

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CENTRAL PAULISTA
UNICEP SÃO CARLOS
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

Laiane de Carvalho Brito

Recobrimento radicular com enxerto conjuntivo: relato de caso clínico

São Carlos

2023

Laiane de Carvalho Brito

Recobrimento radicular com enxerto conjuntivo: relato de caso clínico

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Central Paulista – UNICEP São Carlos, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia

Orientadora: Prof.^a Dra. Mariana Cominotte

São Carlos
2023

Brito, Laiane de Carvalho

Recobrimento radicular com enxerto conjuntivo: relato de caso clínico / Laiane de Carvalho Brito – São Carlos: Unicep, 2023. 28 páginas.

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Cominotte

Monografia (Conclusão de Curso) – Centro Universitário Central Paulista, Unicep, Odontologia, 2023.

1. Retração gengival 2. Enxerto autólogo 3. Tecido Conjuntivo
I. Recobrimento radicular com enxerto conjuntivo: relato de caso clínico

Laiane de Carvalho Brito

Recobrimento radicular com enxerto conjuntivo: relato de caso clínico

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de "Bacharel em Odontologia" e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia do Centro Universitário Central Paulista - UNICEP São Carlos, São Carlos, 01 de dezembro de 2023.

Banca Examinadora:


Prof(a). Dra. Mariana Cominotte
Orientadora
UNICEP


Prof. (a) Dra. Juliana Alcarás S. Renzi
UNICEP


Prof. (a), Dra. Michelle Chielatti
UNICEP

Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus, que sempre me ajudou e iluminou meu caminho durante toda minha trajetória de graduação, sempre abrindo as portas para o conhecimento e aprendizado me dando confiança para seguir sempre em frente, superando grandes desafios e adversidades. E também dedico a meus pais, meu noivo, amigos e todos os professores de curso que sempre me guiaram e me ajudaram e fizeram parte dessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Quero a agradecer a Deus por realizar mais uma conquista em minha vida, uma profissão que vou executar com muito amor e carinho. Esses cinco anos de graduação para mim foram de muito esforço, sabedoria, aprendizado, conhecimento e dedicação, estou completamente realizada por ter chegado até aqui.

Dedico meus agradecimentos para meus pais, Joaquim Aymoré Diniz de Brito e Cristina Borges de Carvalho Brito, a toda minha família. Amo muito vocês!

Ao meu noivo Rodrigo A. Rodolpho, que sempre me apoiou e incentivou, dizendo “você vai ser uma excelente profissional” sempre me orientando e ajudando no que pode. Muito obrigada querido. Amo você!

Meus queridos agradecimentos a minha professora, orientadora e amiga, Mariana Aline Cominotte, por toda sua atenção, conhecimento, dedicação e esforço para que eu pudesse ter a confiança para realizar este trabalho, na área de periodontia cirúrgica que tenho paixão.

E durante toda trajetória de aprendizado, meus agradecimentos aos meus amigos que tornou meus dias intensos de muito trabalho, em dias mais leves sempre um ajudando o outro, com muito companheirismo e felicidade, alegria, durante todos esses anos de faculdade. Obrigada por todo carinho de sempre amigos!

Gratidão a todos que participou de minha trajetória, muito obrigada, que daqui para frente meu caminho seja repleto de muito conhecimento dentro da área odontológica.

RESUMO

Atualmente, a recessão gengival é um problema comum encontrado em vários pacientes, sendo uma patologia, de etiologia multifatorial, acarretando problemas funcionais, e estéticos, resultantes da migração total ou parcial do tecido gengival dos dentes. A exposição da superfície radicular no meio bucal causa muitos malefícios, como abrasões, lesões cariosas e hipersensibilidade dentinária da superfície radicular. Para minimizar os problemas gerados pelas recessões gengivais, podem ser indicados tratamentos cirúrgicos periodontais para recobrimento radicular. Existem diversas técnicas cirúrgicas utilizadas para o tratamento das recessões gengivais, entre elas, podemos ressaltar a técnica de enxerto de tecido conjuntivo. Neste trabalho foi realizado o recobrimento radicular do dente 32 com enxerto de tecido conjuntivo, por meio da técnica cirúrgica de tunelização, para melhorar a estética e as condições pós-operatórias. Adicionalmente após o tratamento cirúrgico, a paciente foi encaminhada para realizar tratamento ortodôntico, em busca de reposicionar o dente 32 que se encontrava em posição desfavorável no arco dentário inferior. Ao final na terapia ortodôntica, associada previamente ao enxerto gengival, observamos um ganho de inserção periodontal satisfatório, demonstrando sucesso no recobrimento radicular, otimizando a longevidade do elemento dentário, bem como, seu aspecto estético.

Palavras-chave: Retração gengival. Enxerto autólogo. Tecido Conjuntivo.

ABSTRACT

Currently, gingival recession is a common problem found in several patients, being a pathology with multifactorial etiology, causing functional and aesthetic problems, resulting from the total or partial migration of the gingival tissue of the teeth. Exposure of the root surface in the oral environment causes many harms, such as abrasions, carious lesions and dentin hypersensitivity of the root surface. To minimize the problems generated by gingival recessions, periodontal surgical treatments for root coverage may be indicated. There are several surgical techniques used to treat gingival recessions, among which we can highlight the connective tissue graft technique. In this work, root coverage of tooth 32 was carried out with a connective tissue graft, using the surgical tunneling technique, to improve aesthetics and postoperative conditions. After surgical treatment, the patient was referred for orthodontic treatment, in order to reposition tooth 32, which was in an unfavorable position in the lower dental arch. At the end of orthodontic therapy, previously associated with gingival grafting, we observed a satisfactory periodontal insertion gain, demonstrating success in root coverage, optimizing the longevity of the dental element, as well as its aesthetic appearance.

Keywords: Gingival retraction. Autologous graft. Connective Tissue.

LISTA DE FIGURAS

IMAGEM 1. Radiografia panorâmica inicial.....	6
IMAGEM 2. Imagens pré-tratamentos: 2A. Vista lateral direita, 2B. Vista frontal e 2C. Vista lateralesquerda.....	7
IMAGEM 3. Raspagem e Alisamento Radicular.....	7
IMAGEM 4. Preparo do leito cirúrgico: 4A. Descolamento área receptora, 4B. Instrumentos cirúrgicos tunelizadores.....	8
IMAGEM 5. Enxerto conjuntivo: 5A. Remoção do Enxerto conjuntivo: 5B. Preparo do enxerto.....	9
IMAGEM 6. Manejo do enxerto: 6A. Posicionamento enxerto 6B. Sutura final.....	10
IMAGEM 7. Pós-cirúrgico.....	10
IMAGEM 8. Resultado após remoção de pontos e cicatrização.....	11
IMAGEM 9. Radiografia panorâmica final.....	12
IMAGEM 10. Resultado final após tratamentos.....	12

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO.....	5
2.1 OBJETIVO GERAL.....	5
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	5
3 RELATO DO CASO.....	6
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXO.....	24

1 INTRODUÇÃO

O sorriso é um componente importante para equilíbrio na estética da face. Para a construção do sorriso, inúmeras variáveis relativas podem interferir neste resultado, tais como: posição, forma, cor e posição gengival, sendo esta, mesmo que mínima, suficiente para afetar a estética. Entre as alterações que atingem a cavidade bucal, as doenças periodontais estão amplamente presentes na população mundial, atingindo grande parte dos indivíduos adultos. (LIMA,2018; PAREDES et al., 2008).

A recessão gengival (RG) é caracterizada por um deslocamento apical da margem gengival, estando frequentemente associada à hipersensibilidade dentinária, pela perda do tecido gengival que recobre as raízes dos elementos dentários, além disto, temos também queixas com relação à estética, podendo ser localizadas, afetando apenas um dente, ou generalizadas, afetando mais de um dente. (KASSAB; BADAWI; DENTINO, 2010).

Essa exposição da superfície radicular no meio bucal causa muitos malefícios, como abrasões, lesões cáries e hipersensibilidade da superfície radicular (PEREIRA, 2007). Existem várias causas para que o ocorra a recessão gengival, entre elas estão, o mau posicionamento dental, deiscência óssea, doença periodontal, escovação traumática, inserção de freios e bridas, movimentação ortodôntica, coroas provisórias, prótese fixa, restaurações mal adaptadas nas margens gengivais, além do trauma oclusal.

Sua prevalência e severidade aumentam com a idade, acometendo tanto a população de higiene oral deficiente como populações de alto grau de higiene oral. Embora a patogênese da recessão gengival ainda não esteja completamente estabelecida, sua instalação depende da existência ou criação de uma deiscência óssea alveolar que sempre resulta em uma perda de inserção. Tanto fatores predisponentes como fatores precipitantes têm sido implicados no desenvolvimento da recessão gengival. Os fatores predisponentes seriam as características anatômicas e morfológicas da região afetada, como espessura do tecido gengival, tamanho e posição dos dentes no processo alveolar e espessura da tábua óssea vestibular. Já os fatores precipitantes incluiriam a indução ou aceleração da inflamação gengival, o traumatismo mecânico do tecido gengival e a criação de defeitos ósseos do tipo deiscência.

Atualmente, observa-se uma procura crescente por parte dos pacientes em relação às técnicas de cirurgia plástica periodontal, que permitem melhorar ou restabelecer a harmonia do sorriso. Existem inúmeras técnicas descritas na literatura para o tratamento de recessões

gingivais, com diferentes graus de complexidade, com resultados variáveis. Um dos problemas que o clínico enfrenta é precisamente a seleção da técnica mais adequada a cada caso. A profundidade da recessão, quantidade de gengiva queratinizada apical à recessão e o biótipo gengival são algumas das variáveis que condicionam a seleção da técnica cirúrgica.

A classificação é definida pela localização da margem cervical, e como referência comparamos se está acima ou abaixo da linha mucogengival, se há perda entre as papilas e se possui perda óssea. Os tipos de recessões gengivais (extensão vertical da recessão) são classificados: Recessão tipo 1(RT1): sem perda de inserção interproximal a junção cimento-esmalte (JCE) interproximal não detectável clinicamente na mesial ou na distal. Recessão tipo 2(RT2): perda de inserção interproximal, com distância de JCE ao fundo de sulco/bolsa menor ou igual a perda de inserção vestibular (medida JCE ao fundo de sulco/bolsa na vestibular). Recessão tipo 3(RT3): perda de inserção interproximal, com distancia da JCE ao fundo de sulco/bolsa maior que a perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/bolsa na vestibular). Adicionalmente, a condição radicular deve ser considerada de acordo com a presença ou não de concavidades na superfície radicular sendo definidas: classe (+) presença de um degrau cervical $> 0,5\text{mm}$. Classe (-) ausência de degrau na cervical $>0, 5\text{mm}$. Sendo assim qualquer tipo de recessão (RT1, RT2 ou RT3) deve ser seguida desses degraus de + ou - (STEFFENS, 2018).

Com relação a movimentação ortodôntica e o aparecimento das recessões gengivais, é necessário sempre um cuidadoso exame dos tecidos gengivais, antes do paciente iniciar o tratamento ortodôntico, como parte do planejamento do caso clínico. Se o deslocamento dentário induzido pelas forças ortodônticas for limitado ao osso alveolar, não haverá a formação de deiscências ósseas e, conseqüentemente, não será considerado fator de risco para o desenvolvimento de recessões gengivais. Se, todavia, os dentes forem movimentados pela lâmina cortical resultando em uma expansão vestibular, haverá uma propensão ao desenvolvimento da recessão vestibular. Nesses casos, o biótipo gengival deverá ser considerado como um fator predisponente para o desenvolvimento da retração gengival durante e/ou após a terapia ortodôntica (SUAID, 2009).

Nos casos em que o periodonto de inserção se encontra reduzido, não há impedimento para que o tratamento ortodôntico seja executado, porém, é necessário que as forças aplicadas sejam leves. Dado que, quanto maior a perda de suporte ósseo, mais profundamente se encontra o centro de resistência do dente, sendo assim, forças menores e intervalos de ativação maiores

são recomendados (PROFFIT, 2007). Após o uso de material enxertivo (enxerto conjutivo) previamente à terapia ortodôntica, é necessário aguardar pelo menos três meses para realizar a movimentação dentária, uma vez que, o tecido ósseo passará por um processo de reparação (RUELLAS, 2013).

Antes de movimentar o elemento dentário para vestibular ou retificar rotações, é fundamental observar se a região apresenta uma estreita faixa de gengiva inserida, pois nessas situações a movimentação pode causar uma excessiva perda de inserção (RUELLAS, 2013). Os pacientes que apresentam um periodonto fino devem realizar, previamente ao tratamento ortodôntico, cirurgia para o aumento da espessura e largura gengival, evitando assim a retração gengival (CAMPOS, 2013).

Com referência às técnicas periodontais cirúrgicas, quando estas são realizadas anteriormente à movimentação, contribuem para o ganho do nível de inserção e no suporte ósseo, permitindo uma maior transferência do estímulo da força e, conseqüentemente, uma maior versatilidade no tratamento ortodôntico (SILVA; CIRELLI, 2004). No entanto, alguns autores sugerem a terapia ortodôntica anteriormente ao tratamento periodontal regenerativo (LEVINE; KUTALEK, 1993; AGUIRRE-ZORZANO et al., 1999; RE et al., 2002).

Existem várias técnicas cirúrgicas como para o tratamento das RG, (FERREIRA 2017), dentre elas, a técnica de tunelização foi desenvolvida como uma modificação da técnica em envelope, observando-se na resultados previsíveis descritos na literatura, em termos de recobrimento radicular e aumento da quantidade de gengiva queratinizada. Para o tratamento de recessões múltiplas com uma profundidade ≤ 3 mm, em que a exigência estética é elevada, a técnica de tunelização poderá ser a opção de eleição, uma vez que permite a preservação das papilas, pois pode-se abrir mão de incisões verticais assegurando melhor suprimento sanguíneo do enxerto, permitindo alcançar excelentes resultados estéticos e funcionais a longo prazo.

A fim de se aumentar a largura de gengiva queratinizada, as porções mais coronais do enxerto podem ficar descobertas, sendo que, para a prevenção da necrose, é essencial assegurar que nenhuma porção do enxerto superior a 1-2mm fica exposta, mantendo a maioria do enxerto coberto pela mucosa do túnel. Esta técnica apresenta como vantagens: a ausência de incisões verticais, ausência de alterações significativas no posicionamento da linha mucogengival, manutenção da profundidade do vestibulo, e proteção da posição e altura das papilas. Adicionalmente, a ausência de cicatrizes e boa integração em termos estéticos pode ser considerados uma vantagem na perspectiva do paciente (XAVIER 2015).

Sendo assim observamos que o enxerto de tecido conjuntivo quando bem indicado e realizado, pode proporcionar, grandes benefícios estéticos e funcionais aos pacientes, além de colaborar com o sucesso do tratamento ortodôntico

2. OBJETIVOS

Este estudo tem como finalidade demonstrar um recobrimento radicular, associado à terapia ortodôntica, ressaltando a importância do planejamento e da abordagem interdisciplinar nos tratamentos das recessões gengivais.

2.1 OBJETIVO GERAL

Neste trabalho é demonstrado o papel do periodontista na prevenção e no controle das recessões gengivais, apresentando um caso clínico, que ilustra a relação entre a terapia cirúrgica periodontal mucogengival associada à movimentação ortodôntica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Neste trabalho é descrita a sequência clínica para a realização do enxerto conjuntivo, executado antes da terapia ortodôntica, para recobrimento radicular do dente 32.

3 RELATO DE CASO

A paciente, B.B.G, 32 anos, sexo feminino, nos procurou, em janeiro de 2019, relatando sentir sensibilidade ao escovar os dentes, e ao consumir bebidas geladas. Durante o preenchimento da anamnese não foi detectado nenhum problema de saúde. Adicionalmente a paciente foi instruída e esclarecida sobre a possibilidade da utilização de seu caso clínico para fins didáticos. A paciente assinou um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a publicação do presente trabalho.

Durante a realização do exame clínico foi observada a presença de uma contenção lingual, localizada na região dos dentes 33 ao 43, devido ao tratamento ortodôntico prévio que a paciente havia realizado e finalizado.

Imagem 1: Radiografia Panorâmica



Fonte: Própria

Além disto, constatou-se um quadro de inflamação gengival localizada, associada à presença da recessão gengival na vestibular do dente 32. Esta recessão foi classificada como: recessão gengival tipo RT1 (sem perda óssea nas proximais). A partir das informações coletadas e do exame clínico, optou-se pela realização do recobrimento radicular desta região.

Imagem 2: 2A. Vista frontal da oclusão do paciente dos dentes e mordida, 2B. Vista lateral esquerda, 2C. Vista lateral direita



Fonte: Própria

Previamente ao procedimento cirúrgico foi realizada a adequação do meio bucal, e da região em questão, com profilaxia, para o controle do biofilme dental, bem como, para a redução dos sinais inflamatórios do tecido gengival do dente 32. Após essa etapa, visto que o quadro inflamatório gengival já estava controlado, foi planejado o procedimento de recobrimento radicular do dente 32.

Imagem 3: Profilaxia e redução dos sinais inflamatórios



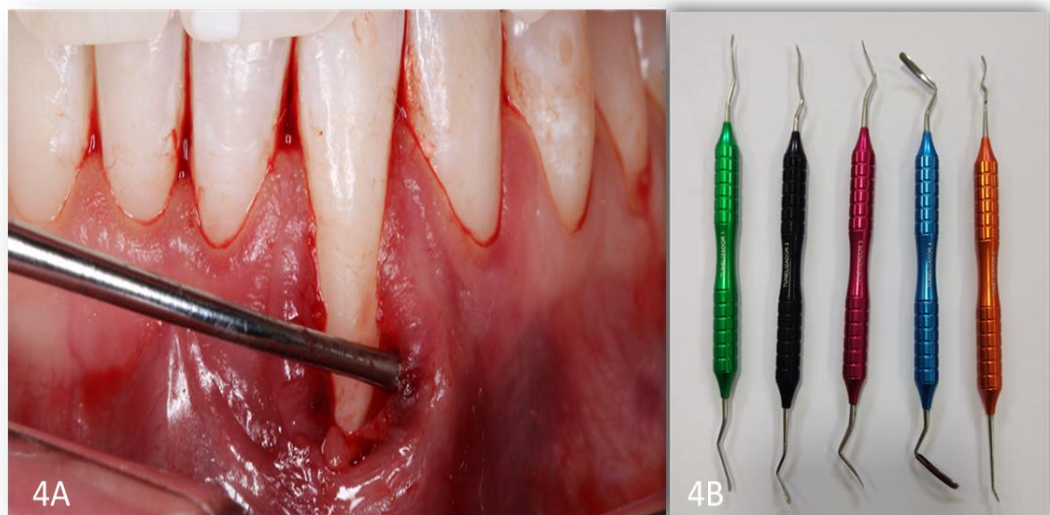
Fonte: Própria

Para o recobrimento foi selecionada a técnica cirurgia com enxerto de tecido conjuntivo tunelizado (ETC). Previamente ao início do procedimento cirúrgico, foi efetuado a antissepsia extraoral com digluconato de clorexidina a 0,2%, associado ao bochecho intraoral, com o mesmo produto a uma concentração de 0,12%, durante 1 minuto.

Para a realização do procedimento cirúrgico foi medida a área da recessão gengival, com o auxílio de uma sonda periodontal milimetrada, resultando em 6 mm de largura e 9 mm de altura. A paciente foi anestesiada pela técnica de bloqueio do nervo mentoniano bilateral, com complementação da técnica infiltrativa do dente 32, e neste procedimento foi utilizado 3 tubetes de anestésico a base de mepivacaína a 2% com epinefrina 1:100.000. A área receptora foi preparada com incisão sulcular por toda vestibular do dente 32, utilizando-se lâmina de bisturi do tipo 15c.

Em seguida foi realizado o descolamento mucogengival da região, estendendo-se da distal do dente 31, até a mesial do dente 33. Após as incisões e o descolamento, foi verificada a mobilidade do tecido, se estava suficiente para acomodar o enxerto de tecido conjuntivo. Este tipo de técnica recebe o nome de tunelização, tendo como objetivo o mínimo de dano cirúrgico possível, auxiliando na cicatrização dos tecidos periodontais.

Imagem 4. 4A: Descolamento com a técnica de tunelização, 4B: Instrumentais tunelizadores



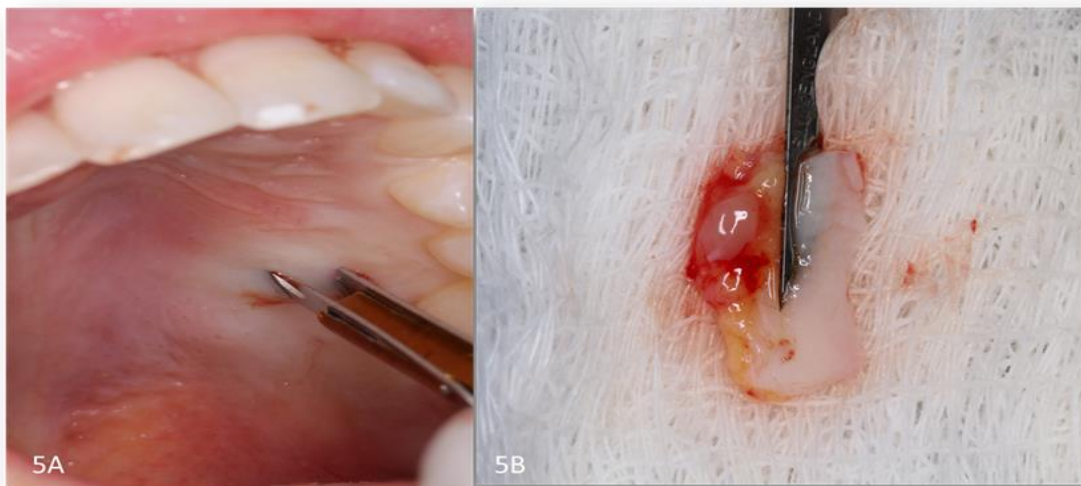
Fonte: Própria

Para o preparo da área doadora (palato), foi escolhida a técnica de incisão dupla para a remoção do tecido conjuntivo, confeccionando-se um molde no tamanho necessário para

obtenção do enxerto, perfurando alguns pontos com a sonda milimetrada, que posteriormente tornam-se sangrantes, e atuam como guia para a delimitação das incisões. Inicialmente, foram realizadas 2 incisões com bisturi de lâmina dupla, sendo uma incisão na camada epitelial, aprofundando-se a segunda incisão a nível ósseo, utilizando-se lâminas de bisturi do tipo 15c. Em seguida, são confeccionadas incisões perpendiculares às duas primeiras, uma anterior e outra posterior ao enxerto, fazendo a união das duas primeiras incisões, em busca de se remover o enxerto da região doadora. Posteriormente o enxerto é descolado do tecido ósseo e removido o com o auxílio de um descolador do tipo Molt.

A hemostasia do palato foi feita com compressa de gaze, durante 5 minutos, para conter o sangramento, seguido de sutura, para estabilização do coágulo. O enxerto de tecido conjuntivo foi preparado, coma a remoção total da camada epitelial, com o auxílio de lâmina 15c, e posicionado na área receptora de forma desejável recobrimdo a recessão periodontal, sendo suturado no periósteeo da face vestibular do dente 31 e 33, com fio de sutura do tipo Vycril (J&J Ethicon). A síntese do palato foi realizada com fio de seda número 4.0 (J&J Ethicon).

Imagem 5. 5A: Enxerto conjuntivo da região doadora (palato). 5B: Preparo do enxerto de tecido conjuntivo, com a remoção total da camada epitelial, com o auxílio de lâmina 15c.



Fonte: Própria

Imagem 6. 6A: posicionamento enxerto, 6B: sutura final



Fonte: Própria

No pós-operatório, a paciente recebeu uma via do receituário contendo as informações e cuidados necessários. Foi prescrito Nimesulida 100 mg, de 12 em 12 horas, por 3 dias; dipirona 500 mg, a cada 6 horas enquanto houver dor, e amoxicilina 500 mg, de 8 em 8 horas por sete dias. Adicionalmente foi prescrito digluconato de clorexidina 0,12%, bochecho, de 12 em 12 horas, durante 7 dias. A Paciente foi orientada a não praticar esforço e atividade física, não fazer bochechos vigorosos, evitar escovação e uso de fio dental no local por uma semana.

Imagem 7: foto final da cirurgia, com enxerto conjuntivo



Fonte: Própria.

No período de 10 dias, foram removidas as suturas da área enxertada do dente 32 e do palato, e observou-se que todas as características estavam dentro do aspecto de normalidade do processo de cicatrização.

Imagem 8: Resultado final de cicatrização e remoção de pontos



Fonte: Própria

Após o período de cicatrização do enxerto gengival (90 dias), a paciente foi encaminhada para o ortodontista, para avaliação sobre um possível tratamento da posição do dente 32, que se encontrava vestibularizado, em relação à posição dos demais dentes, no alinhamento da arcada dentária inferior. Seguido da avaliação do ortodontista a paciente fez a instalação do aparelho ortodôntico e recebeu tratamento durante 2 anos.

Imagem 9: Radiografia final



Fonte: Própria

Finalizada a terapia ortodôntica podemos observar que houve um ganho de inserção periodontal do dente 32, colaborando para o sucesso no recobrimento radicular deste elemento dentário. Além disto, a melhora no alinhamento dentário, removeu o trauma que este dente recebeu durante a escovação dentária, bem como durante a oclusão.

Imagem 10: Tratamento final após tratamento ortodôntico



Fonte: Própria

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo este contexto, podemos concluir que as recessões gengivais podem acontecer após a vestibularização ortodôntica dos elementos dentários, assim como observamos no dente 32 deste relato de caso. Deiscências ósseas provenientes dos tratamentos ortodônticos, quando associadas a um tecido gengival de espessura reduzida, acaba por tornar a região propícia ao desenvolvimento da RG. Ao redor da recessão gengival temos um tecido de aspecto mais delicado e dolorido, dificultando a escovação dentária, facilitando o acúmulo de biofilme dental, além disto, quando ocorre a vestibularização dentária o dente em questão passa a receber diretamente o trauma da escovação dentária, piorando o quadro clínico. A avaliação da condição periodontal do paciente, ou seja, a análise do aspecto do tecido mole (cor, forma e textura), da severidade da inflamação gengival, bem como, da presença de defeitos mucogengivais preexistentes deve ser realizada previamente ao início da movimentação dentária, buscando-se diminuir o risco da ocorrência da RG. Além disto, um efetivo programa de manutenção periodontal deve ser adotado durante a aplicação das forças ortodônticas assegurando mínimos danos aos tecidos periodontais, utilizando-se o conhecimento das técnicas disponíveis, para optar pelo método que favoreça a situação do indivíduo, executando o tratamento de escolha de forma adequada, trazendo satisfação e conforto ao paciente.

REFERÊNCIAS

- BORGES, S. B. **Comparação de duas técnicas cirúrgicas para recobrimento radicular e recessões unitárias**: ensaio clínico paralelo, randomizado e duplo cego. 2022. 98 f. Tese de Doutorado (Curso de Odontologia) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN.
- FERREIRA, J.; ALMEIDA, K.; DURSCK, J.R. Recobrimento Radicular Utilizando a Técnica de Enxerto de Tecido Conjuntivo: Caso clínico. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba – PR, ed. 8153, p. 1-8. 2017.
- JR, J. P. F. *et al.* Alternativa em Cirurgia Plástica Periodontal: Caso clínico. **Revista Brasileira de Cirurgia e Periodontia**, Campo Grande, MS. p. 1-6, 2003.
- LANG, N. P.; LINDHE, J. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**, 6ª edição. Guanabara Koogan: Grupo GEN, 2018.
- LAUREANO, N. K. **Análise das diferentes técnicas cirúrgicas de recobrimento radicular utilizando tecido conjuntivo**. 2012. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (Curso de Odontologia) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- LIMA, Rodrigo Alves. **Enxerto Subepitelial de tecido Conjuntivo para Recobrimento Radicular**: relato de caso. Orientador: Prof. Me. Edilson Fernando Castelo. 2018. 48 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, 2018.
- MOREIRA, Glaucy Aparecido Martins. **Enxerto Conjuntivo na técnica da tunelização para tratamento da recessão gengival**: relato de caso. Orientador: Profº Dr. Paulo Henrique Alvares Torres. 2021. 18 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Faculdade Sete Lagoas – FACSETE., Sete Lagoas/MG, 2021.
- MOREIRA, Glaucy Aparecido Martins. **Enxerto Conjuntivo na técnica da tunelização para tratamento na recessão gengival**: revisão de literatura. Orientador: Paulo Henrique Alvares Torres. 2021. 18 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Faculdade Sete Lagoas – FACSETE., Sete Lagoas/MG, 2021.
- QUEIROZ, Amanda Arruda; CAMILO, Lorraine Ferreira; SILVA, Jonathan Primo Pereira. ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO PARA TRATAMENTO DE RECESSÕES PERIODONTAIS: UM RELATO DE CASO. **Revista Saúde Multidisciplinar**, GO, Brasil, v. 33, n. 5, p. 28-33, Trabalho apresentado no 2019º FAMP, Acadêmica no Curso de Odontologia, GO, Brasil, 2019.
- RIBEIRO, Mariana Henriques Martins Calado. **Cirurgia mucogengival cicatrização de enxertos de tecido conjuntivo para recobrimento radicular**. Orientador: Paulo Mascarenhas. 2011. 45 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de odontologia, universidade de Lisboa - Faculdade de medicina dentária, Lisboa, 2011.

STEFFENS, João Paulo; MARCANTONIO, Rosemary Adriana Chiérici. Classificação das doenças e condições periodontais e Peri-implantares: guia prático e pontos-chaves. **Revista de odontologia da Unesp**, Araraquara: Rev Odontol, p. 189-197, 2018.

SUAID, Fabrícia Ferreira; SALLUM, Antônio Wilson; SALLUM, Enilson Antônio. Inter-relação entre a movimentação dentária ortodôntica e a recessão gengival: relato de um caso clínico com dois anos de acompanhamento. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Piracicaba, p. 55-60, 2009.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO DE FOTOS

Eu, Bruna Bagnato Missal, portador do documento (RG ou CPF) 038697110.92, por meio deste termo de consentimento livre e esclarecido, permito que a Dra. Mariana Aline Cominotte, CRO: 105-827, faça fotografias extraorais e intraorais, sem apresentação do rosto, sobre meu caso clínico. Autorizo a utilização destas imagens para finalidades científicas e didáticas, quando necessárias, em aulas, trabalhos, congressos ou eventos científicos da área odontológica. Consinto também, que as imagens de meus exames complementares, como radiografias, tomografias, entre outros, possam ser utilizadas. Tenho a consciência que este consentimento pode ser revogado, sem qualquer custo de prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação. Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e, assino a presente autorização em duas vias, de igual teor e forma. Declaro ainda, que recebi uma via deste termo.

Assinatura do (a) Paciente:

Bruna B. Missal

São Carlos, 7 de Outubro de 2023