



VAGNER MATOZO DE OLIVEIRA

**TÉCNICA DE ZUCHELLI E DE SANCTIS NA PREVISIBILIDADE DE
RECOBRIMENTO DE RECESSÕES MÚLTIPLAS**

Porto Velho – RO

2020

VAGNER MATOZO DE OLIVEIRA

**TÉCNICA DE ZUCHELLI E DE SANCTIS NA PREVISIBILIDADE DE
RECOBRIMENTO DE RECESSÕES MÚLTIPLAS**

Artigo apresentado à Banca Examinadora do Centro Universitário São Lucas, como requisito de aprovação para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Esp. Lourielson Silva Cavalcante.

Porto Velho – RO

TÉCNICA DE ZUCHELLI E DE SANCTIS NA PREVISIBILIDADE DE RECOBRIMENTO DE RECESSÕES MÚLTIPLAS ¹

VAGNER MATOZO DE OLIVEIRA²

RESUMO: A recessão gengival é uma característica encontrada na Periodontia com muita frequência, apresentando-se por uma exposição radicular, é mensurada pelo deslocamento apical da margem gengival em relação à junção do cimento-esmalte associada a profundidade de sondagem; ou seja, caracterizada pela migração apical da gengiva devido à perda de altura óssea. A terapia Periodontal consiste em associar a fase não cirúrgica visando estabilizar a perda dos tecidos de inserção dos dentes (osso e ligamento) e a fase cirúrgica com intuito de regenerar os tecidos de proteção (gengiva), essa terapia tornou-se evidente durante a década passada, onde diversos procedimentos regenerativos apresentaram um grande potencial para corrigir não só a recessão gengival, pelo aumento da largura e altura da gengiva inserida ou queratinizada, como também pelo recobrimento radicular parcial e completo. O objetivo desse trabalho de revisão de literatura é mostrar as vantagens que a Técnica de Zucchelli e De Sanctis promove quanto à cicatrização de primeira intenção, preservando as papilas e melhorando a previsibilidade do recobrimento radicular. Atualizando o prognóstico de recobrimento utilizado na Classificação de Miller, para a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares de 2018. Concluiu-se que a Técnica de Zucchelli e De Sanctis é considerada como uma técnica superior às outras devido à previsibilidade do recobrimento radicular e pelo aspecto final da cicatrização das papilas.

Palavras- chave: Recessão Gengival. Cirurgia Estética. Miller. Classificação.

ZUCHELLI AND SANCTIS TECHNIQUE IN THE PREVISIBILITY OF MULTIPLE RECESSION RECOVERY

ABSTRACT: Gingival recession is a characteristic found in Periodontics very often, presenting itself by root exposure, it is measured by the apical displacement of the gingival margin in relation to the cemento-enamel junction associated with probing depth; that is, characterized by the apical migration of the gingiva due to loss of bone height. Periodontal therapy consists of associating the non-surgical phase in order to stabilize the loss of the tissues of insertion of the teeth (bone and ligament) and the surgical phase in order to regenerate the protective tissues (gums), this therapy became evident during the decade past, where several regenerative procedures had a great potential to correct not only the gingival recession, due to the increase of the width and height of the inserted or keratinized gingiva, but also by the partial and complete root covering. The objective of this literature review work is to show the advantages that the Zucchelli and De Sanctis Technique promotes in relation to healing of first intention, preserving the papillae and improving the predictability of root coverage. Updating the covering prognosis used in the Miller Classification, for the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions of 2018. It was concluded that the Zucchelli and De Sanctis Technique is considered to be a superior technique to the others due to the predictability of the covering, and the final aspect of the healing of the papillae.

Keywords: Gingival recession. Cosmetic Surgery. Miller. Classification.

¹Artigo apresentado no Curso de Odontologia, como Trabalho de Conclusão de Curso do Centro Universitário São Lucas 2020, como pré-requisito para conclusão do curso, sob orientação do Professor Esp. Lourielson Silva Cavalcante, E-mail: lourielson.cavalcante@saolucas.edu.br

²Vagner Matoso de Oliveira, graduando em Odontologia, pelo Centro Universitário São Lucas, 2020. E-mail: vagner_oliveiramatos@hotmail.com@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a etiologia das recessões gengivais é considerada como multifatorial e está diretamente relacionada a fatores anatômicos que predisõem à ação podendo desencadear uma patogenia. Esses fatores podem ser relacionados à anatomia dos tecidos, ausência de tecido queratinizado, o mau posicionamento dentário, as bridas e os freios de inserção alta. Entre os fatores predisponentes, estão à escovação traumática, próteses mal adaptadas, barras ou selas de próteses parciais removíveis, grampos, movimentação ortodôntica e o fumo. Esses fatores apenas ocorrem quando estão presentes num periodonto predisponente a uma inflamação, que pode ser a principal causadora da doença periodontal. (LACERDA *et al.* 2011)

É fundamental o conhecimento da anatomia macro e microscópica para um entendimento da biologia celular e molecular do periodonto, dando sustentação científica à compreensão da etiologia, quanto à patogenia, e ao tratamento, aumentando a previsibilidade, o controle da doença periodontal, e o sucesso nos procedimentos de recobrimento radicular. (CUNHA *et al.* 2014)

A Academia Americana de Periodontia, (The American Academy of Periodontology), em 1992, definiu a recessão gengival como um deslocamento da gengiva marginal apicalmente à junção amelocementária. (CARRANZA *et al.* 2012), e afirmaram que as recessões causam sensibilidade na dentina, dificultando a escovação, e tornando-se um fator de retenção de biofilme. Steffens, Marcantonio, (2018), afirmaram que a recessão gengival é o resultado da combinação de fenótipo gengival influenciada pelo fenótipo periodontal, com a espessura do osso alveolar vestibular.

Na literatura é encontrada uma variedade de técnicas cirúrgicas descritas, tornando mais difícil a escolha de um determinado procedimento para o tratamento das recessões gengivais. Existe ainda uma variedade de procedimentos destinados à correção das várias alterações, com o propósito de restabelecer a estética todas as outras estruturas do periodonto. (CUNHA *et al.* 2014)

Miller em 1985 relacionou a recessão gengival com o nível do osso alveolar, assim redefinindo a classificação das recessões gengivais. Essa classificação dividiu as recessões em quatro classes, a Classe I, quando não há perda óssea interproximal e a recessão gengival não ultrapassa a linha mucogengival. É considerada Classe II, quando há ausência de perda óssea interproximal, e a recessão gengival ultrapassa a linha mucogengival. Na classe III, existe uma perda óssea horizontal, que se desloca apicalmente às papilas. A recessão existente pode ou não, ultrapassar a linha mucogengival. Na classe IV, quando existe a perda óssea, deixando os septos ósseos em alturas variadas. (CARRANZA *et al.* 2012). Segundo Bouchard, Malet, Borghetti, em 2011, as classes I e II apresentam melhor previsibilidade de recobrimento e a classe III, há um melhor recobrimento radicular parcial e na classe IV, não há nenhum recobrimento.

O objetivo desse trabalho de revisão de literatura é mostrar as vantagens que a Técnica de Zucchelli e De Sanctis promove quanto à cicatrização de primeira intenção, preservando as papilas e melhorando a previsibilidade do recobrimento radicular. Atualizando o prognóstico de recobrimento utilizado na Classificação de Miller, para a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares de 2018.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para se realizar um procedimento de recobrimento radicular, é essencial que o paciente faça antes um tratamento periodontal conservador para que se remova todos os fatores etiológicos e tenha o controle de todos os fatores de risco. (CUNHA *et al.* 2014) resumiu as principais técnicas como, retalho posicionado lateralmente, retalho de papila dupla, enxerto gengival livre, enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, posicionamento coronário do retalho semilunar, retalho posicionado coronalmente, regeneração tecidual guiada, matriz dérmica acelular e associação de técnicas.

2.1 PERIODONTO: Estética Periodontal

O primeiro critério é a estética, a técnica de enxerto gengival livre seria contraindicada em pacientes com a linha de sorriso alta e em regiões com alta demanda estética, como os dentes anteriores superiores, (o grau de exposição gengival durante o sorriso). O segundo é a presença ou ausência de mucosa ceratinizada apicalmente à recessão, associadas à avaliação do tipo de recessão periodontal (Classes I, II, III e IV de Miller). Em recessões de Classe I, as técnicas cirúrgicas de reposicionamento coronal do retalho e reposicionamento lateral do retalho (quando apresentar uma área doadora com características teciduais adequadas) apresentam previsibilidade de sucesso no recobrimento radicular e na obtenção da harmonização estética. (CUNHA *et al.* 2014). Atender às demandas estéticas e funcionais de pacientes com múltiplas recessões gengivais continua sendo um grande desafio terapêutico. (BHERWANI *et al.* 2014)

Um dos principais fatores vistos na literatura que prevê o sucesso de cirurgias para recobrimento radicular é o tipo de recessão de acordo com a classificação de Miller. Essa classificação dos tipos de recessão gengival é importante por permitir uma previsibilidade de resultado do tratamento cirúrgico. Pode-se esperar um total recobrimento radicular em recessões de Classes I e II; na Classe III, espera-se apenas um recobrimento parcial; e, na Classe IV, não há previsibilidade de recobrimento. (CARRANZA *et al.* 2012)

A primeira classificação sugerida para as recessões periodontais consistia em quatro categorias: Recessões profundas e largas; Recessões rasas e largas; Recessões profundas e estreitas e Recessões rasas e estreitas. Essa classificação foi amplamente usada até a década de 1980. Porém, alguns pesquisadores não concordavam com o resultado apresentado pelos examinadores. (CUNHA *et al.* 2014)

Steffens, Marcantonio, (2018), basearam-se numa nova classificação com a proposta da quantidade dos tecidos periodontais interproximais, osso e gengiva. De acordo com Steffens, Marcantonio, (2018), as recessões são classificadas como: Recessão Tipo 1 (RT1); Recessão Tipo 2 (RT2), Recessão Tipo 3 (RT3). A condição radicular deve ser considerada de acordo com a presença ou não de

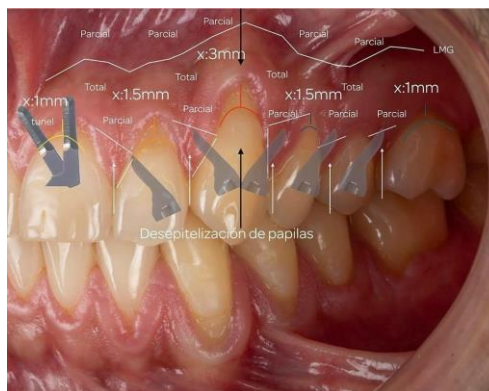
concavidades na superfície radicular. Essa classificação de acordo com Steffens, Marcantonio, (2018): Classe + presença de um degrau cervical > 0,5 mm. Classe - ausência de degrau cervical > 0,5 mm. Portanto, qualquer tipo de recessão (RT1, RT2 ou RT3) deve apresentar um degrau (+ ou -). Quanto à condição mucogengival na ausência de recessões gengivais, é conhecido como fenótipo gengival fino e/ou faixa estreita/ausência de mucosa queratinizada na ausência de recessão gengival, considerando que qualquer espessura de mucosa queratinizada é suficiente para manter a saúde do periodonto.

2.2 Recessão gengival

O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (SCTG) é uma ferramenta terapêutica essencial em Cirurgia Plástica Periodontal e Implantodontia. A hipótese principal propõe que o SCTG colhido com a técnica da mucosa contém uma proporção maior de tecido conjuntivo próprio (CTP) e uma proporção menor de tecido adiposo (TA) do que a técnica mucoperiosteal. (AZAR *et al.* 2018). Muitas técnicas e desenhos de retalhos são usados para tratar a recessão gengival por cobertura radicular, mas o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (SCTG) parece ser o procedimento padrão ouro. (KARAM *et al.* 2016)

2.3 A técnica de Zucchelli e De Sanctis

Zucchelli e De Sanctis (2000), apresentaram sua técnica com uma abordagem diferente, recomendaram a criação de papilas cirúrgicas por meio de incisões paramarginais e a criação de um retalho dividido-total-dividido. Essas papilas cirúrgicas serão rotacionadas e suturadas sobre uma papila anatômica desepitelizada, favorecendo assim uma cicatrização por primeira intenção. Essa técnica oferece uma realização de incisões oblíquas criando papilas cirúrgicas, o que poderá proporcionar um sorriso mais estético. O objetivo da técnica de Zucchelli e De Sanctis (2000) é conseguir com que o relaxamento do retalho adjacente seja suficiente para recobrir a porção radicular das áreas de recessão gengival, tornando o procedimento funcional e esteticamente mais agradável ao paciente. (fig. 01)

FIGURA 01

<https://www.instagram.com/p/CFM0-NNpakn/?igshid=nf805y8c52gq>

2.3.1 Preparo da área receptora

Observa-se fenótipo gengival fino, presença de recessões múltiplas nos dentes 23 e 24 (fig. 02).

Elegeram-se o dente 23 como referência para o início das incisões, já que ele apresenta a recessão mais profunda 4mm. (fig. 03)

FIGURA 02**FIGURA 03**

AMARAL, DA S. et al. Root Recovering of Multiple Recessions: clinical case report. **Revista de Odontologia Contemporânea**, V.4, N. 1, P. 83-94, 2020.

Para direcionar as incisões, foram realizadas marcações de dois pontos nas proximais do dente eleito. As marcações foram feitas do ápice de ambas as papilas até a marca de 5mm correspondentes a 4mm da recessão somados com 1 mm que, após o deslize coronário, representará o sulco gengival. (fig.4)

A recessão do primeiro pré-molar media 2mm. Assim, a marcação foi feita

do ápice de sua papila distal até a marca de 3mm (2 mm da recessão somados com 1mm referente ao sulco gengival). (fig. 5)

FIGURA 04



FIGURA 05



AMARAL, DA S. et al. Root Recovering of Multiple Recessions: clinical case report. **Revista de Odontologia Contemporânea**, V.4, N. 1, P. 83-94, 2020.

Realizaram-se incisões oblíquas paramarginais no dente 23 com lâmina 15C (Solidor) partindo-se da margem gengival dos dentes 22 e 24 até o ponto sangrante marcado anteriormente. No dente 24, a incisão paramarginal partiu da margem gengival do dente 25 até o ponto sangrante marcado no dente 24 (fig. 06). O objetivo dessas incisões é a formação de papilas cirúrgicas que serão rotacionadas e suturadas sobre uma papila anatômica desepitelizada, oportunizando a cicatrização por primeira intenção. Posteriormente, as incisões são unidas por meio de incisões sulculares (fig. 07).

FIGURA 06

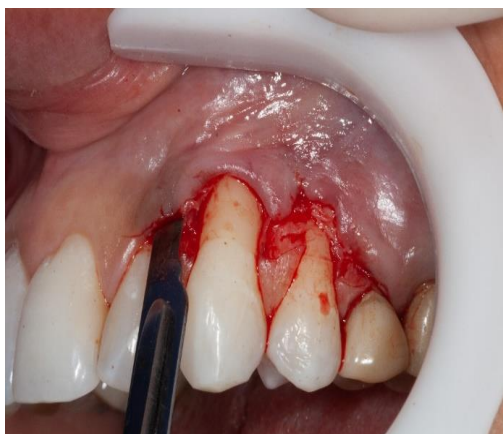


FIGURA 07



AMARAL, DA S. et al. Root Recovering of Multiple Recessions: clinical case report. **Revista de Odontologia Contemporânea**, V.4, N. 1, P. 83-94, 2020.

Em seguida, as papilas cirúrgicas foram divididas e, posteriormente, elevou-se um retalho de espessura total, estendendo-o além da linha muco gengival a fim de permitir um reposicionamento coronário sobre as raízes com uma espessura máxima de tecido mole. Para promover mobilidade do retalho, fez-se uma incisão paralela ao osso, até o fundo de vestibulo. Por fim, fez-se uma incisão superficial paralela ao retalho para desinsereir fibras musculares, promovendo sua total mobilidade (Figura 08) e finalizando o preparo do leito receptor. Previamente ao posicionamento do enxerto fez-se a descontaminação radicular com cureta Gracey 7-8 (Figura 09) e desepitelização das papilas. (fig. 10)

FIGURA 08**FIGURA 09****FIGURA 10**

AMARAL, DA S. et al. Root Recovering of Multiple Recessions: clinical case report. **Revista de Odontologia Contemporânea**, V.4, N. 1, P. 83-94, 2020.

2.3.2 Preparo da área doadora

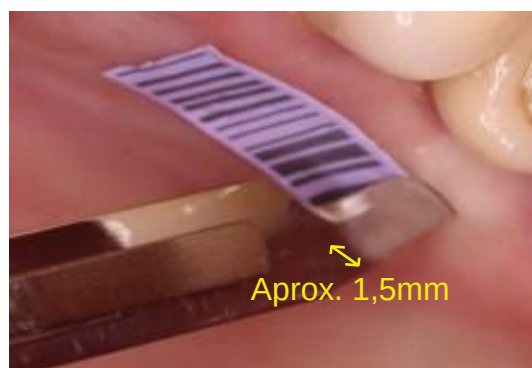
O primeiro passo consiste em mensurar o tamanho da exposição radicular e confeccionar um gabarito com as medidas correspondentes da área receptora, em seguida posiciona-se o gabarito na área anatomica doadora, posicionando-o apicalmente 3mm da margem gengival, e com a lâmina de bisturi demarca-se os limites do enxerto na área doadora. (fig 11).

A espessura que será retirada, será determinada utilizando como referência o bisel da lâmina do bisturi 15C (cerca de 1,5mm) no momento das incisões de delimitação do enxerto (fig 12).

FIGURA 11



FIGURA 12



RIBEIRO, J. C. Obtenção de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial superficial pela técnica da dermoabrasão. [homepage na internet]. [acesso em 26 ago 2019].

O epitélio de aproximadamente 0,3mm é removido, com broca diamantada de granulação grossa ou média, montada em alta rotação com refrigeração. (fig. 13) o próprio sangramento é a referência de que eliminou todo o epitélio. (fig. 14)

FIGURA 13

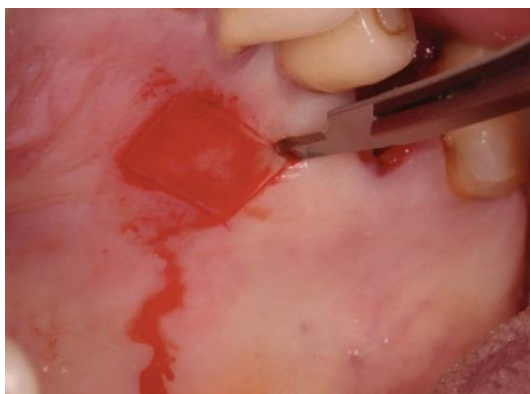


FIGURA 14



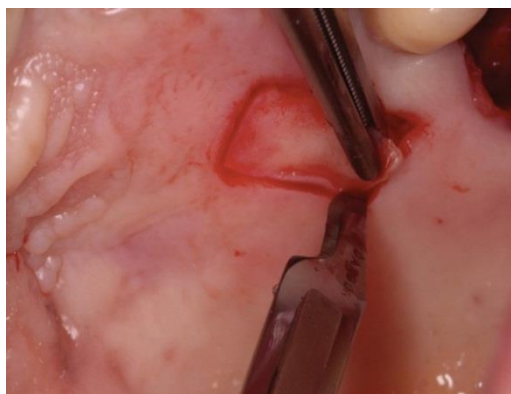
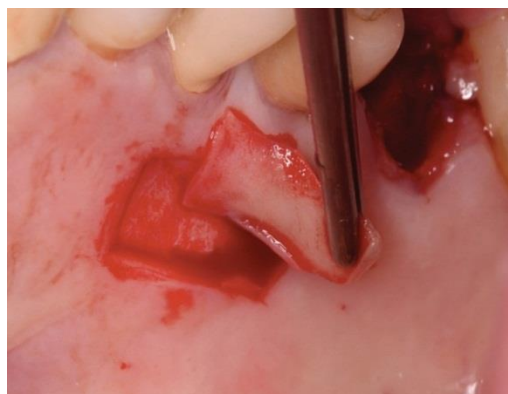
RIBEIRO, J. C. Obtenção de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial superficial pela técnica da dermoabrasão. [homepage na internet]. [acesso em 26 ago 2019].

É feito uma incisão em espessura parcial de distal para mesial, tangenciando a abóbada palatina (fig. 15), penetrando a lâmina com a medida da largura do enxerto não mais que 6mm (lembrando que a lâmina do bisturi tem 9mm). (fig. 16). Desta forma, mantém-se uma distância segura do feixe vâsculo-nervoso que se apresenta a 12 mm da junção cimento-esmalte no palato médio.

FIGURA 15**FIGURA 16**

RIBEIRO, J. C. Obtenção de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial superficial pela técnica da dermoabrasão. [homepage na internet]. [acesso em 26 ago 2019].

Será obtido o deslocamento do tecido por meio de uma incisão horizontal apical perpendicular ao palato, unindo-se as 2 incisões verticais (fig. 17 e 18). Após a retirada, se necessário, é feito a reanatomização e levado ao local receptor, deixando o mínimo tempo possível fora deste leito.

FIGURA 17**FIGURA 18**

RIBEIRO, J. C. Obtenção de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial superficial pela técnica da dermoabrasão. [homepage na internet]. [acesso em 26 ago 2019].

Após a remoção do enxerto, o auxiliar irá pressionar a área doadora com uma gaze embebida em soro fisiológico, enquanto o cirurgião levará o enxerto para a mesa com o objetivo de reanatomizá-lo e, em seguida, direcioná-lo à área receptora. Ao final, são aplicadas esponjas de colágeno (Hemospon) estabilizadas com suturas compressivas colchoeiro cruzadas e paralelas (sutura x-quadrado). (fig.19) Pós-operatório de 30 dias. (fig. 20)

FIGURA 19**FIGURA 20**

RIBEIRO, J. C. Obtenção de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial superficial pela técnica da dermoabrasão. [homepage na internet]. [acesso em 26 ago 2019].

2. 3.3 Técnica de enxertia (área receptora)

Por fim, o enxerto foi levado em posição de modo a recobrir as raízes dos dentes 23 e 24 e estabilizado com suturas reabsorvíveis (Vicryl 6-0, Ethicon) (Figura 21). O retalho foi deslocado e estabilizado coronalmente com suturas do tipo suspensório simples, utilizando fio de nylon 5-0 (Procure). (Fig. 22)

FIGURA 21**FIGURA 22**

AMARAL, DA S. et al. Root Recovering of Multiple Recessions: clinical case report. **Revista de Odontologia Contemporânea**, V.4, N. 1, P. 83-94, 2020.

Os medicamentos prescritos para o pós-operatório foram amoxicilina 500mg, de 8 em 8 horas, por 7 dias e dipirona sódica 500mg, de 6 em 6 horas, por 3 dias. As suturas foram removidas após 10 dias e o pós-operatório acompanhado por 30 dias. (Fig. 23)

FIGURA 23



AMARAL, DA S. et al. Root Recovering of Multiple Recessions: clinical case report. **Revista de Odontologia Contemporânea**, V.4, N. 1, P. 83-94, 2020.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O artigo acadêmico foi realizado através de revisão de literatura, sobre **VANTAGENS DA TÉCNICA DE ZUCHELLI E DE SANCTIS NO RECOBRIMENTO DE RECESSÕES**, foram utilizados artigos científicos entre os anos de 2000 a 2020, na língua portuguesa e inglesa, consultados nas bases de dados Pubmed, Scielo, e Google acadêmicos. Para pesquisa dos artigos nas bases de dados foram utilizadas as palavras-chaves "**Recessão Gengival. Cirurgia Estética. Miller. Classificação**" como principais fontes de pesquisa. Realizou-se a leitura cuidadosa de todos os artigos selecionados, todos relacionados ao tema e objetivo desse trabalho, publicados em periódicos especializados e estruturados metodologicamente.

4 DISCUSSÃO

Shkreta *et al.* (2018), definiram a recessão gengival como uma exposição da superfície radicular dos dentes em decorrência da migração apical da margem gengival para além da junção cimento-esmalte, causando distúrbios funcionais e estéticos aos indivíduos afetados. Afirmando que as recessões gengivais apresentam patologia complexa dos tecidos moles, com etiologia múltipla e alta prevalência que aumenta com a idade. Entretanto, Cunha *et al.* (2014) e Steffens, Marcantonio, (2018) concordam e afirmam que a recessão gengival é influenciada pelo fenótipo periodontal, resultante da combinação de fenótipo gengival com a espessura do osso alveolar vestibular.

Para o diagnóstico, deve-se utilizar a transparência gengival da sonda durante a sondagem: sonda visível = fenótipo fino (≤ 1 mm); sonda não visível = fenótipo espesso (> 1 mm). Além disso, verificar a distância (em mm) da margem gengival à junção mucogengival. (CUNHA *et al.* 2014)

Cunha *et al.* (2014) afirmam que os tecidos proximais encontram-se ao nível da base da recessão e isso implica mais de uma face do dente. Afirmam ainda que o prognóstico de recobrimento radicular nas Classes I e II é de 100%, para a Classe III não é possível recobrimento total, e que a Classe IV não há previsibilidade de recobrimento radicular.

Segundo à Classificação de Miller que é considerada muito importante por apresentar uma previsibilidade quanto ao resultado do tratamento cirúrgico. Às recessões de Classe I, não atinge a linha mucogengival e não há perda de tecido interproximal, as Classes II, atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e não há perda de tecido interproximal, as Classes III, a recessão atingem e até ultrapassam a linha mucogengival, com perda óssea interproximal, e as Classes IV, atingem ou ultrapassam a linha mucogengival, juntamente com os tecidos proximais ao nível da base de recessão, podendo atingir mais de uma face do dente. (CARRANZA *et al.* 2012).

Entretanto, Steffens, Marcantonio, (2018), as recessões foram classificadas quanto a extensão vertical, como: Recessão Tipo 1 (RT1): sem perda de inserção interproximal. Recessão Tipo 2 (RT2): perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco/bolsa menor ou igual à

perda de inserção vestibular. Recessão Tipo 3 (RT3): perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco/bolsa maior que a perda de inserção vestibular. Sendo que a condição radicular é considerada de acordo com a presença ou não de concavidades na superfície radicular.

Segundo, Bhatavadekar, Gharpure, (2018), afirmaram que para melhorar a visibilidade durante a dissecação do enxerto do tecido conjuntivo, a melhor incisão é a forma de L, que permite que o operador mantenha a espessura mínima da aba sobreposta, garantindo um excelente controle da espessura do SCTG colhido, minimizando a necrose e o desprendimento do retalho. Essa técnica envolve uma colheita palatina controlada (CPH), para obter o enxerto de tecido subepitelial (SCTGs), que é amplamente usada para aumentar o volume do tecido mole. Assis, Nevins, Kim, (2017), afirmaram que o enxerto gengival autógeno é um procedimento cirúrgico eficaz para fornecer uma zona confortável de queratinizado gengiva para permitir o desbridamento procedimentos e proteger a área de mais danos. Apesar disso é sensível à técnica, o enxerto pode ser estabilizado durante a cura e pode fornecer uma melhoria significativa a longo prazo para o paciente.

Uma matriz de colágeno (CM) recentemente desenvolvida de origem suína demonstrou representar uma alternativa potencial aos enxertos de tecido conjuntivo palatino (CTG) para o tratamento de recessões gengivais únicas de Miller Classe I e II quando usado em conjunto com um retalho coronário avançado (CAF). No entanto, atualmente não se sabe até que ponto o CM pode representar uma alternativa valiosa ao CTG no tratamento de múltiplas recessões gengivais adjacentes (MAGR) de Miller classes I e II. Os achados indicaram que o uso de CM pode representar uma alternativa ao CTG, reduzindo o tempo cirúrgico e a morbidade do paciente, mas rendeu CRC mais baixo do que o CTG no tratamento de MAGR de Miller Classe I e II quando usado em conjunto com MCAT. (AROCA, *et al.* 2013)

Azar *et al.* (2018), concluíram através de um estudo, que a hipótese de que o SCTG colhido com a técnica da mucosa, continha uma proporção muito maior de tecido conjuntivo próprio (CTP) e uma proporção muito menor de tecido adiposo (TA) quando comparado a técnica muco periostal. Os autores Bhatavadekar, Gharpure em (2018), apresentaram uma técnica chamada colheita

palatina controlada (CPH) para obter SCTGs. Concluíram que o CPH oferece uma alternativa às técnicas de incisão atualmente utilizadas.

Martín *et al.* (2019), avaliaram clinicamente o tratamento das múltiplas recessões gengivais adjacentes de Miller Classe I e II usando a técnica de túnel modificada coronariamente avançada combinada com a matriz de colágeno bioreabsorvível, e chegaram a conclusão que o tratamento de múltiplas recessões gengivais adjacentes de Classe I e II de Miller por meio da técnica de túnel avançado coronariamente modificada e matriz de colágeno podendo resultar em cobertura total da raíz.

Zucchelli, De Sanctis (2005), fizeram um estudo com o objetivo de avaliar a estabilidade dos resultados clínicos obtidos numa cirurgia com a técnica de retalhos coronários avançados sem incisões de liberação. E tiveram como conclusão, uma cobertura radicular bem-sucedida, obtida com o retalho coronário avançado para múltiplos defeitos de recessão, observou-se durante o período de 4 anos. Concluíram ainda que as características negativas do paciente, como falta de adesão a um programa de cuidados de suporte e suscetibilidade individual à recessão gengival, foram significativamente associadas à recorrência na recessão gengival. O aumento da altura do tecido queratinizado que se seguiu ao procedimento do retalho coronário avançado pode ser atribuído à tendência da linha mucogengival a recuperar sua posição geneticamente determinada.

Molnár *et al.* (2013), avaliaram clinicamente a cicatrização de múltiplas recessões gengivais maxilares adjacentes de Miller Classe I, II e III (MAGR) tratadas com o túnel coronário avançado modificado (MCAT) em conjunto com um derivado de matriz de esmalte (EMD) e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (SCTG). Concluíram que os presentes achados indicaram que o conceito do tratamento proposto resultou em uma cobertura previsível de múltiplos MAGR maxilares adjacentes de classes I, II e III.

Sculean *et al.* (2014), avaliaram clinicamente a cicatrização de recessões gengivais isoladas de Miller Classe I e II tratadas com o túnel modificado coronariamente avançado (MCAT) em conjunto com um derivado da matriz do esmalte (EMD) e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (SCTG). Os presentes resultados indicaram que a abordagem de tratamento descrita pode levar ao recobrimento radicular previsível de recessões gengivais mandibulares isoladas

de Classe I e II de Miller. Sculean *et al.* em (2016), fizeram uma avaliação clínica a cicatrização de múltiplas recessões gengivais maxilares adjacentes de Miller Classe I, II e III (MAGR) tratadas com o túnel coronário avançado modificado (MCAT) em conjunto com um derivado de matriz de esmalte (EMD) e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (SCTG). Os presentes achados indicaram que o conceito de tratamento proposto resulta em cobertura previsível de múltiplos MAGR maxilares adjacentes de classes I, II e III.

Stähli *et al.* (2020), compararam os resultados da técnica modificada de túnel coronário avançado (MCAT) combinada com matriz de colágeno (CM) ou enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (SCTG) no tratamento de múltiplas recessões gengivais de classe I e II de Miller na mandíbula. Concluíram que a técnica modificada de túnel coronário avançado leva à redução da recessão gengival quando combinados com CM quanto com SCTG, sendo este último mais eficiente quanto ao recobrimento radicular e parâmetros estéticos. Rasperini *et al.* em (2018), fizeram um estudo para avaliar a eficácia clínica do retalho coronário avançado (CAF) com ou sem enxerto de tecido conjuntivo (CTG) para o tratamento de múltiplas recessões gengivais adjacentes na arcada superior. Concluíram que o enxerto de tecido conjuntivo sob CAF resultou em um aumento da probabilidade de CRC apenas em locais com gengiva de linha de base fina. CAF sozinho está associado a resultados clínicos semelhantes e de melhor estética em locais com gengiva de base espessa.

Zucchelli *et al.* (2014), fizeram um estudo para comparar os resultados clínicos e estéticos de duas abordagens cirúrgicas diferentes para o tratamento da recessão gengival profunda, afetando os incisivos inferiores. Todos os defeitos foram tratados com o retalho avançado coronalmente + enxerto de tecido conjuntivo (CAF + CTG) e no grupo teste foi removido o tecido submucoso labial (LST). A morbidade pós-operatória foi avaliada em 1 semana. Avaliações clínicas e estéticas foram feitas em 1 ano. Os melhores resultados estéticos foram observados no grupo de teste. Nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos foi demonstrada na suposição de analgésico do paciente e desconforto e sangramento pós-operatório. Concluíram que a remoção do LST durante a cirurgia CAF + CTG é indicada para proporcionar melhor cobertura

radicular e resultados estéticos no tratamento das recessões gengivais que afetam os incisivos inferiores.

Ainda em 2014, Zucchelli *et al.* fizeram um estudo para avaliar se a morbidade do paciente havia apresentado melhora com a diminuição da espessura e da altura do enxerto, o objetivo secundário foi avaliar se tais modificações no enxerto influenciavam no recobrimento radicular e nos resultados estéticos. Concluíram que o retalho avançado coronalmente mais CTG de espessura e altura reduzidas foi associado a menor morbidade do paciente, melhores avaliações estéticas, sem diferença nos resultados do CR.

Zucchelli *et al.* (2009), compararam o recobrimento radicular e os resultados estéticos do retalho coronalmente avançado (CAF) com e sem incisões de liberação vertical no tratamento de múltiplas recessões gengivais. Concluíram que ambas as técnicas CAF foram eficazes na redução da profundidade da recessão. O tipo de envelope de CAF foi associado a uma maior probabilidade de obtenção de cobertura total da raiz e a um melhor curso pós-operatório. A formação de queloide ao longo das incisões de liberação vertical foi responsável pela pior avaliação estética feita por um periodontista especialista independente.

Zucchelli *et al.* (2018), avaliaram a influência da localização dentária nos resultados da CAF para recessões gengivais localizadas (GRs). Concluíram que a localização do dente desempenha um papel importante após CAF. A adição de CTG (enxerto de tecido conjuntivo) ou substitutos, especialmente com agentes biológicos EMD (matriz de esmalte), melhora os resultados clínicos em comparação com CAF sozinho.

Bherwani *et al.* (2014), a recessão gengival é desagradável e antiestética. Atender às demandas estéticas e funcionais de pacientes com múltiplas recessões gengivais continua sendo um grande desafio terapêutico. Compararam a eficácia clínica da técnica de Zucchelli e técnica de túnel com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (SECTG) para múltiplas recessões gengivais. Concluíram que a técnica de Zucchelli é eficaz para o tratamento de múltiplas recessões adjacentes em termos de cobertura radicular e ganha de tecido queratinizado, independentemente do número de defeitos.

Zucchelli *et al.* (2011), fizeram um estudo, sugerindo um processo de tomada de decisão para o tratamento de lesões cervicais não cariosas (NCCLs)

associadas a recessões gengivais com base na relação topográfica entre o MRC (recessão gengival da Classe Miller) e NCCL (lesão cervical não cariosa), avaliando a estética do paciente. Concluíram que as abordagens proporcionaram boa aparência estética para a grande maioria dos NCCLs associados a recessões gengivais.

Zucchelli, De Sanctis, (2000), fizeram um estudo com o objetivo de avaliar o recobrimento radicular, a eficácia de uma nova abordagem cirúrgica ao procedimento de retalho coronariano avançado no tratamento de múltiplos defeitos recessivos em pacientes com demandas estéticas. Quando vários defeitos de recessão afetando dentes adjacentes em áreas estéticas da boca estão presentes, as considerações relacionadas ao paciente sugerem a seleção de técnicas cirúrgicas que permitem que todos os defeitos gengivais sejam corrigidos simultaneamente com o tecido mole próximo aos próprios defeitos. Os resultados do presente estudo demonstraram que a técnica cirúrgica proposta foi muito eficaz para o tratamento de múltiplas recessões gengivais afetando dentes em áreas estéticas da boca e que esses resultados de cobertura radicular com sucesso podem ser alcançados independentemente do número de recessões simultaneamente tratada durante a intervenção cirúrgica e a presença, antes da cirurgia, de uma quantidade mínima de tecido queratinizado apical aos defeitos.

Zucchelli, De Sanctis, (2005), fizeram um estudo com o objetivo de avaliar a estabilidade dos resultados clínicos obtidos numa cirurgia com a técnica de retalhos coronários avançados, sem incisões de liberação. Os resultados apresentaram uma cobertura radicular bem-sucedidos obtidos com o retalho coronário avançado para múltiplos defeitos de recessão foram bem mantidos durante o período de observação de 4 anos. Características negativas do paciente, como falta de adesão a um programa de cuidados de suporte e suscetibilidade individual à recessão gengival, foram significativamente associadas à recorrência na recessão gengival. O aumento da altura do tecido queratinizado que se seguiu ao procedimento do retalho coronário avançado pode ser atribuído à tendência da linha mucogengival a recuperar sua posição geneticamente determinada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica de Zucchelli e De Sanctis vem sendo muito utilizada e apresenta ótimos resultados no recobrimento radicular de recessões. É considerada como uma técnica superior às outras devido à previsibilidade do recobrimento radicular e pelo aspecto final da cicatrização das papilas. No entanto, a eliminação dos fatores etiológicos mostra-se fundamental para a eficácia do método, e deve ser realizada antes do procedimento cirúrgico a fim de que se previna uma possível recidiva da recessão nos pacientes. Mediante a nova Classificação Periodontal de 2018, se faz necessário atualizar a terminologia quanto a classificação das recessões e ao prognóstico do tratamento; a Recessão Tipo 1 (RT1), e a Recessão Tipo 2 (RT2), correspondem aos casos favoráveis de recobrimento, chegando até 100% de cobertura, para as Recessões Tipo 3 (RT3), não é possível o recobrimento total, assim como a condição radicular deverá ser considerada de acordo com a presença ou não de concavidades na superfície.

REFERÊNCIAS

1. AMARAL, DA S. et al. Root Recovering of Multiple Recessions: Clinical Case Report. **Revista de Odontologia Contemporânea**, v. 4, n. 1, p. 83 - 94, 2020.
2. AROCA, S. et al. Treatment of Multiple Adjacent Miller class I and II Gingival Recessions With a Coronal Modified Advanced Tunnel Technique (MCAT) and a Collagen Matrix or Palatal Connective Tissue Graft: a Randomized Controlled Trial, **J ClinPeriodontol**, v. 40, n. 7, p. 713 - 720, 2013.
3. ASSIS, G.; NEVINS, M.; KIM, D. M. The Use of Autogenous Gingival Graft to Treat Lingual Recession in Anterior Mandibular Teeth, **Dent Restaurador de PeriodontiaInt J**, v. 37, n. 5, p. 667 - 671, 2017.
4. AZAR, E. L. et al. Histological Evaluation of Subepithelial Connective Tissue Grafts Harvested by two Different Techniques: Preliminary Study in Humans, **Acta Odontol Latinoam**, v. 32, n. 1, p. 10 - 16, 2018.

5. BHATAVADEKAR, N. B.; GHARPURE, A. S. Controlled Palatal Harvesting Technique for Harvesting a Palatal Subepithelial Connective Tissue Graft **Compend Contin Educ Dent** v. 39, n. 2, p. e9 - e12, 2018.
6. BHERWANI, C. et al. Zucchelli Technique or Tunnel Technique With Subepithelial Connective Tissue Graft to Treat Multiple Gingival Recessions, **J Int Acad Periodontol**, v. 16, n. 2, p. 34 - 42, 2014.
7. BOUCHARD, P.; MALET, J.; BORGHETTI, A. Decision-Making in Esthetics: Root Coverage Revisited. **Periodontology 2000**. v. 27, p. 97 - 120, 2011.
8. CARRANZA, F. A.; Newman M.G.; Takei H.H.; Klokkevold P.R. **Periodontia Clínica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2012.
9. CUNHA, F. A. et al. Decision on Choosing the Radicular Coverage Technique, **Perio News**, v. 8, n. 2, 2014.
10. KARAM, PSBH. et al. Root Surface Modifiers and Subepithelial Connective Tissue Graft to Treat Gingival Recessions: a Systematic Review, **J Periodontal Res**, v. 51, n. 2, p. 175 - 185, 2016.
11. LACERDA, et al. Root Covering by the Technical Zucchelli and De Sanctis, **RGO - Rev Gaúcha Odontol**, v. 59, n. 2, p. 313 - 317, 2011.
12. MARTIN, I. S. et al. Structural and Histological Differences Between Connective Tissue Grafts Harvested From the Lateral Palatal Mucosa or From the tuberosity area, **Clin Oral Investig**, v. 23, n. 2, p. 957 - 964, 2019.
13. MOLNÁR, B. et al. Treatment of Multiple Adjacent Miller Class I and II Gingival Recessions With Collagen Matrix and the Modified Advanced Coronary Tunnel Technique, **The Journal Of Contemporary Dental Practice - Quintessence Int**, v. 44, n. 1, p. 17 - 24, 2013.
14. RASPERINI, G. et al. Predictive Factors for Long-Term Results Stability of an Advanced Coronary Flap With or Without Connective Tissue Graft in the Treatment of Single Maxillary Gingival Recessions: 9-year Results of a Randomized Controlled Clinical Trial, **J ClinPeriodontol**, v. 45, n. 9, p. 1107 - 1117, 2018.
15. RIBEIRO, J. C. Obtenção de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial superficial pela técnica da dermoabrasão. [homepage na internet]. [acesso

- em 26 ago 2019]. Disponível em: <http://proimperio.com.br/novosite/como-alcancar-um-enxerto-padrao-ouro-com-a-tecnica-da-dermoabrasao/30.09.2020/15:04>
16. SCULEAN, A. et al. The Modified Coronary Advanced Tunnel Combined With an Enamel Matrix Derivative and Subepithelial Connective Tissue Graft for the Treatment of Isolated Miller Class I and II Mandibular Gingival Recessions: a Report of 16 Cases, **Quintessência In**, v. 45, n. 10, p. 829 - 835, 2014.
 17. SCULEAN, A. et al. Treatment of Multiple Miller Class I, II and III Adjacent Maxillary Gingival Recessions With the Modified Coronary Advanced tunnel, Derived from Enamel Matrix and Subepithelial Connective Tissue Graft: a Report of 12 Cases, **Quintessência Int**, v. 47, n. 8, p. 653 -659, 2016.
 18. SHKRETA, M. et al. Exploring the Modalities of Surgical Treatment of Gingival Recession: A Literature Review. **Maced J Med Sci**. v. 6, n. 4, p. 698 - 708, 2018.
 19. STAHLI, A. et al. Effect of the Enamel Matrix Derivative on Wound Healing After Covering the Gingival Recession Using the Modified Coronary Advanced Tunnel and Subepithelial Connective Tissue Graft: a Randomized Controlled Clinical Study, **Clin Oral Investig**, v. 24, n. 2, p. 1043 - 1051, 2020.
 20. STEFFENS, MARCANTONIO. Classification of Periodontal Diseases and Conditions and Peri-implantares 2018: Practical Guide and Key Points **Rev Odontol UNESP**. v. 47, n. 4, p. 189 -197, 2018.
 21. ZUCCHELLI, et al. Does the Graft Dimension Influence the Patient's Morbidity and Root Coverage Results? A Randomized Controlled Clinical Trial, **J Clin Periodontol**, v. 41, n. 7, p. 708 - 716, 2014.
 22. ZUCCHELLI, et al. Influence of Tooth Location in Advanced Coronary Flap Procedures for Root Coverage, **J Periodontol**, v. 89, n. 12, p. 1428 - 1441, 2018.
 23. ZUCCHELLI, et al. Non-Carious Cervical Lesions Associated With Gingival Recessions: a Decision-Making Process, **J Periodontol**, v. 82, n. 12, p. 1713 - 1724, 2011.

24. ZUCCHELLI, G.; DE SANCTIS, M. Long-term Outcome After Treatment of Multiple Miller class I and II Recession Defects in Aesthetic Areas of the Mouth **J Periodontol**, v. 76, n. 12, p. 2286 - 2292, 2005.
25. ZUCCHELLI, G.; DE SANCTIS, M. Treatment of Multiple Recession-Type Defects in Patients With Aesthetic Demands, **J Periodontol**, v. 71, n. 9, p. 1506 - 1514, 2000.
26. ZUCCHELLI, et al. Advanced Coronary Flap With and Without Vertical Release Incisions for the Treatment of Multiple Gingival Recessions: a Comparative Randomized Controlled Clinical Trial, **J Periodontol**, v. 80, n. 7, p. 1083 - 1094, 2009.
27. ZUCCHELLI, et al. Coronally Advanced flap Techniques + Connective Tissue Graft for the Treatment of Deep Gingival Recession in the Lower Incisors. A Randomized Controlled Clinical Trial, **J Clin Periodontol**, v. 41, n. 8, p. 806 - 813, 2014.

ANEXOS

ANEXOS A



SÃO LUCAS
CENTRO UNIVERSITÁRIO

CURSO DE ODONTOLOGIA

Porto Velho, 15 de Setembro de 2020

À Coordenação de Odontologia do Centro Universitário São Lucas

Assunto: Termo de compromisso de orientação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Eu, Laurinda Silva Gualberto

professor (a) docente/ou pesquisador (a) do UNISL, me comprometo a orientar o (a/os/as) aluno (a/os/as) Thomaz Inácio de Oliveira

Orientando do Técnico de Zucchelli e de Sordio no
recobrimento de resina múltipla.

regularmente matriculado (a/os/as) neste curso. Declaro ter conhecimento do Regulamento Interno de Conclusão de Curso do Curso de Odontologia e que os trâmites para substituição de orientador (a) deverão ocorrer no prazo estipulado pela Coordenação do Curso e NUCAP e que o orientador (a) será substituído (a) em caso de ausência no dia da defesa do TCC, por professor determinado pela Coordenação.

O descumprimento do compromisso acima resultará em penalidades junto a esta Coordenação.

Laurinda Silva Gualberto
CPO 1004
CNPJ 08.000.000/0001-00
CPF 000.000.000-00

Assinatura do Orientador (a)

www.saolucas.edu.br
(69) 3211-8001 | (69) 3211-8002
R. Alexandre Guimarães, 1927 Areal
Porto Velho | RO | CEP 76.804-373

Digitalizado com CamScanner

PROTOCOLO PARA ENTREGA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO PARA PRÉ-BANCA

Professor (a) Leanderson Silva Cavalcante
orientador (a) dos (as) alunos (as) Vagner Motezo de Oliveira

Título do trabalho: Técnicas de Zucchelli e de Sonnetus na
possibilidade de recobrimento de resina
múltiplas.

1. Os (as) alunos (as) apresentaram o trabalho com as sugestões de correção.
2. Concordo com a entrega desta versão para a Pré-banca.

Porto Velho, 30 de Setembro de 2020

Vagner Motezo de Oliveira

Aluno (a)

Aluno (a)

Leanderson S. Cavalcante

Leanderson S. Cavalcante
CRD/RO 1098
Centro Odontológico
Centro Universitário São Lucas
Assinatura Orientador (a) / Carimbo

OBS.: Caso o trabalho não tenha a anuência do orientador, não será aceito para participação da Pré-Banca.