

Ruan Henrique Delmonica BARRA*

 <https://orcid.org/0000-0002-7929-1618>

Luiz Guilherme FIORIN**

 <https://orcid.org/0000-0002-6778-0035>

Ester Oliveira SANTOS***

 <https://orcid.org/0009-0008-3675-074X>

Elisa Mara de Abreu FURQUIM****

 <https://orcid.org/0000-0002-0618-2787>

Gabriela Carrara SIMIONATO*****

 <https://orcid.org/0000-0001-6220-8024>

Otávio A. Pacheco VITÓRIA*****

 <https://orcid.org/0000-0002-0579-3009>

Juliano Milanezi de ALMEIDA*****

 <https://orcid.org/0000-0002-5995-5747>

Recebido em: 02 de dezembro de 2025.

Aprovado em: 22 de julho de 2026.

RECOBRIMENTO RADICULAR UTILIZANDO ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO ASSOCIADO À TÉCNICA DE RETALHO DESLOCADO LATERALMENTE PARA CORREÇÃO DE RECESSÕES GENGIVAIS TIPO 2 (RT2)

RESUMO

As recessões gengivais constituem um desafio clínico frequente, especialmente na região anterior da mandíbula, onde limitações anatômicas podem comprometer a previsibilidade das técnicas tradicionais de recobrimento radicular. Este relato de caso descreve o tratamento de uma recessão gengival Tipo 2 (RT2), segundo a classificação de Cairo, por meio da associação entre enxerto de tecido conjuntivo (ETC) e retalho deslocado lateralmente (RDL). O objetivo foi avaliar o desfecho clínico dessa abordagem em uma recessão profunda isolada. Uma paciente de 46 anos, sistemicamente saudável, apresentou recessão RT2 no dente 31, acompanhada de deficiência de mucosa queratinizada. Após terapia periodontal básica, realizou-se o procedimento cirúrgico, que consistiu na obtenção de ETC palatino, estabilização do enxerto no leito receptor e deslocamento lateral de um retalho parcial para recobrimento radicular. A paciente foi acompanhada aos 7, 14 e 30 dias, e após 1 ano. Observou-se aumento da espessura gengival e recobrimento radicular satisfatório, com melhora estética percebida e estabilidade tecidual no acompanhamento tardio, embora sem recobrimento total da recessão. A abordagem demonstrou efetividade em região de desafiadora anatomia, reforçando que a combinação RDL + ETC pode ser uma alternativa previsível quando criteriosamente indicada. Conclui-se que o ETC associado ao RDL constitui opção cirúrgica viável para recessões RT2, promovendo benefícios estéticos e funcionais, desde que executado com planejamento adequado e técnica precisa.

Palavras-chave: recessão gengival; retalho deslocado lateralmente; enxerto de tecido conjuntivo; periodontia; cobertura radicular.

ROOT COVERAGE USING CONNECTIVE TISSUE GRAFT ASSOCIATED WITH THE LATERALLY POSITIONED FLAP FOR THE TREATMENT OF RT2 GINGIVAL RECESSIONS

ABSTRACT

Gingival recessions represent a common clinical challenge, particularly in the anterior mandibular region, where anatomical limitations may compromise the predictability of conventional root coverage techniques. This case report describes the treatment of a Cairo Type 2 (RT2) gingival recession using a combination of a connective tissue graft (CTG) and a laterally positioned flap (LPF). The objective was to evaluate the clinical outcome of this approach in the management of an isolated deep gingival recession. A 46-year-old systemically healthy female patient presented with an RT2 gingival recession affecting tooth 31, associated with a deficiency of keratinized mucosa. Following initial periodontal therapy, the surgical procedure was performed, consisting of harvesting a palatal connective tissue graft, stabilizing the graft at the recipient site, and laterally positioning a partial-thickness flap to achieve root coverage. The patient was evaluated at 7, 14, and 30 days postoperatively and again after 1 year. An increase in gingival thickness and satisfactory root coverage were observed, with perceived esthetic improvement and soft tissue stability at the long-term follow-up, although complete root coverage was not achieved. This approach proved effective in an anatomically challenging region, reinforcing that the combination of LPF and CTG may represent a predictable treatment alternative when appropriately indicated. It is concluded that CTG associated with LPF is a viable surgical option for the treatment of RT2 gingival recessions, providing esthetic and functional benefits when performed with appropriate treatment planning and precise surgical technique.

Keywords: gingival recession; laterally positioned flap; connective tissue graft; periodontics; root coverage.

* Discente do curso de doutorado em Periodontia na Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/Unesp), ruan_d.barra@hotmail.com

** Professor substituto do curso de graduação na Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/Unesp), guilherme@fior.in

*** Discente do curso de mestrado em Periodontia na Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/Unesp), ester.santos@unesp.br

**** Discente do curso de doutorado em odontologia na Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/Unesp), elisafurquim13@gmail.com

***** Discente do curso de mestrado em Periodontia na Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/Unesp), gabriela.carrara@unesp.br

***** Discente do curso de doutorado em Periodontia na Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/Unesp), otavio_pacheco00@hotmail.com

***** Professor de graduação e pós-graduação na Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/Unesp), jumilanezi@hotmail.com



1 INTRODUÇÃO

As recessões gengivais (RC) constituem achados frequentes na prática clínica periodontal e representam uma condição indesejável caracterizada pela exposição da superfície radicular decorrente da migração apical da margem gengival (Fouda; Aluckal; Abraham, 2022). Além do comprometimento estético, as RC podem resultar em hipersensibilidade dentinária e aumentar a suscetibilidade ao desenvolvimento ou à progressão de doenças periodontais. Assim, é fundamental que o cirurgião-dentista tenha domínio da etiologia, prevalência e fatores associados, a fim de estabelecer um plano terapêutico adequado e individualizado (Kassab; Cohen, 2003). A etiologia das RC é multifatorial e envolve fatores anatômicos (como inserção alta de freio labial e biotipo periodontal delgado), traumáticos (incluindo escovação traumática e uso inadequado do fio dental), periodontais (gengivite e periodontite) e iatrogênicos (restaurações subgengivais e movimentações ortodônticas inadequadas) (Chambrone; Tatakis, 2016).

As opções terapêuticas para o manejo das recessões gengivais incluem abordagens cirúrgicas e não cirúrgicas, cuja indicação depende da extensão da recessão, da localização do defeito e dos fatores de risco individuais. Dentre os procedimentos cirúrgicos mais empregados, destacam-se os enxertos gengivais, especialmente, o enxerto de tecido conjuntivo (ETC) e o enxerto gengival livre (EGL). Essas técnicas têm como finalidade promover o recobrimento radicular, aumentar a espessura e a faixa de tecido queratinizado, além de favorecer a estabilidade tecidual a longo prazo (Chambrone; Tatakis, 2016).

O EGL consiste na remoção de um fragmento de tecido epitelial e conjuntivo do palato, posteriormente transplantado para a área receptora. Seu principal objetivo é aumentar a faixa de gengiva queratinizada e melhorar a estabilidade dos tecidos periodontais, sendo o recobrimento radicular um benefício adicional e secundário do procedimento (Fatani *et al.*, 2024). Embora apresente elevada previsibilidade no aumento de tecido queratinizado, o EGL possui limitações importantes, sobretudo em regiões de alta demanda estética, uma vez que pode resultar em discrepâncias de cor e textura entre o enxerto e os tecidos adjacentes, comprometendo a harmonia do sorriso (Goyal *et al.*, 2019).

Por outro lado, o ETC tem se consolidado como uma das abordagens cirúrgicas mais eficazes dentro da periodontia contemporânea (Brennand; Fields, 2024). Trata-se de uma técnica que, assim como o EGL, envolve a remoção de tecido do palato por meio de uma incisão; entretanto, o epitélio é separado do tecido conjuntivo, o qual é então enxertado na área

receptora com o propósito de favorecer a regeneração e o ganho tecidual gengival (Cabrera, 1994). Evidências científicas consistentes, baseadas em estudos clínicos, demonstram que o ETC proporciona cobertura radicular significativa e aumento da largura de tecido queratinizado, resultando em melhorias relevantes na saúde periodontal e na estética do sorriso (Hürzeler; Weng, 1999). Ademais, trata-se de uma técnica previsível e segura, com taxas de sucesso elevadas. Estudos de acompanhamento em longo prazo confirmam a manutenção da cobertura radicular e a estabilidade do tecido gengival após a realização do ETC (Thoma *et al.*, 2014).

Nesse contexto, é fundamental que o cirurgião-dentista domine o manejo dos tecidos periodontais e seja capaz de selecionar adequadamente a técnica de retalho mais indicada para a área receptora, a fim de otimizar o prognóstico clínico (De Sanctis; Clementini, 2014). Entre as opções disponíveis, o retalho deslocado lateralmente (RDL) tem se destacado como uma abordagem cirúrgica favorável para a manipulação de tecidos moles em procedimentos que envolvem enxerto de tecido conjuntivo, quando criteriosamente indicado (Cairo *et al.*, 2014). O RDL consiste na liberação parcial do tecido mole adjacente à região receptora, permitindo sua mobilização lateral para recobrir o defeito. Essa técnica apresenta diversas vantagens, como a preservação da vascularização, a diminuição do risco de necrose e a obtenção de resultados estéticos mais satisfatórios (LEE *et al.*, 2014). No entanto, para assegurar o sucesso do procedimento, é imprescindível compreender os princípios biológicos e as particularidades clínicas envolvidas na execução do RDL em associação ao enxerto conjuntivo.

Estudos recentes têm ressaltado a relevância da manipulação metódica dos tecidos moles durante a execução do RDL, com ênfase na preservação da espessura tecidual e na manutenção da integridade vascular (Zucchelli; De Sanctis, 2000). Ademais, a seleção criteriosa do retalho a ser deslocado e a escolha da técnica de sutura mais apropriada desempenham papel determinante no resultado clínico. A literatura contemporânea descreve diversas variações técnicas para a realização do RDL em associação ao ETC, envolvendo diferenças no padrão de incisão, no grau de mobilização do retalho e nas estratégias de fechamento da ferida cirúrgica (Aroca *et al.*, 2009). Diante disso, é essencial que os profissionais da área se mantenham atualizados quanto às evidências científicas mais recentes e sejam proficientes tanto na execução das técnicas quanto no diagnóstico preciso das RC, de modo a assegurar resultados previsíveis e satisfatórios.

Considerando esses aspectos, o presente trabalho descreve um relato de caso clínico de recobrimento radicular por meio de enxerto de tecido conjuntivo associado à técnica de retalho deslocado lateralmente para o tratamento de recessões gengivais Tipo 2 (RT2).

2 RELATO DE CASO

A paciente, sexo feminino, 46 anos, não fumante e em adequado estado de saúde sistêmica, compareceu à Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/Unesp) para avaliação odontológica, relatando como queixa principal “uma grande exposição da raiz do dente”. Durante a anamnese, não foram identificados sinais ou sintomas indicativos de alterações sistêmicas ou locais relevantes. Ao exame clínico intraoral, observou-se deficiência de mucosa queratinizada e migração apical da margem gengival na região dos incisivos centrais inferiores, sendo o dente 31 aquele que apresentava maior extensão de recessão gengival (Figura 1). Após o procedimento de raspagem inicial, constatou-se a presença de perda de inserção interproximal, permitindo classificar a recessão como Tipo 2 (RT2), segundo a classificação de Cairo (Cortellini; Bissada, 2018), com, aproximadamente, 4 mm de altura. Inicialmente, foram fornecidas instruções de higiene oral e, na sequência, instituída a terapia periodontal básica, incluindo raspagem, alisamento radicular e profilaxia dos dentes afetados e adjacentes. O procedimento cirúrgico foi programado para duas semanas após a conclusão da terapia periodontal básica.

Figura 1 - Aspecto pré-operatório exibindo recessão gengival Tipo 2 (RT 2) de Cairo nos elementos 31 e 41



Fonte: Dos próprios autores, 2025.

Como não foram observados sinais clínicos de inflamação, optou-se pela realização do recobrimento radicular utilizando a técnica de ETC associada ao RDL. No exame pré-operatório, a paciente encontrava-se em condições sistêmicas estáveis, com sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade (pressão arterial 110/80 mmHg, frequência cardíaca 80 bpm, frequência respiratória 16 irpm e temperatura corporal 36 °C), além de relatar ausência de alergias medicamentosas conhecidas.

Duas horas antes do procedimento cirúrgico, foram administrados à paciente dois comprimidos de dexametasona 4 mg, com o objetivo de modular a resposta inflamatória aguda, reduzir o risco de edema pós-operatório e auxiliar no controle da dor. A escolha do corticosteroide fundamenta-se em sua ação anti-inflamatória potente, amplamente utilizada para atenuar o edema tecidual inicial e promover maior conforto no pós-operatório imediato. Os riscos, benefícios e possíveis complicações inerentes ao procedimento foram apresentados de forma detalhada, e a paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da cirurgia¹.

Inicialmente, realizou-se a antisepsia intraoral e extraoral com solução de digluconato de clorexidina a 0,12% e 2%, respectivamente (Periogard – Colgate Palmolive Ind. e Com. Ltda., São Paulo-SP, Brasil). Em seguida, procedeu-se à anestesia do campo receptor pela técnica infiltrativa local, abrangendo a região dos dentes 32 a 43, utilizando solução de mepivacaína 2% associada à epinefrina 1:100.000 (Mepiadre – Nova DFL Ind. e Com. S.A., Rio de Janeiro-RJ, Brasil). Após obtenção do completo bloqueio anestésico, a área receptora foi preparada mediante a realização de duas incisões relaxantes (confeccionadas com lâmina 15C), uma na mesial e outra na distal do dente 31, ambas convergindo em direção apical (Figura 2A–C). Nesse momento, procedeu-se também à remoção do freio labial inferior por meio de frenectomia. Em seguida, confeccionou-se um retalho parcial, iniciado no dente 31 e estendido até o dente 42 (Figura 2D–F).

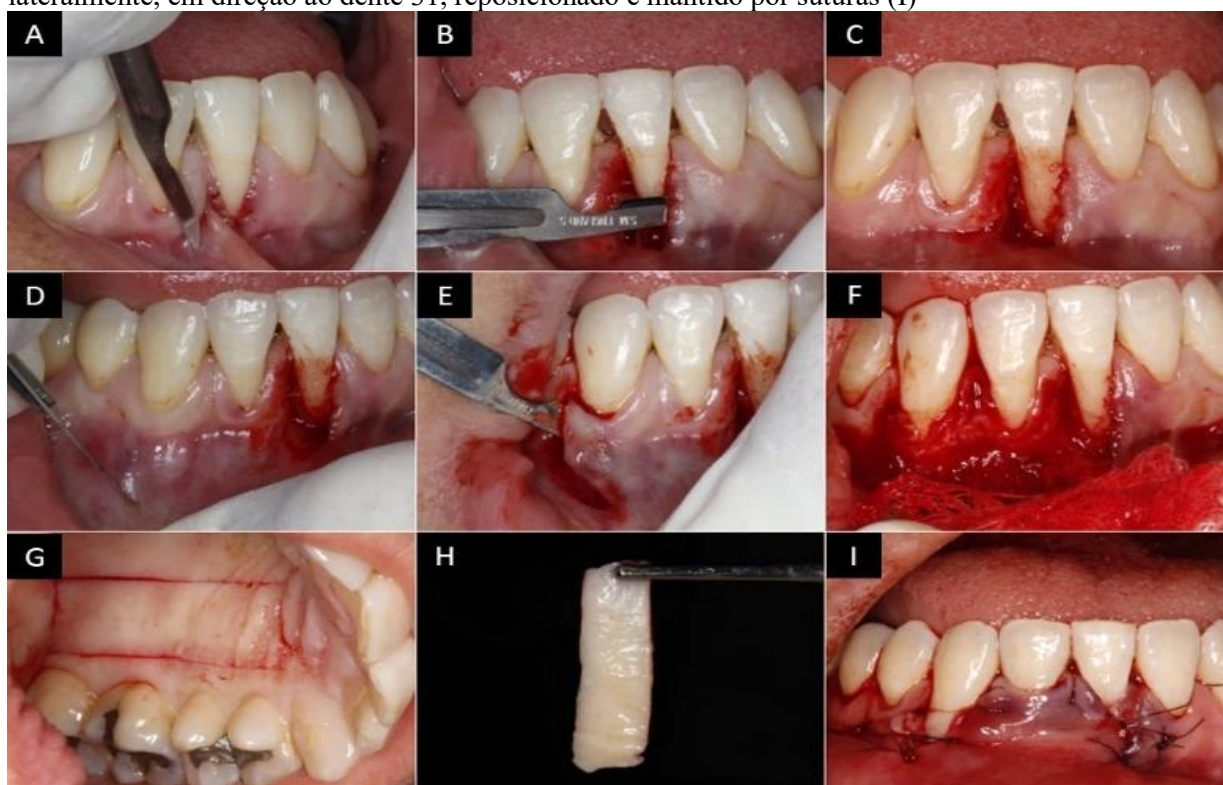
Para a obtenção do enxerto, realizou-se, previamente, o mapeamento cirúrgico determinando sua extensão ideal. Após a anestesia da região doadora, o guia cirúrgico foi posicionado sobre o palato, na área compreendida entre o canino e o segundo molar do lado esquerdo (Figura 2G). Uma vez removido, o enxerto foi imediatamente submetido à divulsão epitelial, removendo-se cuidadosamente a porção epitelial e preservando-se, exclusivamente, o tecido conjuntivo subjacente, conforme preconizado para enxertos de tecido conjuntivo (Figura

¹ Relato de Caso aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, sob o CAAE: 93876125.3.0000.5420.

2H). A ferida cirúrgica do leito doador foi então suturada com fio não reabsorvível de nylon 4-0 (Ethicon – Johnson & Johnson do Brasil Ind. Com. Prod. para Saúde Ltda., São Bernardo do Campo, Brasil).

O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial foi posicionado sobre o leito receptor e inicialmente estabilizado por meio de suturas simples nas suas extremidades mesial e distal, utilizando fio absorvível de poliglactina 5-0 (Vicryl – Johnson & Johnson do Brasil Ind. Com. Prod. para Saúde Ltda., São Bernardo do Campo, Brasil). Para assegurar sua completa imobilização, foram realizadas suturas compressivas em “X”, de modo a manter o enxerto em íntimo contato com o leito periosteal e impedir qualquer micromovimento durante o período inicial de cicatrização. Após a estabilização do enxerto, o retalho parcial, previamente confeccionado, foi deslocado lateralmente em direção ao dente 31, reposicionado sobre o enxerto e mantido em posição por meio de suturas simples com fio não reabsorvível de nylon 5-0 (Ethicon – Johnson & Johnson do Brasil Ind. Com. Prod. para Saúde Ltda., São Bernardo do Campo, Brasil) (Figura 2I).

Figura 2 – Preparação da área receptora através da confecção de duas incisões, uma na mesial (A) e outra na distal (B) do dente 31 convergentes para apical (C). Confeção de retalho parcial iniciando-se incisão relaxante na distal do elemento 42 (D) em direção coronal (E). Aspecto final do retalho dividido no leito receptor (F). Obtenção do enxerto na região compreendida entre o canino e o segundo molar do lado esquerdo (G). Enxerto dividido, permanecendo apenas a porção conjuntiva (H). Retalho deslocado, lateralmente, em direção ao dente 31, reposicionado e mantido por suturas (I)



Fonte: Dos próprios autores, 2025.

Ao término da cirurgia, a paciente recebeu todas as orientações pós-operatórias referentes à dieta, higienização da área operada e terapêutica medicamentosa. Para controle infeccioso no pós-operatório, foi prescrita amoxicilina 500 mg (1 cápsula a cada 8 horas, por 7 dias). Para modulação da resposta inflamatória e analgesia, a paciente recebeu prescrição de nimesulida 100 mg (1 comprimido a cada 12 horas, por 3 dias) e dipirona 500 mg (1 comprimido a cada 6 horas, se necessário, em caso de dor). Não foram observadas intercorrências transoperatórias, tampouco complicações pós-operatórias durante o período inicial de cicatrização.

A paciente foi reavaliada aos 7, 14 e 30 dias, bem como após 1 ano do procedimento cirúrgico (Figura 3). No acompanhamento de 1 ano, observou-se redução significativa da recessão gengival inicialmente apresentada, evidenciando a estabilidade tecidual e confirmando o sucesso clínico da intervenção.

Figura 3 – Reavaliações pós operatórias com sete (A), quatorze (B), trinta dias (C) e um ano (D)



Fonte: Dos próprios autores, 2025.

3 DISCUSSÃO

Diante do exposto, o procedimento cirúrgico de enxerto de tecido conjuntivo (ETC) associado ao retalho deslocado lateralmente (RDL) demonstra-se uma abordagem valiosa para

o tratamento de recessões gengivais Tipo 2 (RT2), apresentando resultados previsíveis, estáveis e clinicamente duradouros. A literatura destaca que os principais fatores associados ao desenvolvimento da migração apical da margem gengival incluem a inflamação periodontal induzida por biofilme e o trauma decorrente de técnicas inadequadas de escovação dentária (Jati *et al.*, 2016). Considerando que as recessões gengivais aumentam o risco de hipersensibilidade dentinária, cárie radicular e comprometimento estético (Kassab; Cohen, 2003), torna-se essencial o manejo adequado dessa condição, especialmente em casos que demandam restauração da harmonia gengival e cobertura radicular. No presente relato clínico, observou-se melhora significativa dos parâmetros estéticos e da cobertura radicular no período pós-operatório, corroborando a eficácia da técnica empregada.

A seleção da técnica cirúrgica mais adequada para o tratamento das recessões gengivais deve considerar diversos fatores relacionados ao defeito, incluindo profundidade e largura da recessão, disponibilidade de tecido doador, presença de inserções musculares ou frenais e implicações estéticas do sítio receptor (Zucchelli; De Sanctis, 2000). Outro aspecto determinante é a classificação da recessão, que influencia diretamente a previsibilidade de recobrimento radicular. A classificação proposta por Cairo *et al.* (2014) introduziu um sistema simplificado baseado na avaliação clínica dos níveis interproximais de inserção, ressaltando que o suporte periodontal interproximal é um dos principais preditores do desfecho cirúrgico. Do ponto de vista biológico, recessões classificadas como RT1 e RT2 apresentam potencial para cobertura radicular total, enquanto nos defeitos RT3 (em que há perda interproximal mais acentuada), a expectativa limita-se à cobertura parcial. Adicionalmente, a magnitude da recessão constitui um fator crítico para o prognóstico: recessões com largura superior a 3 mm e profundidade igual ou maior que 5 mm tendem a apresentar resultados menos favoráveis em termos de recobrimento radicular (Pini Prato *et al.*, 1992; Trombelli *et al.*, 1995).

O tratamento mais empregado para o manejo das recessões gengivais consiste em procedimentos cirúrgicos com enxertos destinados ao recobrimento radicular, sendo o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial uma das abordagens mais consagradas (Zucchelli *et al.*, 2004). As técnicas que utilizam enxerto de tecido mole subepitelial, especificamente, o tecido conjuntivo, envolvem a colocação do enxerto diretamente sobre a superfície radicular exposta, seguida da mobilização de um retalho mucoso que é deslocado em direção coronal ou lateral, conforme o diagnóstico clínico e as características morfológicas da recessão (Zucchelli *et al.*, 2003). O ETC, usualmente obtido da região palatina, tem demonstrado aumentar substancialmente a espessura tecidual e proporcionar maior estabilidade dos resultados a longo

prazo, consolidando-se como uma técnica previsível e biologicamente favorável (Langer, 1985).

Essa técnica é amplamente reconhecida devido à sua excelente capacidade de promover aumento da espessura tecidual, favorecer a vascularização e estabilizar o retalho reposicionado (Brennand; Fields, 2024). A literatura demonstra que o ETC apresenta um duplo suprimento sanguíneo, proveniente tanto do leito receptor quanto do retalho que o recobre, o que potencializa sua integração e acelera o estabelecimento de um ambiente biológico propício à cicatrização (Trombelli *et al.*, 1995). Além disso, o tecido conjuntivo autólogo possui elevada compatibilidade histológica, reduzida antigenicidade e capacidade comprovada de induzir queratinização do epitélio sobrejacente, contribuindo para o aumento da faixa de tecido queratinizado e para a estabilidade dos resultados em longo prazo (Zucchelli *et al.*, 2014). Estudos clínicos de acompanhamento prolongado reforçam que o ETC apresenta taxas elevadas de recobrimento radicular e manutenção da posição da margem gengival, mesmo em defeitos mais complexos, o que o consolida como padrão-ouro no tratamento de recessões gengivais (Hürzeler; Weng, 1999; Hwang *et al.*, 2006).

O tratamento de recessões gengivais vestibulares profundas na região anterior da mandíbula representa um desafio clínico significativo, sobretudo em razão das particularidades anatômicas dessa área, como a reduzida espessura óssea vestibular, a inserção elevada de freios e a limitada quantidade de mucosa queratinizada, conforme observado no caso apresentado (César Neto *et al.*, 2019; Zucchelli; De Sanctis, 2013). O retalho coronalmente avançado (CAF) associado ao ETC é amplamente considerado o procedimento padrão-ouro para o tratamento das recessões gengivais, devido à sua elevada previsibilidade, capacidade de recobrimento radicular e potencial de incremento da espessura tecidual (Chambrone; Pinto; Chambrone, 2019). Esse protocolo cirúrgico permanece como referência especialmente em casos de recessões múltiplas ou extensas, demonstrando estabilidade clínica e excelentes resultados estéticos em diversos estudos longitudinais (Da Silva *et al.*, 2004). No entanto, em regiões anatômicas desfavoráveis, como a mandíbula anterior, onde, frequentemente, se observam fenestração óssea, inserções musculares tensas ou impossibilidade de mobilização tecidual coronal adequada, o CAF pode tornar-se contraindicado, exigindo a seleção de técnicas alternativas, como o retalho deslocado lateralmente (RDL) associado ao ETC (Zucchelli *et al.*, 2004).

Para recessões RT2 profundas, o recobrimento total pode apresentar menor previsibilidade devido à maior distância em relação à junção cimento-esmalte. Contudo, o

estudo de Parma-Benfenati (2025) demonstrou que a técnica de retalho deslocado lateralmente (RDL) associada ao enxerto de tecido conjuntivo (ETC) mantém recobrimento médio de até 95% em seguimento de 10 anos, com resultados estéticos estáveis e incremento da largura de tecido queratinizado. Bosco *et al.* (1990) propuseram a realização de um bisel interno na área receptora do enxerto, visando à preservação do tecido queratinizado adjacente à recessão. Essa abordagem permite melhor adaptação do retalho à área receptora e favorece o resultado estético ao reduzir a visibilidade da linha de incisão após a cicatrização. Zucchelli *et al.* (2004) sugeriram o avanço coronal do retalho deslocado lateralmente mediante uma incisão submarginal no dente adjacente. Martins *et al.* (2015) propuseram a associação de uma cobertura do ETC por meio de um retalho pediculado sem a necessidade de incisão submarginal no dente adjacente, conduzindo toda a faixa de tecido queratinizado para dentro do retalho. Dessa forma, o uso do retalho reposicionado lateralmente, inicialmente introduzido por Grupe e Warren (1956), passou por diversas modificações ao longo dos anos, com o objetivo de reduzir o risco de recessão na área doadora (BOSCO *et al.*, 1990; STAFFILENO, 1964).

Entretanto, ao optar por essa técnica, o clínico deve considerar cuidadosamente as características dos tecidos moles localizados lateralmente ao defeito de recessão para avaliar a viabilidade do retalho pediculado (Zucchelli *et al.*, 2004; Santana *et al.*, 2019). A largura do tecido queratinizado lateral deve ser pelo menos 6 mm maior que a largura da recessão medida ao nível da junção cimento-esmalte, e a altura do tecido queratinizado lateral deve exceder em pelo menos 2 mm a profundidade de sondagem vestibular dos dentes adjacentes. Esses critérios são essenciais para evitar sequelas no local doador. Além disso, o fenótipo gengival fino, frequentemente observado na região anterior da mandíbula, pode limitar a indicação dessa técnica. Outro desafio anatômico recorrente diz respeito às inserções musculares e ao vestibulo raso, que podem restringir a mobilidade e o descolamento adequado do retalho (Zucchelli *et al.*, 2014).

Desse modo, o caso relatado apresentou melhora clínica significativa quando comparado à situação inicial; entretanto, a resolução completa da recessão não foi alcançada, o que pode ser justificado pelos fatores previamente mencionados. Curiosamente, conforme observado na Figura 3A–B, a sutura realizada na região do dente 31 aparenta ter apresentado um discreto grau de frouxidão, o que, associado à tensão exercida pelo RDL, pode ter dificultado o recobrimento radicular completo nesse sítio. A sutura desempenha papel fundamental no sucesso dessas intervenções cirúrgicas, assegurando a imobilização adequada do enxerto no leito receptor, favorecendo a estabilização do coágulo, a difusão plasmática

inicial e a íntima adaptação entre os tecidos. Além disso, a escolha do tipo de fio e da técnica de sutura influencia, diretamente, o processo de cicatrização, contribuindo para a redução da tensão tecidual e para a prevenção de micromovimentos que podem comprometer a integração do enxerto (Chacón *et al.*, 2021).

Em suma, a escolha da técnica cirúrgica indicada deve considerar múltiplos fatores, incluindo extensão e profundidade da recessão, quantidade e qualidade do tecido queratinizado, demanda estética, disponibilidade de área doadora e experiência do cirurgião. No caso analisado, a opção pelo retalho deslocado lateralmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo mostrou-se adequada devido à presença de tecido adjacente suficiente, recessões isoladas e elevada exigência estética, resultando em aumento da espessura gengival e recobrimento radicular satisfatório para a estabilidade clínica (BOSCO *et al.*, 2021). Um segundo planejamento cirúrgico pode ser considerado para a completa resolução do caso apresentado.

4 CONCLUSÃO

Em conclusão, o enxerto de tecido conjuntivo permanece como uma técnica valiosa na periodontia, oferecendo resultados previsíveis e estáveis no tratamento de recessões gengivais e na melhoria da estética do sorriso, especialmente quando associado ao retalho deslocado lateralmente. A utilização dessas abordagens exige habilidade cirúrgica e compreensão detalhada da anatomia e da biologia periodontal, mas pode proporcionar benefícios expressivos aos pacientes, tanto estéticos quanto funcionais. Dessa forma, a educação continuada e a prática clínica fundamentada em evidências são essenciais para o aprimoramento das competências profissionais e para a obtenção de desfechos clínicos favoráveis.

REFERÊNCIAS

AROCA, S. *et al.* Clinical evaluation of a modified coronally advanced flap alone or in combination with a platelet-rich fibrin membrane for the treatment of adjacent multiple gingival recessions: a 6-month study. **Journal of Periodontology**, v. 80, n. 2, p. 244-252, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2009.080253>.

BOSCO, A. F. *et al.* Laterally Positioned Flap with Subepithelial Connective Tissue Graft Modified One-Stage Procedure for the Treatment of Deep Isolated Gingival Recessions in Mandibular Incisors. **Case Reports in Dentistry**, v. 2021, p. 2326152, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2021/2326152>.

BOSCO, F.; MILANEZI, L. A.; PASSANEZI, E. Contribution to the technique of covering the exposed roots. **Revista Regional de Araçatuba da Associação Paulista de Cirurgões Dentistas**, 1990. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-858810>.

BRENNAND ROPER, M.; FIELDS, Y. Achieving the optimal emergence profile: the role of soft tissue grafting and pontic site development. **British Dental Journal**, v. 237, n. 11, p. 843-849, 2024. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41415-024-8023-2>.

CABRERA, P. O. Connective tissue grafting: an option in reconstructive periodontal surgery. **The Journal of the American Dental Association**, v. 125, n. 6, p. 729-737, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1994.0110>.

CAIRO, F.; NIERI, M.; PAGLIARO, U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions: a systematic review. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 41, supl. 15, p. S44-S62, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.12182>.

CÉSAR NETO, J. B. *et al.* Root coverage for single deep gingival recessions: outcomes based on a decision-making algorithm. **International Journal of Dentistry**, v. 2019, Article ID 1830765, 9 p., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2019/1830765>.

CHACÓN RAMÍREZ, G. J.; TAVELLI, L.; BAROOTCHI, S.; WANG, H. L. “V-Reverse” suturing technique for tunnel soft tissue graft and flap stabilization: technique illustration. **Clinical Advances in Periodontics**, v. 11, n. 3, p. 129-133, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cap.10134>.

CHAMBRONE, L.; CASTRO PINTO, R. C. N. de; CHAMBRONE, L. A. The concepts of evidence-based periodontal plastic surgery: application of the principles of evidence-based dentistry for the treatment of recession-type defects. **Periodontology 2000**, v. 79, n. 1, p. 81-106, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/prd.12248>.

CHAMBRONE, L.; TATAKIS, D. N. Long-term outcomes of untreated buccal gingival recessions: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Periodontology**, v. 86, n. 3, p. 332-345, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2016.150625>.

CHAMBRONE, L.; TATAKIS, D. N. Periodontal soft tissue root coverage procedures: a systematic review from the AAP regeneration workshop. **Journal of Periodontology**, v. 86, supl. 2, p. S8-S51, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2015.130674>.

CORTELLINI, P.; BISSADA, N. F. Mucogingival conditions in the natural dentition: narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 45, supl. 20, p. S190-S206, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/JPER.16-0671>.

DA SILVA, R. C. *et al.* Root coverage using the coronally positioned flap with or without a subepithelial connective tissue graft. **Journal of Periodontology**, v. 75, n. 3, p. 413-419, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2004.75.3.413>.

DE SANCTIS, M.; CLEMENTINI, M. Flap approaches in plastic periodontal and implant surgery: critical elements in design and execution. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 41, suppl. 15, p. S108-S122, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12189>.

FATANI, B. *et al.* Modifications in the free gingival graft technique: a systematic review. **Cureus**, v. 16, n. 4, p. e58932, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.58932>.

FOUDA, M.; ALUCKAL, E.; ABRAHAM, A. The case for using free gingival grafts in the anterior mandible: clinical case reports. **Journal of Orofacial Research**, v. 11, n. 1, p. 23-27, 2022. Disponível em: <https://mansapublishers.com/index.php/jofr/article/view/3195>.

GOYAL, L. *et al.* Free gingival graft as a single step procedure for treatment of mandibular Miller Class I and II recession defects. **World Journal of Plastic Surgery**, v. 8, n. 1, p. 12-17, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29252/wjps.8.1.12>.

GRUPE, H. E.; WARREN, R. F. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. **Journal of Periodontology**, v. 27, n. 2, p. 92-95, 1956. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.1956.27.2.92>.

HÜRZELER, M. B.; WENG, D. A single-incision technique to harvest subepithelial connective tissue grafts from the palate: a retrospective study. **Journal of Periodontology**, v. 70, n. 7, p. 840-845, 1999. Disponível em: https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aagcd%3A6%3A32285094/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Acrawler-gcd&id=ebsco%3Aagcd%3A37215221&crl=c&jrnl=01987569&link_origin=scholar.google.com.

HWANG, D.; WANG, H.-L. Flap Thickness as a Predictor of Root Coverage: A Systematic Review. **Journal of Periodontology**, v. 77, n. 10, p. 1625-1634, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2006.060107>

JATI, A. S.; FURQUIM, L. Z.; CONSOLARO, A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 21, n. 3, p. 18-29, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-6709.21.3.018-029.oin>.

KASSAB, M. M.; COHEN, R. E. The etiology and prevalence of gingival recession. **Journal of the American Dental Association**, v. 134, n. 2, p. 220-225, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2003.0137>.

LANGER, B.; LANGER, L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. **Journal of Periodontology**, v. 56, n. 12, p. 715-720, 1985. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.1985.56.12.715>.

LEE, C. T. *et al.* Root coverage with a modified laterally positioned flap combined with a subepithelial connective tissue graft in advanced recession. **Journal of periodontal & Implant Science**, v. 44, n. 6, p. 300-306, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5051/jpis.2014.44.6.300>.

MARTINS, T. M. *et al.* Root coverage of adjacent gingival recessions with a combination of two surgical techniques. **RSBO – Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 12, n. 2, p. 225-232, 2015. Disponível em: https://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-56852015000200014&script=sci_abstract.

PARMA-BENFENATI, L.; PARMA-BENFENATI, S. Laterally positioned flap with connective tissue graft to treat deep isolated gingival recessions in the mandibular anterior region: a retrospective case series with 10-year follow-up. **Clinical Advances in Periodontics**, v. 16, n. 2, p. 279-287, 2025. Epub 29 abr. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cap.10358>.

PINI PRATO, G. P. *et al.* Coronally advanced flap: the post-surgical position of the gingival margin is an important factor for achieving complete root coverage. **Journal of Periodontology**, v. 76, p. 713-722, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2005.76.5.713>.

PINI PRATO, G. P. *et al.* Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal gingival recession. **Journal of Periodontology**, v. 63, p. 919-928, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.1992.63.11.919>.

SANTANA, R. B. *et al.* Single-stage advanced versus rotated flaps in the treatment of gingival recessions: a 5-year longitudinal randomized clinical trial. **Journal of Periodontology**, v. 90, n. 9, p. 941-947, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0284>

STAFFILENO, H. Management of gingival recession and root exposure problems with periodontal disease. **Dental Clinics of North America**, v. 3, p. 111-120, 1964. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0011-8532\(22\)02003-1](https://doi.org/10.1016/S0011-8532(22)02003-1).

THOMA, D. S. *et al.* Efficacy of soft tissue augmentation around dental implants and in partially edentulous areas: a systematic review. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 41, supl. 15, p. S77-S91, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.12220>.

TROMBELLI, L. *et al.* Healing response of human buccal gingival recessions treated with expanded polytetrafluoroethylene membranes: a retrospective report. **Journal of Periodontology**, v. 66, p. 14-22, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.1995.66.1.14>

ZUCCHELLI, G. *et al.* Bilaminar techniques for the treatment of recession type defects: a comparative clinical study. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 30, p. 862-870, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.2003.00397.x>

ZUCCHELLI, G. *et al.* Coronally advanced flap + connective tissue graft techniques for the treatment of deep gingival recession in the lower incisors: a controlled randomized clinical trial. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 41, n. 8, p. 806-813, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12269>

ZUCCHELLI, G. *et al.* Laterally moved, coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects. **Journal of Periodontology**, v. 75, n. 12, p. 1734-1741, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2004.75.12.1734>.

ZUCCHELLI, G.; DE SANCTIS, M. Modified two-stage procedures for the treatment of gingival recession. **The European Journal of Esthetic Dentistry**, v. 8, n. 1, p. 24-42, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23390619/>.

ZUCCHELLI, G.; DE SANCTIS, M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. **Journal of Periodontology**, v. 71, n. 9, p. 1506-1514, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2000.71.9.1506>