

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA**

FÁBIO AURÉLIO FREITAS DA SILVA
RENATA BEATRIZ PORTELA DE OLIVEIRA
PROFESSOR-ORIENTADOR: MARCELO CARVALHO

ETIOLOGIA DAS RECESSÕES MARGINAIS
Revisão de Literatura

Rio de Janeiro
2022.2

ETIOLOGIA DAS RECESSÕES MARGINAIS
Revisão de Literatura
ETIOLOGY OF MARGINAL RECESSIONS
Literature review

Nome (s) do (s) autor (es):

Fábio Aurélio Freitas da Silva: Graduando do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José.

Renata Beatriz Portela de Oliveira: Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José.

Orientador

Prof. Marcelo Carvalho

Titulação Acadêmica: Prof. Esp., Prof. Me. ou Prof. Dr. em xxxxx

RESUMO

Este artigo tem como tema a Etiologia das Recessões Marginais. Propõe revisar a literatura descritiva analítica dos principais artigos presentes sobre as recessões marginais, através da literatura, os vários fatores relacionados a patogênese das recessões marginais na odontologia, por meio de buscas em bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: Bireme, Lilacs, Medline, Scielo e livros. A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar, através da literatura, os vários fatores relacionados a patogênese das recessões marginais na odontologia. Como objetivos específicos: Apresentar as classificações das recessões marginais; descrever sobre a etiologia e diagnóstico das recessões; e apontar as opções de tratamento para as recessões marginais. Concluiu-se que embora a etiologia da recessão gengival permaneça incerta, o que sugere a necessidade contínua de estudos, vários fatores predisponentes têm sido sugeridos, os mais mencionados na literatura referem-se ao biofilme bacteriano, escovação traumática, fatores locais de retenção de placa, tabagismo e movimentação ortodôntica. As recessões marginais teciduais podem afetar tanto pacientes com boa ou má higiene bucal. Existem várias técnicas cirúrgicas para tratar as recessões gengivais, como a que utiliza tecido conjuntivo subepitelial (a chamada técnica de envelope) para recobrimento radicular, e suas modificações. O enxerto gengival é usado com o objetivo principal de cobertura da raiz, para melhorar a estética e aumentar a largura da gengiva aderida. A técnica considerada com melhor recobrimento radicular é o enxerto de tecido conjuntivo gengival.

Palavras-chave: Etiologia, Retração gengival, Gengiva.

ABSTRACT

This article is about the Etiology of Marginal Recessions. It proposes to review the analytical descriptive literature of the main articles present on marginal recessions, through the literature, the various factors related to the pathogenesis of marginal recessions in dentistry, through searches in databases of the Virtual Health Library: Bireme, Lilacs, Medline, Scielo and books. This research has the general objective of analyzing, through the literature, the various factors related to the pathogenesis of marginal recessions in dentistry. As specific objectives: To present the classifications of marginal recessions; describe about the etiology and diagnosis of recessions; and point out treatment options for marginal recessions. It was concluded that although the etiology of gingival recession remains uncertain, which suggests the continued need for studies, several predisposing factors have been suggested, the most mentioned in the literature referring to bacterial biofilm, traumatic brushing, local factors of plaque retention, smoking and orthodontic movement. Marginal

tissue recessions can affect both patients with good and poor oral hygiene. There are several surgical techniques to treat gingival recessions, such as the one that uses subepithelial connective tissue (the so-called envelope technique) for root coverage, and its modifications. Gingival grafting is used with the main objective of covering the root, to improve aesthetics and to increase the width of the attached gingiva. The technique considered with better root coverage is the gingival connective tissue graft.

Keywords: Etiology, Gingival recession, Gingiva.

1 INTRODUÇÃO

Com a mudança de paradigmas na prática odontológica, a odontologia estética tem evoluído para uma abordagem interdisciplinar, passando a englobar procedimentos multidisciplinares que visam à correção da forma, contorno, textura e coloração dos tecidos gengivais, tendo como objetivo contribuir para a restauração da harmonia do sorriso dos pacientes. Uma das preocupações estéticas mais comuns, associada com tecidos periodontais, é a recessão gengival (SOUZA MELO et al., 2018).

As recessões gengivais têm como características a migração apical da margem causada por diferentes patologias, contudo, o termo recessão marginal tecidual tem sido considerado mais preciso que recessão gengival, pois o tecido marginal em recessão incluir a mucosa alveolar (STEFFENS, MARCANTONIO, 2018).

As recessões gengivais foram classificadas em 1985 por Miller em quatro classes, conforme o nível ósseo alveolar, de acordo com sua previsibilidade do recobrimento da raiz, sendo esta a mais atualizada nos dias atuais, mesmo após várias classificações terem sido relatadas, incluindo Sullivan e Atkins em 1968, Smith em 1997 e Mahajan em 2010 (GUTTIGANUR et al., 2018).

A etiologia das recessões marginais ainda é obscura, mesmo com estudos sugerirem ser o processo inflamatório um fator que influencie no desenvolvimento de defeitos periodontais. Fatores como o biofilme dental ou presença de trauma, através da escovação, uso de fio dental ou movimentos ortodônticos, são relacionadas comumente às recessões marginais. A etiologia da recessão marginal é multifatorial; assim, apenas um único fator pode não causar, necessariamente, recessões marginais (VITOR, 2019).

Estes fatores são descritos como fatores precipitantes e podem ser compreendidos como hábitos adquiridos ou condições que podem desencadear as recessões (CUNHA et al., 2014).

Vários tratamentos têm sido propostos, incluindo o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, entretanto, ainda não existe uma conformidade sobre o protocolo clínico para o tratamento de recessão gengival. Contudo, as terapias mais comuns tem relação à prevenção dos fatores etiológicos, ajustes oclusais, reorientações na escovação e procedimentos restauradores, além das técnicas cirúrgicas para recobrimento radicular (SOUZA MELO et al., 2018).

Diante do exposto, esta pesquisa traz como questão norteadora: Como a literatura tem contemplado a questão da etiologia das recessões marginais no auxílio do seu diagnóstico e tratamento? Como hipótese: H0: O conhecimento da etiologia das recessões marginais auxilia no seu diagnóstico e tratamento mais eficazes. H1: O conhecimento da etiologia das recessões marginais não tem influencia em auxiliar no seu diagnóstico e no seu tratamento.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa tem como objetivo geral analisar, através da literatura, os vários fatores relacionados a patogênese das recessões marginais na odontologia. Como objetivos específicos: Apresentar as classificações das recessões marginais; descrever sobre a etiologia e diagnóstico das recessões; e apontar as opções de tratamento para as recessões marginais.

O estudo justifica-se pela importância do conhecimento sobre recessões marginais, que diariamente, têm sido diagnosticadas nos consultórios odontológicos demonstrando um novo cenário da odontologia. Diante da alta prevalência e dos problemas clínicos, além dos problemas estéticos, associados com as recessões marginais é relevante o conhecimento dos fatores etiológicos, que são importantes para um diagnóstico preciso, direcionando um planejamento e execução de tratamento mais eficaz.

O presente estudo trata-se de um estudo descritivo analítico representado por meio de uma revisão de literatura dos principais artigos presentes nas fundamentais fontes de buscas existentes.

A seleção de artigos foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: Bireme, Lilacs, Medline, Scielo e livros. Os seguintes descritores foram

utilizados em várias combinações: Etiologia, Retração gengival, gengiva. Os critérios de inclusão dos artigos da presente revisão serão: artigos que abordem o tema de recessão marginais nos últimos cinco anos, artigos disponíveis na íntegra na língua portuguesa. Além dos artigos oriundos da busca, ainda foram incluídos artigos encontrados nas referências dos artigos já selecionados, por se tratarem de artigos clássicos ou de importância significativa para o desenvolvimento do assunto.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Etiologia das recessões gengivais

O conhecimento da etiologia das recessões gengivais evoluiu muito ao longo das décadas. Na década de 1960, o clássico estudo experimental em humanos mostrou que para o estabelecimento e desenvolvimento das doenças periodontais. Souza et al. (2016) relataram que as recessões gengivais são um dos problemas estéticos e funcionais mais comuns na Periodontia, e também um dos mais complexos quanto à etiologia e às modalidades de tratamento. Elas são comuns e podem acometer até 50% dos indivíduos, tendo pelo menos um ou mais locais com 1 mm ou mais de exposição da raiz, além de afetar pacientes com boa ou má higiene bucal, prevalecendo mais no sexo masculino e em idades mais avançadas. Pode ser localizada ou generalizada e pode afetar uma ou várias superfícies dentárias.

O estudo quanto às classificações das recessões gengivais é muito amplo, existindo, assim, muitas propostas de definição. A maior parte dos métodos de classificação não fornece toda a informação necessária relacionada com a recessão do tecido marginal, informação essa que é importante para o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento e até para facilitar a comunicação entre os clínicos. De todos os sistemas de classificação existentes, o proposto por Miller é o mais amplo, aceito e utilizado (LIMA, 2018).

De acordo com Vitor (2019), a etiologia da recessão gengival é multifatorial; então, um único fator, sozinho, pode não necessariamente causar recessão gengival. Fatores associados à recessão gengival podem ser categorizados em dois

tipos: fatores predisponentes (deiscência óssea, mal posicionamento dos dentes, tecido gengival fino, mucosa queratinizada/ligada inadequadamente) e fatores precipitantes (escovação excessiva, hábitos de fumar, utilização de *piercing* oral, inflamação induzida por placa bacteriana, tratamento dentário, restaurações subgengivais e certos tipos de movimento dentário ortodôntico, entre outros).

Os fatores predisponentes são principalmente variações da morfologia do desenvolvimento que podem impor um risco maior de recessão, enquanto os fatores precipitantes são hábitos adquiridos ou condições que levam à recessão gengival. Levantamentos epidemiológicos e estudos longitudinais apontam que a recessão gengival é altamente prevalente na população adulta, 88% das pessoas com idade \geq 65 anos e 50% entre 18 e 64 anos têm pelo menos um local com recessão. O mecanismo na qual ocorre a recessão gengival ainda não é bem entendido sendo uma particularidade relatada na maioria das populações, tanto em países desenvolvidos quanto em subdesenvolvidos, constitui um evento comum na clínica odontológica, frequentemente percebida pelos indivíduos, e levando a busca por orientações profissionais e tratamento (SOUZA MELO et al., 2018).

Fernandes-Costa et al. (2016) discutiram a influência de determinados fatores sobre os resultados dos procedimentos para recobrimento radicular causados pela recessão gengival que podem tratamento pode ser de difícil execução caso fatores complicadores estejam associados. Durante o estudo, o fumo foi o fator mais discutido na literatura e os resultados mostram que pode interferir negativamente no tratamento cirúrgico da recessão gengival, embora pacientes fumantes possam apresentar bons resultados desde que façam um bom controle do biofilme dentário. Em relação à lesão cervical não cariosa, os resultados mostram que os recobrimentos radiculares são iguais, em curto e em longo prazo, independente da lesão cervical não cariosa estar restaurada ou não ou com qual material restaurador. Indivíduos que apresentam biótipo periodontal espesso apresentaram melhor prognóstico quanto ao recobrimento radicular. Os autores concluíram que o tratamento da recessão gengival é complexo devido estar ligado a vários fatores relacionados ao indivíduo, desde fatores anatômicos a hábitos que o mesmo apresente, sendo o fumo um dos fatores que limitam a previsibilidade do tratamento das recessões gengivais.

O mecanismo na qual ocorre a recessão gengival ainda não é bem entendido, mas parece ser um processo de natureza inflamatória (VITOR, 2019).

A etiologia da recessão gengival é multifatorial; então, um único fator, sozinho, pode não necessariamente causar recessão gengival. Fatores associados à recessão gengival podem ser categorizados em dois tipos: fatores predisponentes (deiscência óssea, mal posicionamento dos dentes, tecido gengival fino, mucosa queratinizada/ligada inadequadamente) e fatores precipitantes (a escovação traumatogênica; próteses mal adaptadas; grampos; barras ou selas de prótese parcial removível; violação do espaço biológico; incisões relaxantes mal posicionadas; movimentação ortodôntica e fumo). Todos esses fatores apenas ocorrerão na presença de um periodonto predisponente, que resultará em uma inflamação, desencadeando a doença periodontal (LACERDA et al., 2011).

De acordo com Chan et al. (2015) relataram que a recessão gengival pode ser mais comum em pacientes com tecidos gengivais mais finos, em relação àqueles com tecidos gengivais mais espessos. A espessura gengival facial parece estar positivamente associada à sua espessura da placa alveolar. Acredita-se que o tecido mais fino seja mais suscetível à recessão do que o tecido mais espesso, após tratamento periodontal não cirúrgico ou cirúrgico. Outro fator predisponente que leva à recessão gengival é a tração do freio/frênulo. Acredita-se que quando a inserção do frênulo está próxima à margem gengival, o estiramento repetido do mesmo durante a função oral pode exercer forças que de alguma forma comprometem a margem do tecido mucoso ou a higiene bucal, levando à recessão gengival. No entanto, estudos transversais não conseguiram demonstrar uma associação das recessões com o frênulo (CHAN et al., 2015).

Ribeiro et al. (2015) correlacionam a recessão gengival com a Periodontia (e Ortodontia) ao relatarem que a escovação traumática e a higiene oral deficiente colaboram para o surgimento das recessões. Uma escovação traumática contribui para a progressão de uma doença periodontal. Porém, uma escovação deficiente causaria também recessão devido à placa bacteriana. E já é comprovado que a placa bacteriana está envolvida na redução da altura do periodonto.

É comum também a mucosa queratinizada inadequada, mais comumente definida como igual ou menor que 2 mm, concomitantemente à recessão gengival, sendo assim considerada um fator predisponente de recessão gengival, outro fator

predisponente está relacionado as práticas de higiene bucal (escovação extremamente boa ou desfavorável). Na higiene excessiva com escovação meticulosa na gengiva, podem ocorrer traumas na gengiva levando à recessão. Ao contrário, a má higiene bucal está associada à recessão devido à inflamação induzida por placa e à subsequente perda de inserção. Parece que vários fatores relacionados à escovação dentária podem contribuir para a recessão, tais como a força de escovação, a dureza da escova, a frequência e a duração da escovação, bem como a frequência das escovas dentais modificadas e as técnicas de escovação e tipos de escovas manuais ou elétricas. Em casos de higiene bucal excessivamente zelosa e insuficiente, é provável que a resposta inflamatória contribua para a destruição do tecido, resultando em recessão gengival (CHAN et al., 2015).

Para Shkreta et al. (2018), o manejo bem-sucedido das recessões gengivais tem como fatores determinantes a identificação de seus agentes etiológicos e a eliminação dos mesmos, a avaliação do grau de envolvimento dos tecidos e a seleção e implementação cuidadosa do procedimento cirúrgico adequado com o intuito de cobrir adequadamente a raiz, melhorar a estética dos tecidos moles e diminuir a sensibilidade.

2 Classificação das recessões gengivais

A primeira classificação sobre recessão gengival foi proposta por Sullivan e Atkins, em 1968, e tinham como princípio classificar as recessões quanto a sua profundidade e largura. Nesta classificação, as recessões são: (1) profundas e largas; (2) rasas e largas; (3) profundas e estreitas; e (4) rasas e estreitas. A seguir, Benqué et al., em 1983, propuseram uma classificação de acordo com as letras do alfabeto e atribuíram a cada tipo um valor de prognóstico. Assim, recessões em U têm um prognóstico ruim e as recessões em V, que são curtas e longas, têm um prognóstico mais favorável (CAZELATO, 2011).

As recessões gengivais podem causar vários danos como abrasões, lesões, cáries e hipersensibilidade da superfície da raiz. Os pacientes também podem desenvolver sintomas dolorosos após a cirurgia, acabando por não realizar higiene

bucal adequada e podendo surgir problemas de cáries e doença periodontal (GUIMARÃES et al., 2012).

Miller (1985 apud SHKRETA et al., 2018) criou a classificação do defeito de recessão com base na altura das papilas interproximais e do osso interdental adjacente à área do defeito, e a relação da margem gengival com a junção mucogengival. Esta classificação é útil ao decidir sobre as opções de tratamento. Atualmente, é a classificação mais utilizada.

As recessões gengivais foram classificadas por Miller, em quatro classes, de acordo com o nível ósseo alveolar. Na Classe I sem perda óssea interproximal, interdental ou de tecido mole e a recessão não ultrapassa a linha mucogengival; na Classe II sem perda óssea interproximal, mas a recessão gengival ultrapassa a linha mucogengival; na Classe III ocorre perda óssea horizontal e deslocamento apical das papilas ou extrusão dental; e na Classe IV observa-se perda óssea com septos ósseos em alturas variadas, acompanhando as papilas, figura 1 (LACERDA et al., 2011).

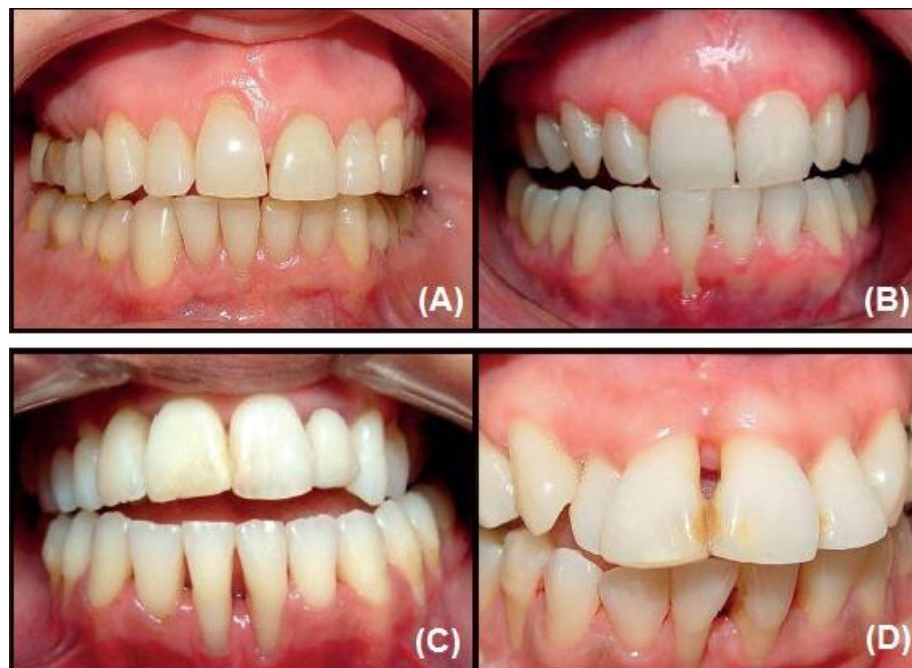


Figura 1. Classificação de Miller: (A) Classe I; (B) Classe II; (C) Classe III; e (D) Classe IV.

Fonte: Souza et al., 2016.

Guttiganur et al., (2018), apresentam outras classificações mais atuais. Segundo eles, Smith, em 1997, propôs uma classificação para avaliar a extensão

vertical e horizontal do defeito. O grau de componente horizontal foi expresso como um valor variando de 0 a 5, dependendo da gravidade da exposição da JEC, enquanto a extensão vertical da recessão foi medida em milímetros usando uma sonda periodontal em um intervalo de 0-9.

Mahajan (2010 apud GUTTIGANUR et al., 2018) propôs uma modificação da classificação de Miller em quatro classes. Classe I (defeitos de recessão gengival não se estendendo à junção mucogengival); Classe II (defeitos de recessão gengival que se estendem à junção mucogengival ou além dela); Classe III (defeitos de recessão gengival com perda óssea ou de partes moles na área interdental até o terço cervical das superfícies radiculares e/ou mal posicionamento dos dentes); Classe IV (defeitos de recessão gengival com perda severa de osso ou tecido mole na área interdental maior que um terço da superfície da raiz e/ou mau posicionamento grave dos dentes).

3. TRATAMENTO

Venturim et al. (2011) relataram que no tratamento ou prevenção das recessões gengivais pode-se optar em não realizar nenhuma intervenção, utilizar o enxerto para prevenir a recessão, estabilizar a recessão já existente ou recobrir a raiz desnuda. Contudo, nem todas as raízes expostas necessitam de tratamento cirúrgico, as indicações devem considerar o comprometimento estético, áreas com hipersensibilidade dentinária ou dificuldade no controle mecânico do biofilme dental. A presença de faixa estreita de gengiva queratinizada não é um fator determinante para a realização de procedimentos cirúrgicos, pois havendo adequado controle mecânico não ocorrerá progressão da recessão gengival.

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).

O enxerto gengival é usado com o objetivo principal de cobertura da raiz, para melhorar a estética e aumentar a largura da gengiva aderida. Esse procedimento retira o epitélio e o tecido conjuntivo do palato e o implanta em um leito receptor. Este enxerto não retém o seu próprio fornecimento de sangue e depende dos vasos sanguíneos receptores. De acordo com o autor, a técnica com melhor recobrimento radicular é o enxerto de tecido conjuntivo gengival (CUNHA et al., 2014).

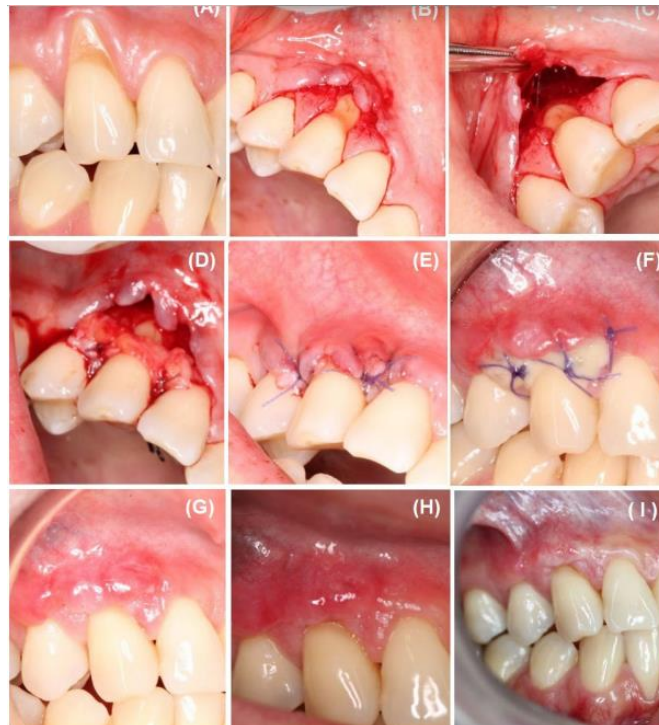


Figura 2 – Enxerto de tecido conjuntivo.

Fonte: Cunha et al. (2015)

Conforme Cunha (2014), no tratamento de recessões de classe I com espessura gengival fina, os retalhos pediculados (coronal e lateral) são contraindicados. Nas recessões de classe II e III, em um tecido gengival fino, é preciso, ao mesmo tempo, pensar em certo recobrimento radicular e na criação de uma faixa de mucosa ceratinizada. Desta forma, em áreas não estéticas pode-se utilizar o enxerto gengival livre em um primeiro procedimento cirúrgico e um reposicionamento coronário em um segundo estágio. Em áreas estéticas, pode-se utilizar do retalho reposicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo gengival. Importante ressaltar que, nas recessões de classe II e III em áreas estéticas, a técnica do enxerto por envelope é contraindicada, uma vez que é necessário que dois terços do enxerto fiquem recobertos pelo retalho. Como se trata

de recessões amplas, dificilmente haveria tecido conjuntivo doador suficiente para tal.

De acordo com Lacerda et al. (2011), o tratamento periodontal na recessão gengival tem por objetivo regenerar a perda do aparelho de inserção dos dentes. Para isso existem vários procedimentos regenerativos com potencial de corrigir não só essa recessão, aumentando a altura e a largura da gengiva, mas também de obter recobrimento radicular parcial ou completo.

Dentre as técnicas cirúrgicas existentes estão: técnica bilaminar com enxerto gengival, técnica de retalhos de reposicionamento lateral, técnicas de retalho de reposicionamento coronal (RRC), técnicas de retalho de reposicionamento coronal em associação com enxerto de tecido conjuntivo (RRC + ETC). Outras técnicas são: o retalho de papila dupla, o retalho semilunar e o enxerto alógeno (matriz dérmica acelular) (LACERDA et al., 2011; ROSADO, 2015).

Existem várias técnicas cirúrgicas para tratar as recessões gengivais, como a que utiliza tecido conjuntivo subepitelial (a chamada técnica de envelope) para recobrimento radicular, figura 3, e suas modificações (SHKRETA et al., 2018).

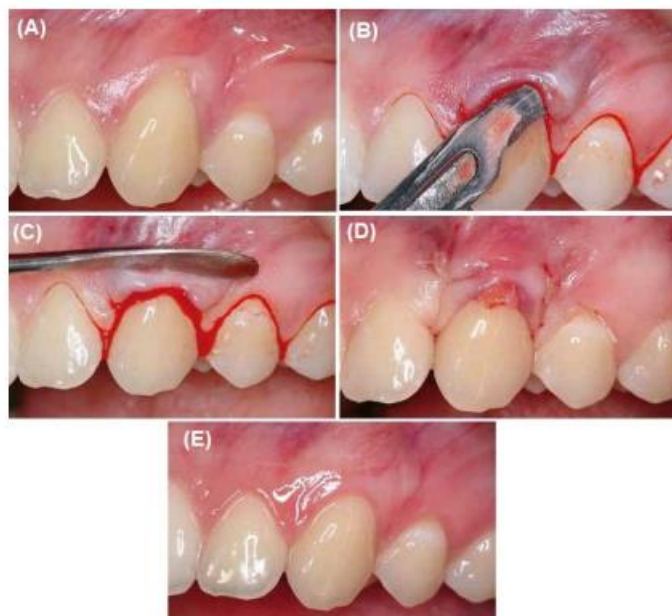


Figura 3 – Recobrimento radicular com a técnica do envelope

Fonte: Joly et al., 2009.

Para Kumar et al. (2012), a técnica de retalho de papila dupla é uma técnica alternativa para cobrir recessões isoladas e corrigir defeitos gengivais em áreas com tecido gengival insuficiente. Os autores relataram o caso de um paciente do sexo masculino, 32 anos, não fumante, sem história sistêmica contribuinte, que queixou-se de recessão gengival na região inferior do dente anterior. A recessão ocorreu devido à escovação dentária incorreta e não houve perda de tecido mole interdental, mau posicionamento e perda óssea interproximal, figura 4. O retalho de papila dupla foi indicado na recessão Millers Classe II, com gengiva inserida inadequadamente por causa da largura e comprimento suficiente da papila interdentária em ambos os lados da área de recessão gengival. Esta técnica utiliza as papilas interdentárias adjacentes à recessão gengival para cobrir recessões com menor tensão ao retalho pediculado.

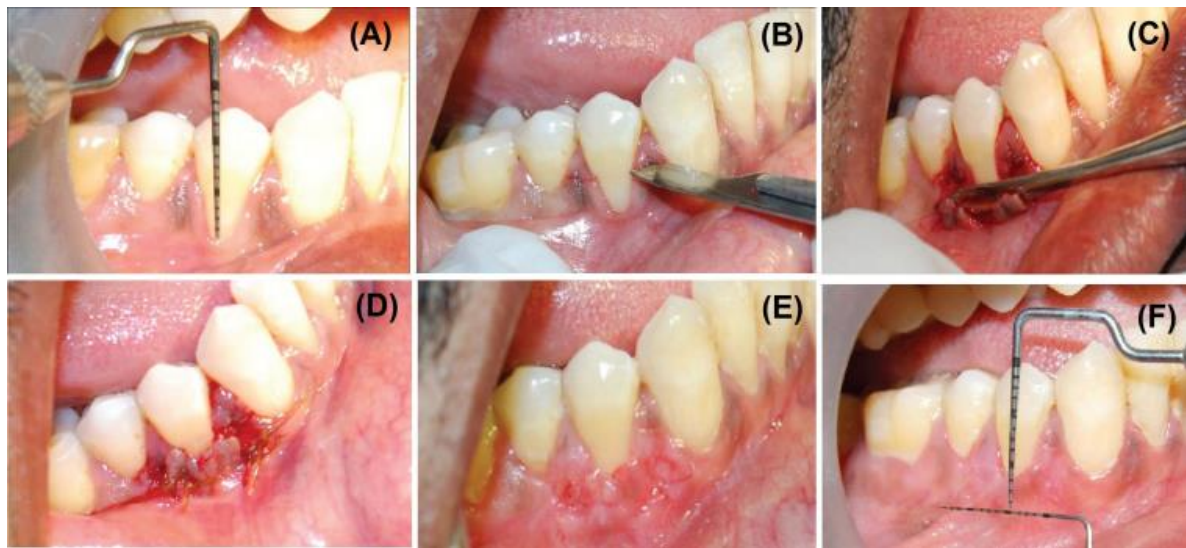


Figura 4. Técnica de retalho de papila dupla

Fonte: KUMAR et al., 2012.

Conforme Chan et al. (2015), a correção cirúrgica de uma recessão gengival é frequentemente considerada quando um paciente levanta uma preocupação com a estética ou hipersensibilidade dentária, há recessão gengival ativa e o tratamento ortodôntico/restaurador será implementado em um dente com presença de fatores predisponentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.

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. As recessões marginais teciduais apresentam etiologia multifatorial e muitas vezes são resultados de vários fatores combinados, contudo um único fator, sozinho, pode não necessariamente causar recessões marginais.

. Dentre os fatores mais descritos na literatura que podem causar por si só as recessões marginais teciduais, são destacados 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. Destes podem ser 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.

As recessões gengivais podem causar vários danos como abrasões, lesões, cáries e hipersensibilidade da superfície da raiz. Os pacientes também podem desenvolver sintomas dolorosos após a cirurgia, acabando por não realizar higiene bucal adequada e podendo surgir problemas de cáries e doença periodontal

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.

As recessões marginais teciduais podem afetar tanto pacientes com boa ou má higiene bucal. Existem várias técnicas cirúrgicas para tratar as recessões gengivais, como a que utiliza tecido conjuntivo subepitelial (a chamada técnica de envelope) para recobrimento radicular, e suas modificações. O enxerto gengival é

usado com o objetivo principal de cobertura da raiz, para melhorar a estética e aumentar a largura da gengiva aderida. A técnica considerada com melhor recobrimento radicular é o enxerto de tecido conjuntivo gengival.

Embora a etiologia da recessão gengival permaneça incerta, o que sugere a necessidade contínua de estudos, vários fatores predisponentes têm sido sugeridos, os mais mencionados na literatura referem-se ao biofilme bacteriano, escovação traumática, fatores locais de retenção de placa, tabagismo e movimentação ortodôntica.

REFERÊNCIAS

CAZELATO, L. S. **Etiologia e classificação das recessões gengivais**. 2011. 28 f. Monografia (Especialização em Periodontia). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. São Paulo, 2011.

CHAN, H-L.; CHUN, Y-H. P.; MACEACHERN, M. Does gingival recession require surgical treatment? **Dental Clinics of North America**, v. 59, n. 4, p. 981-996, out. 2015.

CUNHA, F. A. et al. Decisão quanto à escolha da técnica de recobrimento radicular. **PerioNews**, v. 8, n. 4, p. 138-144, 2014.

FERNANDES-COSTA, A.N.; NASCIMENTO, D.F.; MARTINS, A.R.L.A.; DANTAS, E.M.; GURGEL, B.C.V. Fatores associados ao sucesso do tratamento cirúrgico das recessões gengivais: revisão da literatura. **Revista Ciência Plural**, v.2, n.2, p. 84-98. 2016.

GUIMARÃES, G., ROMANO, T.G., NARDO A.P., ALEIXO, R.Q. Case Report - Subepithelial Connective Tissue Graft for the Treatment of Gingival Recession Class II. **Saber Científico Odontológico**, Porto Velho, v.2, n.1, p. 84 - 94, jan/jun., 2012.

GUTTIGANUR, N. et al. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. **Indian Journal of Dental Research**, v. 29, n. 2, p. 233-237, mar./abr. 2018.

KUMAR, P. M. et al. Double papilla flap technique for dual purpose. **Journal of Orofacial Sciences**, v. 4, n. 1, p. 75-78, 2012.

LACERDA, A. C. Q. et al. Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e De Sanctis. **RGO – Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 59, n. 2, p. 313-317, abr./jun. 2011.

LIMA, R.A. **Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para recobrimento radicular: relato de caso**. 2018. Dissertação (trabalho de conclusão do curso de

odontologia), Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/2369>. Acesso em: 30 ago. 2022.

RIBEIRO, G. L. U. Considerações sobre recessão gengival e sua resolução através da Ortodontia e Periodontia. **Orthodontic Science and Practice**, v. 8, n. 31, p. 415-421, 2015.

ROSADO, A. E. A. **Técnicas Cirúrgicas no Tratamento de Recessões Gengivais: Revisão da Literatura**. 2015. 69 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária). Universidade de Lisboa. Portugal, 2015.

SHKRETA, M. et al. Exploring the Gingival Recession Surgical Treatment Modalities: A Literature Review. **Open Access Macedonian Journal of Medicine**, v. 6, n. 4, p. 698-708, abr. 2018.

SOUZA, L.F. et al. Prevalência de recessão gengival em alunos de odontologia da UNIGRANRIO – RJ – **Brasil Braz J Periodontol**, v.26, n.4, p.24-28, 2016.

SOUZA-MELO, W.O.; CARNEIRO, A.D.G.; PEREIRA, J.V.; GOMES, R.C.B. Percepção de estudantes de Odontologia sobre recessão gengival. **Arch Health Invest**, v. 7, n.6, p. 243-246, 2018.

STEFFENS JP, MARCANTONIO RC. Classificação das doenças Periodontais e Peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. **Revista de Odontologia da Universidade Estadual de São Paulo**, 2018; 44(4): 189-197.

VENTURIM, R.T.; JOLY, J.C.; VENTURIM, L.R. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, suplemento 0, p. 147-152, jan./jun., 2011.

VITOR, G.P. Recessão gengival: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 178–185, 2019.