

**UNIVERSIDADE BRASIL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
CAMPUS FERNANDÓPOLIS**

**ANNY CAROLINE DELGADO DOS SANTOS
ISABELLY OLIVEIRA BRANA**

**RECOBRIMENTO RADICULAR, UMA CONDUTA PARA SOLUCIONAR CASOS
DE SENSIBILIDADE DENTAL**

FERNANDÓPOLIS- SP

2023

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**ANNY CAROLINE DELGADO DOS SANTOS
ISABELLY OLIVEIRA BRANA**

RECOBRIMENTO RADICULAR, UMA CONDUTA PARA SOLUCIONAR CASOS DE SENSIBILIDADE DENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado à Universidade Brasil, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de recobrimento radicular, uma conduta para solucionar casos de sensibilidade dental (Bacharel/Licenciado/Tecnólogo) em Odontologia.

Prof. (Dr./Me.) Jadison Junio Conforte

Orientador

Prof(a). (Dr(a). /Me(a). /Esp.) Ana Cláudia Rodrigues da Silva

Coorientadora

FERNANDÓPOLIS- SP

2023

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Brasil,
com os dados fornecidos pelo (a) autor (a).

S233r Santos, Anny Caroline Delgado dos
Recobrimento radicular, uma conduta para solucionar casos de
sensibilidade / Anny Caroline Delgado dos Santos, Isabelly Oliveira Brana
Fernandópolis - SP Universidade Brasil, 2023.

23f.il; 29,5cm.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Banca Examinadora
da Universidade Brasil - Campus Fernandópolis, como parte dos requisi-
tos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof. Me. Jadison Junio Conforte
Coorientador: Prof. Me. Ana Cláudia Rodrigues da Silva

1. Retração Gengival 2. Periodontia 3. Técnica de Retração Gengival
II. Título.

CDD 617.632

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus que me deu energia e benefícios para concluir todo esse trabalho.

Agradeço de todo coração a minha mãe Elizangela Oliveira e os meus avós Eliete Oliveira e Joaquim José de Castro que me apoiou em tudo o que eu quis fazer até hoje. O amor, apoio e sabedoria de vocês moldaram minha jornada de uma maneira única. Sou imensamente grata por ter essas figuras extraordinárias na minha vida. Amo vocês.

Aos meus irmãos John Souza, Ana Luisa e Laura Castro, minha prima Estefany Castro, minha tia Michelle Brana e o meu tio Thiago Castro, pela constante presença, apoio incondicional e amor durante este percurso. Vocês são fundamentais na minha jornada e motivo da minha gratidão. Muito obrigada por tudo, eu amo todos vocês.

Quero expressar minha profunda gratidão ao meu incrível namorado Lucas Matos por todo apoio, paciência e amor durante a minha jornada acadêmica. Sua presença foi minha maior inspiração e motivação. Te amo.

A minha eterna duplinha Carol Delgado, obrigada por todo apoio e paciência. Juntas superamos desafios e alcançamos conquistas. Obrigada pela parceria e comprometimento durante esses anos.

Aos meus amigos, que são poucos, mas são pra sempre e aos meus professores.

Ass. Isabelly Brana

RESUMO

A recessão gengival é a migração no sentido apical da margem gengival que acompanha a migração do tecido ósseo para o sentido apical. A recessão acaba por expor uma porção maior da coroa anatômica ou parte da raiz causado por esta migração. Discorrer sobre um relato de caso de recobrimento radicular a fim de atenuar a recessão gengival por deficiência de tecido gengival queratinizado local. Paciente do sexo masculino, A. S. S. L., 24 anos de idade compareceu à Clínica Odontológica na Universidade Brasil para avaliação odontológica, com relato de dificuldade na “mastigação”, sensibilidade intensificada e desconforto estético. Observou que o elemento 24 havia recessão gengival e os demais elementos estavam sem comprometimento de recessão gengival. A etiologia era contato prematuro e escovação excessivo no local. Foi feita cirurgia de recobrimento radicular com tecido conjuntivo acomodado no local, a qual segue a técnica de Zuchelli & De Sanctis. No pós-operatório de 30 dias o paciente relatou diminuição da hipersensibilidade do local que tinha. Clinicamente, pode-se observar que houve manutenção no local da faixa de tecido queratinizado no elemento que necessitou de recobrimento radicular. Entender a dinâmica da recessão gengival associado ao fator etiológico auxiliará na tomada de decisão para um coerente tratamento do paciente. A literatura relata a classificação das recessões e técnica que melhor se aplica dentro destas recessões a fim de buscar melhor supressão da recessão, ainda que o recobrimento radicular seja a conduta mais difundida, detalhe que permitiu excelente resultados para este relato de caso. Sendo assim o recobrimento radicular é uma conduta que se feito um bom diagnóstico, auxiliará em um adequado plano de tratamento, motivo a qual permitirá ter excelente resultado clínico.

Palavras-chaves: Retração Gengival-1, Periodontia-2, Técnicas de Retração Gengival-3.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 – Condições inicial do paciente.....	13
Figura 2 – Posicionamento da lâmina para incisão.....	15
Figura 3 – Enxerto de tecido conjuntivo posicionado.....	16
Figura 4 – Suturas realizadas na finalização do caso.....	16
Figura 5 – Pós-operatório 30 dias depois do procedimento.....	17

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBEJTIVO.....	12
2.1 OBEJTIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOESPECÍFICO.....	12
3 RELATO DE CASO.....	13
3.1 QUEIXA PRINCIPAL E ASPECTO CLÍNICOS.....	13
3.2 PLANO DE TRATAMENTO.....	14
3.3 PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS.....	14
3.4 PROCEDIMENTOS TRANS-OPERATÓRIOS.....	14
3.5 PROCEDIMENTOS PÓS-OPERATÓRIOS.....	17
3.6 ACOMPANHAMENTO PÓS-TARDIOS PÓS CIRÚRGICO.....	17
4 DISCUSSÃO.....	18
5 CONCLUSÃO.....	21
6 REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

A recessão gengival é a migração no sentido apical da margem gengival que acompanha a migração do tecido ósseo para o sentido apical. A recessão acaba por expor uma porção maior da coroa anatômica ou parte da raiz causado por esta migração. Esta recessão gengival por recuar sentido apical, expõe parte das raízes dos dentes, ocorrendo a perda de inserção do periodonto e das fibras gengivais ao cimento, detalhe a qual permite o dente desenvolver mobilidade pela perda de inserção periodontal e conseqüentemente, a perda deste elemento dental comprometido (KASSAB et al., 2010).

A causa que permite a progressão da recessão gengival pode envolver alguns eventos, os quais citam a escovação agressiva, biótipo gengival fino, hábitos nocivos, trauma oclusal, lesão cervicais cariosas, movimentação ortodôntica (BORGETTI, A.; MONNET-CORTI, V.2002). Ao expor parte da raiz a sensibilidade dentária e problema estéticos estão instalados (YARED et al., 2006). A escovação agressiva que é uma maneira incorreta de escovar os dentes pela impressão de força ou usar uma escova de cerdas duras, irritará a gengiva e levará à uma recessão gengival, fator que poderá estar associado a um fenótipo gengival mais delgado do local, podendo ocasionar a hipersensibilidade dentinária (WEST et al., 2013). Traumas oclusais, a citar os desnivelamentos dos dentes, apinhamento dentário, faz com que o local tenha pressão excessiva em certas áreas da gengiva, resultando em recessão (ZUCHELLI; MOUNSSIF, 2000). O deslocamento ortodôntico pode causar danos ao periodonto e tende a manifestar-se, especialmente, em casos de apinhamento anteroinferior moderado e severo. Nessas circunstâncias, há o risco de projeção e/ou proclinação dentária, resultando em recessão gengival, aumento na exposição da coroa clínica dos dentes e, eventualmente, exposição da raiz, o que leva a um aumento da sensibilidade dentária e erosão radicular (RIBEREIRO, 2015).

Miller (1985) desenvolveu uma classificação clínica das recessões de tecido marginal baseada na quantidade de tecidos periodontais Inter proximais, incluindo osso e gengiva. Também abordava a previsibilidade de sucesso em recobrimentos radiculares. As retrações gengivais são divididas em 4 classes, com base no prognóstico de cobertura radicular, nas classes I e II não há perda

óssea Inter proximal e é possível alcançar cobertura radicular total. Na classe III a retrações gengivais, ocorre uma perda óssea Inter proximal leve a moderada, permitindo ainda uma cobertura radicular parcial já na classe IV a perda óssea é avançada, eliminando a possibilidade de cobertura radicular (LANDIM, ANDRADE, FREITAS et al., 2009).

A classificação de Miller aumenta a previsibilidade dos recobrimentos radiculares. Para defeitos classe I e II, é possível um recobrimento radicular completo (100%). Para defeitos classe III, espera-se um recobrimento parcial. Defeitos classe IV não são adequados para recobrimento radicular (SAAD, BASSANI et al., 2012). Para exemplificar a classificação de Miller, segue a Figura1.

Figura 1 – Classificação de Miller (1985)



Fonte: BITENCOURT (2023)

Compreender os diversos fatores que causam a hipersensibilidade dentária, frequentemente relacionados a recessões gengivais e lesões cervicais não cariosas, é essencial. Além disso, buscar formas de controlar e prevenir esses fatores é crucial para garantir o sucesso no tratamento dessa condição (RIBEIRO et al., 2016). Requisitos estéticos que formam uma das principais razões para o revestimento da raiz, sensibilidade dental exacerbada, necessidade de aumento de tecido queratinizado, prevenção ou existência de lesões de cárie cervicais, assim como lesões de cárie na raiz, prolongamento da durabilidade das restaurações, impedimento da evolução da recessão em regiões de higienização complicada (Bittencourt et al., 2006).

Diversos procedimentos cirúrgicos foram propostos para tratar a sensibilidade devido à recessão gengival, como regeneração tecidual guiada, cirurgia de retalho coronalmente avançada e enxertos de tecido. Os efeitos a

longo prazo dessas intervenções ainda são debatidos. A cobertura da dentina exposta por métodos cirúrgicos muco gengivais é comum, mas se a correção cirúrgica não for viável ou não resolver completamente os sintomas, é importante considerar tratamentos restauradores oclusivos (LIU et al., 2020).

O tratamento cirúrgico para recessões gengivais é uma abordagem importante para corrigir a exposição da raiz do dente, um problema causado pela retração do tecido gengival. Diversas técnicas cirúrgicas são empregadas para tratar essa condição e restaurar a saúde bucal e a estética do sorriso (VETURIM; JOLY; VENTURIM, 2011).

Uma das técnicas comuns é o enxerto de tecido conjuntivo, que envolve a remoção de uma porção de tecido conjuntivo, geralmente do palato, e sua cuidadosa colocação na área onde ocorreu a recessão (RODRIGUES; ALVES; SEGUNDO, 2010). Essa técnica contribui para o aumento da espessura do tecido gengival e para a cobertura da raiz do dente. Outra abordagem é o enxerto gengival livre, que implica a retirada de um fragmento de tecido gengival da área doadora e seu posicionamento na região afetada (SHIBAYAMA; FUGII, 2000). Isso é eficaz para aumentar a altura do tecido gengival e cobrir a raiz do dente. O enxerto de matriz dérmica acelular (ADM) é uma alternativa que não utiliza tecido do próprio paciente. Nesse caso, uma matriz dérmica acelular derivada de doadores é colocada na área da recessão para auxiliar no crescimento do tecido gengival (CUNHA; COSTA; CRUZ, 2013). A regeneração tecidual guiada é outra técnica que utiliza uma membrana para evitar o crescimento indesejado de tecido gengival e estimular a regeneração do tecido saudável (VIEIRA et al., 2018). Por fim, o retalho avançado ou reposicionamento coronário envolve o reposicionamento do tecido gengival adjacente sobre a área afetada, o que pode melhorar a estética e cobrir a raiz exposta.

A escolha da técnica depende das características individuais do paciente, como a gravidade da recessão, a espessura do tecido gengival, entre outros fatores. Um periodontista ou dentista especializado em cirurgia periodontal pode avaliar a condição e recomendar o tratamento mais adequado (LINDHE J, et al., 2008).

O recobrimento radicular é um procedimento odontológico realizado para tratar a recessão gengival. Ele envolve o reposicionamento ou enxerto de tecido

gingival sobre as raízes expostas dos dentes. Ajudando a reduzir sensibilidade, melhorar a estética, proteger as raízes dentárias e cáries em região cervical. Existem diferentes. Técnicas de recobrimento radicular, incluindo enxertos de tecido mole e uso de membranas (SAAD J, BASSANI M et al., 2012).

OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Revisar os conceitos sobre recessão gengival, bem como as classificações propostas para alteração gengival, alinhados aos tratamentos disponíveis para as mesmas.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

Discorre sobre um relato de caso de recobrimento radicular a fim de atenuar a recessão gengival por deficiência de tecido gengival queratinizado local.

3 RELATO DE CASO

3.1 QUEIXA PRINCIPAL E ASPECTOS CLÍNICOS

Paciente do sexo masculino, A. S. S. L., 24 anos de idade compareceu à Clínica Odontológica na Universidade Brasil para avaliação odontológica, com relato de dificuldade na “mastigação”, sensibilidade intensificada e desconforto estético. Durante o exame clínico, foi detectado que a paciente apresentava recessão gengival classe I. Paciente sem relato de problemas sistêmicos e hábitos deletérios que possam comprometer uma eventual cirurgia de recobrimento radicular.

A recessão comprometia apenas o elemento 24 e os demais elementos estavam sem comprometimento de migração gengival. O detalhe desta recessão pode estar associado a um contato prematuro do local e escovação traumática no local. Foi sugerido o tratamento de enxerto de tecido conjuntivo para recobrir a área radicular do elemento 24.

Figura 1 – Condições inicial do paciente.



Fonte: Próprio autor

3.2 PLANO DE TRATAMENTO

Após a realização da anamnese detalhada, baseado no exame clínico, radiográfico e nas condições do paciente, devido a recessão unitária o tratamento escolhido para esse caso foi a técnica de Zucchelli & De Sanctis (enxerto de tecido conjuntivo).

O paciente recebeu instruções de higiene bucal adequada, realização da troca de escova de cerdas duras para macias e feito o ajuste oclusal no local para eliminação do contato oclusal prematuro deste elemento. Antes do procedimento de recobrimento foi feito raspagem do elemento para remoção de restos necróticos gengivais.

Durante a fase de planejamento cirúrgico e ao longo das consultas pré-operatórias, o paciente recebeu informações completas sobre todos os aspectos da cirurgia, incluindo o pré, trans e pós-operatório, bem como a probabilidade de sucesso e a recuperação total ou parcial da área a ser operada naquele momento.

3.3. PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Para iniciar o processo cirúrgico, o paciente realizou o bochecho intraoral com 15ml da solução de gluconato de clorexidina (0,12% - Periogard® - Colgate) durante 1 minuto e na superfície extraoral foi realizada aplicação tópica de Iodopovidona com auxílio da pinça Allis utilizando gazes para antissepsia das regiões.

3.4 PROCEDIMENTOS TRANS-OPERATÓRIOS

O início do procedimento foi realizado a anestesia local, bloqueando o nervo alveolar superior, bloqueio do nervo palatino maior e infiltrativas nas

regiões de interesse com injeção de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Lidocaína®, DFL, Rio de Janeiro, RJ).

A seguir realizou-se incisão com a lâmina 15c colocada de forma oblíqua para uma adaptação mais adequada das papilas, que foram tratadas para remoção do epitélio com o uso de lâmina e tesoura Castroviejo. Dessa maneira, a incisão inicial começou na junção entre o cemento e o esmalte do dente indicado e continuou até a parte superior da recessão do dente adjacente, repetindo esse processo para formar duas papilas: a cirúrgica (formada após as incisões) e a anatômica (já existente).

Figura 2 – Posicionamento da lâmina para incisão.



Fonte: Próprio autor

Com descolador de Molt foi dividido o retalho em região da crista óssea afim de diminuir as tensões musculares, com o objetivo de tracionar o tecido no sentido coronário quando for recolocado. Após o preparo do leito receptor, foi confeccionado um retalho na região doadora na mucosa palatina do lado esquerdo com a dimensão necessária na região do palato duro, e durante todo o procedimento deve ser feita a irrigação com soro fisiológico.

O enxerto deve exibir uma espessura apropriada para facilitar sua manipulação, prevenir a necrose e manter uma nutrição adequada. Após sua

remoção completa, usando um bisturi, o tecido foi cuidadosamente desepitelizado e armazenado em soro fisiológico até o momento em que seria utilizado na área receptora desejada. O enxerto de tecido conjuntivo foi posicionado sobre a região da raiz do elemento 24. O retalho foi tracionado minunciosamente recobrimdo o enxerto e suturado.

Figura 3 – Enxerto de tecido conjuntivo posicionado.



Fonte: Próprio autor

Na região doadora foi feito a sutura do tipo continua simples, em seguida aplicou-se resina fluida sobre a sutura com o objetivo de hemostasia para evitar o contato da língua na área.

Figura 4 – Suturas realizadas na finalização do caso.



Fonte: próprio autor.

3.5 PROCEDIMENTOS PÓS-OPERATÓRIOS

No pós-operatório, o paciente recebeu a seguinte prescrição medicamentosa a qual foi prescrito analgésico (Paracetamol 750 mg, durante 2 dias de 6 em 6 horas), anti-inflamatório (Nimesulida 100 mg, durante 5 dias de 12 em 12 horas) e a utilização da solução de digluconato de clorexidina 0,12% (Periogard® - Colgate) para fazer bochechos duas vezes ao dia. Recomendou-se que a sutura do palato fosse removida em 7 dias pós-operatórios e as demais suturas, 14 dias após o procedimento.

Figura 5 – Pós-operatório 30 dias depois do procedimento



Fonte: Próprio autor.

3.6 ACOMPANHAMENTO PÓS-TARDIOS PÓS CIRÚRGICO

Foi feito acompanhamento em dois momentos após a cirurgia. 7 dias após a cirurgia a qual observou estabilidade do tecido conjuntivo e adequado cuidado de higiene no local por parte do paciente. O outro foi pautado após 30 dias da cirurgia, o qual demonstrou que o procedimento de recobrimento radicular teve sucesso, haja vista que teve recobrimento da porção radicular que estava desnuda. O paciente relatou na ocasião, diminuição da hipersensibilidade do local que tinha.

DISCUSSÃO

Essa forma de cirurgia visa não só a correção de imperfeições nos tecidos muco gengivais, mas também a reconstrução total ou parcial desse tecido, com o objetivo de evitar o desenvolvimento de cáries na área exposta, reduzir a sensibilidade nos tecidos dentários e minimizar os efeitos adversos na estética do paciente (NABERS CL et al., 1954).

A Academia Americana de Periodontia, através do glossário de termos periodontais em 1992, descreveu as recessões gengivais como o deslocamento da margem gengival em direção apical em direção à junção amelocementária. Esse ainda é o conceito que prevalece atualmente (Glossário de Termos em Periodontia, 1992).

Podemos destacar entre as recomendações para cirurgia de enxerto com tecido conjuntivo: preocupações estéticas (dentes com raízes longas visivelmente expostas, sensibilidade dentinária, cáries radiculares e cervicais, melhora das condições de higiene bucal, abrasões cervicais, entre outros). Entre as contraindicações, podemos mencionar: doença periodontal ativa, doenças sistêmicas e tabagismo por parte dos pacientes (SAAD J, BASSANI M. et al., 2012).

Atualmente, acredita-se que a saúde periodontal de cada pessoa está estreitamente ligada à sua capacidade de manter uma higiene bucal adequada. Estudos ainda não confirmam a teoria de uma quantidade precisa de gengiva inserida ou mucosa ceratinizada como determinante para a saúde periodontal (HALL et al., 1981).

Sabe-se que diferentes técnicas cirúrgicas de recobrimento radicular foram descritas na literatura como opções de tratamento e alternativas para impedir o avanço das recessões gengivais. Entre as variações dessas técnicas, aquela que possui maior respaldo científico é a técnica cirúrgica de retalho posicionado coronalmente em combinação com enxerto de tecido conjuntivo. Essa abordagem foi considerada o padrão-ouro devido à sua alta taxa de sucesso no recobrimento total da raiz e à sua manutenção a longo prazo (Chambrone, Tatakis, 2015; Buti et al., 2013).

As técnicas utilizadas para o recobrimento radicular têm como objetivo principal alcançar um recobrimento satisfatório da raiz exposta e restaurar a

anatomia da gengiva que foi perdida devido ao desenvolvimento das recessões. Além do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, surgiram alternativas de tratamento, como a fibrina rica em plaquetas e leucócitos e a matriz dérmica acelular. Também é possível citar a proteína derivada da matriz do esmalte, geralmente usada em conjunto com o retalho de reposicionamento coronal e/ou enxerto de tecido conjuntivo, para aumentar a previsibilidade do recobrimento desejado (CHOUKRON et al., 2006).

A técnica que utiliza o enxerto de tecido conjuntivo em combinação com o retalho coronalmente reposicionado geralmente é considerada a abordagem preferida devido às suas vantagens (ALKAN et al., 2011). Para a escolha dessa técnica no tratamento das recessões, diversos critérios devem ser avaliados, incluindo a altura e a largura da recessão gengival, a presença ou ausência de mucosa ceratinizada abaixo da recessão, considerações estéticas, profundidade de sondagem, fenótipo gengival, disponibilidade de área doadora e a porcentagem de recobrimento desejada (AROCA et al., 2010).

Uma das principais vantagens da utilização de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é que ela resulta em um pós-operatório com menor desconforto para o paciente e, conseqüentemente, menos dor após a cirurgia (SPAHR et al., 2005).

Ao aplicar a técnica de Zucchelli & De Sanctis, é possível obter uma faixa satisfatória de mucosa queratinizada. De acordo com Pini Prato et al. e Carvalho, quando essa técnica é combinada com o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, os resultados são positivos, devido ao aumento de tecido queratinizado, o que melhora tanto a estética quanto o conforto do paciente durante a higiene bucal, uma vez que a mucosa alveolar não apresenta mobilidade (Zucchelli G, De Sanctis M. et al., 2000).

A técnica de Zucchelli & De Sanctis (2000) foi utilizada neste caso como tratamento para múltiplas recessões gengivais em dentes adjacentes. O objetivo dessa abordagem foi eliminar as tensões musculares do retalho e reposicioná-lo coronalmente. Todas as superfícies radiculares expostas foram tratadas adequadamente através de raspagem, com o uso de instrumentos adequados para esse fim.

Portanto, este relato de caso descreve uma abordagem clínica que oferece uma base sólida para resolver a queixa de hipersensibilidade dentinária

relacionada às recessões gengivais, restaurando tanto a estética quanto a funcionalidade do paciente dentro das expectativas.

CONCLUSÃO

Nesse contexto, este estudo permitiu concluir que a técnica criada por Zucchelli e De Sanctis (2000), quando combinada com o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, resultou em melhorias clínicas na inserção e no recobrimento da raiz em defeito de Classe I de Miller. Alcançado uma cobertura completa de 100% da recessão, essa abordagem se mostra uma alternativa viável, satisfatória e altamente previsível para o tratamento das recessões gengivais. Ela demonstrou ser capaz de alcançar resultados bem-sucedidos e aliviar os desconfortos relatados pelo paciente no que diz respeito à estética e à principal queixa de hipersensibilidade.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA et al. Associated factors to cervical dentin hypersensitivity in adults: atransversal study. *BMC Oral Health*, v.18, n. 115, p. 1-6, 2018.
- Borguetti A, Monnet-Corti V. Recessões teciduais marginais. In: Borguetti A, Monnet-Corti V. *Cirurgia plástica periodontal*. Porto Alegre: Artmed; 2000. p.117-38.
- CUNHA, Fabiano Araújo; COSTA, Fernando de Oliveira; CRUZ, Bernardo Carlos Vieira. Uso da matriz dérmica acelular no tratamento de recessões periodontais. *Perionews*, p. 37-41, 2013.
- GILLAM D. G. Current diagnosis of dentin hypersensitivity in the dental office: an overview. *Clin. Oral Invest*, v. 17, n. 1, p. 21-29, 2013.
- Kassab MM, Badawi H, Dentino AR. Treatment of gingival recession. *Dent Clin North Am*. 2010 Jan;54(1):129-40. doi: 10.1016/j.cden.2009.08.009. PMID: 20103476.
- LANDIM F, ANDRADE K, FREITAS G, Enxerto de subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular: *Rev. Cirurgia traumatologia, bucomaxilo facial*. Camaragibe 2009; vol.9, N.4: 31-38.
- LINDHE J, LANG N, KARRING T. Mucogingival therapy. *Periodontal plastic Surgery*. In: *Ermes E, editor. Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 5^o ed. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2008. P. 995-1043.
- LIU et al. Pathogenesis, diagnosis and management of dentin hypersensitivity: na evidencebased overview for dental practitioners. *BMC Oral Health*, v. 20, n 220, p 1-10, 2020.
- MATIAS, Maria Noelhya Angelo; LEAO, Juliana Carneiro; MENEZES FILHO, Paulo Fonseca e SILVA, Cláudio Heliomar Vicente da. Hipersensibilidade dentinária: uma revisão de literatura. *Odontol. Clín.-Cient. (Online) [online]*. 2010, vol.9, n.3, pp. 205-208. ISSN 1677-3888.
- RIBEIRO, Gerson Luiz Ulema et al. Considerações sobre recessão gengival e sua resolução através da Ortodontia e Periodontia. *Ortho Sci., Orthod. sci. pract*, p. 415-421, 2015.
- RIBEIRO, P. J. T. et al. Mecanismos de ação dos recursos terapêuticos disponíveis para o tratamento da hipersensibilidade dentinária cervical. *Odontologia Clínico-Científica*, v. 15, n. 02, p. 83-90, 2016.
- RODRIGUES, Denis Clemente; ALVES, Ricardo; SEGUNDO, Takeshi Kato. Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)*, v. 58, n. 1, p. 115-118, 2010.

SAAD J, BASSANI M. Cirurgia plástica periodontal – Recobrimento radicular, 2012 v 20, 208-248.

SHIBAYAMA, Ricardo; FUGII, Walter Massayoshi. Enxerto gengival livre. Journal of Health Sciences, v. 2, n. 1, 2000.

SPINELLI, Giovanni. Técnica do retalho coronalmente avançado com uso de enxertos de tecido conjuntivo ou de fibrina rica em plaquetas. Revisão sistemática integrativa. 2022.

VENTURIM, Rosalinda Tanuri Zaninotto; JOLY, Julio Cesar; VENTURIM, Luiz Roberto. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online), v. 59, p. 147-152, 2011.

VIEIRA, Kely Borges et al. Regeneração tecidual guiada na periodontia: uma revisão da literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN, v. 2178, p. 2091, 2018.

WEST, N. X. et al. Dentin hypersensitivity: Pain mechanisms and etiology of exposed cervical dentin. Clinical Oral Investigations, mar. 2013.

YARED, K.F.G., et al. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, v. 11, n. 6, p. 45–51, dez. 2006.