

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

Eduardo Alan Blank

UMA REVISÃO SOBRE A ETIOLOGIA DAS
RECESSÕES MARGINAIS

Florianópolis

2021

Eduardo Alan Blank

**UMA REVISÃO SOBRE A ETIOLOGIA DAS
RECESSÕES MARGINAIS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo de Souza Magini

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Blank, Eduardo Alan

Uma revisão sobre a etiologia das Recessões Marginais /
Eduardo Alan Blank ; orientador, Ricardo de Souza Magini,
2021.

31 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. Periodontia. 3. Recessões Gengivais.
I. Magini, Ricardo de Souza. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Graduação em Odontologia. III. Título.

Eduardo Alan Blank

**Uma revisão sobre a etiologia das
Recessões Marginais**

Este de Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Cirurgião-Dentista” e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 14 de abril de 2021.

Prof. Dra. Glaucia Santos Zimmermann
Coordenadora do Curso

Banca examinadora:

Prof. Dr. Ricardo de Souza Magini
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dra. Glaucia Santos Zimmermann
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Cesar Augusto Magalhães Benfatti
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho à minha mãe, Marcia Hermann, que nunca poupou esforços para que eu tivesse sucesso na vida. Ao meu pai, Renato Blank, por sempre me incentivar pela busca do conhecimento. Ao meu irmão, Alexandre Blank, que com muito companheirismo sempre esteve ao meu lado em todos os momentos da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Marcia e Renato, que investiram em minha educação, através do seu amor incondicional, tempo e dedicação. Serei eternamente grato por tudo que vocês me proporcionaram até hoje.

Ao meu irmão, Alexandre, por todo o apoio e ajuda ao longo dos meus anos acadêmicos. Você sempre esteve presente quando eu precisava e espero poder sempre estar ao seu lado.

Ao meu orientador, Ricardo, por toda a sabedoria e aprendizado que me transmitiu para que eu concluísse este trabalho. Eu te admiro muito pelo seu conhecimento e dedicação que tem pela periodontia, me fez realmente gostar dessa área.

Aos meus professores, pois sem seus ensinamentos não teria a experiência e entendimento que tenho hoje pela odontologia.

Aos meus colegas de sala, que trilharam este caminho junto comigo e dividiram muitas de suas experiências.

Aos servidores e funcionários da universidade que de alguma forma proporcionaram que eu chegasse até aqui.

RESUMO

A recessão marginal tecidual é um achado muito comum na prática odontológica e muitas vezes sua etiologia é de difícil compreensão, devido a sua associação com diversos fatores. Diante desta premissa, este trabalho visa compreender os fatores etiológicos associados às recessões marginais teciduais descritas na literatura, buscando sua origem e os fatores que favorecem seu desenvolvimento. Para obter estas informações, foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed e *Scientific Electronic Library OnLine* (ScieLO) pelas palavras chaves recessão, retração, gengival, tecidual, marginal, estética mucogengival, cirurgia e suas combinações. A pesquisa foi feita nos idiomas português e inglês e buscou resultados entre 1985 e o primeiro semestre de 2020. Através de uma seleção criteriosa dos artigos encontrados, foi escrita esta revisão abordando os achados mais relevantes. A partir deste trabalho foi possível concluir que existem muitos fatores associados à etiologia das recessões marginais teciduais e que dificilmente podem ser relacionadas a um único fator. A presença de fatores predisponentes como a anatomia local ou o fenótipo periodontal somados a fatores precipitantes como a escovação traumática, presença de biofilme ou doença periodontal são as associações mais comuns.

Palavras chave: Etiologia. Recessão Gengival. Periodontia.

ABSTRACT

Marginal tissue recession is a very common finding in dentistry and its etiology is often difficult to understand, due to its association with several factors. Given this premise, this work aims to understand the etiological factors associated with marginal tissue recessions described in the literature, looking for their origin and the factors that favor their development. To obtain this information, a search was performed in the PubMed and Scientific Electronic Library OnLine (ScieLO) databases for the keywords recession, retraction, gingival, tissue, marginal, mucogingival aesthetics, surgery and their combinations. The survey was conducted both in Portuguese and English and sought results between 1985 and the first half of 2020. Through a careful selection of the articles found, this review was written addressing the most relevant findings. From this paper it was possible to conclude that there are many factors associated with the etiology of marginal tissue recessions and that they can rarely be related to a single factor. The presence of predisposing factors such as local anatomy or the periodontal phenotype in addition to precipitating factors such as traumatic brushing, presence of biofilm or periodontal disease are the most common associations.

Keywords: Etiology. Gingival Recession. Periodontics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação de Miller (1985).....	11
Figura 2 - Fissura marginal, causada pelo uso inapropriado de fio dental.....	15

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1	DEFINIÇÃO.....	13
2.2	FATORES PRECIPITANTES	13
2.2.1	Biofilme Dentário.....	14
2.2.2	Doença Periodontal	14
2.2.3	Escovação Traumática	15
2.2.4	Fio Dental	15
2.2.5	Piercings Intraorais	16
2.2.6	Movimento Ortodôntico.....	16
2.2.7	Invasão do Espaço Biológico.....	16
2.2.8	Infecções agudas pelo vírus herpes simples.....	17
2.3	FATORES PREDISPOONENTES	17
2.3.1	Espessura da Gengiva Marginal	17
2.3.2	Ausência de mucosa ceratinizada.....	17
2.3.3	Espessura do osso alveolar.....	18
2.3.4	Inserção dos freios e bridas	18
2.3.5	Posição Dentária	18
2.3.6	Trauma Oclusal	19
2.3.7	Tabagismo	19
3	OBJETIVOS	20
3.1	Objetivo Geral	20
3.2	Objetivos Específicos.....	20
4	METODOLOGIA.....	21
5	RESULTADOS.....	22
6	DISCUSSÃO	23
7	CONCLUSÃO.....	26
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
	ANEXO A.....	31

1 INTRODUÇÃO

Por definição, recessões gengivais são caracterizadas pela migração apical da margem gengival/tecidual causada por diferentes condições/patologias (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018). O termo recessão marginal tecidual tem sido considerado mais preciso que recessão gengival já que o tecido marginal em recessão pode ser ou incluir a mucosa alveolar (MANI; JAMES, 2018). Levando em conta esta premissa, abordaremos muitos assuntos tratados como “recessões gengivais” na literatura utilizando-se do termo “recessões marginais teciduais” ou apenas “recessões marginais”.

Embora existam vários estudos sugerindo que o processo inflamatório é um fator chave para o desenvolvimento de defeitos ósseos periodontais, a etiologia das recessões marginais ainda se mantém mais obscura. Muito tem se discutido, porém, que fatores como o biofilme dental ou presença de trauma (seja pela escovação, fio dental ou movimentos ortodônticos) são comumente (mas não exclusivamente) relacionadas às recessões marginais (CAIRO, 2017). Estes fatores são descritos e abordados como fatores precipitantes e podem ser compreendidos como hábitos adquiridos ou condições que podem desencadear as recessões (CHAN *et al.*, 2015).

Ainda, características anatômicas locais como inserções alteradas dos freios, espessura da gengiva marginal, altura da faixa de mucosa ceratinizada e do tecido ósseo subjacente são descritas como fatores predisponentes às recessões marginais (CAIRO, 2017).

Acima de tudo, a etiologia da recessão marginal é multifatorial; então, um único fator, sozinho, pode não necessariamente causar recessões marginais (SHKRETA *et al.*, 2018).

Além da maior suscetibilidade a cáries radiculares e abrasões, a progressão e severidade das recessões marginais pode resultar em um prejuízo estético e até funcional, facilitando o acúmulo de biofilme e dificultando a higienização, sendo relacionadas como possíveis agravantes no desenvolvimento de doenças periodontais e perimplantares (CAZELATO, 2011). As queixas principais, entretanto, se resumem a manifestações estéticas (em virtude dos dentes aparentarem mais alongados e do aspecto avermelhado da gengiva), e sensibilidade dentária diante de estímulos térmicos e táteis, caracterizada por dores fortes e agudas, de curta duração (GUIDA *et al.*, 2010).

Ao longo dos anos várias classificações foram propostas para descrever as diferentes manifestações e graus de severidade das recessões marginais, entretanto, a classificação proposta por Miller em 1985 é a mais usada para descrevê-las e tem como base o prognóstico

de recobrimento radicular diante de uma cirurgia de enxerto gengival livre: classes I (Figura 1, quadro 1) e II (Figura 1, Quadro 2) não apresentam perda de inserção interproximal nem perda óssea e portanto recobrimento radicular total pode ser atingido; classe III (Figura 1, Quadro 3) já possui perda de inserção interproximal de leve a moderada e somente recobrimento parcial pode ser atingido; classe IV (Figura 1, Quadro 4) por sua vez possui uma perda de inserção interproximal tão severa que nenhum recobrimento radicular é possível (MANI; JAMES, 2018)

Figura 1 – Classificação de Miller (1985)



Fonte: ZUCHELLI; MOUNSSIF (2015).

Cairo *et al.* em 2011 propuseram uma nova classificação muito similar a Miller, contudo baseando-se na perda de inserção clínica (Clinical Attachment Loss, CAL) e descrevendo apenas 3 categorias, sendo: RT-1; recessão marginal sem perda de inserção interproximal tanto em mesial quanto distal e recobrimento radicular total é possível, RT-2; recessão marginal associada a perda de inserção interproximal sendo que esta é menor que a recessão marginal (medidas a partir da junção cimento-esmalte até o fundo da bolsa periodontal do lado em questão) e portanto somente recobrimento radicular parcial é possível e RT-3; recessão marginal associada a perda de inserção interproximal sendo esta maior que a recessão marginal (medidas a partir da junção cimento-esmalte até o fundo da bolsa periodontal em questão) e portanto nenhum recobrimento radicular é possível.

Este trabalho visa descrever os vários fatores relacionados ao surgimento e progressão das recessões marginais propostos pela literatura, abordando também suas manifestações e complicações. O conhecimento destes fatores é essencial para o correto diagnóstico e decisão de tratamento, além de trazer maior previsibilidade em longo prazo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será apresentada a definição de recessão marginal tecidual, assim como é descrita na literatura e mais aceita no meio acadêmico. Em seguida, serão apontadas as causas etiológicas mais discutidas na literatura, que se dividirão em duas categorias: fatores precipitantes e fatores predisponentes.

2.1 DEFINIÇÃO

A gengiva é a parte da mucosa oral que recobre o processo alveolar e a região cervical dos dentes. Anatomicamente, a gengiva é dividida em marginal, inserida e interdental. Após a completa erupção dental, a gengiva marginal se estabelecerá localizada entre 0.5 mm e 2 mm coronariamente à junção cimento-esmalte (PALMA, 2013).

Segundo a *American Academy of Periodontology*, em 2001, recessão marginal tecidual designa a exposição oral da superfície da raiz devido a um deslocamento da margem gengival apicalmente à junção cimento-esmalte.

Ela pode ainda se apresentar de formas localizadas ou generalizadas, podendo afetar uma ou várias superfícies dentárias e sua prevalência é pelo sexo masculino e em idades mais avançadas (SOUZA *et al.*, 2016).

A partir de estudos longitudinais, a recessão marginal tecidual é um achado tanto em pacientes com alto padrão de higiene oral assim como em pacientes com ausência de cuidados de higiene ou acompanhamento odontológico (PALMA, 2013).

2.2 FATORES PRECIPITANTES

Fatores precipitantes estão relacionados com a origem ou a progressão das recessões marginais e podem ser hábitos adquiridos ou condições presentes que desencadeiam estas lesões (SHKRETA *et al.*, 2018).

2.2.1 Biofilme Dentário

O processo inflamatório induzido pelo biofilme bacteriano dentário é provavelmente o fator precipitante mais capaz de causar, por si só, recessões marginais, além é claro de ser fator coadjuvante em diversos relatos de casos, mostrando como estas lesões podem apresentar-se de forma multifatorial (SHKRETA *et al.*, 2018).

Segundo Lapa (2012), em decorrência da exposição radicular, é frequente um maior acúmulo de biofilme propiciando a piora do quadro inflamatório e conseqüente progressão da recessão marginal tecidual. Este acúmulo se deve a hipersensibilidade promovida pela exposição dentinária e conseqüente dificuldade de higienização.

Ainda, a digestão e o metabolismo enzimático bacteriano são responsáveis por destruir as fibras colágenas presentes no periodonto e induzir a reabsorção óssea (JATI; FURQUIM; CONSOLARO, 2016).

Uma das manifestações da gengiva marginal inflamada é seu aumento de volume, mesmo em meio a sua desorganização. Desta maneira é possível que uma exposição radicular pré-existente se torne evidente apenas após o tratamento devido à regressão dos tecidos marginais a sua condição de saúde, mesmo tratando-se de um tratamento bem sucedido (JATI; FURQUIM; CONSOLARO, 2016).

2.2.2 Doença Periodontal

A doença periodontal é um termo inespecífico, que se refere a qualquer processo de doença que afete o periodonto. Por doença periodontal entendem-se as diversas formas de gengivite e periodontite (PEREIRA, 2016).

As doenças periodontais surgem devido à destruição dos tecidos periodontais, pela ação de produtos tóxicos. Estes são liberados na região subgengival tanto pela resposta inflamatória devido à presença de micro-organismos quanto na presença de patógenos específicos (PEREIRA, 2016).

A conseqüente destruição do periodonto e de suas fibras colágenas, da destruição do osso marginal e da desorganização do tecido gengival marginal, são todos fatores que desencadeiam ou favorecem a recessão marginal tecidual propriamente dita (BICALHO; GOMES; LIMA, 2016).

2.2.3 Escovação Traumática

Quando a recessão marginal tecidual está relacionada a uma origem traumática, sua etiologia pode ser considerada crônica o que significa que a perda de inserção e lesões aos tecidos marginais ocorre de forma lenta. O trauma por escovação é o mais clássico e estudado deles, tendo relações causais como; frequência e duração da escovação, dureza das cerdas e força aplicada, curvatura do arco e proeminência dos dentes e a técnica utilizada (SHKRETA *et al.*, 2018).

Além de atingir dentes contínuos, abrasões na região de dentina exposta e escurecimento são características comuns. Em virtude da abrasão, a junção cimento-esmalte torna-se difícil de ser localizada e conseqüentemente o nível de inserção clínica (CAL - Clinical Attachment Level) é difícil de ser mensurado, dificultando assim o diagnóstico (YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006).

2.2.4 Fio Dental

O fio dental pode ser muito traumático e se usado de forma irregular pode causar recessões com características de fissuras. Para um diagnóstico fácil, basta pedir ao paciente demonstrar como utiliza o fio dental. Frequentemente requer uma recessão já existente e por isso é difícil atribuir unicamente ao fio dental, sendo frequentemente relacionada ao traumatismo por escovação uma ocorrência comum (YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006).

Figura 2 – Fissura marginal, causada pelo uso inadequado de fio dental.



Fonte: ZUCHELLI; MOUNSSIF (2015).

2.2.5 Piercings Intraorais

Com morfologia semelhante às fendas gengivais, o uso de piercings intra-orais é relacionado a recessões marginais teciduais com características bem variáveis. Lesões linguais são de mais difícil nota devido ao pouco prejuízo estético, porém, a dificuldade de higiene somada a menor altura do tecido queratinizado na região fazem com que estas atinjam rapidamente o assoalho bucal (HARREL; NUNN, 2004).

2.2.6 Movimento Ortodôntico

Extremamente controversas nas abordagens acadêmicas, as recessões marginais causadas devido ao movimento ortodôntico são por vezes mal interpretadas pois podem ser provenientes de fatores já existentes (como mau posicionamento dental) ou poderiam ter sido evitados caso houvesse melhor orientação ou cuidados por parte do paciente. O fácil acúmulo de biofilme faz com que tratamentos muito prolongados ou em pacientes com dificuldade de manter a higiene oral se tornem contraindicados, levando-se em conta a saúde dos tecidos marginais (YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006).

Contudo, relatos de caso mostram como a recessão marginal tecidual está associada caso esta movimentação seja superior à tolerância do periodonto, ou seja, em caso de forças excessivas, a recessão marginal pode se desenvolver mesmo com boas condições locais. Ainda, locais onde a gengiva marginal é fina ou o osso alveolar é delgado são fatores de risco para o aparecimento destas lesões (BICALHO; GOMES; LIMA, 2016).

2.2.7 Invasão do Espaço Biológico

O espaço biológico é definido como a distância entre a porção mais coronal do epitélio de união e a crista do osso alveolar. Funcionalmente o espaço biológico trata-se de uma barreira de proteção em torno do dente, funcionando como um vedante biológico. A presença de trabalhos restauradores que não respeitam este espaço e que extrapolam o espaço biológico causam uma reabsorção óssea alveolar e processo inflamatório nos tecidos marginais que podem progredir para uma recessão marginal tecidual propriamente dita (MARQUES, 2018).

2.2.8 Infecções agudas pelo vírus herpes simples

Recessões marginais teciduais podem estar associadas a infecções agudas do herpes vírus tipo I. As lesões causadas por este vírus são constituídas por pequenas vesículas que se rompem, dando origem a úlceras e podem ser encontradas por todas as regiões da boca, sendo difundidas principalmente pela escovação diária. Quando estas lesões acometem a gengiva marginal, uma recessão marginal tecidual na região pode se desenvolver com facilidade, principalmente caso associada com escovação traumática (ZUCHELLI; MOUNSSIF, 2015).

2.3 FATORES PREDISPONENTES

Fatores predisponentes podem ser descritos, sucintamente, como agravantes ou fatores de risco associados às recessões marginais teciduais. Embora não sejam relacionados como suas causas diretas, muitas das condições pré-existentes e características anatômicas locais possuem relação íntima com o surgimento ou severidade com que se apresentam estas lesões (CAZELATO, 2011).

2.3.1 Espessura da Gengiva Marginal

Segundo Chan *et al.* (2015), a progressão e o desenvolvimento de recessões marginais teciduais em pacientes que apresentam um tecido gengival fino são mais evidentes do que em pacientes com tecido gengival mais espesso.

Lapa (2012) explica que uma mucosa gengival delgada está mais suscetível à degeneração frente a um processo inflamatório se comparado com um tecido mais espesso. Comenta ainda que este é um dos principais fatores predisponentes à recessões marginais teciduais.

2.3.2 Ausência de mucosa ceratinizada

Conforme Yared, Zenobio e Pacheco (2006), a saúde gengival pode estar comprometida quando a altura da mucosa ceratinizada for menor que 1 ou 2mm. Provavelmente, isto é devido à mobilidade da margem gengival e, diante destas condições, a entrada de micro-organismos e formação de biofilme bacteriano subgengival é facilitada. Ainda, a mucosa não ceratinizada não é tão resistente ao trauma de escovação ou forças

mastigatórias exercidas por músculos inseridos, cedendo mais facilmente as mesmas e potencializando uma recessão existente.

2.3.3 Espessura do osso alveolar

Devido à maior frequência de recessões marginais teciduais em regiões de caninos superiores e de incisivos inferiores descritas na literatura, sugere-se que exista uma relação com a espessura do osso alveolar, uma vez que nestas regiões a tabula óssea vestibular é mais delgada (JATI; FURQUIM; CONSOLARO, 2016).

Ainda, é muito comum que deiscências ósseas ou fenestração estejam associadas com a presença de recessões marginais teciduais, na maioria das vezes muito acentuadas. Estas são mais frequentes em dentes mal posicionados ou que tiveram de sofrer movimentação ortodôntica (JATI; FURQUIM; CONSOLARO, 2016).

2.3.4 Inserção dos freios e bridas

A presença de freios e bridas não influencia a saúde gengival, entretanto, na presença de inflamação local ou uma alteração do tecido marginal existente, tensões causadas por essas estruturas podem favorecer a severidade dessas lesões (CAZELATO, 2011)

Yared, Zenobio e Pacheco (2006) explicam que uma redução na largura da faixa de mucosa ceratinizada em região de incisivos inferiores poderá ocorrer caso a inserção do freio labial inferior for alta no processo alveolar. Essa condição pode ser considerada fator de risco para recessões marginais teciduais nesta área.

2.3.5 Posição Dentária

O mau posicionamento dentário é descrito por diversos autores como fator associado ao desenvolvimento de recessões marginais teciduais, principalmente pela relação entre a quantidade de gengiva ao redor do dente e o seu local de erupção. Em casos em que a erupção dentária se dá próxima a linha mucogengival, a quantidade de gengiva ceratinizada será muito baixa, resultando numa predisposição à recessão (LAPA, 2012).

Ainda, Yared, Zenobio e Pacheco (2006) defendem que, devido à dificuldade de higienização e a facilidade do acúmulo de biofilme nestas áreas, dentes que se encontram

vestibularizados ou que tenham sofrido rotação têm maior probabilidade de apresentar ou desenvolver recessões marginais teciduais.

2.3.6 Trauma Oclusal

Embora muitas vezes citado como causa das recessões marginais, o traumatismo oclusal (entendido como alteração das cargas oclusais normais, devido a contatos prematuros ou hábitos parafuncionais) não pode ser atribuído como um fator etiológico propriamente dito pelo simples fato de não haver relação científica ou estudos que comprovem sua relação. Por outro lado, a evidência clínica cotidiana reforça a ideia de que recessões marginais tratadas cirurgicamente com sucesso não apresentam recorrência mesmo sem modificar sua carga oclusal (HARREL; NUNN, 2004).

Por outro lado, Lapa (2012) relata o trauma oclusal como um fator predisponente às recessões gengivais quando associado à má posição do dente no arco e à presença de tábua óssea e mucosa delgadas, onde o processo de reabsorção óssea devido ao trauma crônico pode tornar os tecidos marginais mais suscetíveis aos processos inflamatórios externos.

2.3.7 Tabagismo

O tabagismo pode contribuir para um quadro desfavorável ao processo de cicatrização periodontal, principalmente devido a sua característica vasoconstritora dos tecidos bucais e também por causar uma diminuição da resposta de defesa do organismo contra os micro-organismos. Desta maneira, é considerada uma importante variável associada às doenças periodontais (ZUCHELLI; MOUNSSIF, 2015).

Pereira em 2016 relatou que muitos estudos não encontraram relação direta entre o hábito de fumar e as recessões marginais propriamente ditas.

Entretanto, o tabagismo é um fator de risco conhecido para diversas patologias orais, afetando o meio ambiente oral, a resposta imune e inflamatória do organismo e o potencial de reparo dos tecidos periodontais (RAZALI *et al.*, 2005). Desta maneira, sua relação com o surgimento e progressão das doenças periodontais em si pode ser considerado um fator de risco às recessões marginais, uma vez que estas são um fator predisponente das recessões.

3 OBJETIVOS

Neste capítulo será apresentado o objetivo geral e os objetivos específicos desta revisão.

3.1 Objetivo Geral

Compreender a patogênese das recessões marginais.

3.2 Objetivos Específicos

- Apontar os fatores etiológicos das recessões marginais.
- Diferenciar os fatores predisponentes dos precipitantes.
- Criar debate entre as diferentes opiniões e estudos no tópico.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, em revistas acadêmicas científicas e demais artigos disponíveis de forma online ou impressa, além é claro de trabalhos e estudos disponíveis em livros e bases de dados.

As bases de dados utilizadas para a busca foram *Scientific Electronic Library OnLine* (ScieLO) e PubMED, utilizando os seguintes descritores: recessão, retração, gengival, tecidual, marginal, estética mucogengival, cirurgia. A busca foi feita nos idiomas português e inglês, abordando todos os delineamentos metodológicos desde 1985 até o final do primeiro semestre de 2020.

A seleção foi realizada a partir de leitura criteriosa dos artigos e trabalhos encontrados nas bases de dados, sendo selecionada apenas a literatura que atendia aos critérios de inclusão definidos neste estudo.

A partir da compreensão do assunto foi escrita uma revisão de literatura, reunindo e comparando os dados disponíveis nas fontes de consulta descrevendo os principais fatores envolvidos às recessões marginais e suas complicações, e quais os seus sinais e características.

5 RESULTADOS

Para a realização desta revisão de literatura foram utilizados um total de 28 trabalhos, seguindo o delineamento descrito na seção “Materiais e Métodos. Os trabalhos selecionados serviram como base para a confecção da revisão de literatura que se encontra no item 2.

6 DISCUSSÃO

A retração da margem gengival com subsequente exposição da superfície radicular dental é uma condição comumente diagnosticada e, portanto, o conhecimento sobre seus fatores etiológicos é de extrema importância para a prática odontológica (PALMA, 2013).

As recessões marginais teciduais apresentam etiologia multifatorial e muitas vezes são resultado de vários fatores combinados. Dentre os fatores mais descritos na literatura que podem causar por si só as recessões marginais teciduais, destacam-se: o biofilme dentário, a escovação traumática, o movimento ortodôntico e a presença de doenças periodontais.

Entretanto, diversos fatores locais e anatômicos presentes em cada indivíduo podem estar associados ao surgimento dessas lesões, e levar a evolução mais rápida desse tipo de lesão em cada paciente (LAPA, 2012). Destes podemos citar a espessura da gengiva marginal, a presença de mucosa ceratinizada, a altura e espessura do osso alveolar, a presença de trauma oclusal, dentre outros.

Existe um consenso entre os autores a respeito do biofilme dental estar fortemente relacionado às recessões marginais teciduais, sendo capaz de causar sozinho um quadro de recessão marginal tecidual. Ainda, devido a sua capacidade de promover um processo inflamatório, seu controle é essencial para o tratamento de diversos quadros de recessão marginal tecidual (MARINI *et al.*, 2004).

Alguns autores alertam que o acúmulo de biofilme pode ser em decorrência de uma recessão marginal tecidual já existente, sendo assim este biofilme não é o fator principal e este deve ser corretamente investigado (JOSHIPURA; KENT; DEPAOLA, 1994).

A reação inflamatória em consequência do biofilme é uma característica compartilhada entre a doença periodontal e as recessões marginais teciduais. Desta maneira, é possível relacionar a gravidade de uma doença periodontal a de uma recessão marginal tecidual (VITOR, 2019).

A importância do controle deste biofilme dentário através de um controle mecânico rotineiro é descrito por diversos autores. Contudo, a escovação traumática é um fator precipitante extremamente importante, e um dos mais evidenciados. É devido a este fator que mesmo indivíduos com bom controle do biofilme dentário podem desenvolver recessões marginais teciduais (MYTHRI *et al.*, 2015).

A diferença entre um hábito de escovação saudável e o traumático está na técnica inadequada, excesso de força, tempo excessivo de escovação, cerdas muito rígidas e creme dental abrasivo (ZUCHELLI; MOUNSSIF, 2015).

Além da escovação, o fio dental também pode causar uma recessão marginal tecidual, embora possuam características distintas. Quando a recessão tem origem pelo trauma da escovação, sua incidência é mais frequente nas faces vestibulares enquanto que se sua origem é devido ao fio dental, sua ocorrência é maior nas faces interproximais (WALTERS; CHANG, 2003).

Em casos de infecções agudas pelo vírus herpes simples, a escovação pode ser um fator ainda mais prejudicial. Nestes casos, é recomendado o controle químico do biofilme através de enxague com clorexidina, além de interromper a escovação por completo até que estas lesões regredam (ZUCHELLI; MOUNSSIF, 2015).

O tratamento ortodôntico é descrito por alguns autores como fator precipitante às recessões marginais teciduais. Vitor em 2019 sugeriu que, na verdade, o movimento ortodôntico pode levar os elementos dentais a situações onde eles estejam mais suscetíveis ao desenvolvimento destas lesões, principalmente quando o tratamento resulta em uma tábua óssea vestibular muito fina ou com deiscência. Desta maneira, fatores como o biofilme ou a escovação traumática podem ter mais facilidade de desenvolver um quadro de recessão marginal tecidual nesta região.

As condições anatômicas locais também são outro fator que podem gerar uma ocorrência maior de recessões marginais teciduais. A espessura da gengiva marginal e a ausência de mucosa ceratinizada são condições que tornam o tecido marginal mais suscetível aos fatores precipitantes, como o biofilme e o trauma (YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006).

Sobretudo, na ausência de recessão, mesmo um fenótipo gengival fino e ausência de mucosa ceratinizada são suficientes para manter uma saúde periodontal (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018)

Outro fator local que pode ter associação com as recessões marginais teciduais é a inserção dos freios e bridas. Estes, quando possuem inserção muito alta no processo alveolar ou quando estão associados a um tecido com pouca espessura de mucosa ceratinizada podem realizar forças que sejam prejudiciais ao tecido marginal e, quando associados a lesões já existentes, podem favorecer o desenvolvimento dessas lesões nestas regiões (PAREDES *et al.*, 2008).

Existem controvérsias entre alguns autores em relação ao trauma oclusal, embora muitas vezes citada como fator precipitante. Lapa (2012) explica que o trauma oclusal sozinho não é capaz de causar recessão marginal tecidual, porém, devido à oclusão traumática

causar reabsorção óssea e perda de inserção, este quadro pode progredir para uma recessão marginal tecidual propriamente dita.

Com intuito de melhor diferenciar a etiologia destas lesões, Cotter (2011) descreveu que as recessões marginais teciduais causadas pelo biofilme têm uma ulceração inicial no epitélio e destruição do tecido conjuntivo que ocorre de fora para dentro. Já nas lesões de origem traumática, essa destruição é de dentro para fora.

Complementarmente, para um diagnóstico definitivo, não basta apenas identificarmos a etiologia. Faz-se necessário também interpretar sua gravidade, através de uma análise sobre a extensão e características dessas lesões. A classificação de Miller (1985) é amplamente usada para este propósito. Cairo *et al.* em 2011 propuseram uma nova classificação, que tem sido usada por muitos profissionais nos dias de hoje.

As recessões marginais teciduais podem afetar tanto pacientes com boa ou má higiene bucal. Essa distribuição pode ser concluída devido aos fatores etiológicos de cada grupo serem distintos.

Uma boa medida de tratamento e controle para estas lesões seria através da reorientação quanto às técnicas de escovação adequadas, aliada de uma boa manutenção realizada pelo cirurgião dentista. Esta medida se faz necessária pois a escovação pode ser prejudicial quando aplicada nos seus extremos, seja em demasia ou insuficiência (SOUZA *et al.*, 2016).

Segundo Bicalho, Gomes e Lima (2016), em razão dos fatores etiológicos atuarem, em sua maioria, de maneira crônica nos tecidos marginais, a prevalência e a gravidade destas lesões tende a aumentar com a idade.

A instalação da recessão marginal tecidual tende a gerar quadros de hipersensibilidade dentária, favorecer a abrasão da raiz devido à exposição da mesma, dificultar a higienização da área, facilitar o acúmulo de detritos e biofilme, além de causar um prejuízo estético para o indivíduo (LAPA, 2012).

7 CONCLUSÃO

Como se concluiu a partir deste trabalho, a etiologia multifatorial confere às recessões marginais uma dificuldade maior de diagnóstico e tratamento, sendo de extrema necessidade ao cirurgião dentista, frente a casos clínicos de recessões marginais teciduais, saber fazer o diagnóstico adequado de cada caso para poder direcionar o tratamento, a partir da correção ou eliminação do fator de causa, a fim de favorecer a tríade de função, estética e saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BICALHO, Rosimar Solange de Matos. GOMES, Viviane Gomes. LIMA, Paschoal Esteves Lima 2016. **Etiologia Multifatorial das Recessões Gingivais**: uma revisão de literatura. Disponível em: <http://revistas.newtonpaiva.br/pos-em-revista/e12-odont01-etilogia-multifatorial-das-recessoes-gingivais-uma-revisao-de-literatura/>. Acesso em: 17 abr. 2020.

CAIRO, Francesco. Periodontal plastic surgery of gingival recessions at single and multiple teeth. **Periodontology** 2000, [s. l.], v. 75, n. 1, p. 296–316, 2017. DOI: 10.1111/prd.12186. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/prd.12186>. Acesso em: 3 abr. 2020.

CAIRO, Francesco *et al.* The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: na explorative and reliability study. **Journal of Clinical Periodontology**, [s. l.], v. 38, n. 7, p 661-666, 2011. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x>. Acesso em: 3 jan. 2020.

CAZELATO, Leonardo Schiavuzzo. **Etiologia e Classificação das Ressecções Gingivais**. Orientador: Antonio Wilson Sallum. 29 f. Dissertação (Especialista em Periodontoia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campina, Piracicaba, 2011.

CHAN, Hsun Liang *et al.* Does Gingival Recession Require Surgical Treatment?. **Dental Clinics of North America**, v. 59, n. 4, p. 981-996, 2015. DOI: 10.1016/j.cden.2015.06.010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011853215000658?via%3Dihub>. Acesso em: 23 mar. 2020.

COTTER, André de Vieira e Brito Berkeley. **Procedimentos de aumento gengival e recobrimento radicular**: revisão bibliográfica e apresentação de um caso clínico. Orientador: Mónica Morado Pinho. 65 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2011.

GUIDA, Bruno *et al.* Recobrimento radicular de recessões gengivais associadas a lesões cervicais não cariosas - revisão de literatura. **Revista Periodontia**, Salvador, v. 20, n. 02, p. 14–21, 2010.

HARREL, Stephen K.; NUNN, Martha E. The Effect of Occlusal Discrepancies on Gingival Width. **Journal of Periodontology**, [s. l.], v. 75, n. 1, p. 98–105, 2004. DOI: 10.1902/jop.2004.75.1.98. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.2004.75.1.98>. Acesso em: 29 mar. 2020.

JATI, Ana Suzy; FURQUIM, Laurindo Zanco; CONSOLARO, Alberto. Gingival recession: Its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 21, n. 3, p. 18–29, 2016. DOI: 10.1590/2177-6709.21.3.018-029.oim. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512016000300018&lng=en&tlng=en. Acesso em: 21 mar. 2020.

JOSHIPURA, Kaumudi J.; KENT, Ralph L.; DEPAOLA, Paul F. Gingival Recession: Intra-Oral Distribution and Associated Factors. **Journal of Periodontology**, [s. l.], v. 65, n. 9, p. 864–871, 1994. DOI: 10.1902/jop.1994.65.9.864. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.1994.65.9.864>. Acesso em: 21 mar. 2020.

LAPA, João Gonçalo Baptista. **Prevalência da recessão gengival nos pacientes consultados na Clínica Universitária da UCP-Viseu**. 181 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Universidade Católica Portuguesa, [s. l.], 2012. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13213>. Acesso em: 14 set. 2020.

MANI, Amit; JAMES, Rosiline. Classifications for Gingival Recession: A Mini Review. **Galore International Journal of Health Sciences and Research**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 33–38, 2018. Disponível em: https://www.gijhsr.com/GIJHSR_Vol.3_Issue.1_Jan2018/7.pdf. Acesso em: 4 abr. 2020.

MARINI, Milena Guerreiro *et al.* Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v. 12, n. 3, p. 250–255, 2004. DOI: 10.1590/s1678-77572004000300017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572004000300017&lng=en&tlng=en. Acesso em: 2 abr. 2020.

MARQUES, Rita Oliveira. **Espaço biológico: mito ou realidade**. 25 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2018. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/7503>. Acesso em: 10 fev. 2020.

MILLER, P. D. Jr. A classification of marginal tissue recession. **The International journal of periodontics & restorative dentistry**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 8-13, 1985.

MYTHRI, Sarpangala *et al.* Etiology and occurrence of gingival recession - An epidemiological study. **Journal of Indian Society of Periodontology**, [s. l.], v. 19, n. 6, p. 671, 2015. DOI: 10.4103/0972-124X.156881. Disponível em: <https://www.jisponline.com/text.asp?2015/19/6/671/156881>. Acesso em: 7 abr. 2020.

PALMA, Maria Alice Gatti. **Revisão de literatura do uso das técnicas de retalho posicionado lateralmente, enxerto gengival livre e enxerto conjuntivo subepitelial associado à técnica do túnel no tratamento de recessões gengivais**. 32 f. Monografia (Especialização em Periodontia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2013.

PAREDES, Suyene De Oliveira *et al.* Estudo das recessões gengivais em pacientes adultos atendidos na faculdade de odontologia da UFMA: etiologia, prevalência e severidade. **Revista Periodontia**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 85–91, 2008. Disponível em: <http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/marco2008/artigo13.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2020.

PEREIRA, Florinda Maria Gonçalves. **Etiologia da Recessão Gengival**. 64 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/5752>. Acesso em: 14 fev. 2020.

THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. **Glossary of Periodontal Terms**. Chicago, 4a ed, 2001. Disponível em: <https://members.perio.org/libraries/glossary?ssopc=1>. Acesso em: 7 abr. 2020.

RAZALI, Masfueh *et al.* A retrospective study of periodontal disease severity in smokers and non-smokers. **British Dental Journal**, [s. l.], v. 198, n. 8, p. 495–498, 2005. DOI: 10.1038/sj.bdj.4812253. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15849588/>. Acesso em: 13 mar. 2020.

SHKRETA, Mirsad *et al.* Exploring the gingival recession surgical treatment modalities: A literature review. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, [s. l.], v. 6, n. 4, p. 698–708, 2018. DOI: 10.3889/oamjms.2018.185. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5927507/>. Acesso em: 13 mar. 2020.

SOUZA, Larissa Frazão De *et al.* Prevalência de recessão gengival em alunos de Odontologia da Unigranrio. **Revista Periodontia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 04, p. 25–28, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-853540>. Acesso em: 2 ago. 2020.

STEFFENS, João Paulo; MARCANTONIO, Rosemary Adriana Chiérici. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. **Revista de Odontologia UNESP**, Araraquara, v. 47, n. 4, p.189-197, 2018. DOI: 10.1590/1807-2577.04704. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772018000400189&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2020.

VITOR, Glayson Pereira. Recessão gengival: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 178–185, 2019. DOI: 10.25061/2527-2675/ReBraM/2019.v22i2.600. Disponível em: <https://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/600>. Acesso em: 6 abr. 2020.

WALTERS, John D; CHANG, E I. Periodontal bone loss associated with an improper flossing technique: a case report. **International Journal of Dental Hygiene**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 115–119, 2003. DOI: 10.1034/j.1601-5037.2003.00024.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1601-5037.2003.00024.x>. Acesso em: 2 abr. 2020.

YARED, Karen Ferreira Gazel; ZENOBIO, Elton Gonçalves; PACHECO, Wellington. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 11, n. 6, p. 45–51, 2006. DOI: 10.1590/s1415-54192006000600007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192006000600007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2020.

ZUCCHELLI, Giovanni; MOUNSSIF, Ilham. Periodontal plastic surgery. **Periodontology** **2000**, [s. 1.], v. 68, n. 1, p. 333–368, 2015. DOI: 10.1111/prd.12059. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/prd.12059>. Acesso em: 5 abr. 2020.

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA


ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 14 dias do mês de abril de 2021, às 17 horas, em sessão pública na Plataforma RNP de conferência desta Universidade, na presença da Banca Examinadora presidida pelo Professor Dr. Ricardo de Souza Magini e pelos examinadores:


- 1 – Dr^a Glaucia Santos Zimmermann,
- 2 – Dr. Cesar Augusto Magalhães Benfatti,


o aluno Eduardo Alan Blank apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:

“UMA REVISÃO SOBRE A ETIOLOGIA DAS RECESSÕES MARGINAIS”
como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela **APROVAÇÃO** do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.


 Documento assinado digitalmente
Ricardo de Souza Magini
Data: 19/04/2021 11:46:07-0300
CPF: 471.383.439-49
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Presidente da Banca Examinadora

 Documento assinado digitalmente
Glaucia Santos Zimmermann
Data: 26/04/2021 13:36:03-0300
CPF: 806.430.869-00
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

 Documento assinado digitalmente
Cesar Augusto Magalhaes Benfatti
Data: 11/05/2021 15:36:15-0300
CPF: 278.197.338-61
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Examinador 2

 Documento assinado digitalmente
Eduardo Alan Blank
Data: 23/04/2021 08:14:25-0300
CPF: 064.026.289-99
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Aluno