

**Escola de Ciências
da Saúde**



**Letícia Teixeira Rolim
Rafaela Goft**

Recessão Gengival: etiologia e classificação

Rio de Janeiro, RJ.

2023

Letícia Teixeira Rolim
Rafaela Goft

Recessão Gengival: etiologia e classificação

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Marcela Melo

Rio de Janeiro – RJ.

2023

Letícia Teixeira Rolim

Rafaela Goff

Resumo Original: etiologia e classificação

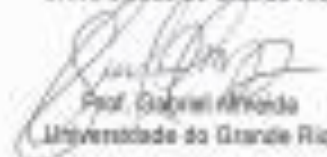
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do Grande
Rio "Professor José de Souza Herdy",
como parte dos requisitos parciais para
obtenção do grau de bacharel em
Odontologia

Aprovado em 05 de julho de 2023

Banca Examinadora



Prof. Luis Paulo Barreto
Universidade do Grande Rio



Prof. Gabriel Almeida
Universidade do Grande Rio



Prof. Marcia Melo
Universidade do Grande Rio

Rio de Janeiro - RJ

2023

RESUMO

Objetivo: Revisão de literatura relacionados a etiologia e os tipos de recessão gengival, além do biofilme bacteriano dentário e sua consequente inflamação gengival, a oclusão traumatogênica, o trauma proveniente da escovação ou da inserção alterada do freio labial e características anatômicas locais relacionadas ao posicionamento dentário, espessura da gengiva marginal, altura da faixa de mucosa ceratinizada e tecido ósseo subjacente. Por meio deste estudo, foi possível obter conhecimento sobre os fatores que contribuem para o diagnóstico, o que é de grande importância para o cirurgião-dentista, para fazer um planejamento e assim o tratamento.

Palavras-chave: Recessão Gengival, Etiologia, Espaços interproximais.

ABSTRACT

Objective: Literature review related to the etiology and types of gingival recession, in addition to dental bacterial biofilm and its consequent gingival inflammation, traumatogenic occlusion, trauma from brushing or altered insertion of the labial frenulum and local anatomical characteristics related to tooth positioning, thickness of the marginal gingiva, height of the keratinized mucosal band and underlying bone tissue. Through this study, it was possible to obtain knowledge about the factors that contribute to the diagnosis, which is of great importance for the dental surgeon, to plan and thus the treatment.

Keywords: Gingival Recession, Etiology, Interproximal Spaces.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	07
2.REVISÃO DE LITERATURA	09
.....	7
3.DISSCUSSÃO.....	13
4.CONCLUSÃO	15
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

1. INTRODUÇÃO

A estética está se tornando cada vez mais importante na Odontologia atual e contribui para o bem-estar social do indivíduo. Nesse contexto, a periodontia representa grandes progressos nas técnicas de cirurgias plásticas, para fins estéticos, voltadas para o tratamento da recessão gengival¹.

A recessão Gengival (RG) é definida como o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte (JCE) com consequente exposição da superfície radicular ao meio bucal, apresentando uma estética desagradável e desconforto pela sensibilidade muitas vezes presente. Portanto, esta é uma perda de inserção em uma localização mais apical da gengiva marginal. Esse movimento pode ocorrer em qualquer área exposta da superfície radicular e pode aparecer em ambas as arcadas, em qualquer face e em qualquer dente².

Segundo Warren et al.,1995, níveis baixos ou ausentes de tecido queratinizado são fatores de risco para o desenvolvimento de recessões teciduais marginais. A avaliação da altura e espessura do tecido gengival é de suma importância no planejamento reabilitador. A espessura da gengiva não muda com a idade. No entanto, a profundidade de sondagem, a altura gengival e o tipo de dente têm um efeito significativo na espessura do dente (Eger et al.,1996).³ Em populações onde é mantido um alto nível de higiene, a recessão ocorre principalmente nas faces vestibulares e, em populações com má higiene, todas as superfícies dentárias são geralmente afetadas⁴.

Vários fatores têm sido contribuintes para a patogênese da recessão periodontal: o biofilme bacteriano dentário e sua consequente inflamação gengival (hábitos de higiene), injúrias mecânicas (trauma proveniente da escovação) e características anatômicas locais relacionadas ao posicionamento dentário, espessura da gengiva marginal, altura da faixa de mucosa ceratinizada e tecido ósseo subjacente, fatores iatrogênicos relacionados a procedimentos restauradores e ortodônticos, doença periodontal e genética⁵. No entanto, eles podem ser divididos em dois grupos: fatores precipitantes ou primários, que leva diretamente à recessão gengival e fatores predisponentes, que favorecem as áreas que causam a RG. As principais etiologias são o acúmulo de placa com consequente doença periodontal inflamatória e trauma mecânico associado a más técnicas de higiene oral⁶.

A escolha do plano de tratamento depende da anatomia local, como a altura e a profundidade da lesão cervical não cariosa, a extensão das áreas de coroa e raiz afetadas pelo defeito, nível de recessão gengival, a presença de tecido queratinizado apical ao defeito e as

expectativas estéticas do paciente. Considerando que muitos materiais restauradores são usados para reconstrução de tecidos duros, muitas cirurgias de recobrimento radicular são bem sucedidas no tratamento da RG. No entanto, apesar de a relação entre recessão e abrasão ser bem próxima, há poucos relatos de abordagens combinadas na literatura. Apenas a restauração do defeito não resolve o problema estético do paciente, pois acometerá em um dente muito longo. Do mesmo modo, a terapia mucogengival para recobrimento radicular individualizada, pode não cobrir completamente a abrasão e assim pode fazer persistir a hipersensibilidade dentinária, além de comprometer também a harmonia estética⁶.

Há diferenças importantes entre as variadas técnicas cirúrgicas que objetivam reduzir o trauma cirúrgico e proporcionar resultados melhores, como as técnicas que não utilizam incisões moles, que além de melhorar a nutrição dos implantes, descartam possíveis cicatrizes. Uma revisão crítica da literatura concluiu que os enxertos de tecido conjuntivo melhoram os ganhos clínicos em termos de inserção, tecido queratinizado e recobrimento radicular e retratam uma alternativa viável e previsível ao tratamento das classes I (quando a recessão é restrita à gengiva inserida) e II (quando não houver osso interdentário ou perda de tecido mole e a depressão atingir ou exceder a linha gengival) de Miller. Para a classe III de Miller (quando o osso interdentário é perdido e o tecido gengival permanece apical à junção cimento-esmalte e coronal à base da recessão), o tratamento deve ser considerado mesmo que a possibilidade de recobrimento radicular seja limitada, pois pode representar um aumento acentuado do tecido queratinizado⁷.

Considerando os problemas clínicos relacionados à recessão periodontal, é importante conhecer os resultados dos fatores relacionados à etiologia da literatura, durante os quais se deve considerar o diagnóstico, planejamento e execução do tratamento⁵.

O objetivo deste trabalho é resumir os conceitos de RG, incluindo fatores etiológicos e classificações propostas e tratamentos disponíveis⁸.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A recessão gengival pode ser encontrada de forma clássica, localizada (um ou vários dentes) ou generalizada (mais rara). Sua forma clássica é caracterizada pela ausência de infecção e inflamação, geralmente localizando-se nas superfícies vestibulares, normalmente sem perda da papila interdental. A RG é definida como uma condição livre de inflamação caracterizada por migração apical frequentemente da gengiva vestibular. Um fato importante, é que os dentes nunca são perdidos apenas devido à RG clássica. Sua etiologia é puramente a morfologia e a anatomia da situação. A porção vestibular do osso sobre a raiz com frequência é fina, em geral a superfície vestibular não apresenta tábua óssea vestibular (deiscência) ou apresenta fenestrações nas lamelas ósseas finas, sendo os dentes anteriores e pré-molares os mais afetados. Apesar da recessão da margem gengival, as papilas interdentais em geral preenchem os espaços interproximais em pacientes jovens. Além disso, existem outras formas de perda de inserção clinicamente observáveis, como: encolhimento (recessão) da gengiva como consequência de periodontite não tratada; sintoma de periodontite; “dentes longos”, espaços interdentais abertos e sensibilidade cervical, que geram desconforto ao tratamento da doença periodontal avançada. Nos idosos, essa condição pode ser causada por inflamação crônica e encolhimento e pode ser exarcebada por técnica de escovação imprópria ou outra irritação iatrogênica. Os pacientes que praticam higiene bucal apropriada com frequência não apresentam acúmulo de biofilme dental ou inflamação, contudo, a recessão clássica com periodontite secundariamente superposta raramente ocorre⁹.

Para muitos pacientes, a RG parece ser um problema somente estético e que vão perder os dentes. É importante que o cirurgião dentista reconheça o diagnóstico para que faça a coleta de dados para o correto plano de tratamento. O mesmo, deve identificar se a recessão é clássica e sem inflamação, ou possui formação de bolsa ou se o sintoma é periodontite não tratada (encolhimento) ou resultado de terapia periodontal (procedimentos cirúrgicos radicais). São inúmeras as manifestações clínicas da recessão, sendo esta iniciada com uma migração apical gradual de todo o aspecto vestibular da gengiva, deixando aparecer a junção cimento-esmalte. Ainda que raro, pode formar relativamente rápido um pequeno sulco na gengiva, chamada *Fissura de Stillman*, podendo se expandir e formar uma RG pronunciada. Consequentemente, a gengiva inserida remanescente fica espessada e enrolada, resposta não inflamatória conhecida como *Festão de McCall*. Caso a recessão progredir até a linha mucogengival, a inflamação secundária da gengiva frequentemente ocorre⁹.

A recessão pode levar a problemas estéticos no segmento anterior superior, já que quando as superfícies radiculares ficam expostas, a sensibilidade cervical pode criar um problema⁹.

A sondagem dos sulcos e a coloração da mucosa são essenciais para definir se são complicações ou não resultado de recessão. Métodos mais precisos para estudos científicos são necessários para definir de forma mais exata áreas de recessão. Sendo assim, visando ao tratamento, P.D. Miller (1985) criou uma classificação das RG, sem medir precisamente a extensão e as várias localizações delas, Miller descreveu a recessão com relação a sua extensão e a profundidade em relação à margem gengival e a gengiva inserida remanescente. De outro modo, ele descreveu a perda das papilas, isto é, dos tecidos interdentais⁹.

As classes I e IV de Miller são relevantes para definir as possibilidades e os limites das modalidades terapêuticas cirúrgicas, como cobrir recessões⁹.

A classe I são exclusivas à superfície vestibular, com as papilas preenchendo as áreas interdentais. Os defeitos não se estendem além da linha muco-gengival. Sua terapia é completa, podendo-se alcançar 100% de cobertura desse tipo de recessão, por exemplo usando um enxerto livre de tecido conjuntivo⁹.

A classe II são clássicas localizadas estreita e larga, estendendo-se além da linha mucogengival em direção à mucosa móvel. A papila permanece essencialmente intacta. A cobertura completa da superfície radicular também é possível de ser atingida. Casos de recessões profundas, a regeneração tecidual guiada (RTG) com membranas pode ser usada ao invés do enxerto de tecido conjuntivo⁹.

A classe III são recessões amplas que se estendem além da linha mucogengival em direção à mucosa móvel. As papilas interdentais podem ser perdidas devido ao "encolhimento" ou desalinhamento dos dentes. No entanto, a regeneração completa dessas falhas não é possível. A face vestibular pode, no máximo, ser parcialmente recoberta, e a reconstrução da papila não é realizada⁹.

A classe IV é definida pela perda de tecido periodontal duro (osso) e mole ao redor dos dentes. A perda desse tecido pode ser causada por periodontite ou terapia periodontal ressectiva radical. Nesse caso, a regeneração dos tecidos perdidos por meio de cirurgia raramente é possível⁹.

Em 2011, Cairo fez uma atualização dessa classificação incluindo a perda de inserção, mas com o mesmo prognóstico sugerido por Miller¹⁰.

Classificação de Cairo das RG (2011)¹⁰:

RT1	Não há perda de inserção interproximal. A junção cimento-esmalte (JCE) interproximal não são detectáveis nas mesiais e nem na distal.
RT2	Há perda de inserção interproximal. A distância da JCE até o fundo do sulco/bolsa é menor ou igual à perda de inserção vestibular.
RT3	Há perda de inserção entre os dentes. A distancia da JCE ate o fundo do sulco /bolsa é maior que a perda de inserção vestibular.

Fonte: Sousa, Rafaela. São José dos Campos, 2022

São muitas as consequências da RG, podendo levar a hipersensibilidade cervical, defeitos em forma de cunha, cáries de classe V- diagnóstico diferencial de “erosão”, interferindo na estética do paciente. Em regiões visíveis, como por exemplo, dentes anteriores, caninos e pré molares, são onde os pacientes mais reclamam da estética que fica debilitada por conta da RG, lembrando que esse aspecto pode piorar se o paciente tiver uma escovação imprópria (movimentos horizontais) formando defeitos em forma de cunha, que são bem visíveis, podendo também intensificar caso o paciente não tenha uma boa higiene bucal, visto que as superfícies radiculares expostas são muito suscetíveis à cárie de dentina⁹.

O diagnóstico diferencial de erosão é a perda do esmalte na superfície dentária livre de biofilme dental. Ela ocorre devido ao efeito dos ácidos por um longo período, geralmente em pacientes que tem uma dieta mais ácida ligada ao cálcio ou àqueles que possuem fluxo salivar insuficiente nessas áreas (remineralização inadequada), porém, tanto a RG e a erosão de esmalte podem ser prevenidas ou tratadas com sucesso usando medidas terapêuticas. A melhor técnica é a higiene bucal suave e bem instruída; o enxerto gengival livre pode contê-la, assim para uma melhora estética também, e em outro caso pode ser feito o tratamento com materiais adesivos após o preparo mínimo⁹.

As erosões devem ser tratadas quanto mais precocemente possível. O aconselhamento nutricional é diminuir a ingestão de alimentos ácidos e fazer bochechos após a ingestão desses alimentos, ter uma higiene cuidadosa e fazer o uso de flúor para aumentar a remineralização. Porém, se for uma erosão mais profunda, elas devem ser tratadas por meio de ataque ácido, de adesivo dentinário e resina composta. Contudo, a hipersensibilidade nos dentes não é um problema fácil de resolver. Caso seja feita uma restauração para recobrimento de dentina, devemos isolar para garantir que será muito bem-feito, a fim de que o paciente não se incomode mais com aquela sensibilidade e melhore ao máximo esse quadro, sempre instruindo a uma melhor escovação⁹.

O tratamento da RG é relacionado à causa, portanto, é importante que o paciente receba um tratamento conservador antes de fazer qualquer procedimento de recobrimento radicular, removendo todos os fatores etiológicos e controlando todos os fatores de risco¹¹.

3. DISCUSSÃO

A retração da margem gengival e posterior exposição da superfície radicular é muito comum de ser diagnosticada, e, por isso, o conhecimento sobre seus fatores etiológicos é muito importante.¹² A presença de recessão periodontal pode gerar problemas indesejáveis, como sensibilidade radicular, comprometimento da estética, maior risco à cárie na superfície radicular e perda de suporte periodontal. Porém, é muito raro que leve à perda dentária¹¹.

Alguns estudos relataram que a RG pode estar associada ao acúmulo local de biofilme bacteriano e cálculo dental. Os locais de retenção de placa também podem estar associados à RG, como as restaurações incompatíveis, que não só causam trauma direto ao tecido periodontal, mas também pode facilitar o acúmulo de biofilme. É interessante que alguns autores apontam que o acúmulo de biofilme tende a ser consequência da RG. Já outros autores advertem que o acúmulo de biofilme pode ser devido a recessão marginal tecidual já existente, sendo assim este biofilme não é o fator principal e este deve ser inspecionado devidamente¹².

Pesquisas demonstraram que os homens têm valores de RG mais altos do que as mulheres. No Brasil, cerca de 85% dos homens têm 3 mm ou mais de recessão em pelo menos um dente, em comparação com 75% das mulheres. No entanto, outros estudos não encontraram associação significativa entre gênero e RG¹³. Há também alguns que mostraram que a ocorrência de recessão periodontal afeta pacientes com bom ou péssimo controle de placa, em até 100% dos pacientes entre 46 a 86 anos, com maior acometimento na superfície vestibular dos dentes 34 e 44¹¹.

Análises mostraram que a prevalência, extensão e gravidade da RG pode crescer conforme a idade, sugerindo possíveis efeitos acumulativos da exposição prolongada do complexo mucogengival aos possíveis fatores etiológicos da RG associados à alterações fisiológicas locais e sistêmicas ao longo dos anos. A idade pode aumentar, mas não aumenta a probabilidade de ter RG, isto é, não significa que é uma característica decorrente do envelhecimento. A ocorrência de RG em jovens costuma ser mais localizada e associada à fatores etiológicos individuais, como a escovação inadequada e com força excessiva. Em

pacientes mais velhos, ocorre com mais frequência um padrão generalizado, envolvendo frequentemente áreas interproximais¹³.

O controle mecânico de biofilme microbiano por escovação de rotina é fundamental para a saúde periodontal. No entanto, a escovação traumática é comumente associada à RG, explicando parcialmente a correlação com os baixos níveis de biofilme bacteriano encontrados em locais de RG. De acordo com a pesquisa, os dados que apoiam ou refutam a associação entre escovação e recessão gengival são inconclusivos. O trauma geralmente é causado por: escovação inadequada, usando principalmente cerdas na horizontal e muito duras, força e tempo excessivo e creme dental abrasivo¹³.

Quando utiliza-se o fio dental de forma inadequada, ele pode desgastar o tecido da gengiva. Pacientes que são altamente motivados mas que não recebem orientação adequada são mais suscetíveis a apresentar essas lesões. Quando a RG é associada ao uso de fio dental, ela é mais comum em áreas interdentais, e a RG quando associada à hábitos deletérios de escovação, encontrada mais em áreas vestibulares¹³.

4. CONCLUSÃO

A RG refere-se, portanto, à perda de inserção e exposição da superfície radicular ao meio bucal e há uma incidência maior em adultos, que geralmente aumenta com a idade, e é diagnosticada em ambos os indivíduos que possuem índice bom ou ruim de higiene bucal, porém sua presença é muito maior em pacientes que possuem uma higiene bucal inadequada e uma escovação imprópria, fazendo movimentos de fricção. Apesar da etiologia da RG ainda seja desconhecida, isso sugere a necessidade contínua de pesquisas. Vários fatores predisponentes foram propostos, sendo o mais frequente citado na literatura, biofilmes bacterianos, escovação traumática e fatores locais de retenção de placa.

As características anatômicas podem estar relacionadas com o posicionamento do dente, compõe as dimensões do osso e mucogengivais locais com espessura da gengiva marginal, sendo extremamente importantes. Foi comprovado, também, que prevenir a progressão com controle de placa e do trauma de escovação, mantém a saúde periodontal nos casos com faixa mínima ou ausência de gengiva inserida.

Portanto, uma etiologia multifatorial dificulta um melhor diagnóstico e tratamento às RGs, sendo muito importante que o cirurgião dentista perante à casos clínicos de recessões marginais de tecidos, saiba fazer o diagnóstico adequado de acordo com cada caso para poder direcionar o tratamento, fazendo uma correção ou eliminando a causa, promovendo os três elementos fundamentais da odontologia: função, estética e saúde.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Melo JP, Dantas LR, Medeiros RSP, et al. Cirurgia periodontal estética: relato de um caso de "descamação" gengival associado à correção de contorno. Rev Saúde e Ciência Online. 2014;3(1):ISSN 2317-8469.

2. Ferreira K, Yared G, Gonçalves Zenobio E, Pacheco W. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 45 Maringá [Internet]. [cited 2023 Jun 28].
3. Nasser, K.R.P., Souza, D.M. (2012). Relationship between mucogingival characteristics and occurrence of gingival recession. *Revista de Periodontia*, 22(2), 72-78.
4. Venturimi RTZ, Joly JC, Venturimi LR. Surgical techniques using connective tissue grafts for treatment of gingival recession. *Rev Odontol UNESP*. [periódico na Internet]. 2018; 47(1): 29-36.
5. Yared KFG, Zenobio EG, Pacheco W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial* [Internet]. 2006Nov;11(6):45–51. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-54192006000600007>
6. Andrade LP, Biscarde A, Moreira A, Ribeiro É, Bittencourt S. Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão. *Rev Bahiana Odontol*. 2012;3(1):86-99. Disponível em: <http://www.bahiana.edu.br/revistas>.
7. Almeida PC. Enxerto de tecido conjuntivo no recobrimento radicular. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão; 2020.
8. Bitencourt DO. Recessões gengivais: o que são, quais as causas e tratamentos - uma revisão de literatura. Escola de Saúde e Bem-Estar, Bacharelado em Odontologia, Porto Alegre; 2023.
9. Wolf HF, Hassell TM. Manual de Periodontia: Fundamentos, Diagnóstico, Prevenção e Tratamento - 1ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2008.
10. Sousa RM. Protocolos cirúrgicos restauradores para o tratamento de recessões gengivais associadas à lesão cervical não cariosa - revisão de literatura. São José dos Campos; 2022.
11. Cunha FA. Decisão quanto à escolha da técnica de recobrimento radicular: relato de caso clínico. Centro Universitário Newton Paiva, Curso de Odontologia, MG, Brasil. Junho/2014.
12. Blank EA. Uma revisão sobre a etiologia das recessões marginais. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia, Curso de Odontologia, Florianópolis; 2021.
13. Vitor GP. Recessão Gengival: Uma Revisão Narrativa. *Rev Bras Multidiscip*. 2019;22(2).

ANEXO A

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO/DISPONIBILIZAÇÃO NA BIBLIOTECA DO

TC