



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA
Daniella Moreira Carpinetti

**QUANTIDADE DO TECIDO DOADOR EM CIRURGIAS DE
ENXERTO GENGIVAL**

Pindamonhangaba - SP
2011



DANIELLA MOREIRA CARPINETTI

QUANTIDADE DO TECIDO DOADOR EM CIRURGIAS DE ENXERTO GENGIVAL

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do diploma de Bacharel em Odontologia pelo curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Madureira de Souza Lima Alonso.

Co-orientadora: Profa. Dra. Daniela Martins de Souza.

**Pindamonhangaba - SP
2011**

DANIELLA MOREIRA CARPINETTI
QUANTIDADE DO TECIDO DOADOR EM CIRURGIAS DE ENXERTO
GENGIVAL

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Odontologia pelo Curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Dedico este trabalho a Deus por tudo que me proporciona na vida. A minha mãe, que amo muito, pelo estímulo e dedicação dirigidos aos meus estudos e minha vida.

AGRADECIMENTOS

A minha família por estar ao meu lado em todos os momentos, pela confiança, amor, e sabedoria.

Ao meu namorado Guilherme, por todos esses anos, de muito carinho, compreensão, companheirismo e felicidade.

A Profa. Dra. Juliana Madureira de Souza Lima Alonso, minha orientadora que mesmo não estando presente em todo o decorrer do trabalho me incentivou a realizá-lo.

Profa. Dra. Daniela Martins de Souza, minha co-orientadora pela dedicação, pela compreensão e pelo aprendizado ao decorrer deste trabalho.

A Faculdade de Pindamonhangaba, representada pelo seu diretor, Prof. Msc. Luís Otávio Palhari e a coordenadora do curso de odontologia Profa. Fabiana Lunardi Palhari.

A todos os professores, os quais me ensinaram, acima de tudo, pela paciência, pelos ensinamentos ao decorrer desses quatro anos.

A todos os participantes deste trabalho, sem os quais não seria possível a realização deste.

A todos os meus amigos e colegas de sala, que com certeza colaboraram.

RESUMO

Esse estudo teve o objetivo de avaliar a disponibilidade do tecido conjuntivo da área doadora palatina de ambos os lados direito e esquerdo, através de avaliação e mensuração clínica. Observou-se ausência de palato do tipo profundo, presença em 27% dos indivíduos palato do tipo médio e a maior parte (73%) com palato raso. O comprimento do palato apresentou simetria bilateral com média de 14,73mm. A espessura foi maior do lado esquerdo com média de 3,18 ($\pm 0,87$)mm em relação ao lado direito 2,91 ($\pm 0,70$)mm; entretanto, não havendo diferença estatística entre os lados. Diante desse trabalho, conclui-se que o palato tipo raso pode ser observado em 2/3 da amostra, que o comprimento da área doadora palatina e a espessura do palato apresentaram simetria bilateral. Desta forma, verificou-se disponibilidade adequada dos tecidos doadores sem lado de predileção.

Palavras-chave: Periodonto; Tecido conjuntivo; Métodos; Enxerto gengival

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	09
3 MÉTODOS.....	14
3.1 Análise dos resultados.....	15
4 RESULTADOS.....	16
5 DISCUSSÃO.....	18
6 CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICE A.....	25
APÊNDICE B.....	26
APÊNDICE C.....	28
ANEXO A.....	29

1 INTRODUÇÃO

Os parâmetros estéticos dentro da Odontologia atual passaram a englobar procedimentos multidisciplinares, que visam, além da intervenção da Dentística e da Prótese, a incorporação de técnicas cirúrgicas que se destinam à correção de forma, contorno, textura e coloração dos tecidos gengivais, contribuindo para o restabelecimento da harmonia do sorriso (LANDIM et al., 2009).

Algumas técnicas utilizadas para solucionar defeitos periodontais, como o enxerto de tecido conjuntivo, são atualmente utilizadas para tratamento de defeitos de tecido mole periimplantar, tais como ausência de tecido queratinizado, alteração da papila, perda da espessura de tecido mole e exposição do componente protético. Contudo, as características biológicas dos tecidos periimplantar e as dificuldades oferecidas pelo fenótipo periodontal do paciente devem sempre ser consideradas no planejamento (MULLER; EGER; SCHORB; 1998).

A avaliação do tecido gengival é de fundamental importância para a caracterização do fenótipo periodontal, contribuindo para a seleção dos procedimentos cirúrgicos mais seguros e previsíveis na solução de defeitos de tecido mole periimplantar. A estética e a presença do selamento biológico periimplantar, com adequada faixa de tecido queratinizado são fatores determinantes para o sucesso dos tratamentos atuais (FRANCISCHONE et al., 2006).

O enxerto gengival epitélio-conjuntivo também denominado enxerto gengival livre, consiste na remoção de um fragmento do tecido do palato e o transplante para a região com deficiência de tecido queratinizado ou com desnudamento radicular. As indicações do enxerto gengival epitélio-conjuntivo são: aumento de tecido queratinizado, recobrimento radicular, correção de cristas edêntulas, correção periimplantar, auxílio à cirurgia maxilofacial, associação aos retalhos deslocados lateralmente. As contra-indicações específicas de todas as técnicas de recobrimento radicular são: a má qualidade do tecido doador, as recessões de classe 3 e 4 de Miller e um diâmetro mesiodistal da raiz exposta superior às dimensões horizontais dos tecidos interproximais (SEGUNDO; ALVES; 2005).

Didaticamente, as cirurgias destinadas à correção das recessões gengivais podem ser enxertos de tecido mole pediculado ou enxertos de tecido mole livre (que podem ser subdivididos em enxertos epitelizados ou subepiteliais de tecido conjuntivo).

Este estudo tem por objetivo a avaliação da disponibilidade do tecido conjuntivo da área doadora palatina direita e esquerda, através de mensuração clínica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com Bonacin (2009), as técnicas cirúrgicas periodontais para recobrimento radicular necessitam de uma área doadora de tecido queratinizado. Este tecido removido (denominado enxerto) deverá ser constituído de epitélio-conjuntivo ou somente de conjuntivo, dependendo da técnica a ser utilizada.

Para Otonni e Magalhães (2006), o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial possibilita resultado estético final muito bom, previsibilidade de recobrimento radicular, redução da profundidade de sondagem, ganho de inserção clínica e ganho de tecido queratinizado.

Algumas modalidades de técnicas são relatadas para a realização de enxertos de tecido conjuntivo, incluindo técnicas para a remoção do enxerto para recobrimento de recessões gengivais.

As recessões gengivais são classificadas de acordo com a classificação de Muller (1985):

- Classe I: a recessão não supera a junção mucogengival e não ocorre perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental;
- Classe II: a recessão vai além da junção mucogengival e não ocorre perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental;
- Classe III: a recessão vai além da junção mucogengival e ocorre perda de osso interproximal e tecido gengival proximal é apical a junção mucogengival e/ou posicionamento dentário inadequado;
- Classe IV: a recessão vai além da junção mucogengival e ocorre perda de osso interproximal que está situado a nível da base da recessão por mais de uma face e/ou posicionamento dentário é extremamente inadequado.

Os locais mais indicados para obtenção do tecido conjuntivo são: o palato, a tuberosidade e a crista edêntula. O local mais comumente utilizado como área doadora é o palato duro (HENRIQUES, 2003; REISER et al., 1996).

A mucosa palatina constitui a principal fonte doadora de tecido conjuntivo, pelo fato de ser revestida por uma camada de queratina. A área de remoção do enxerto localiza-se entre a última rugosidade palatina e a área do canal palatino posterior (do primeiro premolar ao segundo molar). Sob o tecido epitelial, encontra-se um tecido conjuntivo bastante fibroso e denso, sendo considerado um tecido doador de melhor qualidade. Mais profundamente

encontra-se tecido adiposo (ao nível dos pré-molares e dos caninos). Antes de ser removido o enxerto, alguns elementos anatômicos devem ser rigorosamente avaliados: A localização de elementos vasculonervosos (BONACIN, 2009).

A altura (profundidade do palato) é muito importante na quantidade de gengiva a ser removida. Palatos rasos apresentam o forame palatino maior ou posterior a aproximadamente 7mm da linha cemento esmalte do 2º molar. No palato de profundidade normal, esta distância é de aproximadamente 12 mm, enquanto que em palatos profundos ou ogivais (típico dos respiradores bucais) esta distância é de 17 mm. Portanto existe maior chance de acidentes de ruptura da artéria palatina nos palatos rasos. As Figuras 1, 2 e 3 exemplificam a localização da artéria palatina em palatos profundos, médios e rasos respectivamente.

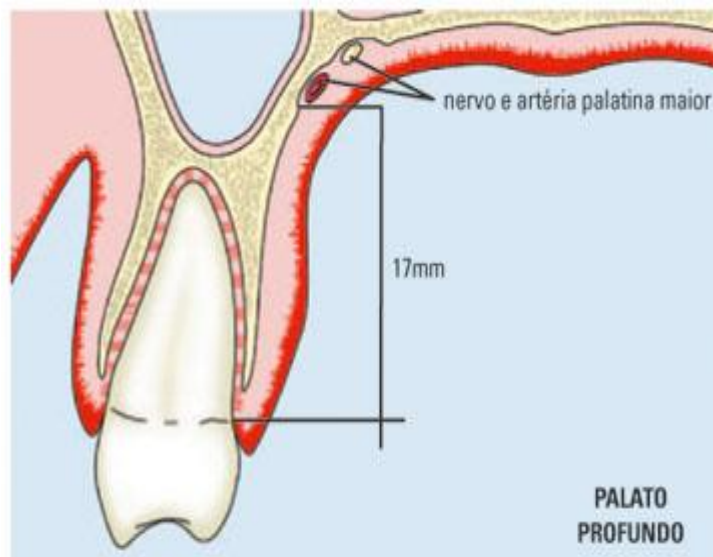


Figura 1- Localização da artéria palatina em palato profundo
Fonte: Consolaro et al. (2009)

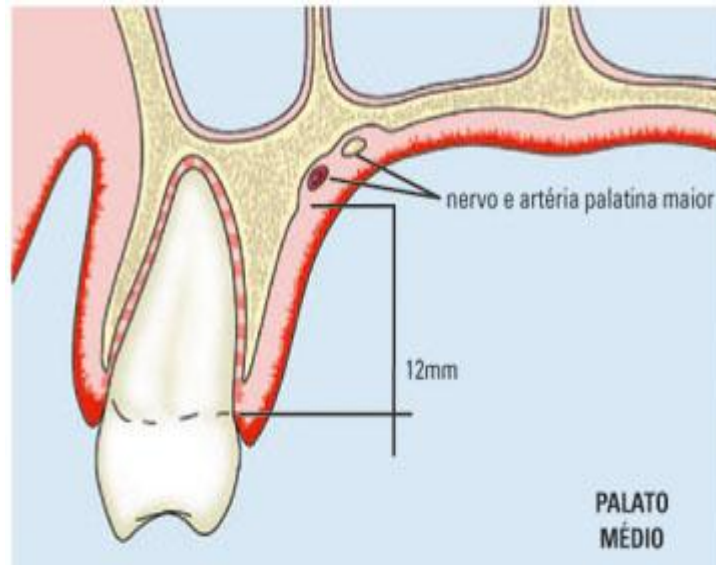


Figura 2- Localização da artéria palatina em palato médio
 Fonte: Consolaro et al. (2009)

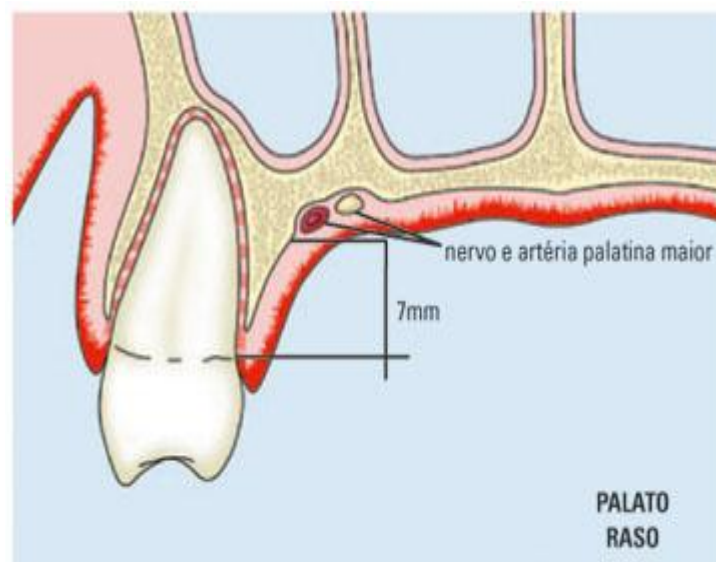


Figura 3- Localização da artéria palatina em palato raso
 Fonte: Consolaro et al. (2009)

Precisa ser respeitada uma distância mínima de 2 mm da margem gengival, a fim de evitar retrações gengivais em sítios originalmente sem alterações de contorno gengival (LANDIN et al., 2009).

As técnicas mais utilizadas para a remoção de tecido conjuntivo do palato são: a técnica do alçapão descrita por Langer e Langer em 1985; a técnica das incisões paralelas com bisturi de duas lâminas (HARRIS, 1992); técnica de incisão linear (BRUNO, 1994) ou técnica de Lorenzana e Allen (2000) e a incisão em “L” (TINTI; BENFENATI; DALMONTE, 2000).

Tatakis e Trombelli (2000) realizaram estudo utilizando a técnica de enxerto de tecido conjuntivo para recobrimento de sítios com recessão em vinte pacientes. Os pacientes possuíam recessões médias de 2,5 mm, classes I e II nas faces vestibulares. Seis meses após a cirurgia, os resultados demonstraram 96% de recobrimento radicular nos sítios tratados e 83% de cobertura total dos sítios.

Em estudo realizado por Goldstein et al. (2002), resultados semelhantes foram demonstrados. Sessenta pacientes com recessões foram submetidos a enxertos de tecido conjuntivo. Entre eles, 33 dentes submetidos à cirurgia estavam intactos e 27 apresentavam cárie radicular. As superfícies que apresentavam cáries não receberam nenhum tipo de tratamento ou condicionamento. Os pacientes foram acompanhados periodicamente entre um e seis anos. Os resultados demonstraram que a extensão do recobrimento radicular foi semelhante em ambos os grupos. O recobrimento radicular no grupo com cárie foi em média de 92,41%, enquanto no grupo onde a superfície radicular estava intacta a média foi de 97,46%. Em 44 casos houve um recobrimento radicular total. Esse estudo demonstra que além da previsibilidade de recobrimento do enxerto de tecido conjuntivo, o mesmo também pode ser usado como uma alternativa auxiliar de caso de cáries radiculares.

Foram solicitados exames laboratoriais (hemograma, glicemia em jejum e coagulograma), com o intuito de averiguar a condição sistêmica do paciente, nos quais não foi constatada nenhuma alteração e também foi administrado, em dose única, 4,0 mg de dexametasona por via oral, 1 hora antes do procedimento cirúrgico. Como preparo da área doadora os enxertos foram obtidos da região palatina, nas áreas compreendidas entre pré-molares e molares, devido à maior espessura tecidual. A remoção dos enxertos foi realizada através da técnica do alçapão, na qual foi realizada uma incisão em três lados de um retângulo, preservando o quarto lado (o mais apical) como pedículo irrigador. Após as incisões, obteve-se um retalho com uma base móvel que permitiu acesso cirúrgico para obtenção do tecido conjuntivo. Foi respeitada uma distância mínima de 2 mm da margem gengival, a fim de evitar recessões gengivais em sítios originalmente sem alterações de contorno gengival, além de excluir do preparo estruturas anatômicas importantes, como o nervo e a artéria palatina. Após a remoção do tecido conjuntivo, os retalhos foram reposicionados e coaptados às margens através de sutura simples, utilizando fio seda (LANDIM, 2009).

Rodrigues (2004) apud Borghetti e Monnet-Corti (2010) descreveram que a assepsia do enxerto é importante, devendo-se evitar o trauma para manter a ferida estabilizada, uma proteção pós-operatória com cimento cirúrgico pode ser usada e também a prescrição de bochechos com clorexidina por 15 dias. A sutura deverá ser realizada de maneira a adaptar o

tecido doado sobre o leito receptor. Para isto, utilizamos suturas simples nas bordas do enxerto para mantê-lo no local desejado, e sutura perióstica em X ou em alça na face vestibular, para a adaptação do enxerto sobre o leito (sutura suspensória), com apoio nos dentes, para que inicie a revascularização.

3 MÉTODO

O presente trabalho realizou exame e medição clínica das dimensões dos tecidos gengivais palatinos superiores, com finalidade de servir de áreas doadoras para futuro enxerto gengival de recobrimento de áreas de recessões da gengiva do paciente.

Foram examinados pacientes das clínicas integradas da Faculdade de Pindamonhangaba do campus II, situado no endereço Rua: Marechal Deodoro da Fonseca nº 316. Este estudo foi realizado de acordo com os Princípios Éticos em pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Pindamonhangaba sob o protocolo número 165/2011 (ANEXO A).

Os indivíduos receberam informações, garantia de sigilo, esclarecimento e liberdade para recusar a participação na pesquisa a qualquer momento. Os mesmos autorizaram sua participação no estudo por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A instituição também receberá um Termo de Ciência e Consentimento da Pesquisa (APÊNDICE B).

Critérios de inclusão: pacientes de ambos os gêneros e acima de 18 anos de idade. Apresentando presença bilateral dos 1º e 2º pré-molares, 1º e 2º molares superiores e com presença de recessões gengivais.

Critérios de exclusão: pacientes com idade inferior a 18 anos de idade, com ausência bilateral tanto dos 1º e 2º pré-molares quanto dos 1º e 2º molares superiores, além de ausência de recessões gengivais.

Os materiais utilizados foram: equipamento de proteção individual (jaleco, gorro, máscara, óculos de proteção, luvas descartáveis), espelho clínico número 05 devidamente esterilizado e sonda milimetrada do tipo Willians com marcações de 15 mm (Newmar®).

Os pacientes foram examinados quanto a profundidade do palato (palatos profundos, médios e rasos) sendo somente visual, largura (distância méso-distal) e espessura (profundidade entre epitélio e o tecido ósseo) do futuro tecido conjuntivo da área palatina doadora.

Inicialmente, foi avaliada a profundidade do palato em seguida as mensurações foram realizadas bilateralmente na região palatina posterior. A sonda milimetrada foi posicionada nas rugosidades palatinas entre a face mesial do 2º PM e a distal do 1ºM conforme demonstrado na Figura 4, medindo assim a maior distância méso-distal possível para o enxerto. A segunda medida foi realizada a 2mm abaixo da JCE na região do 2ºPM sendo feita após anestesia infiltrativa próxima a área a ser avaliada, introduzindo a ponta da sonda

perpendicularmente ao tecido gengival e tecido ósseo conforme Figura 5, o que indica a espessura disponível para obtenção de tecido para o enxerto gengival.

As medidas dos lados direito e esquerdo foram anotadas na ficha clínica de avaliação do tecido de ambos os lados do palato de cada paciente (APÊNDICE C).



Figura 4- Sonda milimetrada colocada entre as rugosidades palatinas e o segundo molar.
Fonte: www.implantodontiacontemporanea.blogspot.com



Figura 5- Medindo a espessura do enxerto.
Fonte: Bezerra; Silva; Nunes (2009)

3.1 Análise dos resultados

Os dados foram tabulados com relação a profundidade do palato sendo expresso descritivamente com dados percentuais.

As medidas da largura e espessura dos tecidos foram avaliadas por meio de média e desvio-padrão. As diferenças entre as médias do lado direito e esquerdo foram analisadas por teste estatístico (*t* independente).

4 RESULTADOS

A amostra foi constituída de 11 indivíduos, 4 do gênero masculino e 7 do gênero feminino, com idade média de 31 anos.

Dos 11 indivíduos examinados na amostra deste trabalho, observou-se ausência de palato do tipo profundo, presença de 4 indivíduos (27%) com palato do tipo médio e a maior parte (73%) com palato raso (Gráfico 1).

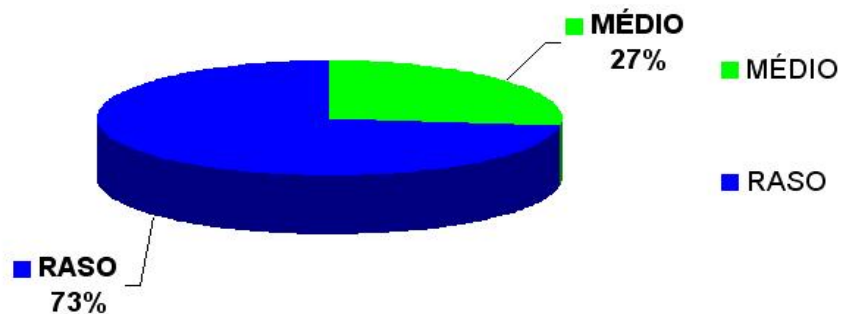


Gráfico 1. Distribuição percentual (%) dos tipos de palato, sendo profundo, médio ou raso

O comprimento do palato apresentou simetria bilateral com média de 14,73 ($\pm 0,47$) mm no lado direito e esquerdo, não havendo diferença estatística entre ambos ($p=1,000$; $p<0,05$).

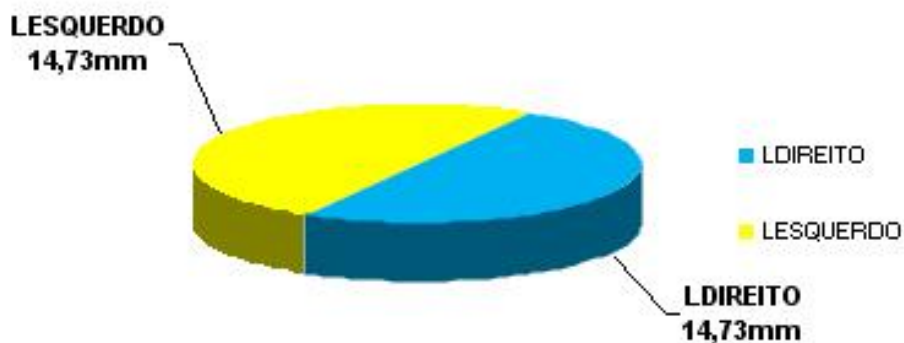


Gráfico 2. Valores médios do comprimento do palato do lado direito e esquerdo.

A espessura do palato foi maior do lado esquerdo com média de 3,18 ($\pm 0,87$)mm em relação ao lado direito 2,91 ($\pm 0,70$)mm. Entretanto, não houve diferença estatística entre os lados ($p=0,4293$; $p<0,05$).

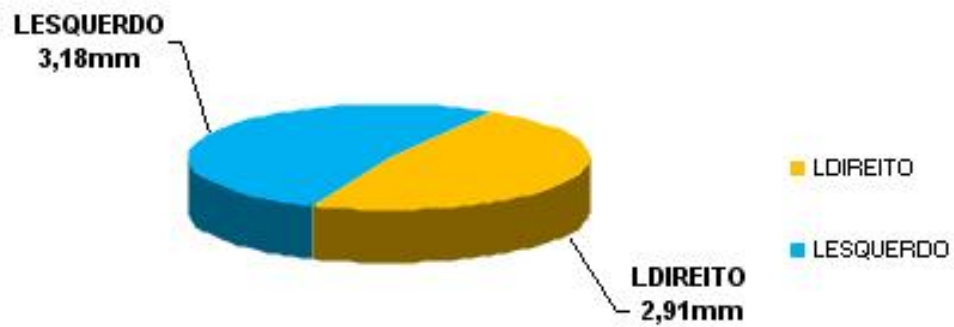


Gráfico 3. Valores médios do comprimento do palato do lado direito e esquerdo.

5 DISCUSSÃO

Hoje, os procedimentos estéticos assumem um lugar de grande destaque na Odontologia, o que leva os profissionais não somente ao reconhecimento e diagnóstico das deformidades estéticas pura e simplesmente, mas também direciona o tratamento à utilização de técnicas cirúrgicas inovadoras (CHU, KARABIN, MISTRY, 2004).

Mesmo sendo considerada subjetiva, a estética pode estar diretamente associada aos padrões de determinada sociedade. Um sorriso estético é aquele que apresenta certa correlação harmônica entre forma e cor dos elementos dentários e entre lábio e gengiva (KEPIC, 1990; MESTRENER, 2002; VON MEUSEL, 1998).

No entanto, muitas vezes, dentes em desarmonia, em consequência do seu posicionamento ou cor, nem sempre criam insatisfação no indivíduo. Com isso, pode-se observar que muitos procedimentos clínicos acabam sendo realizados desnecessariamente, criando um padrão de estética universal, sem considerar as necessidades e anseios do paciente (GOMES, 1996).

Al-Zahrani Bissada (1994), Allen (2005) e Nelson (1987) relacionaram a largura e a profundidade da recessão com a previsibilidade do enxerto, quanto mais larga e profunda menor a previsibilidade.

Os procedimentos de recobrimento radicular avaliados em estudos clínicos disponíveis na literatura revelam que, em média, as taxas de cobertura radicular variam entre 50 e 100%, sendo as taxas de 70-80% as mais comumente encontradas, independentemente da técnica empregada (BOUCHARD, ETIENNE, OUHAYOUN, NILVEUS, 1994).

Apresentam melhores resultados os enxertos com a maior taxa de recobrimento e maior estabilidade dos resultados encontrados quando da combinação entre o retalho posicionado coronariamente e o enxerto subepitelial de tecido conjuntivo, em comparação com o retalho posicionado coronariamente ou com a regeneração tecidual guiada. Entretanto, todas as técnicas de cirurgia plástica periodontal são capazes de reduzir recessões gengivais e melhorar os níveis de inserção (ROCCUZZO, BUNINO, NEEDLEMAN, SANZ, 2002).

Casati et al. (2006) observaram que a porcentagem média de recobrimento radicular com a técnica do enxerto subepitelial de tecido conjuntivo foi de 96,10%, e o nível de satisfação dos pacientes com esta técnica após 6 meses foi de 100%.

Segundo Duarte (2003), o recobrimento radicular pode não ser total, porém o ganho de gengiva inserida é de previsibilidade excelente, havendo uma tendência de haver melhoraria do resultado ao longo prazo.

De acordo com Araújo et al (2007) a completa cobertura radicular pode ser possível nos defeitos de classe I e classe II pela classificação de Miller, mas só que a cobertura parcial tem sido alcançada nos defeitos de classe III com técnicas tradicionais de retalhos e enxertos gengivais livres. Em sítios exibindo recessão de classe IV não é conveniente para tratamento como, técnicas cirúrgicas de cobertura radicular.

O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, inicialmente proposto por Langer e Langer (1985) e Raetzke (1985), fez com que o recobrimento radicular se tornasse um procedimento muito mais previsível, uma vez que a nutrição do enxerto é melhorada pelo meio bilaminar. O recobrimento radicular completo pode ser esperado em recessões gengivais classes I e II com qualquer tipo de técnica empregada, porém, os defeitos classes III e IV possuem uma pior previsibilidade (Miller 1985). Isto porque o nível máximo de recobrimento é determinado pela altura da crista óssea proximal (Pelegrine, 2006).

Diversos trabalhos (Berlucchi et al, 2002; Bouchard, 2001; Carnio, 2004; Francetti, 2004; Miller, 1985; Zucchelli, 2006; Oates, 2003) têm sugerido que o suprimento sanguíneo para a área operada é determinante para o sucesso do recobrimento radicular. Enxertos de maior espessura associados ao reposicionamento coronal do retalho estão mais relacionados com recobrimento radicular total. Enxertos finos de tecido mole dificultam o procedimento e aumentam o risco de necrose pós-operatória. Enxertos submersos de tecido mole têm sua sobrevivência maximizada por receberem duplo aporte sanguíneo: do retalho e do periósteo do leito receptor.

Independentemente da técnica empregada, é o suprimento sanguíneo que vai determinar o sucesso do procedimento cirúrgico muco gengival (Berlucchi et al. 2002).

Duarte, Pereira e Castro (2004) abordam ainda algumas indicações e contra-indicações da técnica de recobrimento radicular com uso de enxerto de tecido conjuntivo. Como indicações, citam: impossibilidade clínica de um deslocamento lateral de retalho; recessões gengivais isoladas e largas; recessões múltiplas; abrasão radicular pequena, sensibilidade dentinária; e comprometimento estético. Em contrapartida, citam como contra indicações: área doadora com pouca espessura, onde a alternativa neste caso é a substituição por matriz dérmica acelular que também tem se mostrado eficiente para cobertura radicular além de má higiene bucal e não colaboração do paciente ao tratamento.

Considera-se o tabagismo contra indicação para realização de enxertos gengivais os resultados obtidos com pacientes fumantes foram estatisticamente piores em relação aos pacientes não fumantes por causa das alterações vasculares que o tabaco causa, sendo

recomendado reduzir o possível a quantidade de cigarros por dia previamente ao procedimento de enxerto. (REIS et al., 2007).

Segundo Harris (1992) a técnica escolhida para recobrimento radicular deve idealmente obter o recobrimento da superfície radicular até a junção cimento-esmalte ou até a porção mais coronal da papila distal ou mesial. Ainda nesse sentido Zucchelli et al. (2003) discutem a dificuldade de se identificar corretamente a junção cimento-esmalte, já que uma das causas da recessão gengival pode ser o trauma de escovação que, por sua vez, causa abrasão do cimento e da dentina expostos ao meio bucal, alterando a posição original do limite entre cimento e esmalte.

A obtenção de resultados estéticos desejados pela paciente está relacionada com o preparo técnico e científico do profissional executor que deve conscientizá-la dos critérios de saúde e também da facilidade de higienização. Entre os critérios a serem avaliados, ressalta-se a importância das medidas teciduais adequadas para obtenção de recobrimento radicular com prognóstico previsível e positivo.

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho, permitiu concluir que o palato tipo raso pode ser observado em 1/3 da amostra, que o comprimento da área doadora palatina e a espessura do palato apresentaram simetria bilateral. Desta forma, verificou-se disponibilidade adequada dos tecidos doadores sem lado de predileção.

REFERÊNCIAS

- Allen AL. Use of suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root Coverage. I. Rationale and technique. *Int J Periodont Rest Dent* 1994; 14(3): 217-27.
- Al-Zahrani MS, Bissada NF. Predictability of connective tissue grafts for root coverage: Clinical perspectives and a review of the literature. *Quintessence Int* 2005; 56(8): 609-16.
- Araújo ACS, Jovino Silveira RC, Almeida ECB et al. Avaliação dos níveis de recessão gengival em estudantes de odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. *RGO. Porto alegre*. 2007 abr/ jun; 55(2): 139-42.
- Bonacin R. Manipulação de tecidos moles visando a otimização da estética em implantodontia.[Monografia]. Uningá Faculdade de Ingá-Uningá; 2009. p 15. Especialização em Implantodontia. [citado em: 20 abr 2011]. Disponível em: <http://www.uningacuritiba.com.br/revista/artigo/Rodrigo%20Bonacin.pdf>.
- Bezerra RKD, Silva VC, Nunes LHAC. Enxerto de Tecido Conjuntivo Para Aumento de Volume Perimplantar. Relato De Caso Clínico.[acessado: 24 mai 2011]. Uniceuma. *Revista De Investigação Biomédica Do Uniceuma*. 2009; 1: 27-33. Disponível em: www.extranet.ceuma.br/sitenovo/Revistas/artigos/.../artigo4.pdf
- Barbosa e Silva E, Januário AL, Peruchi CMS et al. Cirurgia periodontal do “envelope”- Enxerto conjuntivo subepitelial: Relato de casos clínicos. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2004 jul/dez; 25(2): 43-50.
- Borghetti A, Monnet-Corti V. *Cirurgia plástica periodontal*. Porto Alegre: ARTMED 2002.
- Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. *Periodontol* 2000. 2001; 27:97-120.
- Bruno JF. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *Int J Periodontic Rest Dent* 1994; 14: 127-137.
- Chu SJ, Karabin S, Mistry S. Short Tooth Syndrome:Diagnosis, Etiology, and Treatment Management. *CDA Journal*; Feb. 2004; 32 (2): 143-152.
- Consolaro A, Rebellato VJ, Consolaro MF,Carvalho JAR. Lesões necróticas na disjunção palatina: explicação e prevenção.[acessado: 18 mar 2011]. *R Dental Press Ortop Facial*. Maringá. 2009 set/out; 14(5): 20-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dpress/v14n5/a04v14n5.pdf>.
- Duarte CA, Pereira AL, Castro MVM. Cirurgia muco gengival. In: *Cirurgia Periodontal Pré Protética e Estética*. 2 ed. São Paulo. Santos. 2004; 149-238.
- Francischone CE, Filho HN, Matos DAD et al. Osseointegração e o tratamento multidisciplinar. Editora Ltda, São Paulo. 2006; 4 : 55-66.

Goldstein M, Nasatzky E, Goultschin J et al. Coverage of Previously Carious Roots is a Predictable a Procedure of Intact Roots. *J Periodontol*. 2002; 73: 1419-1426.

Gomes JC. *Odontologia estética – restaurações adesivas indiretas*. São Paulo: Artes Médicas, 1996; 213.

Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. *J Periodontol* 1992; 63(5): 477-486.

Henriques PG. *Estética em Periodontia e Cirurgia Plástica Periodontal*. São Paulo: Santos 2003.

Kepic TJ, O'LEARY, KAFRAWY AH. Total calculus removal: an attainable objective? *J. Periodontol* Jan 1990; 6(1): 16-20.

Langer B, Calanga L. Subepithelial connective tissue graft. *J Prosthetic Dent* 1980; 44: 363-7.

Langer B, Langer L. Subepithelial Connective Tissue Graft Technique for Root Coverage. *J Periodontol* 1985; 56(12): 715-720.

Landim FS, Andrade KHM, Freitas GB. et al. Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular. *Ver. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac, Camaragibe*. 2009 out/dez; 9(4): 31-8.

Mestrener SR, Komatsu J. Recuperação da linha do sorriso utilizando procedimentos cirúrgicos e restaurador. *JBD, Curitiba, jul./set*. 2002; 1(3): 226-230.

Müller HP, Eger T, Schorb A. Gingival Dimensions After Root Coverage With Free Connective Tissue Grafts. *J Clin Periodontol* 1998 May; 25(5): 424-30.

Müller HP, Eger T. Root coverage using a free soft tissue autograft following citric acid application. Part III. A successful and predictable procedure in areas of deep-wide recession. *Int J Periodont Rest Dent* 1985; 4(2): 15-37.

Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft: a bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J Periodontol* 1987;58(2):95-102.

Otoni J, Magalhães LF. *Cirurgia Plástica Periodontal e Periimplantar*. SP : Artes Médicas 2006.

Reiser GM, Bruno JF, Mahan PE, Larkin LH. The subepithelial connective tissue graft palatal donor site: anatomic considerations for surgeons. *Journal of Periodontics* 1996; 16(2): 130-7.

Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2002; 29(3): 178-94.

Segundo KT, Alves R. Emprego do enxerto gengival. Epitélio-conjuntivo no recobrimento radicular. *RGO. Porto Alegre*. 2005 jan/mar; 54(1): 81-3.

Sukekava F, Silva CO, Araújo MG. Estudo piloto sobre a previsibilidade de recobrimento radicular de recessões gengivais classe III de Miller. Rev Dental Press Periodontia Implantol 2010 abr/jun; 4(2): 93-102

Tatakis DN, Trombelli, L. Gingival Recession Treatment: Guided Tissue Regeneration with Bioabsorbable Membrane versus Connective Tissue Graft. J Periodontal 2000; 71: 299-307.

Tinti C, Benfenati SP, Dalmonte R . Terapia mucogengivale. Técnica de prélievo 2000.

Von Meusel DRDZ, Flôres MMDZ. A estética na periodontia – I parte: recobrimento radicular. Rev. Fac. Odontol. Passo Fundo, 1998; 3(2): 41-48.

Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA

SOPEC – Sociedade Pindamonhangabense, Educação e Cultura s/c LTDA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de poder contar com sua participação para realizar exame e medição clínica sobre as dimensões dos tecidos gengivais palatinos superiores como áreas doadoras para futuros enxerto gengival de recobrimento de suas próprias recessões gengivais. A avaliação faz parte do trabalho científico de **Daniella Moreira Carpinetti**, sob orientação da professora **Dra. Juliana Madureira de Souza Lima Alonso**, intitulado: *“Quantidade do tecido doador em cirurgias de enxerto gengival”*. Ao assinar este consentimento o (a) Sr (a) não estará assumindo nenhum compromisso com a Faculdade de Pindamonhangaba. Todas as informações serão mantidas em sigilo e serão utilizadas unicamente para fins acadêmicos científicos, podendo se retirar a qualquer momento. A participação não envolve custo, nem situações de dor e/ou constrangimento.

AUTORIZAÇÃO

Eu,, fui esclarecido sobre a finalidade da pesquisa, quanto aos procedimentos a serem realizados, através de uma descrição sucinta e acessível a minha compreensão. Estou ciente de que será mantido sigilo sobre os dados individuais coletados na pesquisa, aceito participar da pesquisa intitulada: “Qualidade do tecido doador em cirurgias de enxerto gengival”. Declaro que as informações por mim concedidas são verdadeiras e permito que sejam utilizadas para fins acadêmico-científicos.

RG:.....

CPF:.....

Data:../...../.....

Ass:.....

Apêndice B – TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA

SOPEC – Sociedade Pindamonhangabense, Educação e Cultura s/c LTDA

Eu Daniella Moreira Carpinetti, RG 43.181.264-0, CPF 365.333.538-88, aluna do curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba-FAPI, estabelecida a Rodovia Presidente Dutra - Km 99 – Bairro Pinhão do Una – Pindamonhangaba – SP; telefone (12) 3648 8323, pretendo desenvolver uma pesquisa cujo título é “quantidade do tecido doador em cirurgias de enxerto gengival”. DESCRIÇÃO: Este estudo será realizado por meio de pesquisa clínica da condição do tecido palatino para enxerto conjuntivo.

PARTICIPAÇÃO E BENEFÍCIOS: a participação é voluntária. Caso haja interesse o voluntário poderá ter em sua ficha as anotações da avaliação para uma possível necessidade cirúrgica.

LIBERDADE DE PARTICIPAÇÃO: É garantida a liberdade de participação e retirada do consentimento a qualquer momento, deixando assim de participar desse estudo, sem qualquer prejuízo para pessoa ou Entidade. Sendo a ficha clínica anônima. Os dados serão utilizados para pesquisa acadêmica e visam contribuir para o aprendizado de nossos alunos.

ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO: Ao participar desta pesquisa (o) paciente não estará assumindo nenhum compromisso com a Faculdade de Pindamonhangaba ou outra instituição. Em momento algum desta pesquisa os dados com nome endereço serão divulgados, ficando sobre responsabilidade do pesquisador todas as fichas coletadas.

DESPESAS E COMPENSAÇÕES: Não existirão despesas ou compensações financeiras para o participante em qualquer fase do estudo. Caso exista alguma despesa adicional, esta será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

ACESSO A PESQUISADORA: Em qualquer momento o (a) Sr.(a) terá acesso a pesquisadora acima identificada para esclarecimento de qualquer dúvida. O (a) Sr.(a) também terá acesso aos dados parciais desta pesquisa.

UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES: A participação dos pacientes é muito importante para esta pesquisa, e poderá ser vinculada através de artigos científicos em revistas especializadas, em encontros científicos, sendo garantido o anonimato para os entrevistados.

Segue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para ser assinado caso não tenha ficado dúvidas, a serem esclarecidas.

TERMO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa acima “Quantidade do tecido doador em cirurgias de enxerto gengival”. Pude conversar com a pesquisadora, Daniella Moreira Carpinetti e Profa Dra Juliana Madureira de Souza Lima Alonso e não ficarão dúvidas a serem esclarecidas até o momento. Sendo assim concordo em intermediar esse estudo e estou esclarecido de que não haverá despesas ou pagamento pela minha participação, e sobre tudo está livre a opção de participar desta pesquisa, sem nenhuma penalidade, ou perda pessoal.

NOME:.....

ENDEREÇO:.....

RG:.....

CPF.....

ENTIDADE.....

Assinatura.....

Apêndice C – FICHA CLÍNICA

Registro de exame número:

Nome:**Idade:****Data:****Anamnese:**

- presença de recessões gengivais bilateral dos dentes posteriores
- presença bilateral dos dentes posteriores superior

	Palato	Altura	Largura	Espessura
L. Direito				
L. Esquerdo				

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 FAPI FACULDADE DE PINDAMONHANGABA	Faculdade de Pindamonhangaba	 FUNVIC FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA VIDA CRISTÁ
Credenciada pela Portaria Ministerial n.º 1.855 de 26/06/2002, publicada no D.O.U. de 27/06/2002		
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FAPI		
CERTIFICADO		
<p>Certifico que o protocolo nº. 165/2011, intitulado “Qualidade do tecido doador em cirurgias de enxerto gengival”, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Juliana Madureira de Souza Lima Alonso e Profa. Dra. Daniela Martins de Souza está de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e suas complementações, a qual versa sobre os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. Sendo assim, o referido protocolo está Aprovado por esta Comissão de Ética em Pesquisa.</p>		
Pindamonhangaba, 29 de Novembro de 2011.		
		Profª. Dra. Luciane Vieira Garcia CRF-SP 12.259 Coord. Curso de Farmácia - FAPI
		
PROFª. DRª. LUCIANE V. GARCIA Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FAPI		
<small>Rodovia Presidente Dutra, km 99 – Pinhão do Una – Pindamonhangaba/SP – Cep: 12.422-970 - Caixa Postal: 1041 Fones: (12) 3648-8323 / 3648-8324 / 3648-8325 www.fapi.br e-mail: diretoria@fapi.br</small>		