

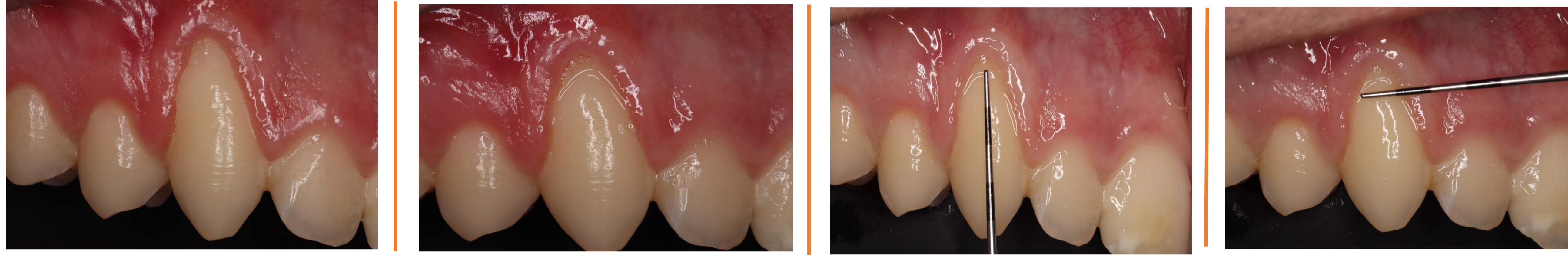


1. Médico/a Dentista, Aluno/a da Especialização em Periodontologia e Implantes na FMDUL
2. Médica Dentista, Mestre em Periodontologia pela FMDUL, Especialista em Periodontologia pela OMD, Docente da Especialização em Periodontologia e Implantes na FMDUL

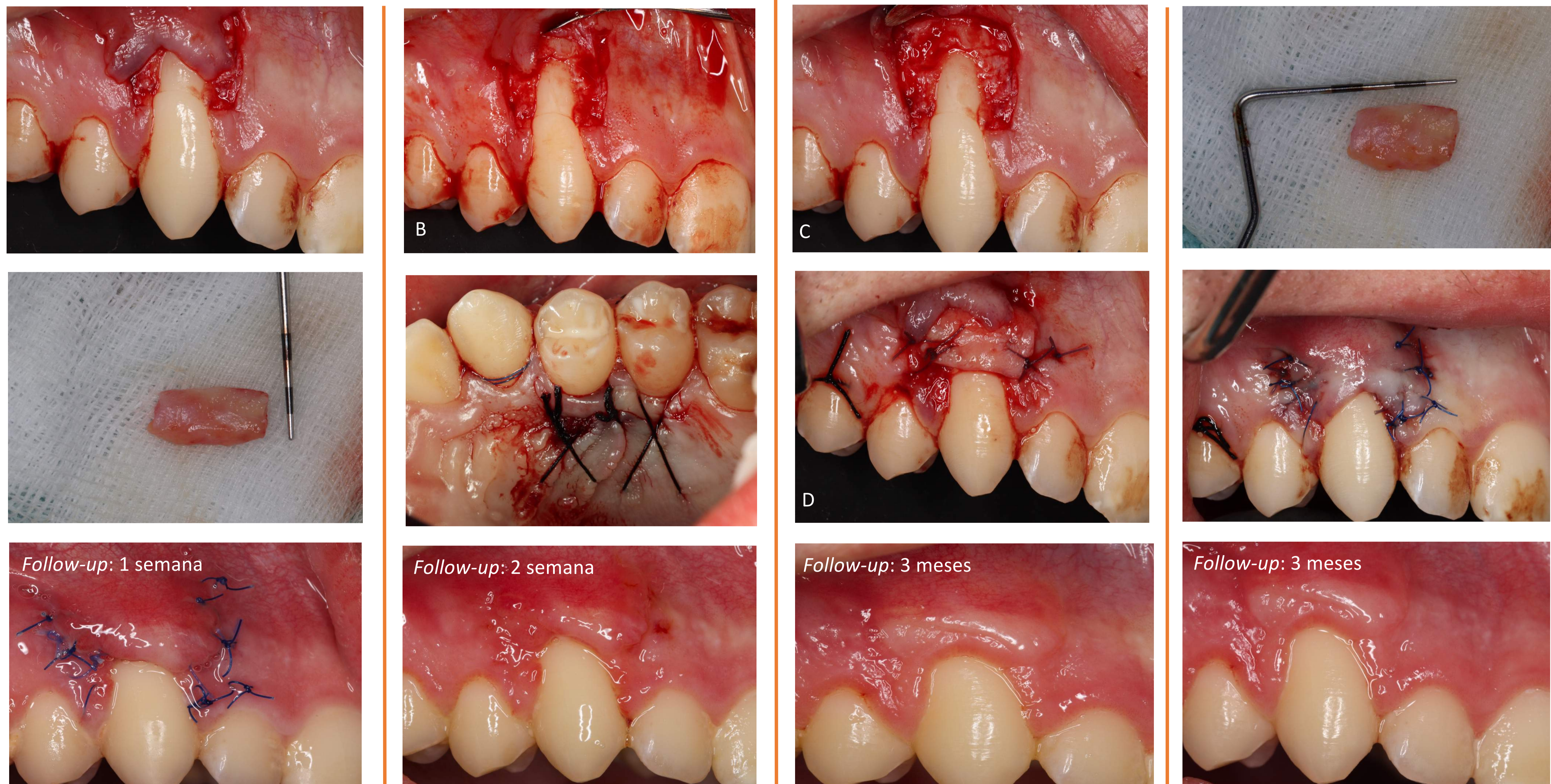
INTRODUÇÃO

A seleção da técnica cirúrgica na tentativa de recobrir uma recessão radicular depende principalmente das características anatómicas locais e das exigências do paciente. O retalho avançado coronal, inicialmente proposto por Norberg em 1926, é uma técnica cirúrgica indicada para correção de defeitos de recessão gengival classe I de Miller e na presença de tecido queratinizado residual com a mesma altura da recessão.

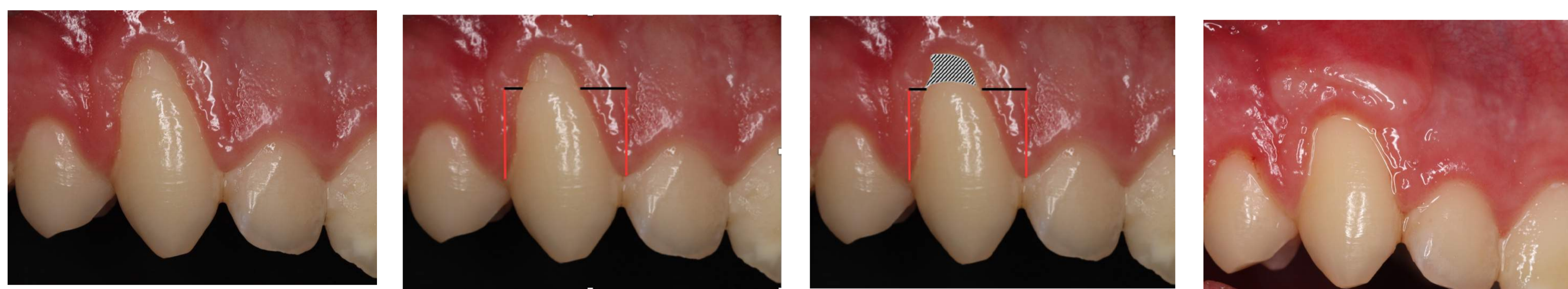
O recobrimento radicular completo da raiz nem sempre é possível, mesmo em recessões gengivais sem perda de inserção interproximal e perda óssea, como acontece por exemplo em dentes com perda traumática de uma ou ambas as papilas ou em dentes rodados. Nesse sentido, **a avaliação dos parâmetros que permitem determinar previamente o recobrimento radicular esperado é importante**



DESCRIÇÃO DO CASO | Paciente do sexo masculino com **15 anos de idade**, foi encaminhado para a consulta de Periodontologia na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, com queixas de **sensibilidade e desconforto durante os procedimentos de higiene oral** ao nível do dente 13. Após avaliação clínica e radiográfica, foi diagnosticada uma **recessão gengival, classe I de Miller**. Na 1ª consulta, foram realizadas instruções de higiene oral, assim como modificada a técnica de escovagem. Posteriormente, e após garantir um controlo de placa bacteriana eficaz foi realizado **um retalho de reposicionamento coronal associado a um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial**. A técnica cirúrgica incluiu, duas incisões horizontais biseladas, mesial e distal ao defeito de recessão, localizadas a uma distância da papila anatómica igual à profundidade da recessão mais 1 mm (A). De seguida foram realizadas, duas incisões biseladas oblíquas, ligeiramente divergentes, que se estenderam até a mucosa alveolar (B). O retalho em formato trapezoidal foi elevado com abordagem split-full-split na direção corono-apical (C). As papilas anatómicas foram desepitelizadas com posterior colocação do enxerto de tecido conjuntivo no leito recetor (D).



Posição final dos tecidos moles após Cirurgia Mucogengival | Como Determinar ?

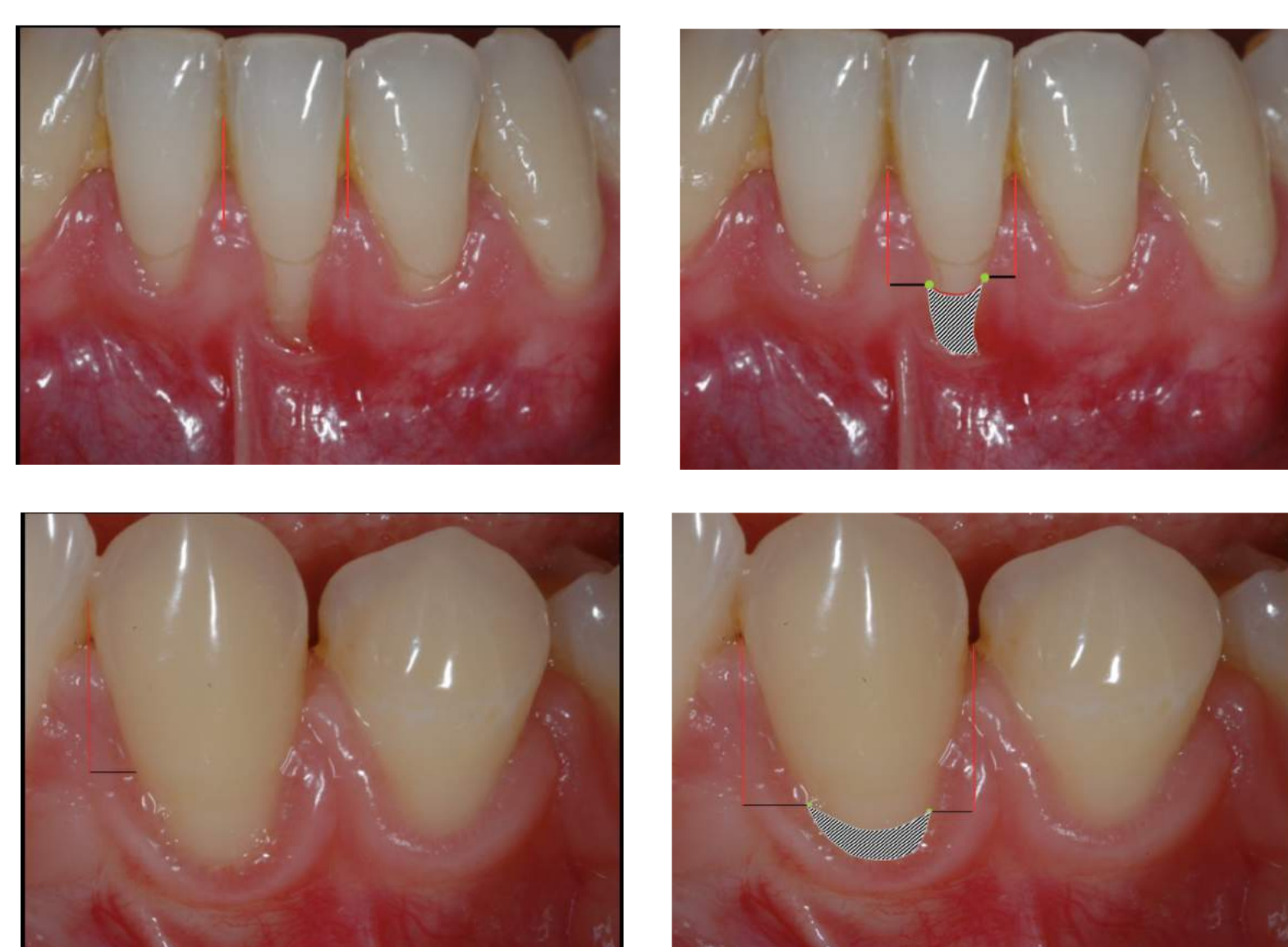


Fatores que afetam a previsibilidade

- Dimensões do enxerto
- Posicionamento do enxerto
- Recobrimento do enxerto
- Tensão aplicada no retalho
- Condicionamento da superfície radicular

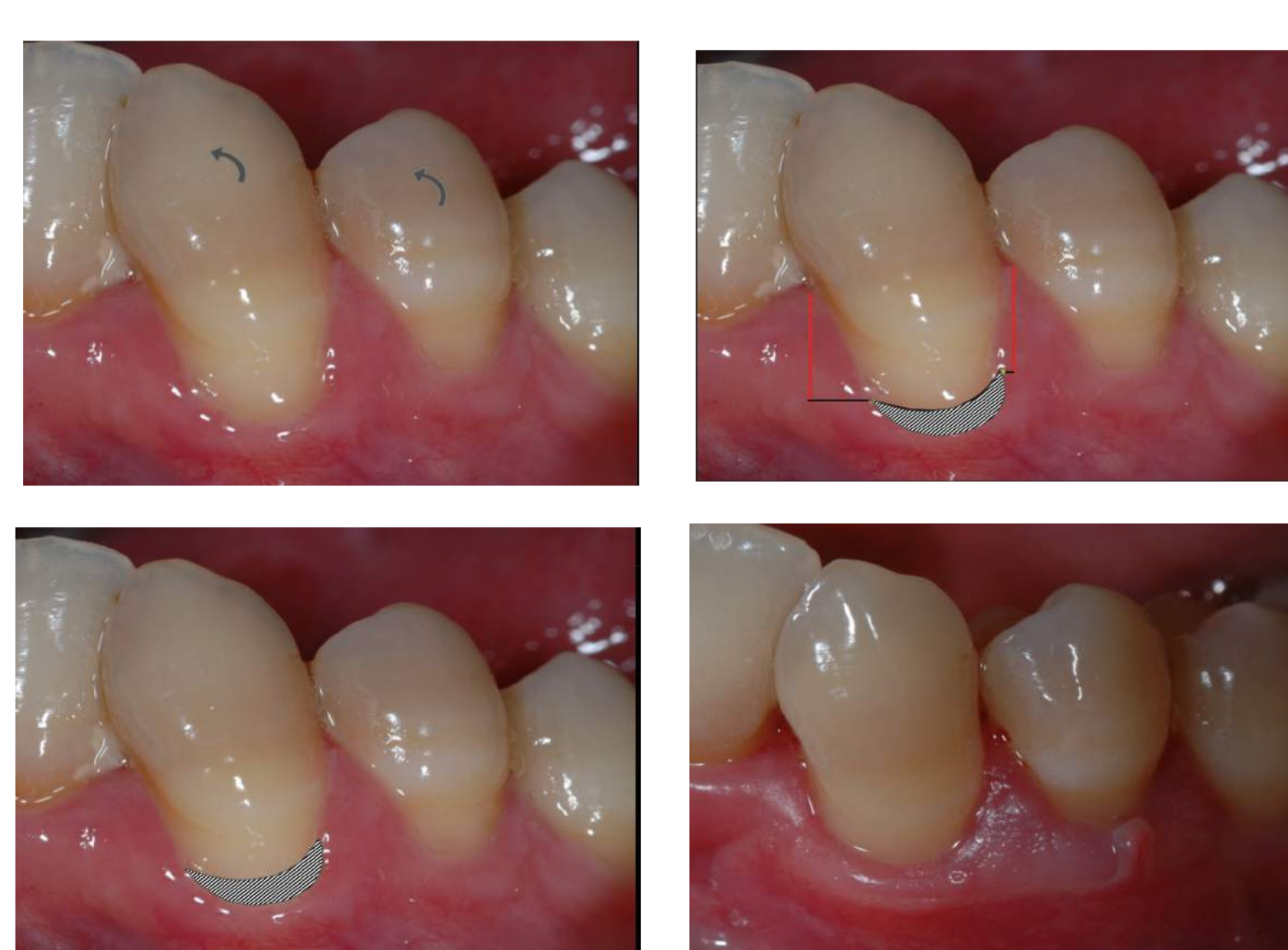
Perda em altura da papila interdentária

- Determinar a **altura ideal**: ponto contacto » linha ângulo
- Transpor essa altura para a **papila anatómica**



Rotação Dentária

- Ponto de **contacto** com dente adjacente **alterado**
- Medição da **altura ideal** no dente **homólogo contra-lateral**



Abrasão Dentária

- Desaparecimento** da JAC anatómica » **linha de abrasão**
- Exposição de **dentina na coroa anatómica** sem recobrimento



Extrusão dentária

- A **JAC** encontra-se mais próxima do topo **ambas papilas**
- Medição da **altura ideal** no dente **adjacente homólogo**



DISCUSSÃO/CONCLUSÃO | A predeterminação da linha de recobrimento radicular permite **assegurar uma melhor previsão dos resultados** do final da cirurgia mucogengival. Neste caso, foi útil predeterminar a linha de recobrimento radicular, para estabelecer até onde seria expectável recobrir e assim gerir melhor as expectativas do doente e uma melhor comunicação entre clínico e paciente.