



**Universidade Estadual de Campinas**  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



Leonardo Schiavuzzo Cazelato  
Cirurgião-dentista

## **Etiologia e Classificação das Resseções Gengivais**

**Orientador:** Drº Antonio Wilson Sallum

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual Campinas para obtenção do título de Especialista em Periodontia

Piracicaba

2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**  
Bibliotecária: Elis Regina Alves dos Santos – CRB-8<sup>a</sup> / 8099

Cazelato, Leonardo Schiavuzzo.

C319e Etiologia e classificação das recessões gengivais/ Leonardo Schiavuzzo Cazelato. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2011.

28f.

Orientador: Antonio Wilson Sallum.

Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Periodontia. 2. Retração gengival. I. Sallum, Antonio Wilson.  
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(eras/fop)

## **Dedicatória**

Ao meu pai Edmur Cazelato e minha mãe Sônia S. Cazelato por sempre me incentivar a busca incessante do conhecimento. Pelo exemplo e amor a mim dedicado.

Ao meu irmão, Thiago Cazelato, e a toda minha família, pelo apoio, carinho e estímulo.

A minha noiva Marília, minha grande companheira. Obrigada pela compreensão aos meus dias de ausência e pela calma nos meus momentos de tensão. A você todo meu amor e admiração.

## **Agradecimentos**

A todos os professores da especialização Periodontia FOP/UNICAMP, Enilson, Edwil, Vinicius, Francisco, Sallum e Marcio. Obrigado por dividir o conhecimentos de vocês comigo.

A todos os colegas da especialização, Ana Regina, Tiago, Juliana, Miki, Juliana, Marina, Marília e Andrea Periodontia FOP/UNICAMP. Obrigado

A todos os pós graduando Hugo, Tatiana, Lucas “Careca”, Ana e Renato. Obrigado

A amiga Nathália Barbosa e Cora Mattos pela atenção, amizade, e por tornarem meus dias na especialização tão agradável. Obrigado

Aos funcionários da FOP principalmente Joana e Rosangela, que facilitaram todo o trabalho para que esta especialização fosse realizada com sucesso.

Ao meu amigo Lucas Queiroz, pela amizade, paciência e por confiar em mim e pela sabedoria. Obrigado

A todos que de alguma forma contribuíram na realização desse trabalho e minha formação.

Muito Obrigado.

*“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.*

***Chico Xavier.***

## **Resumo**

A recessão gengival é o deslocamento da gengiva marginal apicalmente a junção amelocementária. Os fatores etiológicos primários da recessão gengival são o biofilme dental e a escovação traumática. Como fatores associados podem ser citados as inserções altas de freios e bridas, vestibulo raso, mau posicionamento dentário, deiscência e fenestração óssea e fatores iatrogênicos relacionados aos procedimentos restauradores e periodontais. A recessão gengival é uma alteração em tecido mole e tecido duro respectivamente, que parecem aumentar com a idade. Suas conseqüências são de hipersensibilidade, carie de raiz e comprometimento estético. O presente trabalho faz uma revisão de literatura mostrando as varias causas da etiologia das recessões gengivais, suas alterações, o diagnostico dos seus fatores causais assim como suas classificações.

## **Abstract**

The gingival recession it's the migration of gingival margin to apical cemento-enamel. The primary etiologic factors of gingival recession is the biofilm and traumatic brushing. Associated factors can be cited high insertin of frenal attachment, shallow vestibule, dental malposition, bone dehiscence and fenestration and iatrogenic factors related to periodontal and restorative procedures. Gingival recession is a change of hard and insoft tissue respectively, which seem to increase with age. Their consequences are hypersensitivity , root caries and aesthetic commitment. This paper reviews the literature show all the cause of gingival recession etiology, yours alterations, the diagnostic of cause factors thus like yours classification.

# Sumário

<b>1</b>	Introdução.....	8
<b>2</b>	Proposição.....	10
<b>3</b>	Revisão de Literatura.....	11
<b>3.1</b>	Definições.....	11
<b>3.2</b>	Causas.....	11
<b>3.3</b>	Fatores Predisponentes.....	12
<b>3.3.1</b>	Má posição dentaria.....	12
<b>3.3.2</b>	Tração de freios e bridas.....	13
<b>3.4</b>	Fatores Desencadeantes.....	14
<b>3.4.1</b>	Inflamação.....	15
<b>3.4.2</b>	Escovação Traumática.....	16
<b>3.4.3</b>	Movimentação Ortodôntica.....	17
<b>3.5</b>	Classificação.....	18
<b>4</b>	Discussão.....	20
<b>5</b>	Conclusão.....	24
<b>6</b>	Referências.....	25



# 1. Introdução

O periodonto tem a função de inserir o dente no tecido ósseo dos maxilares e manter a integridade da superfície da mucosa mastigatória da cavidade oral. O periodonto é formado pelos seguintes tecidos: a gengiva, o ligamento periodontal, o cemento radicular e o osso alveolar (Lindhe, 2008).

De acordo com o Glossário de Termos Periodontais (The American Academy of Periodontology, 2001) a recessão ou retração gengival é definida como “a localização do tecido marginal à junção esmalte-cemento” A recessão foi definida por Guinard e Caffesse em 1977 como um desnudamento parcial da superfície radicular devido à migração apical gengiva marginal.

Devido à exposição do cemento, a recessão gengival pode trazer como consequência maior susceptibilidade à cárie de raiz, dentina, além do comprometimento estético. O paciente pode desenvolver sintomatologia dolorosa levando a negligenciar os princípios básicos de higiene oral, podendo surgir quadros de carie e doença periodontal.

A prevalência de recessão gengival tem sido relatada tanto em indivíduos com doença periodontal quanto nos indivíduos que apresentam bom controle de placa. Existem vários fatores que podem desencadear o processo de recessão, entre eles podemos citar a escovação traumática, deiscência do osso alveolar, doença periodontal, mau posicionamento dentário, inserções anormais e fatores iatrogênicos (Carranza Junior & Newman, 1997).

A recessão gengival é o deslocamento da margem gengival apical junção cimento-esmalte, com exposição da superfície radicular. Caracteriza-se por uma perda de inserção do periodonto, pois todos os seus tecidos e não somente a gengiva se desloca na direção apical, podendo assim ter uma função comprometida (Lindhe, 2008).

## **2. Proposição**

Tendo em vista a complexa área de atuação do cirurgião dentista e o numero de pessoas que apresentam um quadro de recessões gengivais, este trabalho visa através de uma revisão bibliográfica estudar as classificações das recessões gengivais e analisar sua prevalência, para que consigamos diagnosticá-las através de exame clinico de rotina.

## **3. Revisao de Literatura**

### **3.1 Definições**

De acordo com o Glossário de Termos Periodontais (The American Academy of Periodontology, 2001) a retração ou recessão gengival é definida como “a localização do tecido marginal apicalmente à junção esmate-cimento”.

Estudos longitudinais demonstraram que a recessão gengival é um achado comum tanto em pacientes com alto padrão de higiene oral como em pacientes com ausência de cuidados odontológicos (Serino *et al.*, 1994).

As recessões gengivais geralmente estavam relacionadas com a mínima extensão, ou ausência, de gengiva inserida. E que eram caracterizadas por exposição progressiva da superfície radicular podendo ser localizadas, múltiplas ou generalizadas (Smith RG, 1997).

A recessão gengival é a condição em que há uma perda de inserção conjuntiva, deslocamento apical da gengiva marginal, não necessariamente acompanhada de perda de inserção óssea (Carranza, *et al.*, 2004).

### **3.2 Causas**

A recessão gengival inicia-se por uma inflamação que pode induzir a invaginação do epitélio para dentro do tecido conjuntivo. Enzimas liberadas por uma variedade de células teciduais, em resposta a agentes agressores, destroem o colágeno e sua matriz, havendo conseqüente destruição do tecido conjuntivo. Essa destruição pode eventualmente causar anastomose entre o epitélio da bolsa com o epitélio oral, formando uma fenda que pode evoluir para recessão. Se o tecido gengival for delgado, há probabilidade da recessão se tornar maior (Novaes, *et al.*, 1986).

A causa predominante para a recessão gengival localizada é o trauma de escovação em adolescentes, enquanto a doença periodontal pode ser a causa principal nos adultos (Wennström, 2005).

Uma das principais causas das recessões gengivais é causada pelo mau posicionamento dentária nas arcadas, a hereditariedade, um tecido fino e frágil também seria uma causa muito perceptível além do excesso de força na escovação provocando uma retração por trauma mecânico (Murray, 2007).

Löe, *et al* em 1992 avaliaram pacientes participantes de estudo paralelos longitudinais no Sri Lanka e na Noruega. Baseados nas características dos hábitos de higiene, presença ou ausência de cálculo, e prevalência ou ocorrência da doença periodontal; e concluíram que há dois tipos básicos de retração gengival: um associado a fatores mecânicos e outro ligado à progressão da doença periodontal, não sendo possível determinar um único fator causal para a retração gengival, mas, sim uma associação de vários fatores.

### **3.3 Fatores Predisponentes**

#### **3.3.1 Má posição dentária**

Recessão associada com dentes vestibularizados ocorrem em 40% dos pacientes entre 16 a 25 anos e aumenta para 80% dos pacientes entre 36 a 86 anos de idade. Esses achados foram informados por Murray, que examinou 4.000 indivíduos e constatou que a incidência de recessão gengival aumenta com a idade (Murray JJ, 1973).

Alguns estudos clínicos determinaram que muitos dos casos de recessão gengival estariam relacionados com o posicionamento dentário, apresentando rotação ou vestibularização (Parfitt & Mjor, 1964).

As malposições dentárias influenciam diretamente o aparecimento de recessões gengivais (Gorman, 1967) uma vez que os tecidos moles e duros adjacentes podem se apresentar reduzidos em alturas e espessuras.

Uma das principais causas da retração gengival é o mau posicionamento dentário. Um dente pode protuir, porque ele ficou apinhado, quando os dentes permanentes começaram a forçar a gengiva. Como resultado, um osso maxilar inadequado cobre a raiz do dente. O problema algumas vezes pode ser notado por volta dos 10 anos de idade.

Em dentes rotacionados, a linha do ângulo da raiz torna-se mais proeminente do que a face vestibular, que é relativamente lisa. Assim a importância do controle da mecânica ortodôntica bem como do biofilme bacteriano, no caso de dentes com giro versão, uma vez que estes são os mais suscetíveis ao desenvolvimento das recessões gengivais (Menezes, 2003).

Em estudo epidemiológico para avaliar as causas das recessões gengivais, (Stoner e Mazdyasna, 1980), observaram que os incisivos inferiores que apresentam recessões gengivais estavam freqüentemente vestibularizados.

### **3.3.2 Tração de Freios e Bidas**

A inserção anormal dos freios provoca tração anormal dos movimentos labiais levando a alterações nos tecidos periodontais como: dificuldade de manter o autocontrole do biofilme dental, recessões gengivais, tracionamento da parede mole da bolsa periodontal, além de causar afastamento dos incisivos, levando ao diastema. O diagnóstico da anormalidade confere ao profissional a indicação cirúrgica com várias finalidades, como periodontal, protética e ortodôntica (Lascale, N.T. e Lascale Junior, 1997).

Quanto à associação da recessão gengival com a inserção incorreta do freio, alguns estudos consideram a inserção como fator predisponente à recessão, entretanto é importante salientar que existe uma multiplicidade de fatores que são envolvidos com esta patologia (Duarte *et al.*, 2004).

A presença de freios e bridas não influencia a saúde gengival, mas na presença de inflamação, tensões causadas por estas estruturas podem resultar em recessões gengivais, principalmente em regiões onde a faixa de gengiva inserida é fina ou ausente (Mason; Eley, 1995).

Stoner e Mazdyasna (1980) em um estudo epidemiológico detectaram a inserção baixa ou mucosa do freio na maioria dos casos (86%), seguida da inserção gengival (12%). No entanto, ainda que com frequência mínima (2%), a inserção papilar estava presente em grande parte dos casos que apresentaram recessão na região dos incisivos inferiores.

### **3.4 Fatores Desencadeantes**

#### **3.4.1 Inflamação**

Löe *et al.*, em 1992 revelou que a doença periodontal destrutiva favorecia a recessão tecidual marginal.

Lascalea *et al.* 1980, afirmaram que o estado inflamatório, a ocorrência de dilacerações, escovação no sentido horizontal com cerdas duras, e ainda diferentes condições iatrogênicas, podem agravar o quadro. E somando essas condições com a doença periodontal poderiam conduzir rapidamente a recessão gengival.

Novaes *et al.*, 1986 concluíram que durante o processo inflamatório as projeções epiteliais do epitélio do sulco podem se encontrar com as projeções do epitélio oral, conseqüentemente isolando uma pequena área

do tecido conjuntivo que pode necrosar, dando início a formação de uma recessão gengival.

Baker & Seymour(1976), descreveram as lesões gengivais causadas pelo acúmulo de placa tem sido apontadas como o principal fator etiológico para o desenvolvimento das recessões gengivais.

Soares & Vargas (2001) observaram, em estudo com crianças que 66,66% dos sítios acometidos apresentavam recessão gengival inflamatória. Mostrando uma elevada prevalência de inflamação associada, afirmando que a placa bacteriana é um fator primordial para desenvolver a recessão gengival e que seu controle pode limitar ou até mesmo reverter o quadro. O reconhecimento precoce dessa condição clínica estudada é essencial para a instituição de programas de remoção de placa, envolvendo métodos de escovação que mantenham uma boa higiene oral, para paralisar ou reverter esta alteração gengival.

Dángelo, G.G. *et al* (2003) examinaram 150 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 16 e 57 anos, inscrita para tratamento odontológico nas clínicas de faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE). Desse total, 39 pacientes foram selecionados após exame clínico e diagnóstico da presença de recessão gengival. Das 420 superfícies dentárias estudadas, 282 (67,1%) tinham inflamação e 138 (32,9%) não apresentavam processo inflamatório. Observaram que percentuais de faces com inflamação variam de 52 % a 84% , destacando-se que foram mais elevadas entre os dentes anteriores superiores (84%), seguidos pelos anteriores inferiores (79,4%) e menos elevados entre os posteriores superiores (58,1%) e posteriores inferiores (52%). Os autores comprovaram uma associação estatisticamente significativa entre a inflamação e a recessão gengival.



### 3.4.2 Escovação Traumática

A escovação traumática é a causa mais freqüente na etiologia da recessão gengival. Uma vez que associada com outra causa ela se torna ainda mais grave, como por exemplo, quando associada à fina camada de gengiva e mau posicionamento dentário.

Hirschfeld (1923) relatou em seu artigo “A escovação: seu uso e abuso” como a escovação traumatogênica como principal fator causal para as recessões gengivais.

Já Gorman (1967) descreveu que ao trauma provocado por escovação traumática é a segunda maior causa das recessões gengivais só perdendo para malposição dentária.

O trauma provocado por força de escovação excessiva pode resultar em recessão gengival devido à abrasão dos tecidos gengivais (Joshi *et al.*, 1994; Parfite Mjor, 1964).

Procedimentos habituais de higiene oral, com escova ou fio/fita dentária, podem levar a lesões gengivais transitórias mínimas, embora a escovação seja muito importante para a saúde gengival, a técnica inadequada ou escovação com escovas de cerdas duras pode levar a recessões gengivais (Carranza, *et al.*, 2004)

Hirshfeld (1931) relacionou a técnica de escovação, a força excessiva e o desenho da escova com a ocorrência das recessões gengivais. Afirmou ainda que quanto mais longa e maior a força aplicada durante o movimento de escovação, maior é a capacidade de destruição, ao contrário de pequenos e suaves movimentos.

De acordo com Borghetti, Monnet-Corti (2002) o fator anatômico é predominante e deve ser considerado como fator predisponente. Os outros

fatores exercem uma função desencadeante. E que a associação etiológica freqüente é a de um dente em posição vestibular ou que apresente um periodonto fino, no qual a escovação excessiva ou a inflamação de origem bacteriana originou a recessão.

Ainamo, *et al.*, (1999) avaliaram estudantes na Finlândia, em uma localidade reconhecida como referência em cuidados odontológicos e educação para saúde bucal. Os resultados sugeriram que o elevado índice de recessão encontrado nos jovens de 17 anos da casuística deveria ser mais atribuído a técnica de escovação do que propriamente ao acúmulo de biofilme ou desconhecimento sobre a saúde bucal. Os autores afirmaram que a recessão poderia ser um reflexo da freqüência exagerada de escovação, associada à força extrema em alguns elementos dentários, resultando no trauma repetitivo na região.

### **3.4.3 Movimentação Ortodôntica**

A recessão gengival localizada associada a uma faixa de gengiva inserida mínima ou inadequada pode ocorrer durante o tratamento ortodôntico. Esta seqüela pode ser prontamente explicada caso o dente tenha sido movimentado em direção a áreas com gengiva inserida deficiente (Geiger, 1980).

Wennström (1996) avaliou as alterações do complexo muco gengivais que ocorrem durante a movimentação ortodôntica e reforçou ser independente da espessura apico-coronal da gengiva. Reiterou ainda que a integridade do periodonto possa ser mantida durante a terapia ortodôntica, mesmo em áreas com mínima quantidade de gengiva inserida. Os riscos no desenvolvimento de recessão gengival em conjunto com o movimento ortodôntico estão presentes quando o dente for movimentado fora do alvéolo dental, isto é, quando uma deiscência óssea for criada.

Wennström (1987) ainda afirmou que quando o dente é deslocado de forma intempestiva, aparece uma deiscência óssea, e a recessão gengival se torna conseqüência do tratamento.

Wennström e Pini Prato (1999) reafirmaram que a movimentação ortodôntica por si só, não leva à retração gengival. Porém, uma gengiva de pouca espessura resultante da movimentação vestibular dos dentes pode tornar-se uma área de menor resistência ao desenvolvimento de defeitos de tecido mole na presença do biofilme dental e/ou do trauma de escovação.

### **3.5 Classificações**

A primeira classificação proposta por ( Sullivan; Atkins, 1968) tinha como principio classificar as recessões gengivais não apenas em função de profundidade, mas também em função de sua largura.

-Sullivan e Atkins classificam recessões como:

\*profundas e largas

\*rasas e largas

\*profundas e estreitas

\*rasas e estreitas

Segundo Benqué *et al.*, (1983) após estudos de 10589 casos, propuseram uma classificação fazendo analogia a letras do alfabeto e atribuíram a cada tipo um valor de prognóstico.

-Benqué *et al.*, classificam as recessões como:

\*Em U, para prognóstico ruim

\*Em V, curtas e longas, para prognostico favorável

\*Em I, para prognostico bom.

De acordo com Miller em 1985 propõem uma classificação à recessão gengival, considerando todas as suas formas de recessões. Esta classificação tem um objetivo terapêutico e se refere à classificação utilizada atualmente.

-Classificação de Miller é dividida em quatro classes:

\*Classe I – a recessão não atinge a linha mucogengival. Não há perda tecidual interdentária.

\*Classe II – a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival. Não há perda tecidual interdentária

\*Classe III – a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival. Há perda de osso interdentária e o tecido gengival proximal são apicais a junção amelocementária. Permanecendo coronária a base da recessão, ou então há uma malposição.

\*Classe IV – a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival. Os tecidos proximais estão situados no nível da base da recessão e essa implica mais de uma face do dente.

## 4. Discussão

Segundo o Glossário de Termos Periodontais (The American Academy of Periodontology, 2001), Carranza *et al* (2004) concordam que a recessão gengival localiza-se no tecido marginal apicalmente à junção cimento-esmalte. Porém Carranza *et al* (2004) discorda dizendo que a recessão não necessita estar acompanhada de uma perda de inserção óssea. Já para Lascala NT e Mousalli NH (1980) a recessão relaciona-se com a mínima extensão ou ausência de gengiva inserida. Mas para Lindhe (1997) a recessão gengival acomete tanto população com boa higiene oral como população com péssima condição de higiene oral. Afirma ainda que algumas condições como hipersensibilidade dentinária, carie radiculares e falta de estética estão associadas à recessão gengival.

De acordo com Løe *et al* (1992), Wennström (2005) e Murray (2007) concordaram quanto à causa da recessão gengival, dizendo que a mais freqüente é o excesso de força na escovação provocando uma retração por trauma mecânico. Murray (2007) concordaram ainda que o mau posicionamento dos dentes na arcada pode ser outro fator causal das recessões. Porém para Novaes *et al* (1975) e Murray (2007) a causa pode estar associada a um tecido delgado e frágil. Já para Løe *et al* (2002) discordam totalmente dos autores citados a cima, afirmando segundo os estudos realizados no Sri Lanka e na Noruega que não é possível determinar um fator causal para retração gengival, mas sim uma associação de fatores.

As más posições dentárias influenciam no aparecimento das recessões gengivais. Maynard (1975), Menezes (2003) concordam que a má posição dentária mais freqüente são os dentes rotacionados. Já para Parfitt & Mjor (1964), além dos dentes rotacionados os dentes

vestibularizados, são muitos casos de recessão gengival que estariam relacionados com o posicionamento dentário. Porém Stoner e Mazdyasna (1980) concordam com Parfitt & Mjor (1964) e discordam de Maynard (1975) e Menezes (2003) dizendo que os dentes vestibularizados são os mais frequentes segundo um estudo epidemiológico. Já para (ADA, 2007) os dentes apinhados, podem protuir aos 10 anos de idade influenciando assim o aparecimento das recessões. Para Gorman (1967) afirmou que os tecidos moles e duros adjacentes podem apresentar reduzidos em altura e espessura.

Para Lascala (1981) os freios altos e bridas produzem uma tração constante da gengiva marginal e inserida, resultando na isquemia destes tecidos aparecendo assim à recessão gengival. Já Manson, Elley (1995) discordam, afirmando que a presença de inflamação, tensões causadas por estas estruturas podem resultar em recessões gengivais. Porém Lascala e Lascala Junior (1997) a inserção anormal dos freios provoca tração anormal dos movimentos labiais levando alterações nos tecidos periodontais como: dificuldade de manter o autocontrole do biofilme dental, recessões gengivais tracionamento da parede mole da bolsa periodontal e afastamento dos incisivos. Mas de acordo com Almeida *et al* (2007), Bracho *et al* (2003), Duarte *et al* (2004), Fowler e Breault (2000) concordam que a inserção do freio é o fator predisponente à recessão, entretanto os autores salientam que existe uma multiplicidade de fatores que são envolvidos com esta patologia. Entretanto Stoner e Mazdyasna (1980) afirmam em um estudo epidemiológico que a inserção baixa da mucosa de freio apresenta (86%) dos casos, seguida da inserção gengival com 12%, no entanto com uma frequência mínima de 2% a inserção papilar estava presente nos casos que apresentaram recessões na região de incisivos inferiores.

De acordo com Soares & Vargas (2001) e Baker & Seymour (1976) concordam, dizendo que a inflamação gengival associada com a placa bacteriana é o fator etiológico importante para o desenvolvimento das recessões gengivais. Já Löe *et al* (1992) afirmou que a doença periodontal favorecia a recessão tecidual marginal. Porém, Lascalea *et al* (1980) concordam com Löe *et al*, mas salienta ainda que o estado inflamatório, a ocorrência de dilacerações, escovação no sentido horizontal com cerdas duras e diferentes condições iatrogênicas podem agravar o quadro da recessão gengival. Mas para Novaes *et al* (1975) o início da recessão gengival acontece durante o processo inflamatório quando as projeções epiteliais do epitélio do sulco podem encontrar projeções do epitélio oral isolando para área do tecido conjuntivo que pode necrosar. D'Angelo, G.G *et al* (2003) afirmam que ao examinarem 150 pacientes de ambos os sexos com idade entre 16 e 57 anos, na faculdade de Odontologia de Pernambuco, 39 pacientes apresentavam recessão gengival e das 420 superfícies dentárias, 282 superfícies tinham um quadro de inflamação.

Hirschfeld (1939) afirmou com base em sua pesquisa “A escovação: seu uso e abuso” que a escovação traumática é a principal causa das recessões gengivais, Gorman (1967) discorda afirmando que a escovação traumática é uma das principais causas das recessões gengivais, mas não a principal, perdendo somente para a malposição dental.

Joshiyura (1994), Mjor (1964) e Borguetti and Monnet-Corti (2002) concordam e confirmam que a força excessiva durante a escovação acarretara nas recessões gengivais devido a abrasão dos tecidos gengivais, Carranza (2004) acrescenta ainda que a técnica inadequada ou escovação com as cerdas duras pode levar as recessões gengivais, Hirschfeld (1939) complementa ainda que quanto mais longa e maior a força aplicada durante o movimento de escovação maior é a capacidade de destruição.

Ainamo (1999) concorda também que a recessão gengival pode ser um reflexo da freqüência exagerada, associada à força extrema em alguns elementos dentários, resultando no trauma repetitivo na região.

Wennström (1987) e (1996) concordam que as alterações do complexo mucogengival que ocorrem durante a movimentação ortodôntica são independentes da espessura ápico-coronal da gengiva. Afirmou ainda que a integridade do periodonto possa ser mantida durante a terapia ortodôntica, mesmo em áreas com mínima quantidade de gengiva inserida e que a recessão gengival junto com a movimentação ortodôntica estão presentes quando o dente for movimentado fora do alvéolo dental, ou seja, quando uma deiscência óssea for criada. Entretanto Wennström e Pini Prato (1999) concordam que a movimentação ortodôntica por si só não leva a recessão gengival, porém uma gengiva com pouca espessura resultante da movimentação vestibular dos dentes pode torna-se uma área de menor resistência ao desenvolvimento de defeitos de tecido mole. Porém Geiger (1980) discorda totalmente, dizendo que durante o tratamento ortodôntico pode ocorrer à recessão gengival localizada junto com gengiva inserida inadequada, caso o dente tenha sido movimentado em direção à área da gengiva inserida deficiente.



## 5. Conclusão

A recessão gengival apresenta etiologia multifatorial, com a combinação de causas externas, anatômicas locais e inflamatórias. Entre as causas externas destacam-se o trauma de escovação, a inserção de freios e bridas e a movimentação ortodôntica. As características anatômicas podem estar associadas ao posicionamento dentário, são constituídas pelas dimensões mucogengivais locais, sendo a espessura da gengiva marginal de extrema importância. As causas inflamatórias são decorrentes das doenças periodontais e do biofilme seguindo da má higienização que resultam nas recessões gengivais.

Sua prevalência vem sendo observada tanto nas populações com bom e mau controle do biofilme, não tendo predileção por sexo ou idade. Os dentes inferiores têm maior prevalência das recessões gengivais que os superiores e os mais freqüentes envolvidos são os incisivos inferiores.

Sendo assim, pode-se concluir que a recessão do tecido marginal é caracterizada por uma perda de inserção do periodonto, pois todos os tecidos e não somente a gengiva se desloca na direção apical, podendo assim ter sua função comprometida e alguns fatores podem desencadeá-la entre eles tração dos freios e bridas, inflamação, movimentação ortodôntica, malposição dental e a escovação traumática.

Concluimos então o quanto é importante para o cirurgião dentista, conhecer estes fatores etiológicos para atuar prevenindo as recessões gengivais.

## Referências

1. AINAMO, J. P. et al. Gingival recession in school children at 7, 12, 17 years of age in Espoo, Finland. *Community Dent Oral Epidemiol*, Copenhagen, v.14, n.5, pag. 212-218, oct 1986.
2. THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Glossary of Periodontal Terms. 3<sup>a</sup>. Ed. Chicago: The American Academy of Periodontology, 2001.
3. BENQUÉ, E. P. et. al. Les recessions gingivales. *J. Periodontol* (2); 207-241, 1983.
4. ERNIMOULIN, J. P. Gingival recession and tooth mobility. *J. Clin. Periodontol*; 4: 107-114, 1977.
5. BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. Cirurgia Plástica Periodontal. Artmed ed. Porto Alegre, RS Brasil. Cap. 4 pág 117-136, 2002.
6. CARRANZ JR., F. A.; NEWMAN, M. G., *Periodontia Clínica*. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
7. D'ANGELO, G. G.; GONÇALVEZ, R. B.; GUSMÃO, E. S. Ocorrência clínica das recessões gengivais em adultos: etiologia e classificação. *Ver. Brás. Cir. Periodontal*, Curitiba, v.1 n.2 pág. 98-102, abr/jun, 2003.
8. DUARTE, C. A.; CASTRO, M. V. M. *Cirurgia Estética Periodontal* 1. ed. cap. 8 pág. 97-113, 2004.
9. GEINGER, A. M. Mucogingival problems and the movement of mandibular incisors: a clinical review. *American Journal of Orthodontics*. 78, 511-527, 1980.

- 10.** GORMAN, W. J. Prevalence and Etiology of Gingival Recession. J. Periodontol. 38: 316-322. 1967.
- 11.** GUINARD, E. A. And CAFFESSE, R. D.: Treatment of localized gingival recession. Part I Etiology and prevalence. J. West. Soc. Periodontal abstract (25) 3-9, 1977.
- 12.** HIRSCHFELD, I.: A study of skulls in the American museum of natural history in relation to periodontal disease. J. Dent. Res., 5: 241, 1923.
- 13.** JOSHIPURA, K. J; KENT, R. L. Gingival recession intra oral distribution and associated factors. J. Periodontol. 65: 864-871, 1994.
- 14.** LASCALA, N. T.; LASCALA Junior, N. T. Aspectos cirúrgicos na prevenção – frenectomia – bridectomia – ulectomia in LASCALA, N. T. Prevenção a clinica odontológica. São Paulo: artes médicas Cap. 13 pág. 210-220, 1997.
- 15.** LINDHE, J.; NYMAN, S. Alteration of the position of the marginal soft tissue following periodontal surgery. J. Clin. Periodontol. 7: 525-530, 1980.
- 16.** LINDHE, J; KARRING, T.; LANG, N. P. Tratado de Periodontia e Implantologia Oral. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 5. ed., cap 44, pag. 917, 2008.
- 17.** LINDHE, J; KARRING, T.; LANG, N. P. Tratado de Periodontia e Implantologia Oral. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 5. ed., cap. 1, pag 3., 2008.
- 18.** LÖE, H.; ANEURD, A.; BOYSEN, H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity and extent of gingival recession. J. Periodontol. 63: 489-495, 1992.

19. MANSON, J. D.; ELEY, B. M. Outline of Periodontics. 3. ed. Oxford: Wright, cap. 8 The natural history of periodontal disease, pag. 102-103, 1995.
20. MENEZES, L. M., et. al. A inter relação ortodontia/periodontia em pacientes adultos. Ortodontia Gaúcha, Porto Alegre, vol. 7, n.1, pág. 6-21, jan/jun. 2003.
21. MILLER, P. D. A classification of marginal tissue. Int. J. Periodontol Res. Dent. 5, (2), pag. 9-13, 1985.
22. MURRAY, J. J. Gingival recession in tooth types in high fluoride and low fluoride areas. J. Periodontal. Res. 8: 243-251, 1973.
23. MURRAY, B. W. J. Gingival recession: causes and treatment. J.A.D.A. vol. 138 pag. 1404 Oct. 2007.
24. NOVAES, A. B.; RUBEN, M. P. The developent of periodontal cleft. J. Periodontology – Chicago col. 6 n.4 pag. 9-27, 1986.
25. Parfitt, G. J., Mjör, J. A. A clinical evaluation of local gingival recession in children. J. Dent. Child. 31: 257, 1964.
26. Serino G, Wennstrom J. L., Lindhe J., Enertoh L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with high standard of oral hygiene. *J. Clin. Periodontol.* 21, 57-63, 1994.
27. SMITH, R. G. Gingival recession: reappraisal of na enigmatic condition and a new index for monitoring. *J. Clin. Periodontol.* 24: 201-205, 1997.
28. SOARES, M. R.; VARGAS, A. M. D. Prevalência de recessão gengival inflamatória em crianças de escola publica de Belo Horizonte (MG). *Revista CROMG* (3) pág. 157-163, 2001.

- 29.** STONER, J. E.; MAZDYASNA, S. Gingival recession in the lower incisors region of 15 years old subject. J. Periodontol. Chigaco, vol.51 n.2, pag. 74-76, 1980.
- 30.** SULLIVAN, H. A.; ATKINS, J. H. Free autogeneus gingival grafts. III Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. Periodontics (6) pag. 152-160, 1968.
- 31.** WENNSTÖM, J. L. Lack of association between width of attached gingival and development of soft tissue recession. A 5 year longitudinal study. J. Clin. Periodontol. 14: 181-184, 1987.
- 32.** WENNSTÖM J. L. Mucogingival considerations in orthodontic treatment. Seminars in Orthodontics. 2, 46-54, 1996.