

INTRODUÇÃO

Por definição as recessões gengivais constituem a migração da gengiva marginal em direção apical em relação à junção amelocementária com consequente exposição da superfície radicular ao meio bucal. [1]

Existem inúmeras técnicas para recobrimento de recessões gengivais com resultados satisfatórios. A técnica VISTA (Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access) tem sido descrita ao longo das últimas décadas, como um procedimento de cirurgia periodontal plástica eficaz no recobrimento de múltiplas recessões gengivais adjacentes classes I e II de Miller. [2]

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

DADOS CLÍNICOS

- Sexo masculino, 52 anos, ASA I, não fumadora e com várias lesões associadas ao trauma de escovagem;
- Motivo da Consulta: Compromisso estética e hipersensibilidade dentária.

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

- Periodontite Crónica Leve (IP de 37,06% e BOP de 20,23%);
- Recessões na face vestibular do dente 14 ao 23 e do 42 ao 46, todas elas classe II de Miller).

PLANO DE TRATAMENTO

- Fase higiénica
- Recobrimento de Recessão: Retalho de

Reposicionamento Coronal com

Enxerto Conjuntivo

1. Preparação do leito recetor – Criação de um túnel subperiosteal; [3]
2. Recolha do enxerto – Segundo *Zucchelli et al*⁽⁴⁾ obteve-se um enxerto gengival livre do palato duro que foi posteriormente desepitelizado;
3. Colocação do enxerto e estabilização na sua nova posição com um técnica de sutura coronalmente ancorada.



Figura 1: Fotografia frontal inicial, depois da fase higiénica



Figura 2: Fotografia lateral direita inicial, depois da fase higiénica



Figura 3: Fotografia lateral esquerda inferior inicial, depois da fase higiénica



Figura 4: Recobrimento das recessões superiores direitas 3 meses após a cirurgia



Figura 5: Recobrimento das recessões superiores esquerdas 3 meses após a cirurgia



Figura 6: Recobrimento das recessões superiores, 3 meses após a cirurgia.



Figura 7: Recobrimento das recessões inferiores esquerdas 2 semanas após a cirurgia

DISCUSSÃO

A abordagem VISTA apresenta vantagens únicas para o tratamento bem-sucedido de múltiplas recessões. A incisão realizada diminui a possibilidade de traumatizar as gengivas, as cicatrizes são pouco ou nada visíveis, comparativamente a outras técnicas de tunelização apresenta um maior grau de avanço coronal da margem gengival, a sutura realizada minimiza o micromovimento do local regenerativo e possibilita tratar vários defeitos de recessões sem necessidade de procedimentos de colheita secundários. [5]

CONCLUSÃO

Na hemiarcada superior direita obteve-se um recobrimento praticamente total em 3 meses. Todavia, na hemiarcada superior esquerda os resultados foram menos previsíveis, com um recobrimento de 89% no central, 75% no lateral e de 50% no canino. Com duas semanas de controlo, a hemiarcada inferior esquerda apresentou um recobrimento quase total de todos os dentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Barbosa e Silva E, Januário AL, Peruchi CM de S, Cardozo WV. Recobrimento Radicular Por Meio Da Técnica Cirúrgica Periodontal Do “Envelope”-Enxerto Conjuntivo Subepitelial: Relato. Rev Odontológica Araçatuba. 2004;25(2):43–50.
2. Zabalegui I, Sicília a, Cambra J, Gil J, Sanz M. Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft: a clinical report. Int J Periodontics Restorative Dent. 1999;19(2):199–206.
3. Zadeh HH. Minimally invasive treatment of maxillary anterior gingival recession defects by vestibular incision subperiosteal tunnel access and platelet-derived growth factor BB. Int J Periodontics Restorative Dent [Internet]. 2011;31(6):653–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22140667>
4. Zucchelli G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, Montebugnoli L, et al. Patient morbidity and root coverage outcome after subepithelial connective tissue and de-epithelialized grafts: A comparative randomized-controlled clinical trial. J Clin Periodontol. 2010;37(8):728–38.
5. Chatterjee A, Sharma E, Gundanavar G, Subbaiah SK. Treatment of multiple gingival recessions with vista technique: A case series. J Indian Soc Periodontol. 2015;19(2):232–5.