspondente à Junção Cimento-Esmalte (CEJ). A gengiva inserida é demarcada pela Junção Mucogengival (MGJ) na direção apical.

FIG. 3 - Gengiva normal no adulto jovem. As setas demarcam a linha mucogengival entre a gengiva inserida e a mucosa alveolar mais escura.

FIG. 4 - Aspecto clínico, presença de recessão gengival no dente 14.

FIG. 5 – Defeito de recessão gengival – Classe I de Miller.

FIG. 6 – Defeito de recessão gengival – Classe II de Miller.

FIG. 7 - Defeito de recessão gengival – Classe III de Miller.

FIG. 8 - Defeito de recessão gengival – Classe IV de Miller.

FIG. 9- Aspecto inicial da recessão gengival.

Resumo da proposta

Introdução: A recessão gengival é a migração apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte levando a uma exposição radicular. O enxerto conjuntivo subepitelial combinado a diversos tipos de retalho é largamente utilizado na prática clínica no tratamento de recessões gengivais. **Objetivo:** Relatar um caso clínico utilizando a técnica de enxerto conjuntivo subepitelial associado a técnica do túnel para recobrimento radicular. **Relato de caso:** Paciente N.S.C.S, 25 anos, leucoderma, não fumante e sem alterações sistêmicas, procurou atendimento queixando-se que gengiva “mostra a raiz do dente e compromete a estética”. Ao exame clínico foi observada a presença de retração gengival Classe II de Miller no dente 14. Devido à retração gengival ser unitária e a área doadora do enxerto apresentar características clínicas de normalidade, espessura e extensões suficientes para obtenção de tecido para recobrimento. Foi proposta a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado à técnica do túnel para o recobrimento radicular.

Palavras-Chave: Enxerto gengival; Tecido gengival; Cirurgia periodontal.

Sumário

1	Introdução	08
1.1	Justificativa	10
1.2	Objetivos	11
1.2.1	Objetivo geral	11
1.2.2	Objetivos específicos	11
2	Fundamentação teórica	12
2.1	Tecido Gengival	12
2.2	Recessão Gengival	14
2.2.1	Definição	14
2.2.2	Histopatogenia	15
2.2.3	Epidemiologia	15
2.2.4	Etiologia	15
2.2.5	Classificação	16
2.3	Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial por tunelização	18
2.3.1	Técnica Cirúrgica	19
2.3.2	Vantagens	20
2.3.3	Desvantagens	20
3	Relato de Caso	21
4	Cronograma físico	22
5	Orçamento e Recursos	23
	Declaração de recursos próprios	24
	Referências	25
	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Relato de Caso Clínico	28

1 Introdução

A gengiva é uma mucosa oral, que quando está saudável é basicamente caracterizada por sua coloração rósea, consistência firme e contorno, as papilas interdentais são firmes, não sangra a sondagem delicada. Apresenta relação específica com a superfície do dente, constituindo a maior defesa periférica contra a infecção microbiana que possa levar à doença periodontal (ANDRADE, 2017).

A recessão gengival é a migração apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte levando a uma exposição radicular. Essa condição tem alta prevalência na população, chegando a atingir mais do que 50% da população. As recessões gengivais são parte dos problemas periodontais que prejudicam a estética e a função (COSTA *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2018).

As recessões gengivais podem ser corrigidas através de cirurgia plástica periodontal, que tem o intuito de corrigir o contorno anatômico da margem gengival, o que permite um controle adequado da placa bacteriana e conseqüentemente a melhora da saúde periodontal. Estudos mostram resultados satisfatórios com a utilização do enxerto de tecido conjuntivo, mostram que além do recobrimento radicular a técnica é efetiva para promover ganho clínico de inserção e de tecido queratinizado, a principal vantagem deste procedimento em relação aos demais é o duplo suprimento sanguíneo, que aumenta consideravelmente o grau de previsibilidade, o sucesso terapêutico (VENTURIM *et al.*, 2011; CUNHA *et al.*, 2014).

O enxerto conjuntivo subepitelial combinado a diversos tipos de retalho é largamente utilizado na prática clínica no tratamento de recessões gengivais. Entre as opções terapêuticas está à técnica do túnel associada ao enxerto conjuntivo subepitelial. Uma vantagem particular desta técnica é o fato de permitir aumentar a espessura gengival simultaneamente ao recobrimento radicular. Além disso, o suprimento sanguíneo é proporcionado tanto pelo retalho quanto pelo leito receptor. É possível abordar múltiplos dentes em um único procedimento. Devido à pequena exposição no sítio doador após a remoção do enxerto, há uma rápida cicatrização e pequeno desconforto pós-operatório (STIMMELMAY *et al.*, 2011; PALMA 2013; ZÜHR *et al.*, 2014).

Os resultados deste procedimento apresentam harmonia de cor e estética na região tratada. Entre as desvantagens desta técnica está o fato dela ser trabalhosa, quando comparada com o enxerto gengival livre, a epitelização é mais demorada. A técnica de

tunelização é uma alternativa às técnicas tradicionais, como a técnica de retalho de reposicionamento coronal com enxerto de tecido conjuntivo (STIMMELMAY *et al.*, 2011; PALMA 2013; ZÜHR *et al.*, 2014).

O sucesso da cirurgia do tratamento das recessões gengivais é determinado pela camada de cobertura radicular, volume dos tecidos moles, aparência, falta de inflamação gengival. Qualquer técnica que for utilizada, o resultado final deve ser indistinguível das outras regiões que não apresentam recessão (CREDICO, 2017). Portanto, o objetivo deste trabalho será relatar um caso clínico utilizando a técnica de tecido conjuntivo subepitelial por tunelização para recobrimento radicular.

1.1 Justificativa

A recessão gengival é altamente prevalente na população adulta, acomete aproximadamente 88% das pessoas com idade de 65 anos e 50% das pessoas entre 18 e 64 anos têm pelo menos um sítio com recessão gengival (RIOS, 2013; VITOR, 2019). Diante disso é necessário entender a etiologia das recessões gengivais e conhecer a classificação destas. A partir destas informações é possível determinar um plano de tratamento adequado para o paciente.

A execução deste trabalho irá contribuir para os cirurgiões dentistas e os acadêmicos de odontologia entender a importância de um diagnóstico adequado e escolha correta da técnica cirúrgica para os casos de recobrimento radicular.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Relatar um caso clínico utilizando a técnica de enxerto conjuntivo subepitelial associado a técnica do túnel para recobrimento radicular.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Revisar a literatura sobre as recessões gengivais, dando enfoque na etiologia e classificação;
- Entender sobre os fatores que interferem na escolha da técnica cirúrgica para o recobrimento radicular.

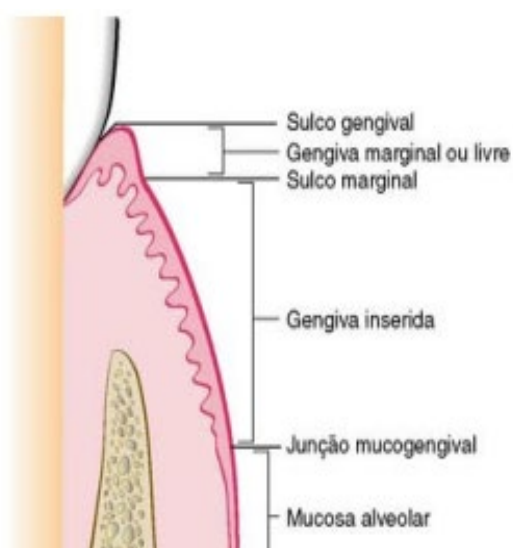
2 Fundamentação teórica

2.1 Tecido Gengival

A gengiva é a parte da mucosa mastigatória que cobre o processo alveolar e circunda a porção cervical dos dentes, consiste em uma camada epitelial e um tecido conjuntivo subjacente, chamado de lâmina própria e assume sua forma e textura definitivas em associação com a erupção dos dentes. Em direção à coroa, a gengiva de cor rósea termina na margem gengival livre, que possui um contorno festonado. No sentido apical, a gengiva é contínua com a mucosa alveolar (mucosa de revestimento), que é frouxa e de cor vermelha mais escura, da qual em geral é separada por uma linha limitante facilmente reconhecida, chamada de junção mucogengival ou de linha mucogengival (LINDHE *et al.*, 2010).

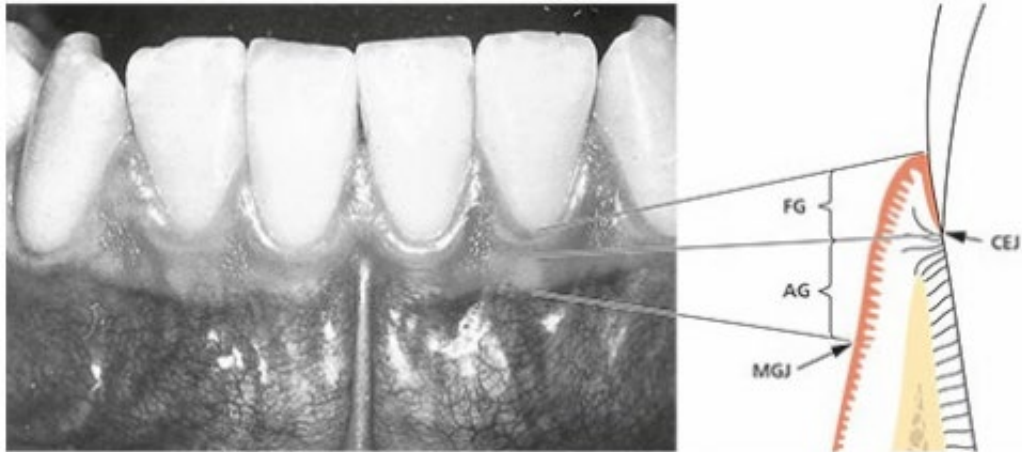
A gengiva é dividida anatomicamente em marginal, inserida e área interdental. Embora cada tipo de gengiva exiba considerável variação na diferenciação, histologia e espessura, de acordo com a sua demanda funcional, todos os tipos são especificamente estruturados para funcionar de forma adequada contra danos mecânicos e microbianos. A estrutura específica de diferentes tipos de gengiva reflete a sua eficácia como uma barreira à penetração de microrganismos e agentes nocivos mais profundamente no tecido (CARRANZA, 2012).

FIG. 1 - Divisão anatômica da gengiva.



Fonte: Carranza, 2012.

FIG. 2 - Estruturas anatômicas da gengiva. Gengiva Marginal Livre (FG) e Gengiva Inserida (AG). Pelos lados vestibular e lingual, a gengiva livre estende-se a partir da margem gengival em direção apical até a Ranhura Gengival Livre, que se acha posicionada em um nível correspondente à Junção Cimento-Esmalte (CEJ). A gengiva inserida é demarcada pela Junção Mucogengival (MGJ) na direção apical.



Fonte: Lindhe *et al.*, 2010.

A gengiva livre é de cor rósea, tem a superfície opaca e consistência firme. Compreende o tecido gengival das partes vestibular e lingual ou palatina dos dentes, além da gengiva interdental ou papilas interdentais. Pelos lados vestibular e lingual dos dentes, a gengiva livre estende-se a partir da margem gengival em direção apical até a ranhura gengival livre, que se acha posicionada em um nível correspondente à junção cimento–esmalte (LINDHE *et al.*, 2010).

A gengiva inserida é demarcada pela junção mucogengival na direção apical. A margem gengival livre com frequência é arredondada, de modo a formar uma pequena invaginação ou sulco entre o dente e a gengiva. Quando uma sonda periodontal é inserida nessa invaginação e forçada apicalmente na direção da junção cimento-esmalte, o tecido gengival é separado do dente, e uma “bolsa gengival” ou “sulco gengival” fica aberto artificialmente. Assim, na gengiva normal ou clinicamente sadia na verdade não há “bolsa gengival” ou “sulco gengival”, pois a gengiva está em contato íntimo com a superfície do esmalte. Depois de completada a erupção dentária, a margem gengival livre fica localizada na superfície do esmalte cerca de 1,5 a 2 mm coronariamente à junção cimento-esmalte (LINDHE *et al.*, 2010).

FIG. 3 - Gengiva normal no adulto jovem. As setas demarcam a linha mucogengival entre a gengiva inserida e a mucosa alveolar mais escura.



Fonte: Lindhe *et al.*, 2010.

2.2 Recessão Gengival

2.2.1 Definição

Recessão gengival é a manifestação clínica da migração apical da gengiva marginal em relação à junção cimento-esmalte que deixa exposta a superfície radicular ao meio bucal, ou seja, é uma perda de inserção com uma posição mais apical da gengiva marginal que pode ocorrer em qualquer área exposta da superfície da raiz e se manifestar nas duas arcadas, em qualquer face e qualquer dente. Devido à exposição do cimento radicular pode haver maior suscetibilidade a hipersensibilidade dentária e ao desenvolvimento de cáries radiculares, abrasão dentária e comprometimento estético (JOSS-VASSALLI *et al.*, 2010; RIOS *et al.*, 2014).

O mecanismo na qual ocorre a recessão gengival ainda não está bem entendido, mas parece ser um processo de natureza inflamatória. Entre os fatores que podem provocar o processo de recessão estão a escovação traumática, anatomia óssea, inserção do freio labial, posicionamento dentário, doença periodontal, fatores locais de retenção de placa, fumo e movimentação ortodôntica (CORTELLINI e BISSADA, 2018; MAROSO, 2015).

FIG. 4 - Aspecto clínico, presença de recessão gengival no dente 14.



Fonte: Leite *et al.*, 2020

2.2.2 Histopatogenia

No processo inflamatório as projeções epiteliais do epitélio do sulco (gengiva livre) conseguem juntar-se com as projeções do epitélio oral (gengiva aderida), com isso, isolando uma parte da área de tecido conjuntivo que podem acabar necrosando, dando começo à formação de uma recessão gengival. As recessões provocadas por placa bacteriana a ulceração inicial mostra no epitélio de união do sulco e a destruição de tecido conjuntivo acontece na direção de fora para dentro. E nas lesões traumáticas essa destruição acontece no sentido ao contrário (VIEIRA, 2011).

2.2.3 Epidemiologia

A recessão gengival é altamente prevalente na população adulta, aproximadamente 88% das pessoas com idade de mais ou menos 65 anos e 50% entre 18 e 64 anos têm pelo menos um sítio com recessão gengival. É notável que a prevalência e extensão da recessão aumentem com a idade e foram significativamente associadas ao gênero masculino e raça negra (RIOS, 2013; VITOR, 2019).

2.2.4 Etiologia

Os fatores etiológicos são classificados em dois, que influenciam o desenvolvimento da recessão gengival, são eles, fatores predisponentes e fatores precipitantes. Os fatores incluídos a placa bacteriana, a terapia ortodôntica, trauma químico, onde esta relacionada com o tabaco e o trauma mecânico relacionado à escovação, são chamados de fatores precipitantes. Já os fatores predisponentes abrangem as características locais do recesso gengival tais como, inserção alta do freio e oclusão

traumática quantidade e qualidade insatisfatória de gengiva inserida, deiscência óssea e a vestibularização, também podemos concluir que a recessão gengival pode ser devida a fatores mecânicos, incluindo escovação traumática e à doença periodontal (LIMA, 2016; RIOS, 2013).

2.2.5 Classificação

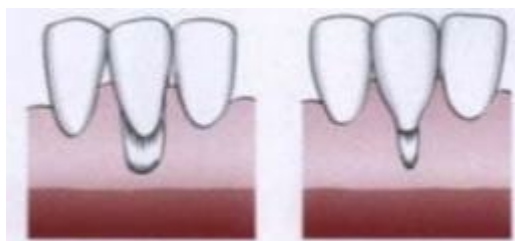
Em 1968, Sullivan e Atkins classificaram as recessões gengivais em quatro categorias, conforme a morfologia do defeito: profundo e estreito; profundo e largo; estreito e pouco profundo e largo e pouco profundo. Alguma limitação apareceu nessas classificações: nem todas as situações são contempladas e não indicam a localização da margem e dos tecidos interdentários. Eliminando assim, informações importantes e necessárias para o prognóstico e tratamento. Sendo assim, foi utilizada até a década de 1980. Uma nova proposta de classificação foi fundamentada na quantidade dos tecidos periodontais, interproximais, gengiva e osso (RIBEIRO, 2011; CUNHA *et al.*, 2014).

Em 1985, Miller sugeriu uma nova classificação que acabou se tornando a mais coerente e usada pelos clínicos pelo fato de aliar os aspectos anatômicos e o grau de recobrimento radicular de ser alcançado após tratamento. Miller classificou as recessões gengivais, observando que a previsibilidade de cobertura radicular é inspirada pela posição da margem gengival em relação à junção mucogengival, pelo posicionamento dental, pela perda óssea ou de gengiva interdental (RIBEIRO, 2011; VENTURIM *et al.*, 2011).

A nova classificação divide-se em quatro classes (RIBEIRO, 2011; VENTURIM *et al.*, 2011):

- Classe I- Não existe perda de tecido interdentário (perda de tecido mole e/ou óssea). A recessão não atinge a linha mucogengival. Esse tipo de recessão é concebíveis atingir-se 100% de cobrimento radicular.

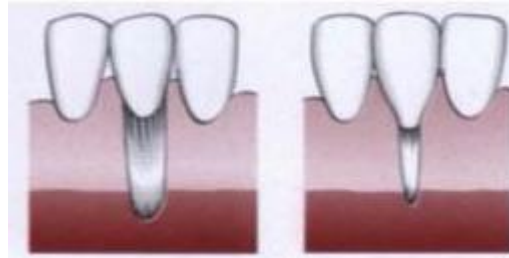
FIG. 5 – Defeito de recessão gengival – Classe I de Miller.



Fonte: Vieira, 2011

- Classe II- Não existe perda de tecido interdentário (perda óssea e/ou tecido mole). A recessão ultrapassa ou atinge a linha mucogengival. Pode atingir também 100% de recobrimento radicular.

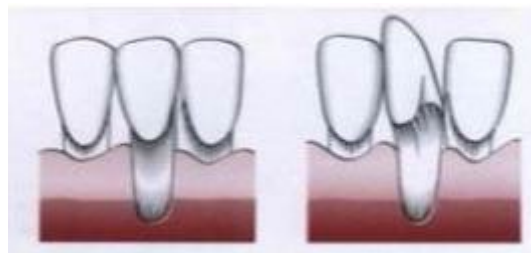
FIG. 6 – Defeito de recessão gengival – Classe II de Miller.



Fonte: Vieira, 2011

- Classe III- Não existe perda de tecido interdentário (perda óssea e/ou tecido mole) apicalmente à junção amelo-cementária, os tecidos ainda situam-se numa posição coronal com relação à base da recessão gengival. A recessão atinge ou estende-se a linha mucogengival. Podendo atingir também até 100% do recobrimento radicular.

FIG. 7 - Defeito de recessão gengival – Classe III de Miller.



Fonte: Vieira, 2011

- Classe IV- Apresenta perda de tecido interdentário (tecido mole e perda óssea) que estende-se apicalmente a junção amelo-cementária . Os tecidos proximais estão posicionados no nível da base da recessão gengival, e provoca mais de uma face do dente (ZORER,2018; CUNHA ET AL, 2014) .

FIG. 8 - Defeito de recessão gengival – Classe IV de Miller.



Fonte: Vieira, 2011

2.3 Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial por tunelização

O enxerto conjuntivo subepitelial associado à técnica do túnel, trata-se de uma modificação da técnica do envelope, com a vantagem de uma cicatrização mais rápida proporcionada pela ausência das incisões externas. É possível abordar múltiplos dentes em um único procedimento. Devido à pequena exposição no sítio doador após a remoção do enxerto, há uma rápida cicatrização e pequeno desconforto pós-operatório. (PALMA, 2013).

A técnica de tunelização é uma das alternativas das técnicas tradicionais, que é combinada com enxerto de tecido conjuntivo, tem sido descrita como uma opção muito vantajosa no tratamento de recessões gengivais classe I e II de Miller moderadas, em áreas isoladas ou múltiplas. A técnica propõe a realização de um bisel interno para a remoção do epitélio sulcular, conservando o máximo possível de tecido gengival. Os resultados dessa técnica são bastante previsíveis quando é executada e indicada corretamente assim, permitindo obter resultados estéticos. Quando há ausência de gengiva queratinizada não constitui uma contraindicação absoluta, mas, o enxerto deve ficar ligeiramente exposto (até 2mm), de forma com que aumenta a banda de gengiva queratinizada com o decorrer do processo de cicatrização (XAVIER,2015; VENTURIM, 2011).

A escolha de uma técnica cirúrgica depende de vários fatores, são eles (a existência, quantidade e qualidade de tecido queratinizado adjacente, tamanho e número de recessões gengivais; largura e altura do tecido mole interdental – papila; presença de freio ou tração muscular; profundidade do vestibulo). A estética é necessária e, além disso, a necessidade de minimizar o desconforto pós-operatório do paciente, esses fatores muito importantes serem considerados na seleção da abordagem cirúrgica de recobrimento radicular (XAVIER,2015).

2.3.1 Técnica Cirúrgica

Protocolo cirúrgico para o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial por tunelização (LEITE *et al.*, 2020):

- Preparação da área receptora: A raiz será raspada com curetas de Gracey 5/6 e efetuar descontaminação. Em seguida, com auxílio do tunelizador e bisturi oftálmico, que permitirão uma manipulação tecidual mais atraumática, será feito o descolamento mucoperiosteal do tecido vestibular (retalho total), estendendo-se além da junção mucogengival, mantendo-se as papilas íntegras e aderidas.
- Região doadora: A opção é o palato. Para a remoção do enxerto, fará à técnica linear e dupla divisão, ou seja, a primeira incisão divide o epitélio da lâmina própria e a segunda divide a lâmina própria do periosteio, removendo assim somente o tecido conjuntivo. O enxerto será removido a uma distância de 2 mm da margem gengival palatina, com o objetivo de evitar recessões gengivais.
- O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial será inserido na área receptora através do túnel, com o auxílio de um fio de sutura estabilizado com pontos simples na mesial e na distal, além de suturas suspensórias complementares para ajudar ainda mais na estabilização do enxerto, realizadas com fio de nylon 5.0, ancoradas nas faces vestibulares dos dentes com resina flow. Depois realizar preparo utilizando condicionamento com ácido fosfórico 37% e adesivo, com o intuito de tracionar e estabilizar tanto o retalho quanto o enxerto em direção coronal.
- Pós-cirúrgico: O paciente deve ser orientado a evitar qualquer trauma mecânico e não realizar por duas semanas escovação nos dentes envolvidos no procedimento cirúrgico.
- Remover as suturas ao fim de 15 dias, ocasião em que a paciente será instruído a realizar a limpeza mecânica dos dentes com escova macia. Efetuar controles pós-operatórios com seis meses e um ano. Após seis meses de pós-operatório observar um recobrimento total da recessão do dente, além do ganho de espessura tecidual e faixa de gengiva queratinizada.

2.3.2 Vantagens

Uma vantagem particular desta técnica é o fato de permitir aumentar a espessura gengival simultaneamente ao recobrimento radicular. Além disso, o suprimento sanguíneo é proporcionado tanto pelo retalho quanto pelo leito receptor. É possível abordar múltiplos dentes em um único procedimento. Devido à pequena exposição no sítio doador após a remoção do enxerto, há uma rápida cicatrização e pequeno desconforto pós-operatório. Os resultados deste procedimento apresentam harmonia de cor e estética na região tratada. (PALMA, 2013)

2.3.3 Desvantagens

No enxerto de conjuntivo pode ocorrer uma resposta desfavorável após a cicatrização, com formação tecidual mais volumosa na área enxertada, acarretando em alteração do contorno. Esse resultado pode ser otimizado, com pequena gengivoplastia local, devolvendo morfologia adequada aos tecidos (VENTURIM *et al.*, 2011).

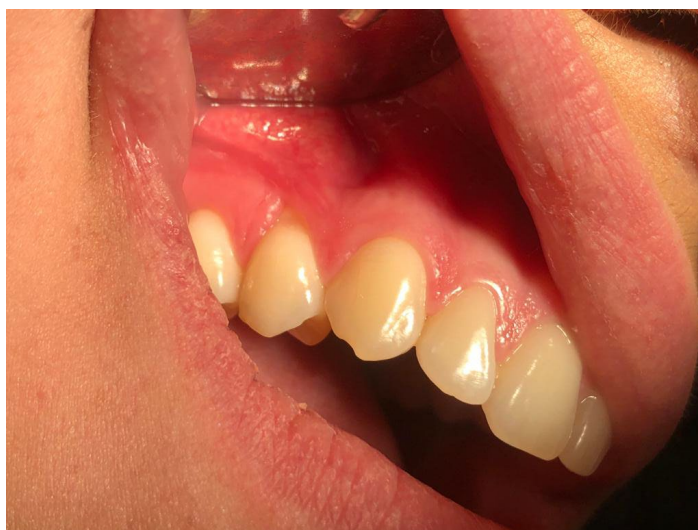
3 Relato de Caso

De acordo com os aspectos éticos, o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, para a realização dos procedimentos e utilização das imagens (Apêndice A).

Paciente N.S.C.S, 25 anos, leucoderma, não fumante e sem alterações sistêmicas, procurou a clínica da Faculdade Verde Norte – FAVENORTE, queixando-se que gengiva “mostra a raiz do dente e compromete a estética”. Ao exame Clínico foi observada a presença de retração gengival Classe II de Miller no dente 14 (Fig. 9), não apresentava perda de tecido interdentário e a recessão ultrapassa a linha muco gengival. O elemento dentário estava vestibularizado, apresentando estreita faixa de gengiva querantizada e pouca espessura dos tecidos de proteção e não havia sinais clínicos de inflamação gengival ou inserções anômalas de bridas e frênuos. A paciente relatou escovação dentária traumática e nenhum sintoma de hipersensibilidade.

Devido à retração gengival ser unitária e a área doadora do enxerto apresentar características clínicas de normalidade, espessura e extensões suficientes para obtenção de tecido para recobrimento. Foi proposta a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado à técnica do túnel para o recobrimento radicular.

FIG. 9- Aspecto inicial da recessão gengival.



Fonte: Autoria própria, 2021.

4 Cronograma físico

Ano: 2021

Etapas	Período											
	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Definição do tema, justificativa e objetivos.	■											
Busca Bibliográfica		■										
Revisão inicial de literatura		■	■	■								
Execução do Caso Clínico			■									
Qualificação do TCC I					■							
Redação da Discussão e Considerações Finais						■	■	■				
Redação final do artigo e Adequação nas normas da revista									■	■		
Defesa do artigo para a Banca												■

Fonte: Elaborados pelos pesquisadores, 2021.

5 Orçamento e Recursos

Título: Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado à técnica do túnel: Relato de caso clínico

Pesquisador responsável: Marcone de Oliveira Rocha.

Instituição: Faculdade Verde Norte (Favenorte).

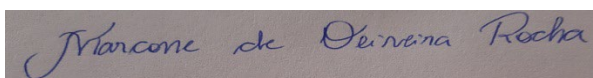
Especificações das despesas	Quantidade	Unidade de medida	Valor unitário (em R\$)	Total (em R\$)
Materiais de consumo				
Caderno para anotações	01	Unid.	12,00	12,00
Lápis	01	Unid.	0,50	0,50
Canetas	02	Unid.	3,00	3,00
Borracha	01	Unid.	0,80	0,80
Gasolina	02	Litro	4,29	8,58
Serviços de Terceiros e Encargos				
Cópias (Xerox)	140	Unid.	0,25	35,00
Encadernação espiral	04	Unid.	3,00	12,00
Total	-	-		71,88

Fonte: Elaborados pelos pesquisadores, 2021.

Declaração de recursos próprios

Eu, Marcone de Oliveira Rocha, declaro, para os devidos fins, que os recursos envolvidos neste trabalho serão de responsabilidade dos pesquisadores, ficando a Favenorte isenta de qualquer tipo de financiamento para esta pesquisa em questão.

Mato Verde, 30 de Maio de 2021.

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink that reads "Marcone de Oliveira Rocha".

Assinatura do Pesquisador responsável

Referências

ALBANDAR, JM; KINGMAN, A. Gingival Recession, Gingival Bleeding, and Dental Calculus in adults 30 years of Age and Older in the United States , 1988-1994. J Periodontol, v. 70, n. 1, p. 30–43, 1999.

Brito MCT, Amoras ACB, Souza EM, Oliveira MR, Grechi SLA. Considerações clínicas e biológicas do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no tratamento de recessões gengivais. J Bras Endo/Perio 2001; 2(7):317-23.

CARVALHO, Leandro Pacheco. Et Al, **Técnica Cirúrgica de enxerto gengival misto: relato de caso clínico**; V.olume 2 Número 2, Dezembro 2018.

CARRANZA, Periodontia Clínica - 11ª Ed. Editora: Elsevier / Medicina Nacionais 2012.

CORTELLINI P, BISSADA NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. J Clin Periodontol. v. 45(Suppl 20), p.190-8, 2018.

COSTA, Anderson Nicolly Fernandes, Daniel Ferreira do Nascimento, Ana Rafaela Luz de Aquino Martins, Euler Maciel Dantas, Bruno César de Vasconcelos Gurgel - FATORES ASSOCIADOS AO SUCESSO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS RECESSÕES GENGIVAIS: REVISÃO DA LITERATURA; Revista Ciência Plural. 2016; 2(2): 84-98

CREDICO, Bruna Talyssa Moura Di. **Importância da correta escolha na técnica de enxerto gengival**, Porto velho , 2017.

CUNHA, Fabiano Araújo, Et Al; **Decisão quanto à escolha da técnica de recobrimento radicular**. PerioNews 2014;8(2):X-X

Ferrão Jr JP, Moreira KR, da Silva PG, Lima da Silva A, Santos Pereira NR. Subepithelial connective tissue graft – an alternative in periodontal plastic surgery. Case report. Rev Bras Cir Periodontia 2003; 1(4):285-90.

Joss-Vassalli, I., Grebenstein, C., Topouzelis, N., Sculean, a, & Katsaros, C. (2010). Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review. Orthodontics & Craniofacial Research, 13(3), 127–141.

KASSAB, MM; COHEN, RE. The etiology and prevalence of gingival recession. J Am Dent Assoc, v. 134, n. 2, p. 220–225, 2003.

Lang NP, Lindhe J. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6th ed. John Wiley & Sons: New Jersey; 2015. p. 979.

LINDHE, Janet al. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**; Quinta edição; Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2010.

LIMA, Rafael Paschoal Esteves *et al.* **ETIOLOGIA MULTIFATORIAL DAS RECESSÕES GENGIVAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**. Setembro 8, 2016 .

MARINI, MG *et al.* Gingival recession: prevalence, extension and severity adults. J Appl Oral Sci, v. 12, n. 3, p. 250–255, 2004.

MAROSO, FB *et al.* Correlation between gingival thickness and gingival recession in humans. Acta Odontol Latinoam., v. 28, n. 2, p. 162–166, 2015.

MARTINS, David Simoes; MARQUES, Thiago Miguel; **Recobrimento de Recessões: Tunelização e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial.**, 2017.

MCCRACKEN, GI *et al.* The impact of powered and manual toothbrushing on incipient gingival recession. J Clin Periodontol, v. 36, n. 11, p. 950–957, 2009.

M. Stimmelmay, E. Allen, W. Gernet, D. Edelhoff, F. Beuer, M. Schlee, *et al.*
Treatment of gingival recession in the anterior mandible using the tunnel technique and a combination epithelialized-subepithelial connective tissue graft—a case series
Int J Periodontics Restorative Dent., 31 (2011), pp. 164-173

O. Zühr, S.F. Rebele, D. Schneider, R.E. Jung, M.B. Hurzeler
Tunnel technique with connective tissue graft versus coronally advanced flap with enamel matrix derivative for root coverage: A RCT using 3D digital methods. Part II: Volumetric studies on healing dynamics and gingival dimensions
J Clin Periodontol., 41 (2014), pp. 593-603

Palma, Maria Alice Gatti, 1987- Revisão de literatura do uso das técnicas de retalho posicionado lateralmente, enxerto gengival livre e enxerto conjuntivo subepitelial associado à técnica do túnel no tratamento de recessões gengivais / Maria Alice Gatti Palma. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

PEIXOTO, José ferrão Jr; *et al.* **Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial – uma Alternativa em Cirurgia Plástica Periodontal. Caso Clínico**; Rev Bras Cir Periodontia 2003

RIBEIRO, Mariana Henriques Martins Calado; **Cirurgia Mucogengival Cicatrização de Enxertos de tecido conjuntivo para recobrimento radicular**. Universidade de Lisboa, 2011.

RIOS, Fernando Silva; **EPIDEMIOLOGIA DA RECESSÃO GENGIVAL**. Porto Alegre, agosto de 2013.

RIOS, FS et al. Estimates and multivariable risk assessment of gingival recession in the population of adults from Porto Alegre, Brazil. *J Clin Periodontol*, v. 41, n. 11, p. 1098–1107, 2014.

RSBO. 2020 Jan-Jun;17(1):89-95 Leite et al. – Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial por tunelização: relato de caso clínico.

SUSIN, C et al. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. *J Periodontol*, v. 75, n. 10, p. 1377–1386, 2004.

VENTURIM, Rosalinda Tanuri Zaninotto, Julio Cesar JOLY, Luiz Roberto VENTURIM. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v.59, suplemento 0, p. 147-152, jan./jun., 2011

VIEIRA, André; COTTER, Brito Berkeley. **Procedimento de aumento gengival e recobrimento radicular: revisão bibliográfica e apresentação de um caso clínico;** Porto,2011.

VITOR, Glayson Pereira. Et Al, **Recessão gengival: Uma revisão Narrativa;** vol. 22, n.2, Janeiro 2019.

XAVIER, Irina; ALVES, Ricardo **Enxerto de tecido conjuntivo tunelizado - a propósito de um caso clínico;** Lisboa, Portugal, dezembro de 2015.

YARED, KFG; ZENOBIO, EG; PACHECO, W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, v. 11, n. 6, p. 45–51, 2006.

ZORER, Lorenza Sophia; **Recessão gengival em consequência do tratamento ortodôntico: revisão;** setembro de 2018.

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Relato de Caso Clínico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Pesquisador: **Marcene de Oliveira Rocha**

Telefone: (38) 99806-9197

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado a participar do estudo e/ou pesquisa denominado “**Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado à técnica do túnel: Relato de caso clínico**”. Nosso objetivo é discutir as particularidades deste caso clínico com profissionais de saúde e especialistas para ampliar o conhecimento adquirido para a melhoria das condições de saúde da população.

Estamos solicitando a sua autorização para consulta e utilização dos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos registrados em prontuários.

Os riscos relacionados à pesquisa envolvem a quebra de sigilo e confidencialidade e, para tanto, os pesquisadores se comprometem manter em sigilo a sua identidade assim como dados que possibilitem a sua identificação a fim de garantir o anonimato.

Sua participação é voluntária e, portanto, você poderá se recusar a participar do estudo.

Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Eu,

Nathália Silveira Costa Lima

, autorizo, voluntariamente, que as informações fornecidas por mim sejam utilizadas nessa pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura Nathália Silveira Costa Lima Data: 18/03/2021

