



**FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA**

LUISA KNOPF DOS SANTOS

ALINE TAVARES CORADO

**RELATO DE CASO CLÍNICO: TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA
GENGIVAL E EXPOSIÇÃO ÓSSEA UTILIZANDO RETALHO TOTAL
POSICIONADO CORONALMENTE.**

PORTO NACIONAL

2017

LUISA KNOPF DOS SANTOS

ALINE TAVARES CORADO

**RELATO DE CASO-CLÍNICO: TRATAMENTO DEISCÊNCIA
GENGIVAL E EXPOSIÇÃO ÓSSEA UTILIZANDO RETALHO TOTAL
POSICIONADO CORONALMENTE**

Trabalho de conclusão de curso
submetido ao curso de Odontologia do
Instituto Tocantinense Presidente Antonio
Carlos - ITPAC PORTO NACIONAL,
como requisito parcial do Grau de
Bacharel em Odontologia.

Área: Periodontia

Prof. Me. Sergio Ricardo Rafacho Esteves

**PORTO NACIONAL-TO
2017**

RELATO DE CASO-CLÍNICO: TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA GENGIVAL E EXPOSIÇÃO ÓSSEA UTILIZANDO RETALHO TOTAL POSICIONADO CORONALMENTE.

Luisa Knopf¹; Aline Corado²; Sergio Ricardo Rafacho Esteves³.

RESUMO

O uso da cirurgia periodontal de retalho posicionado coronalmente no tratamento de deiscência já é uma indicação de tratamento relatada na literatura; entretanto, casos clínicos relacionados à mesma são pouco descritos, gerando incerteza em relação à indicação deste procedimento cirúrgico para esta finalidade. Esse trabalho é um relato de caso clínico que visa mostrar como é feito esse procedimento cirúrgico e a reparação tecidual conseguida através do mesmo. **Objetivo:** Mostrar a reparação estética e funcional após a cirurgia periodontal de retalho posicionado coronalmente. **Metodologia:** Trata-se de um relato de Caso clínico realizado na clínica odontológica da faculdade presidente Antonio Carlos ITPAC-Porto Nacional, com orientação de professor especialista na área, que teve como objetivo o recobrimento de uma deiscência gengival com exposição óssea na região lingual do dente 47, utilizando retalho de espessura total posicionado coronalmente. **Resultados:** A cirurgia de retalho de espessura total posicionado coronalmente foi efetiva no recobrimento de deiscência, levando a considerar sua indicação para procedimentos cirúrgicos de recobrimento de deiscências gengivais.

Palavras-chave: Deiscência, Retalho total posicionado coronalmente, Recobrimento

ABSTRACT

The use of coronally positioned periodontal flap surgery in the treatment of gingival dehiscence is already an indication of treatment in the literature; however clinical cases related to it are little described, generating an uncertainty regarding the indication of this surgical procedure for this purpose. This work is a clinical case presentation that aims to show how this surgical procedure is done and the tissue repair achieved through the same. **Objectives:** To show the tissue and functional repair after coronally positioned flap periodontal surgery. **Methodology:** This is a clinical case report carried out at the dental clinic of the President Antonio Carlos Faculty of ITPAC-Porto Nacional with the guidance of a specialist professor in the area, whose objective was to recover a bone dehiscence in the lingual region of the tooth 47, using the total thickness flap coronally positioned. **Results:** The coronally positioned total thickness flap surgery was effective in covering the bone dehiscence, leading us to consider its indication for the surgical procedures for covering bone dehiscences.

Key words: Dehiscences, coronally positioned total flap, overlapping

¹Graduanda em Odontologia no Instituto Tocantinense Presidente Antonio Carlos. Faculdade de Odontologia . Porto Nacional, TO Brasil. Email luisa-fo.fa@hotmail.com

²Graduanda em Odontologia no Instituto Tocantinense Presidente Antonio Carlos. Faculdade de Odontologia . Porto Nacional, TO Brasil. Email alinetcorado@gmail.com

³Professor Mestre no curso de Odontologia no Instituto Tocantinense Presidente Antonio Carlos, Faculdade de Odontologia. Porto Nacional, TO Brasil. Email 19406@prof.itpacporto.com.br

INTRODUÇÃO

Os avanços na odontologia vêm crescendo e ganhando espaço, redimensionando o conceito de saúde, função e estética. Em relação aos procedimentos cirúrgicos periodontais, as técnicas cirúrgicas já existentes vêm se aprimorando e demonstrando grande efetividade com relação às recessões e deiscências gengivais. De forma que, estar preparado para tratar os pacientes de acordo com a necessidade e usar os recursos disponíveis com o conhecimento adquirido, está entre os parâmetros que o tornam um bom profissional, podendo assim, ser seu diferencial diante de um caso clínico (MAGENIS, 2004).

Diante disso, um dos passos mais importantes em relação à cirurgia periodontal é determinar a etiologia e patogenia, as afecções periodontais instaladas, aparência e coloração dos tecidos adjacentes, a fim de determinar o grau de sucesso do procedimento e a técnica cirúrgica mais adequada (MARTIN, 2015; MAGENIS, 2004).

Deiscência pode ser classificada como uma abertura de uma ferida durante um pós-operatório. Esta deiscência pode ser do tecido mole ou duro (osso), a segunda sendo uma maior complicação por gerar dificuldades no seu recobrimento, podendo ser utilizados enxertos ósseos preenchendo e aumentando o rebordo alveolar (RODRIGUES, 2010; BORGHETTI et al., 2011).

Diagnosticar a causa e eliminar fatores de riscos que possam de alguma forma estimular a recessão gengival é a chave para o sucesso nesse tratamento. Verificar o processo inflamatório localizado, certificar-se da eliminação do fator causal e averiguar a presença de gengiva queratinizada são requisitos que auxiliam no êxito da cirurgia (MOURA, 2015).

O retalho posicionado coronalmente é uma técnica utilizada para a cobertura de raiz ou osso exposto pela recessão gengival, deiscência gengival ou deiscência óssea. A mesma consiste na reinserção de gengiva por meio de um único passo, preservando o tecido que é posicionado coronalmente através de suturas. Este é um bom dispositivo estético sempre levando em conta a força de tracionamento, a quantidade de gengiva inserida e a saúde periodontal (FELTRIN, 1999).

Esta técnica cirúrgica é, certamente, uma das mais antigas da cirurgia plástica periodontal, e nos últimos anos, tem ganhado destaque por ter resultados cada vez mais favoráveis tanto no recobrimento radicular, quanto no uso de seus princípios para diferentes tipos de cirurgias periodontais ou com implantes (BORGHETTI, 2011).

A técnica de retalho de espessura total posicionado coronalmente, utilizada nesse relato de caso clínico, teve como objetivo o recobrimento de uma exposição óssea em razão de uma deiscência gengival em consequência de um trauma produzido na região do dente 47. Observando na revisão de literatura, citação desse procedimento com a finalidade de recobrimento de deiscências (BORGHETTI, 2011).

Este trabalho visa, após realizada a cirurgia periodontal de retalho total posicionado coronalmente, mostrar a viabilidade e a reparação tecidual, através da visualização clínica pós-operatória, em uma área de deiscência gengival e exposição óssea decorrente de trauma provocado.

CASO CLÍNICO

Paciente G. R. S., sexo masculino, 19 anos de idade, apresentou-se na clínica da Faculdade de Odontologia (FAPAC) do Instituto Tocantinense Presidente Antonio Carlos de Porto Nacional, para realização de um tratamento endodôntico e restaurador no dente 47, devido à cárie e grande destruição dentária.

Ao ser atendido, foi constatada a necessidade do aumento de coroa clínica para facilitar o acesso aos condutos e expor a área da coroa destruída por lingual que se encontrava subgengival, com a gengiva invaginada sobre a destruição coronária.

Como era um tratamento de urgência odontológica, pois o paciente apresentou-se com dor neste dente e o acesso à polpa coronária estava dificultado, assim como, a estabilização do grampo para a retenção do dique de borracha; foi removido o tecido gengival que recobria parte coronária e lingual do dente com a utilização do bisturi elétrico.

Que foi escolhido por necessitar de um tratamento rápido e por ter ótima indicação para hiperplasia gengival.

O aparelho de eletro cirurgia foi ajustado no modo corte e no grau 4 de potência. Após o procedimento cirurgico realizado com o eletrobisturi*, e na mesma sessão de atendimento, foi instalado o dique de borracha que foi fixado com o grampo 201 e iniciou-se o tratamento biomecânico do canal radicular do elemento dentário 47.

Uma semana após o tratamento, o paciente retornou à clínica e apresentou uma deiscência gengival na região lingual, sem dor, mas com exposição óssea. Que estava aumentando com o passar do tempo.

Neste momento da avaliação pós-operatória observou-se que, o osso lingual era espesso e a gengiva fina na o quadro clinico sugere que a utilização do bisturi elétrico com a colocação em sequência de grampo para fixar o dique de borracha para o preparo biomecânico pode ter sido ocasionador da deiscência gengival. Portanto, tal problema seria decorrente de trauma térmico e mecânico na região, pois apresentava uma gengiva fina e osso espesso; acrescentado ao fato de que, o paciente foi pouco colaborador na higienização da região bem como ingeriu bebida alcoólica no mesmo dia da realização da cirurgia (isto relatado pelo paciente).

Após 15 dias da exposição óssea realizou-se um planejamento cirúrgico para recobrir a área de exposição óssea e ainda restabelecer a distância biológica na distal do dente 47 que, devido a uma recidiva de cárie invadiu o espaço biológico do dente.

Fez-se um retalho total posicionado ao nível da crista óssea para cobrir a exposição óssea decorrente da deiscência gengival e ao mesmo tempo permitir o restabelecimento do espaço biológico no dente vizinho.

PRIMEIRO PASSO

- Realizou-se uma incisão lingual intrasulcular horizontal com lamina de bisturi 15C na região dos dentes 46 e 47 e também uma incisão em cunha distal na região do dente 48 para expor totalmente a coroa clínica deste dente que apresentava um

capuz pericoronário, permitindo o deslocamento e posicionamento adequado do retalho.

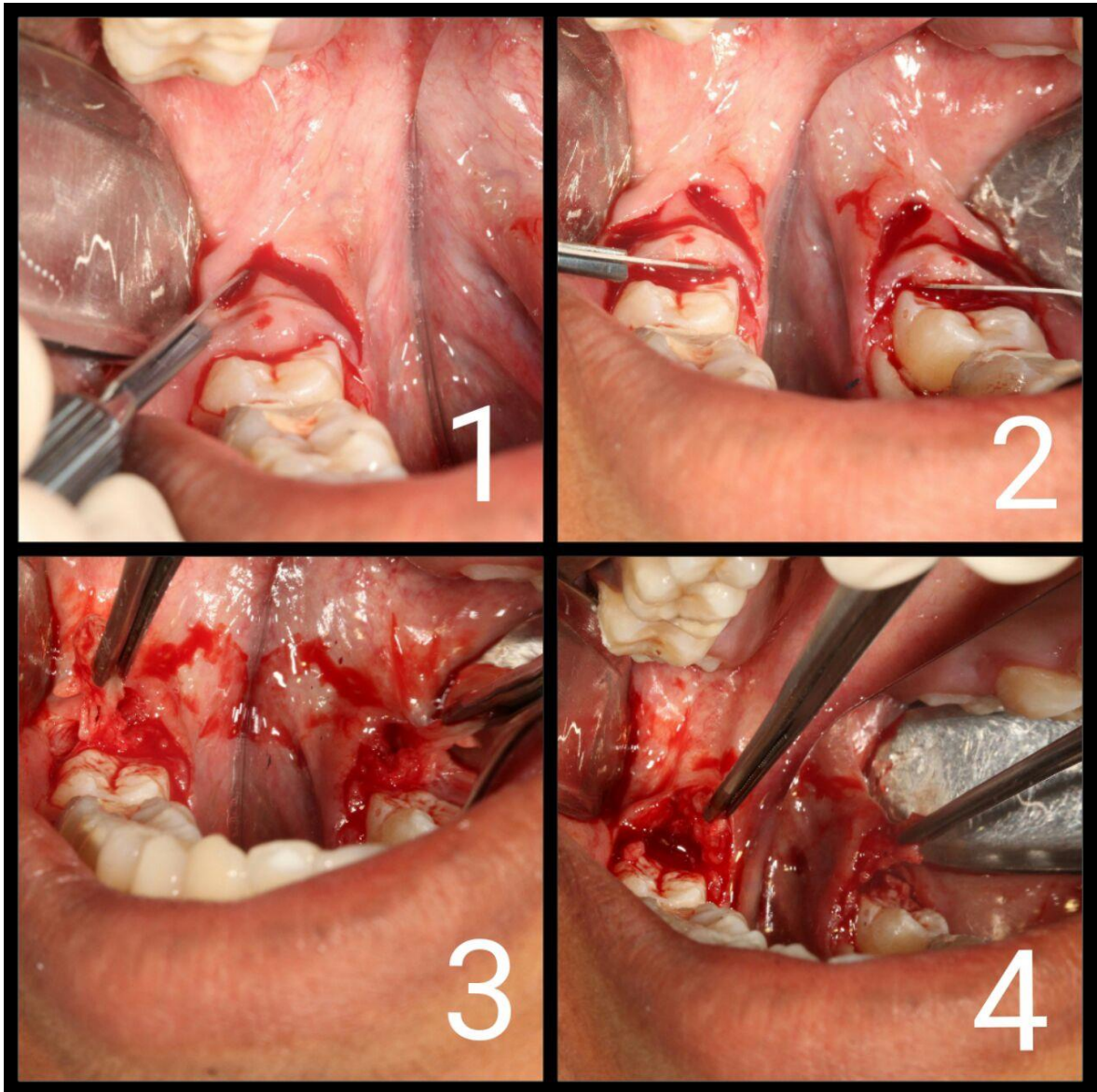


Figura 1: GARÇÃO, FCC & ESTEVES, SRR., 2017. 1. Incisão em forma de cunha do tecido gengival que forma um capuz pericoronário sobre o dente 48, foram realizadas três incisões formando um triângulo sobre o capuz pericoronário do dente 48 (vestibular, lingual e distal). 2. Seguida de uma incisão horizontal ao osso na base para facilitar a sua remoção. 3. Pinçamento e remoção de tecido gengival presente no elemento 48 4. Remoção completa do capuz pericoronário do 48 a fim de aumentar quantidade de tecido livre para melhor sucesso no reposicionamento coronal.

SEGUNDO PASSO

- Após incisão efetuou-se o descolamento do retalho de espessura total com um descolador de Molt número 2 – 4, para permitir o posicionamento adequado do retalho e conseguir o recobrimento da deiscência gengival com exposição óssea .

TERCEIRO PASSO

- No osso exposto, foi realizado osteoplastia para reduzir a espessura óssea lingual e também osteotomia na distal do dente 47 para restabelecer o espaço biológico nesta área.
- Para este desgaste utilizou-se uma broca carbide número 4 em alta rotação para osso e limas Schlugler para osso na região interproximal (distal).
- Finalizando a técnica ressectiva óssea, foi feito com o uso do cinzel de Rhodes e *Ochsenbein* uma plastia final fazendo com que o osso termine em bisel com a superfície do dente.

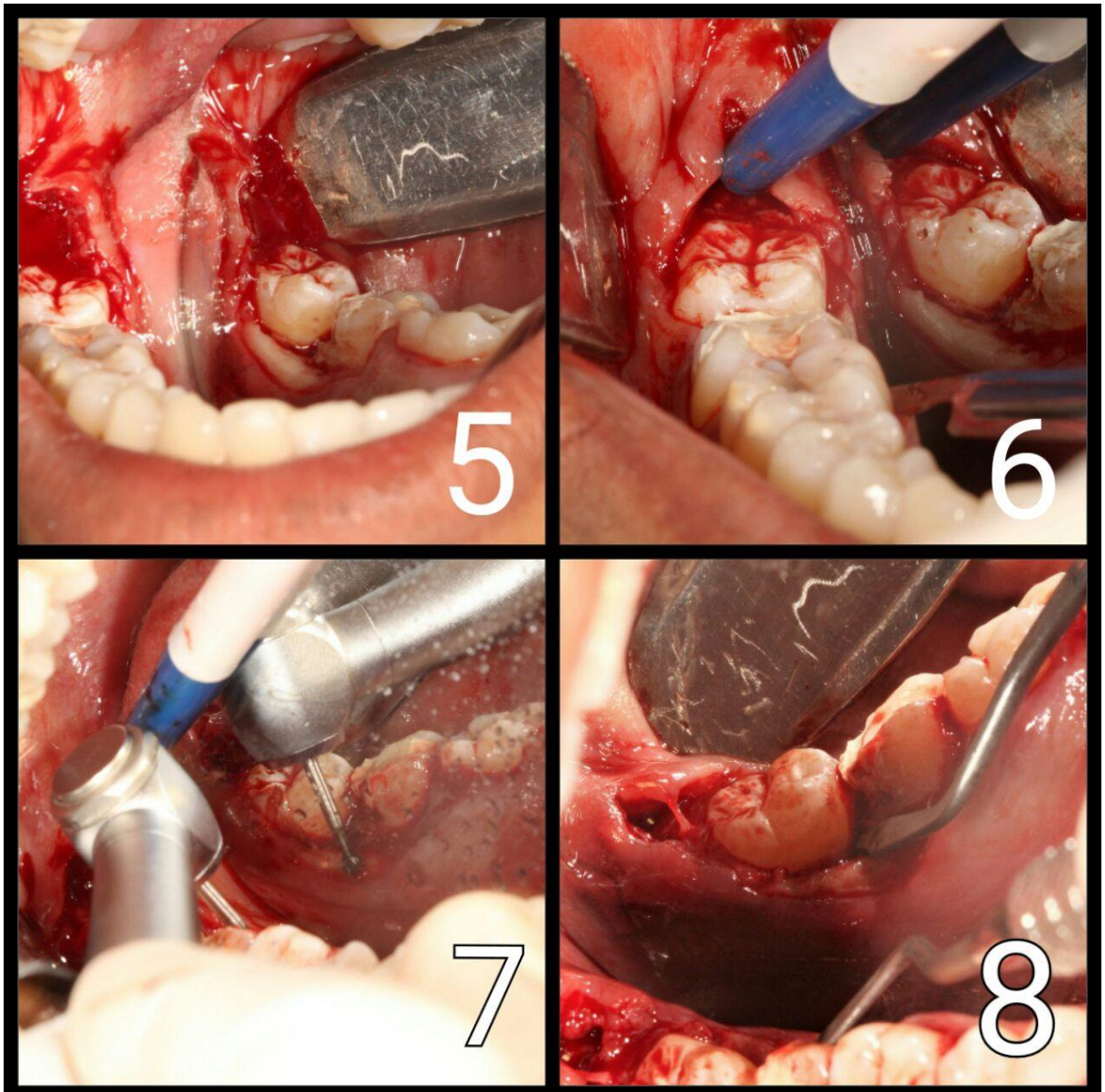


Figura 2: GARÇÃO, FCC & ESTEVES, SRR., 2017. 5. Capuz pericoronário removido. 6. Incisão

lingual em bisel interno com lamina 15c e descolamento do retalho com descolador de Molt 2-4. 7. Broca carbide esférica número 4 reduzindo a espessura óssea e restabelecendo o espaço biológico 8. Cinzel de Rhodes fazendo osteotomia e osteoplastia regularizando a espessura do osso do dente 46 e 47 ao mesmo tempo reestabelecendo o espaço biológico.

QUARTO PASSO

- Foi realizada uma sutura no dente 47 com fio de Nylon 5.0 e agulha de 1/2, pela técnica da sutura de colchoeiro horizontal com o nó cirúrgico voltado para a vestibular do dente para estabilização do retalho. Fez-se também, suturas simples na cunha distal.

Foram realizadas sessões do laser terapêutico vermelho (660nm), aplicado a cada 72h após o procedimento cirúrgico e num total de 5 sessões, produziu uma melhora clínica visual no tecido gengival operado. Foram passadas prescrição medicamentosa e orientações pós operatórias.

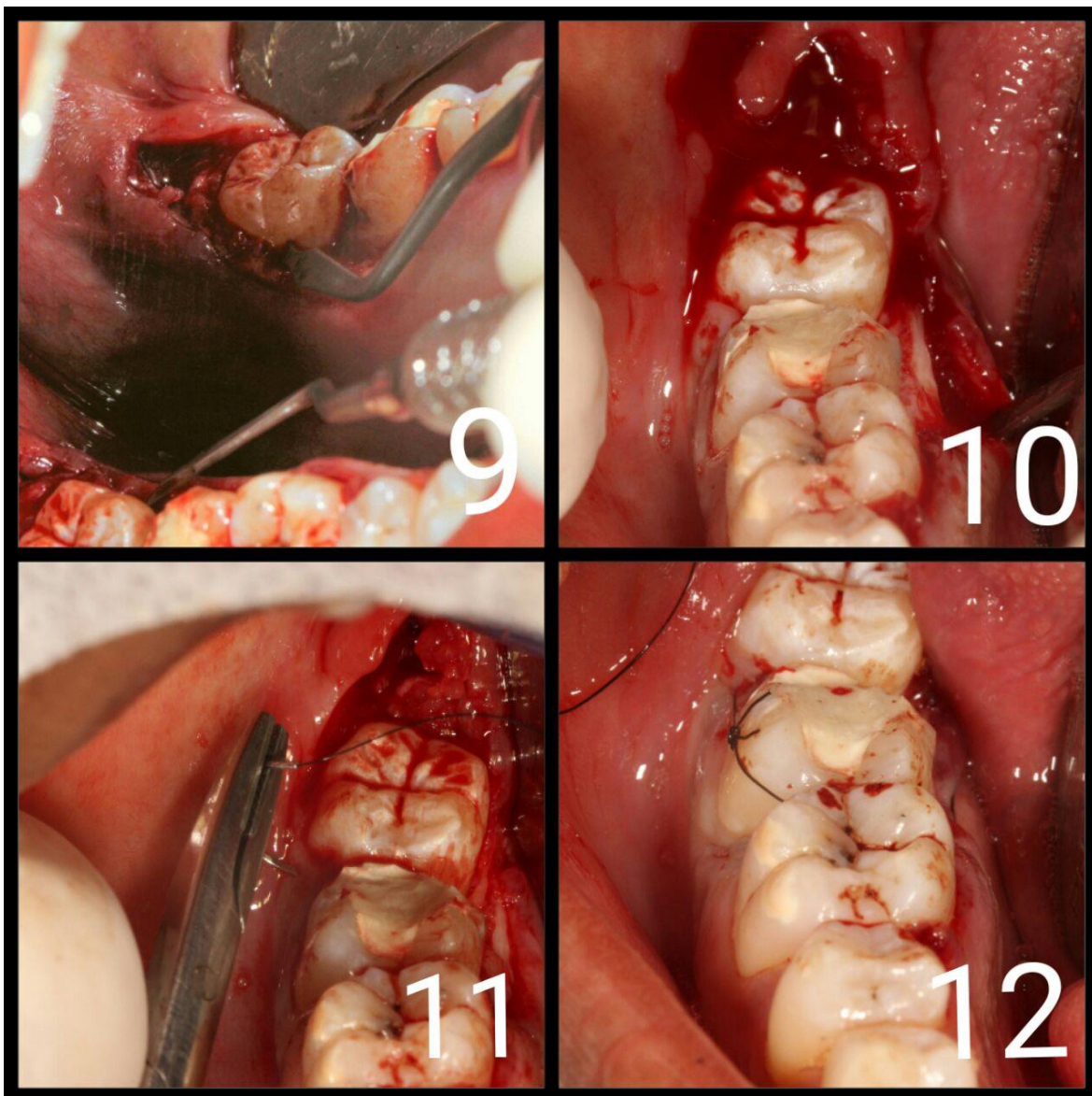


Figura 3: GARÇÃO, FCC & ESTEVES, SRR., 2017. 9. Plastia óssea final com Cinzel de Rhodes, na região. 10. Afastamento de retalho total na região lingual rebordo 11. Reposicionamento através das suturas, agulha penetrando do lado vestibular em áreas com papilas interproximais (sutura de colchoeiro horizontal). 12. Posicionamento final da sutura visto pela vestibular.

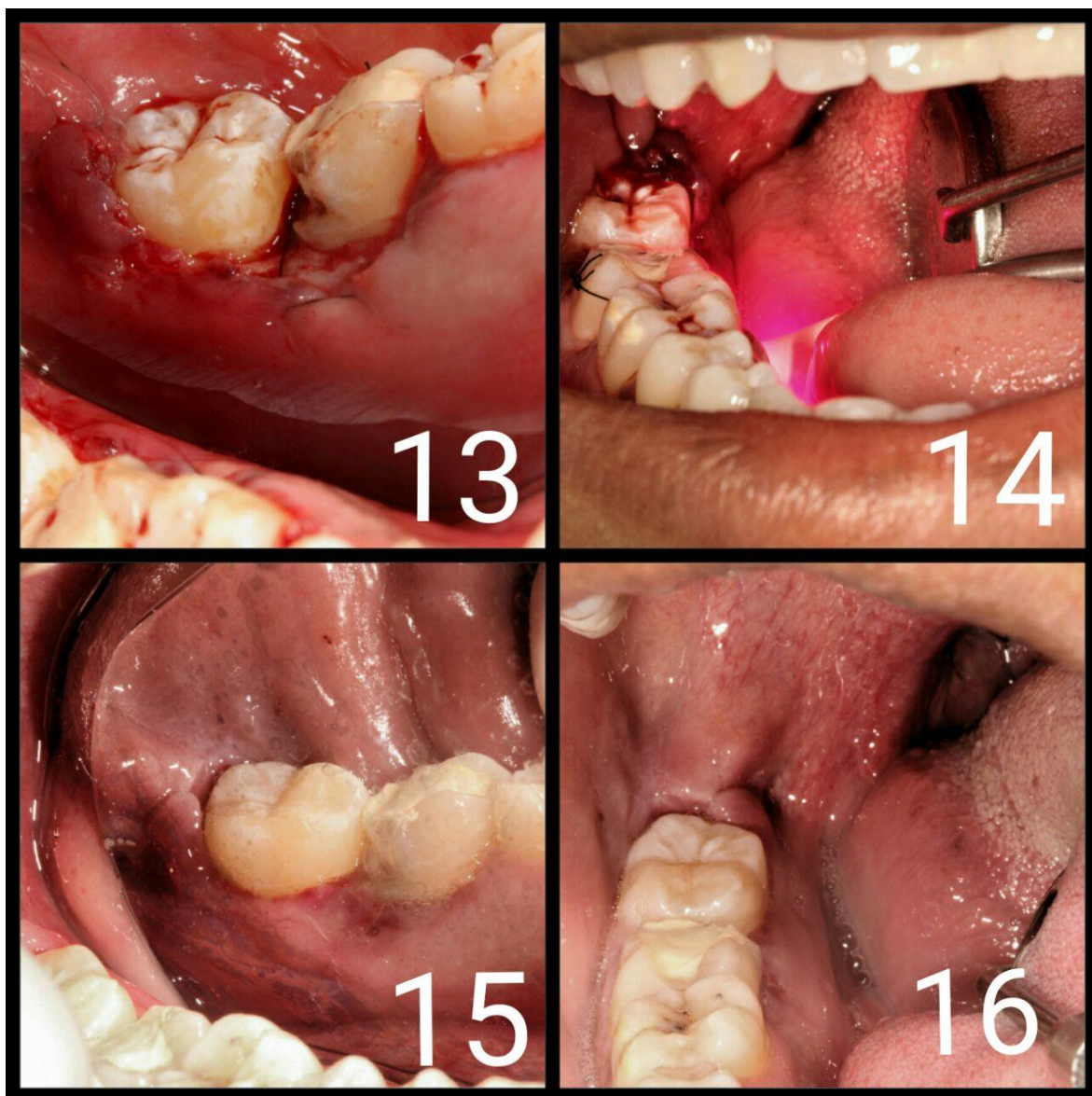


Figura 4: GARÇÃO, FCC & ESTEVES, SRR., 2017. 13. Sutura colchoeiro horizontal finalizada 14. Aplicação de laser baixa potência (vermelho 660nm) 2 J para estimular a reparação tecidual 15. Uma semana após a cirurgia 16. Pós-operatório de 15 dias.

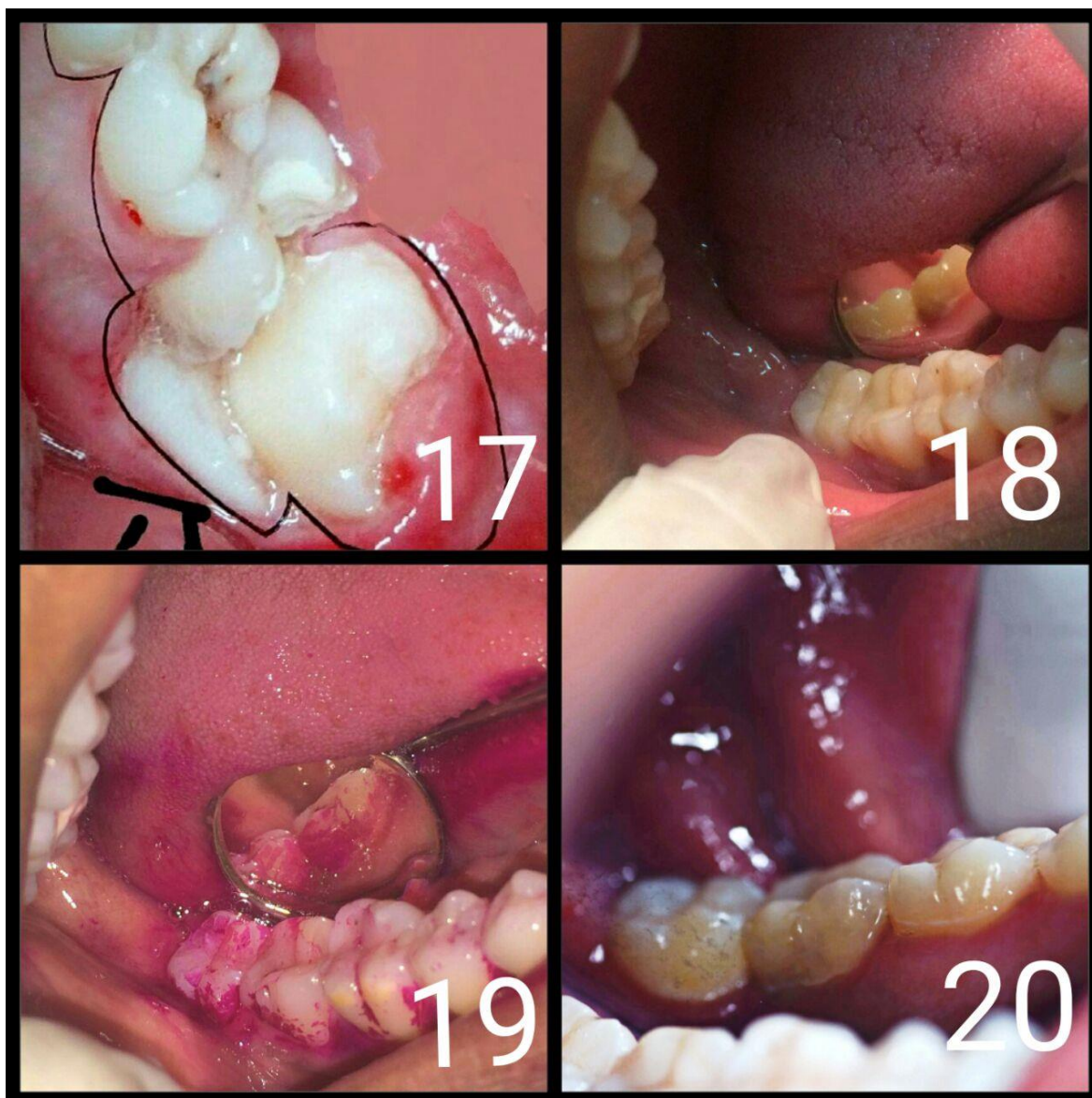


Figura 5: GARÇÃO, FCC & ESTEVES, SRR., 2017. 17. Deiscência gengival com exposição óssea antes da cirurgia 18. Pós-operatório de 6 meses apresentando calculo supragengival 19. Evidenciação de placa para reforço de noções de higiene 20. Pós operatório 6 meses e finalização do caso, após raspagem e profilaxia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As complicações das feridas cirurgicas são causas importantes de morbidade pós-operatória precoce ou tardia. Elas em indivíduos normais e saudáveis, curam-se através de uma sequência ordenada de eventos fisiológicos que incluem inflamação, epiteliação e maturação. A falha mecânica ou falha na cicatrização de feridas no local cirúrgico pode levar à ruptura do fechamento que pode levar ao hematoma ou deiscência da ferida ou complicações mais graves como infecção no local cirúrgico e lesão nervosa (MIZELL, 2012).

O bisturi elétrico pode promover injúria tecidual o que em teoria, pode aumentar o risco de infecção do sítio cirúrgico e outras complicações como deiscência tecidual, entretanto sua taxa não é estatisticamente tão significativa, sendo de apenas 4,1% maior que a com bisturi convencional. Outros fatores como idade, tabagismo, obesidade, desnutrição e alcoolismo podem influenciar relativamente em maior grau a implicação de deiscência pós-operatória (RONGETTI, 2013).

Porém, é importante a ressalva de que, o êxito em cirurgia periodontal se deve primeiramente a eliminação do agente causal, levando em conta, a inflamação local e os fatores predisponentes. Para o recobrimento de uma raiz exposta em consequência de uma recessão gengival, alguns autores relatam a necessidade da presença de gengiva queratinizada para uma cicatrização eficaz, tendo como vantagem um pós-operatório mais confortável devido à cicatrização por primeira intenção. (MOURA, 2015). Outros autores citam a utilização deste tipo de retalho periodontal para o recobrimento de osso exposto devido deiscências de tecido mole, decorrentes de algum trauma provocado ao tecido. (BORGHETTI, 2011; FELTRIN, 1999; MAGALHÃES, 2016).

Lindhe (2015), classificou a gengiva, em relação à sua dimensão vestibulo-palatina/lingual, em fina e festonada, e grossa e plana. O biotipo fino e festonado, mais comum em mulheres é de espessura inferior a 1,5 mm, é caracterizado por possuir uma banda de gengiva queratinizada menor, papilas mais longas e uma arquitetura óssea mais fina e suscetível à inflamação, da qual resulta o fenômeno de recessão gengival com maior facilidade. O biotipo grosso e plano, mais prevalente no sexo masculino e de espessura superior ou igual a 2 mm, é caracterizado pela presença de uma banda de gengiva queratinizada considerável e de um osso subjacente mais grosso e resistente a processos inflamatórios e traumáticos, dos quais poderá resultar a formação de bolsas periodontais.

Neste caso clínico encontrou-se tipo de gengiva fina e festonada e presença de osso espesso.

Um estudo realizado com cadáveres sobre a prevalência de fenestrações e deiscências apresentou a taxa de 40% dos espécimes e 5% dos elementos

dentários, manifestando alguma dessas lesões, sendo maior o número de deiscências (RODRIGUES, 2010).

Na literatura, o recobrimento das deiscências ainda é pouco relatado, onde casos de recobrimentos de recessões gengivais, com a técnica cirúrgica de retalho posicionado coronalmente, é difundida e utilizada rotineiramente, porém para deiscências mesmo sendo uma indicação, ainda não apresenta grande evidência em relatos de caso, gerando dúvidas em relação a sua efetividade para resolução de casos como este (BORGHETTI et al., 2011; LINDHE, 2015).

No início dos anos oitenta realizou-se análise com cães, ocasionando periodontite e em seguida, executadas cirurgias de retalho e gengivectomia, mostrando que, para haver evidência de inflamação é necessário a existência de biofilme, ou hábitos de higiene oral inadequados (MAGALHÃES, 2016).

Foram realizados também estudos em humanos com 43 pacientes acompanhados entre 10 à 11 anos em tratamento periodontal, apontando que a posição da margem gengival seguia um nível igual, tanto na ausência ou presença de gengiva queratinizada, validando as conclusões anteriores. Logo, regiões com gengiva aderida diminuída e fina tem maior susceptibilidade ao surgimento de recessões ou deiscências gengivais, podendo-se observar em alguns, deiscência óssea (LINDHE, 2015).

A profundidade e intensidade da recessão e a largura de gengiva queratinizada exercem o papel principal na escolha da técnica, pois, quanto maior recessão ou deiscência e menor porção de gengiva queratinizada ou maior processo traumático, a necessidade de associar enxerto de tecido conjuntivo será amplificada (MAGALHÃES, 2016).

Um estudo de Leknes e colaboradores (2005), com 20 pacientes apresentando pares de recessões, foram tratados aleatoriamente com retalho posicionado coronalmente ou membrana absorvível unida ao retalho posicionado coronalmente. O estudo acompanhou os pacientes por 6 anos avaliando-os ao final de um ano. Finalizando os 6 anos, na conclusão do estudo havia na amostra de 11 pacientes, a perda média de recobrimento nesse período foi de 1 mm. Dos 11 sítios 8 apresentavam ganho no recobrimento radicular e três não obtiveram nenhuma

alteração. Os resultados foram iguais, tanto para pacientes fumantes quanto não fumantes.

O tabagismo é um fator de risco ao insucesso do tratamento cirúrgico. No que diz respeito ao fumo, a literatura está bem solidificada nos seus pontos negativos que em relação ao periodonto, como menor ganho de inserção após a terapia periodontal, menor taxa de sucesso após terapia cirúrgica periodontal, maior incidência e severidade nas doenças periodontais, alteração na ferida cirúrgica por conta da má circulação sanguínea periférica e maior perda óssea em relação a não fumantes (BRUNETTI et al., 2007). O paciente deste caso clínico, não é tabagista, sendo um bom fator na indicação e escolha da técnica cirúrgica.

Levando em consideração também, autores como Lindhe (2015), Magalhães (2016), Borghetti (2011), Costa e colaboradores(2010) afirmam que, pacientes fumantes têm capacidade diminuída de reparação tecidual sendo contraindicado cirurgias plásticas periodontais nessa categoria.

Um retalho descolado, uma vez que a mucosa de revestimento é elástica, além da junção mucogengival pode ser levado em direção coronária para proteger superfícies radiculares ou ósseas expostas (SOARES, 2012). O retalho posicionado coronalmente pode ser utilizado para proteção de um único dente, bem como para múltiplos dentes, por vezes sendo necessária a disponibilidade de um tecido doador. As recessões mais graves ou deiscências, quando diagnosticadas, devem ser reabilitadas retirando o fator causador, após isso, as demais correções podem ser realizadas, facilitando o prognóstico e o tratamento (LINDHE, 2015).

Borghetti (2002) relata que, em alguns casos, pacientes jovens e com pequenos defeitos marginais, apenas com o controle rígido supragengival, os tecidos podem se rearranjar, e com isso, descartando a necessidade da cirurgia plástica periodontal. Por isso a avaliação previa e a verificação de evolução do defeito, são de grande importância para o resultado final do tratamento.

A escolha da técnica cirúrgica teve como objetivo tratar uma área de deiscência gengival com exposição óssea de origem traumática, e devido às condições como o tipo do periodonto do paciente e a espessura do tecido ósseo na região (LANEY et al., 1992). Com relação ao caso clínico, pela característica da

lesão do paciente, optou-se pela técnica de retalho de espessura total posicionado coronalmente. A literatura mostra, que a determinada técnica apresenta excelentes índices de recobrimento, com ganho significativo em altura e espessura tecidual da área tratada. Sendo então, a técnica com maior indicação nas mais variadas situações clínicas podendo ser utilizadas para recobrimento de deiscências (LINDHE, 2015).

No pós-operatório cirúrgico optou-se pelo uso de laserterapia para melhor conforto e reparo tecidual. Sabe-se que o laser de baixa potência é capaz de proporcionar analgesia, modulação do processo inflamatório, além de estimular a microcirculação local e a proliferação celular favorecendo a resposta do organismo diminuindo dor e edema e aumentando a eficiência na cicatrização (GARCEZ, 2012). Sendo assim um excelente coadjuvante no tratamento e cuidados pós cirúrgicos.

CONCLUSÃO

Pode-se comprovar clinicamente a eficácia no tratamento cirúrgico plástico periodontal do retalho total posicionado coronalmente, neste paciente que apresentou uma deiscência gengival de origem traumática com consequente exposição óssea na região.

Devemos destacar também a importância da instrução de higiene oral para favorecer o controle do processo inflamatório gengival e o restabelecimento de uma gengiva adequada na região periodontal. O controle e a remoção do biofilme são fundamentais para o sucesso dos tratamentos periodontais e para a manutenção da saúde periodontal, atingindo assim objetivos do tratamento que visam a saúde, a função e a estética.

O trabalho, o acompanhamento, a execução e resultado foram satisfatórios.

REFERÊNCIAS

BORGHETTI, Alain; CORTI, Virginie Monnet., **Cirurgia plástica periodontal**, São Paulo: Artmed, 1.ed., cap.4, p.17-36, 2002.

BORGHETTI, Alain; CORTI, Virginie Monnet , **Cirurgia Plastica Periodontal/** tradução: Fatima Murad; Revisão técnica: Geraldo Augusto Chiapnotto – 2. ed., Porto Alegre: Artmed, pp. 123-135, 2011.

BRUNETTI Maria Christina, FERNANDES Marilene Issa, DE MORAIS Rodrigo Guerreiro Bueno. **Fundamentos da Periodontia: teórica e prática**. 1ed. São Paulo: Artmed, 2007.

COSTA, Gubia; MOREIRA, Alexandre; SOUSA, Sandro Bittencourt; Recobrimento radicular e reanatomização dentária com finalidade estética: relato de um caso, **Innov Implant J, Biomater Esthet**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 78-81, jan./abr. 2010.

FELTRIN, Viviane, **Periodontia estética recessão gengival**, 1999, 43p, Trabalho de conclusão (Especialização em Periodontia) Curso de Especialização em Periodontia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

GARCEZ, A. S.; RIBEIRO, M. S.; NÚÑEZ, S. C., **Laser de Baixa Potência: Princípios Básicos e Aplicações Clínicas na Odontologia**. Terapia Laser de Baixa Potência em Lesões Orais / Herpes. Rio de Janeiro: Elsevier. p. 96- 98, 2012.

LANEY, James B.; SAUNDERS, Victor G.; GARNICK, Jerry J., A comparison of two techniques for attaining root coverage, **J Periodontol**, v.63, p.19-23, 1992.

Leknes, KN; Amarante, ES; Price, DE; Boe, OE; Skavland, RJ; Lie, T. Coronally positioned flap procedures with or without a biodegradable membrane in the treatment of human gingival recession. A 6-year follow-up study. **J Clin Periodontol.**; 32(5):518-29, 2005.

LINDHE, J.; ERICSSON, I., Trauma from Occlusion: Periodontal Tissues. **In Clinical Periodontology and Implant Dentistry**, 6. ed., p. 313–324, 2015.

MAGALHÃES, Inês da Costa, **Estudo piloto prospectivo: série de casos de avaliação da pré-determinação do nível de recobrimento radicular segundo o método de Zucchelli**, 2016. 104 p. Trabalho de Conclusão de Curso (MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA) INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ, Amalda - Portugal, 2016.

MAGENIS, Rodrigo Bongiolo, **Recobrimento radicular através da técnica de retalho posicionado coronalmente com subeptelial – Tecnica de Bruno**, 2004. 40f. Trabalho de conclusão (Especialização em Periodontia) Curso de Especialização em Periodontia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MARTIN, Augusto Vinicius Koetz, **Cirurgia plástica periodontal com fins de recobrimento radicular relato de caso clínico**, 2015. 34 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Odontologia) Faculdade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MIZELL, Janson S Mizell M; FACS, FD, Complications of abdominal surgical incisions, **UpToDate**, 2012, Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/complications-of-abdominal-surgical-incisions>, Acesso em: 02 de novembro de 2017.

MOURA, Ana Julia de, **Cirurgia plástica periodontal para recobrimento de resseção gengival: Estudo de caso**, 2015. 40 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC., Santa Cruz do Sul, 2015.

RODRIGUES, Ewaldo, **Avaliação da prevalência de deiscências e fenestrações em cadáveres**, 2010, 50p., Trabalho de conclusão (Especialização em Periodontia) Curso de Especialização em Periodontia, UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA, Rio de Janeiro, 2010.

RONGETTI, Regiane Ladislau, **Complicações da ferida operatória em cirurgias ginecológicas abdominais oncológicas: Ensaio clínico randomizado comparando o bisturi elétrico e bisturi frio**, Dissertação (Mestrado em Oncologia) Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos, 2013.

SOARES, Léo Guimarães; CASTAGNA, Lisiane; RESENDE, Celso Renato de Souza; SILVA, Denise Gomes da; TINOCO, Eduardo Muniz Barretto; FALABELLA, Márcio Eduardo Vieira, Recobrimento radicular com deslize lateral do retalho, **Dental Press Implantol**, July-Sept; 6(3):46-54, 2012.