

Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial como alternativa ao tratamento de recessões gengivais múltiplas – relato de caso

Subepithelial connective tissue graft as an alternative to treat multiple gingival recession – case report

Micheline Sandini Trentin¹
Letícia de Cezaro²
Migueli Durigon³
Cristiane Aparecida de Oliveira¹

Resumo

A recessão gengival é definida como o deslocamento da margem gengival apicalmente à junção cimento-esmalte, a qual pode resultar em estética desfavorável, aumento da susceptibilidade de cárie radicular e hipersensibilidade dentinária. O objetivo deste estudo foi apresentar um caso clínico de tratamento periodontal cirúrgico de uma paciente com múltiplas recessões gengivais nas faces vestibulares dos dentes 13 e 14, 23, 24, 25 e 26, classificadas como Classe I e II de Miller. Como método foi utilizada a técnica de enxerto de tecido conjuntivo e deslocamento coronal do retalho para o recobrimento radicular nos dentes descritos acima. Após 12 e 36 meses da cirurgia foi observado um percentual de recobrimento radicular nos dentes 13 e 14 de 80 a 86%, e nos dentes 23, 24, 25 e 26 observou-se um ganho de volume tecidual (tecido queratinizado) e recobrimento radicular de 60 a 89%. Concluiu-se que houve um resultado satisfatório em relação ao recobrimento radicular e aumento de gengiva inserida, resultando em melhor estética e função para a paciente.

Descritores: Retração gengival, Periodontia, tecido conjuntivo.

Abstract

Gingival recession can be defined as the displacement of the gingival margin apical to the cemento-enamel junction, resulting in root surface exposure, which can lead to unfavorable aesthetics, increased susceptibility to root caries and dentin hypersensitivity. The objective of this study was to present a clinical treatment of a patient with multiple gingival recessions in teeth 13-14, 23, 24, 25 and 26 (Miller Class I and II). A palatal connective tissue graft was used to cover the root surface. After 12 months, teeth 13 and 14 presented 80-86% of root coverage. An increase of keratinized tissue width and 60-89% of root coverage were observed on teeth 23, 24, 25 and 26. It can be concluded that proper root coverage and tissue augmentation were obtained, resulting on improved aesthetics and function.

Descriptors: Gingival recession, Periodontics, connective tissue.

¹ CD, Dr^o. em Periodontia, Prof^a. da Faculdade de Odontologia – UPF.

² CD, Esp. em Endodontia.

³ CD, Mestrando em Odontologia – UPF.

E-mail do autor: tmicheline@upf.br
Recebido para publicação: 08/11/2014
Aprovado para publicação: 19/05/2015

Como citar este artigo:

Trentin MS, Cezaro L, Durigon M, Oliveira CA. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial como alternativa ao tratamento de recessões gengivais múltiplas – relato de caso. Full Dent. Sci. 2015; 6(23):243-249.

Introdução

O termo recessão gengival (RG) pode ser definido como exposição oral da superfície radicular provocada pelo deslocamento da margem gengival em sentido apical à junção cimento-esmalte (JCE). Normalmente ocorre na ausência de inflamação gengival e em geral é localizada na superfície vestibular, sem perda de papila interdental¹⁵.

A RG tem caráter multifatorial, sendo que os fatores predisponentes atuam concomitantemente com os desencadeantes. Os fatores predisponentes para a RG incluem: deiscência e fenestração óssea, cortical óssea fina, má posição dentária, tração dos freios e bridas, vestibulo raso, altura e espessura reduzida do tecido queratinizado. Os fatores desencadeantes são escovação traumática, inflamação gengival, lesões cervicais não cáries, prótese fixa mal adaptada, violação do espaço biológico, barra compressiva em prótese removível e movimento ortodôntico fora dos limites ósseos^{18,23}, além da doença periodontal induzida por placa e o trauma causado pela escovação¹⁴.

Além de prejudicar a estética, a exposição radicular pode causar hipersensibilidade dentinária, dificultar o controle da placa bacteriana, aumentar a susceptibilidade a cáries radiculares e ocasionar perda de suporte ósseo e abfrações nos dentes envolvidos^{2,6,25}.

Várias são as técnicas cirúrgicas e biomateriais (membranas absorvíveis e não absorvíveis, matriz dérmica acelular e matriz derivada do esmalte) utilizados para o recobrimento radicular^{15,19}. Diversos estudos têm sido realizados com o intuito de descrever as técnicas cirúrgicas periodontais e sua previsibilidade; podendo-se destacar o deslocamento coronal e lateral do retalho, enxertos pediculados e técnica do túnel modificado associado ao enxerto de tecido conjuntivo^{1,4,10}.

O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é uma das técnicas de escolha para o tratamento das recessões gengivais Classe I e II de Miller, apresentando resultados estéticos favoráveis e alta previsibilidade, sendo considerado como *gold standart* para o recobrimento radicular, aumento de inserção clínica e ganho de gengiva inserida^{8,9,20}. O objetivo do presente estudo é apresentar um caso clínico de uma paciente com múltiplas recessões gengivais tratadas com a técnica do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e deslocamento coronário do retalho.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 46 anos de idade, apresentou-se com múltiplas recessões gengivais nos dentes 13, 14 (Figura 1A), 23, 24, 25 e 26 (Figura 1B) e com queixa de alteração estética e hipersensibilidade dentinária nos mesmos. A paciente do referido caso clínico assinou um termo de consentimento livre e esclarecido assentindo a sua participação no estudo. Observou-se

que a paciente apresentava escovação traumática e um freio proeminente na região dos dentes 23-24, o que poderia estar agravando as recessões gengivais. Exames clínicos, radiográficos e hemograma foram realizados previamente à realização da cirurgia e não foram observadas contra-indicações para a realização do enxerto de tecido conjuntivo para recobrimento radicular. As recessões gengivais foram classificadas como Classes I e II de Miller¹². O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial foi opção adotada neste caso clínico, pelo fato da paciente possuir quantidade suficiente de tecido doador na região da tuberosidade e resultado estético da técnica.

Previamente aos procedimentos cirúrgicos foi realizada instrução de higiene oral supervisionada para a paciente, com o objetivo de corrigir a escovação traumática da mesma. Os procedimentos cirúrgicos nas áreas com recessão gengival foram realizados com anestesia local, utilizando mepivacaína 2% com vasoconstritor. Incisões relaxantes foram realizadas na distal do incisivo lateral (12) e mesial do segundo pré-molar (15) e um retalho mucoperiosteal foi descolado. Realizou-se o apilamento radicular dos dentes envolvidos, diminuindo a convexidade dos mesmos. Para a obtenção do tecido doador, utilizou-se a técnica do alçapão, com uma incisão horizontal perpendicular à superfície óssea adjacente, cerca de 3 mm apicalmente à margem cervical da face palatina do 2º molar superior na região retromolar (área com abundante quantidade e espessura de tecido conjuntivo) (Figura 2).

O enxerto de tecido conjuntivo foi mantido em soro fisiológico, e a área doadora suturada com fio de *nylon* 4-0. Fixou-se o enxerto à área doadora e suturou-se com fio reabsorvível *catgut* 5-0 (Figuras 3A a 3C). Cuidado foi tomado para que o retalho quando reposicionado recobrisse totalmente o enxerto, ficando justaposto e após suturado. No pós-operatório, foi recomendada a utilização de antisséptico bucal com gluconato de clorexidina a 0,12%, de 12/12 horas por 15 dias após o procedimento cirúrgico. Como medicação sistêmica, prescreveu-se Azitromicina 500mg, 1 comprimido ao dia durante 5 dias, Cetoprofeno 150mg, 1 comprimido de 12/12 horas durante 3 dias; e Paracetamol 750mg, de 6/6 horas, ou enquanto houvesse dor, com adaptação de cimento cirúrgico periodontal da marca comercial COE PAK sem eugenol (GC América INC), tanto na região doadora como receptora. A remoção dos pontos foi realizada 15 dias após o procedimento cirúrgico.

Após 15 dias do procedimento cirúrgico, foi realizada frenectomia do freio lateral presente na região dos dentes 23, 24 e 25. Uma incisão horizontal foi realizada próxima ao fundo de sulco, rompendo as inserções do freio, com a intenção de recolocá-las para formar uma zona de gengiva inserida entre a margem gengival e o freio.

Restaurações Classe V foram realizadas nos dentes 23, 24 e 25 com cimento de ionômero de vidro restaurador devido às lesões de abrasão que a paciente apre-

sentava. A cirurgia de recobrimento radicular dos dentes 23, 24, 25 foi realizada 50 dias após a frenectomia. Os mesmos procedimentos de assepsia, anestésias, incisões e cuidados com a área doadora no recobrimento radicular dos elementos 23, 24 e 25 foram relatados anteriormente na cirurgia dos dentes 13 e 14.

O enxerto de tecido conjuntivo foi fixado ao periosteio usando-se um fio de sutura absorvível de Poliglactina 910 – 6-0, recobrimo os dentes 23, 24 e 25. A paciente foi medicada como relatado anteriormente, tendo os mesmos cuidados com a higiene oral. Após 15 dias, o cimento cirúrgico e os pontos foram removidos, ficando em boca apenas os pontos absorvíveis.

Após 12 meses (Figura 4), os resultados encontrados nos elementos 13 e 14 foram respectivamente: nível gengival de 0,5 mm e 1,0 mm (Figura 5); e 21 após a cirurgia, os resultados observados nos dentes 23, 24, 25 e 26 foram, respectivamente, 1,5 mm de nível gengival nos dentes 23, 24 e 25 e 0,5 mm no 26. Foi observada uma porcentagem de recobrimento radicular entre 50 a 89% e também um ganho de volume tecidual (tecido queratinizado). As medidas clínicas dos dentes envolvidos estão descritas no quadro (Quadro I).

Três anos após a conclusão do tratamento cirúrgico periodontal foi realizado acompanhamento clínico e radiográfico da paciente, a qual apresentou estabilidade dos resultados iniciais. Durante este período, a paciente realizou tratamento ortodôntico, instalação de implantes e restaurações estéticas nos dentes em que foram realizadas as cirurgias de recobrimento radicular.



Figura 1A – Aspecto inicial das recessões gengivais dos dentes 13 e 14.



Figura 1B – Dentes 23, 24, 25 e 26.



Figura 2 – Área doadora do enxerto de tecido conjuntivo obtido da região retromolar.





Figura 3 (A-C) – A) Elementos dentários 13 e 14. B) Dentes 23, 24, 25 e 26. C) Leito receptor com sutura.



Figura 4 – Aspecto da área operada dos dentes 13 e 14 após 12 meses.



Figura 5 – Aspecto clínico pós-operatório dos dentes 23, 24, 25 e 26, 12 meses após cirurgia.

Quadro I – Medidas clínicas do nível gengival (REC), profundidade de sondagem (PS) e nível de inserção (NI) iniciais e finais e largura inicial (L Recessão) dos dentes envolvidos e percentual de recobrimento radicular (% de R.R):

DENTE/MEDIDA CLÍNICA	13	14	23	24	25	26
REC inicial	3,5	5,0	3,0	4,0	4,0	4,5
REC final	0,5	1,0	1,5	1,5	1,5	0,5
PS inicial	1,5	2,0	1,0	1,0	1,5	1,5
PS final	1,0	2,0	0,5	1,0	0,5	1,0
N.I inicial	5,0	7,0	4,0	5,0	5,5	6,0
N.I final	1,5	3,0	2,0	2,5	2,0	1,5
% de R. R	86	80	50	67	67	89



Figura 6 – Aspecto clínico dos dentes 13 e 14, 3 anos após a cirurgia.



Figura 7 – Aspecto dos dentes 23, 24, 25 e 26, 3 anos após a cirurgia.

Discussão

A cirurgia plástica periodontal se destina a devolver, além de estética, saúde para os pacientes. A recessão do tecido marginal livre é considerada por alguns pacientes como um problema estético desvalorizando o sorriso, e a hipersensibilidade dentinária causada pela exposição das raízes ocasiona desconforto ao paciente^{1,18}, sendo que a paciente do presente caso clínico relatava essas queixas.

A literatura não apresenta um consenso de quais dentes são mais afetados pelas recessões gengivais. Marini¹¹ (2004) afirmaram que os caninos, pré-molares e molares superiores e ainda incisivos centrais inferiores são os mais prevalentes. No presente caso clínico, os dentes envolvidos foram os caninos e pré-molares superiores direitos e esquerdos e o primeiro molar superior esquerdo.

A escolha da técnica cirúrgica mais apropriada para o caso é fundamental, pois o percentual de sucesso (recobrimento) pode diminuir com o aumento da profundidade de sondagem e a largura das recessões gengivais. A seleção das diversas técnicas deve-se basear na previsibilidade de sucesso de acordo com a classificação de Miller¹² (1985). A previsibilidade clínica da técnica está relacionada ao sítio cirúrgico livre de placa bacteriana e inflamação marginal, além do suprimento sanguíneo adequado para o enxerto gengival; anatomia do sítio receptor e doador e estabilidade do tecido enxertado no sítio receptor¹¹.

A técnica escolhida para o referido caso clínico foi o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado ao deslocamento coronal do retalho, por ser considerada uma técnica que visa o recobrimento das recessões de Classe I e II de Miller¹², aumenta o nível de inserção clínica e também resulta em ganho de tecido queratinizado^{11,20}.

O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é considerado como padrão ouro na Periodontia^{2,6,7,8,15,16,21,23}. Rossetti et al.¹⁹ (2013), em estudo clínico com 30 me-

ses de observação, relataram que a técnica apresenta uma alta previsibilidade a longo prazo. Moslemi et al.¹⁴ (2011) concluíram o mesmo, com controle dos pacientes por 60 meses. O tempo de acompanhamento deste caso clínico foi semelhante ao relatado pelos trabalhos citados observando-se estabilidade da margem gengival durante o período de 46 meses. A paciente continuará em acompanhamento clínico para a avaliação e manutenção dos resultados obtidos.

Com a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associada ao deslocamento coronal ou lateral do retalho, pode-se obter um tecido mais espesso que o original e manutenção da cor do tecido gengival receptor²³, além de se conseguir uma adequada irrigação sanguínea¹³, pois como o tecido conjuntivo é inserido debaixo do retalho, possui irrigação oriunda também das superfícies mesiais e distais.

Pini et al.¹⁷ (2005) observaram a posição da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte ao término do procedimento cirúrgico com enxerto de tecido conjuntivo em recessões Classe I de Miller em 60 pacientes. O resultado encontrado foi que quanto mais coronária a margem gengival estiver em relação à JCE, maiores são as chances para se obter um recobrimento radicular completo.

Outros fatores considerados determinantes para o sucesso do enxerto de tecido conjuntivo são biomodificação e redução da convexidade radicular para adaptação do enxerto ao leito receptor²⁴. Foram realizadas restaurações com ionômero de vidro nas faces que apresentavam lesões de abrasão decorrentes da força excessiva na escovação. Santamaria et al.²¹ (2013) constataram em seus estudos que essas restaurações são biocompatíveis aos tecidos gengivais e não interferem nos resultados clínicos do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, ao contrário, aumentam a previsibilidade do recobrimento radicular nas áreas afetadas pelas lesões. A técnica de escovação que a paciente utilizava

previamente às cirurgias era de movimentos horizontais, o que pode ter contribuído para a formação das abradões e recessões gengivais¹⁴, atuando em conjunto com a força exercida.

Neste caso clínico observou-se uma porcentagem de recobrimento radicular entre 50 a 89%, concordando com a literatura pesquisada. Em termos de recobrimento radicular para a técnica do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, os resultados variam de 74 a 91,6%, com média de 81,6% para recessão inicial que variavam de 2,8 a 3,43 mm²⁶. Estudos que verificaram a previsibilidade para o recobrimento radicular encontraram um percentual entre 41,7% a 66,7%, com média de 53,45%; e essa previsibilidade pode ser explicada pela variação morfológica das recessões estudadas³.

Carvalho et al.⁷ (2006) mostraram que houve um ganho no nível de inserção clínica e aumento da largura de tecido queratinizado, apresentando uma cobertura completa das raízes de 93,1% dos defeitos em 90% dos pacientes que apresentaram recessões múltiplas Classe I e II de Miller e submetidos ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

Alguns estudos, como o de Rosetti et al.¹⁹ (2013) e Chambrone et al.⁸ (2008), mostraram a longevidade dos resultados das cirurgias periodontais estéticas, indicando que a técnica de enxerto de tecido conjuntivo associada ao deslocamento coronal do retalho ainda é a “técnica padrão” para o recobrimento radicular e estabilidade dos resultados. Estudos como os de Molya et al.¹³ (2012) e Moslemi et al.¹⁴ (2011) avaliaram a técnica do enxerto de tecido conjuntivo e matriz dérmica acelular (ADMA) no tratamento das recessões gengivais por um período superior a três anos, e observaram que as terapias foram similares no resultado de redução da retração gengival. O aumento de gengiva inserida foi estável nos sítios tratados com enxerto de tecido conjuntivo.

Além do percentual de recobrimento radicular obtido na cirurgia, também foi observado um aumento da largura e espessura de gengiva^{5,16,19,20,22} que, embora não tenham sido mensuradas, foram observadas clinicamente. A presença ou não de gengiva queratinizada não é considerada fator determinante para realizar procedimentos cirúrgicos, já que pessoas com boa higiene oral podem ter saúde gengival com pouca ou nenhuma gengiva inserida, porém mantém a estabilidade do resultado cirúrgico por maior tempo^{8,9,11,22}.

No caso do dente 26, o procedimento realizado foi o deslocamento lateral do retalho devido às possibilidades que se apresentaram durante a execução do procedimento. Nos casos de recobrimento radicular, os deslocamentos coronários e laterais do retalho têm sido considerados uma boa opção perante os enxertos pediculados. É uma técnica considerada de fácil execução, resultando em uma cor adequada em relação aos

tecidos adjacentes, bom contorno e sem a necessidade de um segundo procedimento cirúrgico para se obter um tecido doador²⁶ caso o retalho apresente uma espessura adequada, e também com previsibilidade de recobrimento radicular¹⁵.

Os resultados do presente caso clínico estão de acordo com Venturim et al.²⁴ (2011) que relataram que as cirurgias estéticas periodontais, quando bem indicadas, promovem ganho clínico de inserção, de tecido queratinizado e recobrimento radicular em defeitos Classe I e II de Miller¹¹, representando uma alternativa viável e altamente previsível para o tratamento das recessões gengivais.

Conclusão

Através dos resultados clínicos obtidos no caso clínico, pode-se concluir que os procedimentos de recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial devolvem a estética e conforto aos pacientes, sendo possível obter resultados previsíveis a longo prazo.

A restauração dos dentes 23, 24 e 25 com cimento de ionômero de vidro restaurador não afetou o resultado do recobrimento radicular, uma vez que o mesmo é considerado um material biocompatível aos tecidos periodontais.

A estética gengival e a diminuição da hipersensibilidade dentinária da paciente foram melhoradas significativamente com a utilização da técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

Referências

1. Aroca S, Moinar B, Windisch P, Gera I, Savi GI, Sculean A. Treatment of multiple adjacent Miller Class I and II gingival recessions with a modified coronally advanced tunnel (MCAT) technique and a collagen matrix or palatal connective tissue graft: a randomized, controlled clinical trial. *Quintessence*. 2013; 40 (7): 713-20.
2. Baghele OMN, Pol DP. An evaluation of the effectiveness and predictability of transpositional flap vs connective tissue graft for coverage of Miller's Class I and Class II facial marginal tissue recession lesions: a clinical study. *Indian J Dent Res*. 2012; 23(2):195-213.
3. Barbosa SE, Januário AL, Peruchi CMS, Cardozo WV. Recobrimento radicular por meio da técnica cirúrgica periodontal do “envelope” - enxerto conjuntivo subepitelial: relato de casos clínicos. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2004; 25 (2): 43-50.
4. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2008; 35 (8): 136-62.
5. Cairo F, Nigri M, Pagliaro O. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions. A systematic review. *J of Clinical Periodontology*. 2014; 41 (Supl 15): S44 – S62.
6. Camargo PM, Melnick PR, Kenne EB. The use of free gingival grafts for aesthetic purposes. *Periodontol* 2000. 2001; 27 (1): 72-96.
7. Carvalho PF, da Silva RC, Cury PR, Joly JC. Modified coronally advanced flap associated with a subepithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple gingival recessions. *J Periodontol*. 2006; 77(11): 1901-6.
8. Chambrone L, Chambrone D, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Can subepithelial connective tissue grafts be

- considered the gold standart procedure in the treatment of Miller Class I and II recession type defects? J Dent. 2008; 36(9):659-71.
9. Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Root-coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review. J Periodontol. 2010; 8 (14): 452-78.
 10. Hofmanner P, Alessandri R, Laugisch O, Aroca S, Salvi GE, Stavropoulos A, Sculean A. Predicability of surgical techniques used for coverage of multiple adjacent gingival recessions - a systematic review. Quintessence Int. 2012; 43 (7): 545-54.
 11. Marini MG, Greggi SLA, Passanezi E, Sant'ana ACP. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. J Appl Oral Sci. 2004; 12(3): 250-255.
 12. Miller Jr PD. A classification of marginal tissue recession. Int. J Periodontics Restorative Dent. 1985; 5 (2): 9-13.
 13. Moolya NN, Setty SB, Thakur S, et al. Comparative evaluation of subepithelial connective tissue graft and acellular dermal matrix graft in the treatment of gingival recession - a case series. Int J Clin Dent. 2012; 5 (2):131-142.
 14. Moslemi N, Morovati SP, Jamali R, Haghghati F. Acellular dermal matrix allograft versus subepithelial connective tissue graft in treatment of gingival recessions: a 5-year randomized clinical study. J Clin Periodontol. 2011; 38(12):1122-29.
 15. Nart J, Valles C, Mareque S, et al. Subepithelial connective tissue graft in combination with a coronally advanced flap for the treatment of miller Class II and III gingival recessions in mandibular incisors: a case series. Int J Periodontics Restorative Dent. 2012; 32(6): 647-654.
 16. Oates TW, Robinson M, Gunsolley JC. Surgical therapies for the treatment of gingival recession. A systematic review. Ann Periodontol. 2003; 2 (4): 303-20.
 17. Pini Prato GP, Baldi C, Nieri M, Franceschi D, Cortellini P, et al. Coronally advanced flap: the post-surgical position of the gingival margin is an important factor for achieving complete root coverage. J Periodontol. 2005; 76 (5):713-22.
 18. Rodrigues DC, Alves R, Segundo TK. Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular. RGO. 2010; 58 (1): 115-118.
 19. Rosetti EP, Marcantonio JR E, Zuza EP, Marcantonio RAC. Root coverage stability of the subepithelial connective tissue graft and guided tissue regeneration: a 30-month follow-up clinical trial. J Dent. 2013; 41 (2):114-120.
 20. Rubins RP, Tolmie PN, Corsig KT, Kerr EN, Kim DM. Subepithelial connective tissue graft with growth factor for the treatment of maxillary gingival recession defects. Int J Periodontics Restorative Dent. 2013; 33(1):43-9.
 21. Santamaria MP, Feitosa SD, Casati MD, Nociti FH Jr, Sallum AW, Sallum EA. Randomized controlled clinical trial evaluating connective tissue graft plus resin-modified glass ionomer restoration for the treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesion: 2-year follow-up. J of Periodontol. 2013; 84 (9): e1- e8.
 22. Sanz M, Simion M. Surgical techniques on periodontal plastic surgery and soft tissue regeneration. Consensus report of the 10th European Workshop on Periodontology. J of Clinical Periodontology. 2014; 41 (Supl 15): S92- S97.
 23. Schelle M, Esposito M. Human dermis graft versus autogenous connective tissue grafts for thickening soft tissue and covering multiple gingival recessions: 6-month results from a preference clinical trial. Eur J Oral Implantol. 2011; 4 (2):119-125.
 24. Venturim RTZ, Joly IC, Venturim LR. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento de recessões gengivais. RGO. 2011; 59 (1):147-152.
 25. Vijayendra R, Suchetha A, Jaganath S. Two-step procedure for root coverage using a free gingival graft and a subepithelial connective tissue graft. Indian J Dent Res. 2011; 22 (3): 478-481.
 26. Wennström JL, Zucchelli G. Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures? A 2-year prospective clinical study. J Clin Periodontol. 1996; 23 (1): 770-777.

SUA VIDA AINDA MAIS FÁCIL!

Acesse

www.biodente.com.br

Promoções imperdíveis!



Aqui tem
TUDO
o que você
precisa!

Disk Fácil: 49 3321-7979
atendimento@biodente.com.br
Rua Florianópolis, 251 E - Centro - Chapecó-SC

TODO SITE
EM ATÉ
10x
SEM JUROS
VISA MasterCard



*As compras acima de R\$ 290,00
Exceto líquidos. Entrega via PAC



Soluções completas em odontologia.