



FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS

GINGIVAL RECESSIONS A FLOW FOR DECISION-MAKING

UN FLUJO PARA LA TOMA DE DECISIONES RESPECTO A LAS RECESIONES GINGIVALES

Micaele Araujo Fonseca¹, Renan Dalla Soares¹, José Augusto Rodrigues¹

e575457

<https://doi.org/10.47820/recima21.v5i7.5457>

PUBLICADO: 07/2024

RESUMO

A recessão gengival é caracterizada pelo deslocamento apical da margem gengival, causando um comprometimento estético e biológico. Ela aumenta o risco do aparecimento de lesões cervicais e da sintomatologia dolorosa. Uma correta classificação e um diagnóstico preciso são requisitos indispensáveis para traçar o melhor plano de tratamento para o paciente. O objetivo dessa revisão de literatura narrativa foi abordar o diagnóstico, classificações e conceitos básicos para a tomada de decisões frente ao quadro clínico de recessões gengivais. Trata-se de uma revisão de literatura narrativa descritiva a respeito dos fundamentos básicos para um correto plano de tratamento das recessões gengivais. Incluiu-se livros e artigos científicos publicados em revistas revisadas por pares, revisões de literatura, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos clínicos controlados e/ou randomizados. O conhecimento das classificações das recessões gengivais e dos direcionamentos de um fluxo para tomada de decisão do plano de tratamento pode promover melhores resultados clínicos, além de que iatrogenias e/ou agravamentos podem ser evitados em recessões gengivais únicas ou múltiplas.

PALAVRAS-CHAVE: Recobrimento radicular. Classificação. Recessão gengival.

ABSTRACT

The gingival recession is characterized by the apical displacement of the gingival margin, causing both aesthetic and biological compromise. It increases the risk of cervical lesions and painful symptoms. A correct classification and accurate diagnosis are essential requirements to develop an appropriate treatment plan for the patient. The aim of this narrative literature review was to address the diagnosis, classifications, and basic concepts for decision-making in the clinical context of gingival recessions. The methodology involved a descriptive narrative literature review regarding the fundamental principles for the correct treatment of gingival recessions. It included books and scientific articles published in peer-reviewed journals, literature reviews, systematic reviews, meta-analyses, and controlled and/or randomized clinical studies. The knowledge of classifications of gingival recessions and the directions of a flowchart for decision-making for the treatment plan can promote better clinical results, in addition iatrogenesis and/or worsening can be avoided on single or multiple gingival recessions.

KEYWORDS: Root coverage. Classification. Gingival recession.

RESUMEN

La recesión gingival se caracteriza por el desplazamiento apical del margen gingival, causando un compromiso estético y biológico. Aumenta el riesgo de la aparición de lesiones cervicales y de la sintomatología dolorosa. Una clasificación correcta y un diagnóstico preciso son requisitos indispensables para un plan de tratamiento adecuado para el paciente. El objetivo de esta revisión de literatura narrativa fue abordar el diagnóstico, las clasificaciones y los conceptos básicos para la toma de decisiones frente al cuadro clínico de las recesiones gingivales. La metodología consiste en una revisión de literatura narrativa descriptiva sobre los principios fundamentales para el tratamiento correcto de las recesiones gingivales. Se incluyeron libros y artículos científicos publicados en revistas revisadas por pares, revisiones de literatura, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios clínicos controlados y/o randomizados. Seguir las clasificaciones y un diagrama de flujo correcto para el plan

¹ Universidade Guarulhos - UNG.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS
Micaele Araujo Fonseca, Renan Dalla Soares, José Augusto Rodrigues

de tratamiento puede promover resultados satisfactorios para la condición del individuo, además de prevenir iatrogenias y/o empeoramiento en el cuadro de recesiones gingivales únicas o múltiples.

PALABRAS CLAVE: *Recubrimiento radicular. Clasificación. Recesión gingival.*

INTRODUÇÃO

A recessão gengival é caracterizada pelo deslocamento apical da margem gengival e pode ser ocasionada por diversas condições ou patologias. A recessão está diretamente relacionada à perda de inserção clínica, podendo afetar todas as superfícies dentárias e acarretar uma série de problemas e desconfortos ao indivíduo, principalmente relacionados à saúde bucal e estética. Dentre as condições desfavoráveis proporcionadas pelo quadro de recessão gengival, destacam-se a hipersensibilidade dentinária, dificuldade de higienização e, conseqüentemente, o risco de lesões cervicais cariosas ou não cariosas (1).

Vários materiais dentários e abordagens cirúrgicas associadas ou não a enxertos de tecido conjuntivo têm sido implementadas de forma individual ou em combinação ao longo dos anos. Os métodos de tratamento buscam reduzir recessões gengivais associadas ou não a lesões cervicais não cariosas (LCNCs), na tentativa de tornar o tratamento mais previsível e eficaz (2-4). O tratamento para correção da recessão e conversão do fenótipo gengival não é obrigatório para todos os indivíduos, além do mais, é importante considerar que não há uma necessidade absoluta de uma quantidade mínima de tecido queratinizado para a manutenção da saúde gengival e nível clínico de inserção, quando boas condições de higiene estão presentes (1). No entanto, estudos indicam que indivíduos com recessões gengivais não tratadas, mesmo mantendo uma boa higiene bucal, têm alta probabilidade de apresentar progressão da recessão ao longo do tempo (5).

Compreender como diagnosticar e tratar recessões gengivais adequadamente é fundamental para a saúde bucal e qualidade de vida dos indivíduos. O diagnóstico preciso permite identificar causas subjacentes, como doenças periodontais ou hábitos inadequados, possibilitando intervenções direcionadas. Quanto ao tratamento, o respeito aos limites anatômicos assegura abordagens que preservam a estrutura dental e gengival, evitando complicações estéticas e funcionais. Assim, o objetivo desta revisão narrativa da literatura foi abordar o diagnóstico, classificações e conceitos básicos para a tomada de decisões frente ao quadro clínico de recessões gengivais seguindo um fluxo.

1. MÉTODO

O presente estudo é classificado como uma revisão de literatura narrativa, cujo objetivo norteou-se em obter um fluxo para a tomada de decisões frente ao quadro clínico de recessões gengivais.

Os artigos incluídos foram obtidos através das principais bases de pesquisa em ciências da saúde: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed (MEDLINE). Os termos chaves relacionados ao tema e utilizados na estratégia de busca foram: "Gingival recession", "Root coverage", "Classification" e em português, "Recobrimento radicular",

RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS
Micaele Araujo Fonseca, Renan Dalla Soares, José Augusto Rodrigues

“Recessão gengival”, “Classificação”, isolados ou de forma combinada, sem delimitar um intervalo temporal.

Quanto aos critérios de inclusão foram: artigos científicos publicados em revistas revisadas por pares, revisões de literatura, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos clínicos controlados; Idioma: português, inglês e espanhol; disponibilidade: texto integral de artigos e livros.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Apresentação clínica da recessão gengival e seu impacto no indivíduo

Um indivíduo em condição mucogengival considerada normal, ou seja, dentro dos padrões anatômicos, apresenta a ausência de patologias como: recessão gengival, gengivite ou periodontite (6). Ele apresenta saúde em um periodonto intacto ou mesmo um periodonto reduzido, caracterizado pela ausência de sangramento à sondagem, eritema e edema, podendo ou não ter perda óssea e/ou de nível clínico de inserção. A alteração pode refletir diretamente nos tecidos supracrestais e, conseqüentemente, na posição da margem gengival em relação à junção cimento esmalte (1)

A margem gengival normalmente está posicionada ligeiramente de 1 a 2 mm coronal a junção cimento-esmalte (JCE). A recessão gengival é caracterizada pelo deslocamento da margem gengival apicalmente em relação à JCE, resultando na exposição da raiz do dente. Ela está diretamente relacionada à perda de inserção clínica e pode afetar todas as superfícies dentárias, incluindo as regiões bucal, lingual e interproximal (7). Devido à exposição radicular, o indivíduo com recessão gengival, na qual pode se apresentar de forma unitária ou múltipla, pode apresentar uma queixa estética compreensível devido ao desequilíbrio proporcionado entre a estética branca e a estética rosa, além disso, o indivíduo estará mais suscetível a hipersensibilidade, lesões cervicais cariosas e não cariosas (1, 5, 7).

No que se diz a respeito ao fenótipo gengival destes pacientes, dentre os fenótipos espessos e finos, indivíduos com fenótipos finos têm uma predisposição mais elevada a não manterem a integridade do periodonto intacta ao longo da vida e conseqüentemente um risco maior a apresentarem recessão gengival (6, 8, 9).

Além disso, indivíduos com recessão gengival podem apresentar alteração no que se refere ao nível de inserção clínica interdental, fator de extrema importância para a correta classificação e plano de tratamento. A junção cimento-esmalte pode ou não estar presente, o paciente pode apresentar alteração na posição dentária, freios inseridos próximos a margem gengival e em algumas situações, ausência de tecido queratinizado apicalmente a recessão gengival (1).

2.2. Etiologia das recessões

Não há uma etiologia específica e restrita para as recessões gengivais, muitas vezes o indivíduo apresenta uma somatória de fatores anatômicos, fisiológicos ou até mesmo patológicos, que podem estar associados às recessões, os quais estão descritos a seguir.



2.2.1. Fatores Anatômicos

Dentre os fatores anatômicos, destaca-se como um dos principais o fenótipo periodontal (volume gengival tridimensional e morfotipo ósseo). O fenótipo periodontal pode ser classificado em: fino e festonado ou espesso e festonado/plano (6, 10). Um indivíduo com fenótipo periodontal fino pode estar mais suscetível a desenvolver retração gengival, mas não necessariamente está predestinado a tal condição. O indivíduo que apresenta, dentre suas características clínicas e biológicas, fenótipo gengival (espessura gengival e largura do tecido queratinizado) fino, possui coroas alongadas e triangulares, osso alveolar relativamente fino, ou seja, fatores que remetem a um perfil periodontal mais delicado. Durante a sondagem, a sonda pode se apresentar visível e os contatos interproximais podem se apresentar próximos à borda incisal (1, 3, 10, 11).

A presença de fenestração e deiscência de osso alveolar são fatores que podem desencadear a presença de recessões gengivais. Geralmente estão associadas ao formato do dente (principalmente dente estreitos e alongados) ou a uma alteração de posição dentária de um ou mais dentes, o que pode resultar em uma tábua óssea mais fina do que o habitual e conseqüentemente maiores chances de apresentar recessões (12).

Inserções musculares, freios e bridas próximas à margem gengival, principalmente em indivíduos com fenótipo periodontal fino, são fatores preocupantes, principalmente tratando-se da arcada inferior, onde ocorrem movimentações durante a fala e mastigação (12).

2.2.2. Fatores Iatrogênicos

O tratamento ortodôntico inadequado, sendo ele caracterizado por movimentações ortodônticas com forças excessivas e/ou ainda que acarretem deiscências ósseas dependendo da direção da movimentação, é outra causa frequente que pode acarretar recessão gengival (12, 13). Fator este que pode estar relacionado com a espessura gengival $< 2\text{mm}$ (6). Após o tratamento ortodôntico, costuma-se confeccionar uma contenção na face lingual dos dentes inferiores (caninos e incisivos), dependendo da forma de instalação e controle falho de higienização por parte do paciente, este pode ser outro fator etiológico a gerar recessões gengivais, muitas vezes se apresentando como profundas (3).

Hábitos parafuncionais também são levados em consideração, como por exemplo hábitos como chupar o dedo, morder/chupar tampas de canetas, lápis, palitos e dentre outros objetos pontiagudos que podem de certa forma acarretar trauma na margem gengival ou até mesmo movimentações dentárias (3).

Margens protéticas ou restauradoras quando posicionadas de forma a invadir o espaço supracrestal (epitélio juncional e tecido conjuntivo supracrestal), podem desencadear inflamação e progredir para perda de inserção clínica, ainda mais se tratando de um indivíduo com fenótipo periodontal fino (1). Próteses parciais removíveis mal planejadas podem favorecer o acúmulo de biofilme periodontopatogênico e também causar movimentações dentárias incorretas devido a força



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS
Micaele Araujo Fonseca, Renan Dalla Soares, José Augusto Rodrigues

mecânica exercida e desbalanceada, podendo ainda progredir para perda de inserção, inclusive interdental, diminuindo as chances de recobrimento total da recessão adquirida (3).

A escovação inadequada é geralmente caracterizada por aplicação de forças excessivas sobre a margem gengival (12). Ela pode ser causada pelo uso de escovas de cerdas duras e/ou realização de uma técnica incorreta de escovação. Além disso, está frequentemente associado ao desenvolvimento de LCNCs, como no caso da abrasão.

Impactação alimentar e/ou de corpos estranhos, uso de *piercings* na cavidade oral (12) e outros fatores que de certa forma podem causar um trauma mecânico no tecido gengival, podem acarretar retrações gengivais tanto em face vestibular quanto lingual/palatal.

2.2.3. Fatores Patológicos

A presença ou histórico de doença periodontal prévia pode acarretar reabsorção óssea, condição esta que pode ir muito mais além da presença de recessão, pode acarretar também em movimentações dentárias patológicas ou extrusões dentárias de um ou mais dentes, devendo o tratamento se iniciar pelo controle da doença periodontal (12).

O acúmulo de biofilme periodontopatogênico pode desencadear dentre outros problemas, a recessão gengival, não estando ligada necessariamente a doença periodontal. Previamente ao procedimento de recobrimento radicular, o paciente deverá ser adequado e instruído sobre os meios apropriados de higiene oral e ser submetido ao recobrimento somente após o controle adequado (3).

3. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DAS RECESSÕES GENGIVAIS

Um diagnóstico correto é fundamental para o planejamento e escolha da técnica cirúrgica adequada (Figura 1). É de extrema importância a realização do periograma completo e se necessário, radiografias periapicais e tomografias computadorizadas, em casos mais específicos. A profundidade da recessão, espessura gengival e nível clínico de inserção interdental (NCI) são pontos importantes e críticos para a determinação da previsibilidade de recobrimento total da retração gengival (6).

Quando a JCE não está visível, interferindo no correto diagnóstico, faz-se necessário se restabelecer anatomicamente previamente a cirurgia, para isso, deve-se classificar corretamente por meio da classificação dos defeitos da superfície dentária em áreas de recessão gengival, como proposta por Pini-Prato G e colaboradores em 2010 (6, 14). Recessões profundas associadas a fenótipo gengival com espessura menor de 1mm e redução do NCI interdental (medida da JCE até a profundidade da bolsa) reduzem a probabilidade de recobrimento radicular total ou até mesmo, essa torna-se impossibilitada (6).

3.1. Classificação de recessões gengivais proposta por Miller *et al.* em 1985

Essa classificação (15) é muito popular e ainda é considerada por muitos autores durante o planejamento de recobrimentos radiculares. Ela é composta por quatro classes: I, II, III e IV.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS
Micaele Araujo Fonseca, Renan Dalla Soares, José Augusto Rodrigues

A classe I e classe II são caracterizadas por não haver a perda do NCI interproximal e se diferenciam em relação a linha mucogengival, no caso a recessão classe I não atinge a linha mucogengival, enquanto a classe II atinge ou ultrapassa a linha mucogengival.

Já a classe III e a classe IV, apresentam perda do NCI interdental, ambas ultrapassam a linha mucogengival e se diferenciam em relação à classe IV que deve apresentar perda interproximal grave, sendo igual ou maior do que a recessão vestibular, a ponto de não ser possível recobrimento da recessão gengival.

Em relação a previsibilidade de recobrimento, a classificação de Miller (1985) determinava que as classes I e II apresentam 100% de chances de recobrimento quando associadas com enxertos gengivais, enquanto a classe III, devido a perda de NCI interproximal, apresentam chances parciais. No entanto, a classe IV mostra-se sem chances de recobrimento radicular o que contraindica o procedimento (15).

3.2. Classificação de recessões gengivais proposta por Cairo *et al.* em 2011

A classificação de Miller tornou-se limitada com o passar dos anos, tornando-se necessário a implementação de uma nova classificação em 2011 por Cairo *et al.* (16).

A classificação proposta por Cairo e colaboradores considera o nível clínico de inserção interdental como fator primordial para determinar a previsibilidade de recobrimento da recessão gengival. A classificação engloba três níveis: Recessão Tipo 1 (RT1), Recessão Tipo 2 (RT2) e Recessão Tipo 3 (RT3).

Na RT1, não há perda de NCI interproximal, já na RT2 e RT3 a recessão está associada à perda do NCI interproximal. Em relação a RT3, está se diferencia da RT2 em considerar uma perda de NCI interproximal superior à perda do NCI vestibular, ao contrário da RT2, em que a perda do NCI interproximal se restringe em ser menor ou igual a perda vestibular. Em relação à previsibilidade de recobrimento, os autores levaram em consideração os achados de Zucchelli *et al.* em 2010, dos quais eles buscaram pré-determinar a posição final do recobrimento de acordo com a posição da ponta da papila interproximal ao defeito de recessão (16, 17). Sendo assim, tratando-se em previsibilidade de recobrimento, recessões RT1 que englobam as classes I e II de Miller (1985), podem ter recobrimento total. Recessões RT2 (classe III de Miller), podem ter o recobrimento parcial. Assim como na classe IV de Miller, recessões RT3 não têm chances de recobrimento total devido à extensa perda de NCI interdental (16, 17).

3.3. Classificação dos defeitos da superfície dentária em áreas de recessões proposta por Pini-Prato *et al.* em 2010

Os defeitos presentes em superfícies dentais podem interferir na correta classificação das recessões gengivais e previsibilidade de sucesso. A classificação proposta por Pini-Prato *et al.* considerou os defeitos radiculares. Esses foram classificados para orientar os cirurgiões dentistas



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS
Micaele Araujo Fonseca, Renan Dalla Soares, José Augusto Rodrigues

frente ao correto tratamento individual ou combinado entre técnicas cirúrgicas para o recobrimento radicular e restaurações dentárias (14).

Tendo em vista que a margem gengival posicionada coronalmente (1 - 2mm) da JCE é um dos fatores determinantes para o sucesso anatômico e estético do recobrimento radicular, esta classificação tornou-se de extrema relevância para o devido plano de tratamento. Afinal, a presença de lesões cervicais podem ser um fator de confusão, impedindo um recobrimento radicular total, independente da retração ser classificada em RT1 ou classe I e II de Miller (14).

Determinou-se, então, quatro classes: sendo a classe A- (menos) e A+ (mais) caracterizadas pela JCE visível, sendo que a classe A- apresenta um defeito raso menor que 0,5mm e a classe A+ apresenta um degrau na superfície radicular maior que 0,5mm. As classes B- e B+ são caracterizadas pela ausência da JCE, a classe B- não apresenta degrau, ao contrário da classe B+, em que há a presença de um degrau (14). Essas características devem ser consideradas para um devido planejamento que englobe diversas abordagens de tratamento cirúrgico e/ou restaurador.

4. TRATAMENTO

O plano de tratamento para correção das recessões gengivais deve englobar desde um correto diagnóstico baseado nas classificações descritas anteriormente, quanto na identificação e correção/tratamento dos fatores etiológicos, para controle de hipersensibilidade dental e na possibilidade de sucesso da intervenção cirúrgica.

Após o procedimento cirúrgico de recobrimento radicular, espera-se obter um resultado satisfatório, sendo ele, o recobrimento completo ou ao nível previamente determinado durante o planejamento, estética favorável e profundidade de sondagem menor que 3mm, dentro dos padrões de saúde periodontal (7).

4.1. Indicações do recobrimento radicular cirúrgico

As recessões gengivais tornam a superfície radicular exposta, aumentando o risco de desenvolvimento de lesões cervicais cariosas e não cariosas, hipersensibilidade dentinária, dificuldade de uma correta higienização indicando o recobrimento radicular.

Está indicado ainda em pacientes com histórico de restaurações radiculares e ocorrência de cárie secundária ao redor destas restaurações, gerando uma demanda estética e/ou uma combinação desses fatores, sendo estas as principais indicações para o recobrimento radicular (18, 19).

4.2. As variações de técnicas cirúrgicas

As técnicas cirúrgicas podem ser pediculadas como, por exemplo, retalho deslocado lateralmente/obliquamente e retalho de dupla papila. Podem ainda ser retalhos com avanços como o retalho avançado/deslocado coronalmente, técnica em túnel e retalho semilunar. Além disso, os cirurgiões dentistas podem optar por associar as demais técnicas com biomateriais como as proteínas derivadas de matriz do esmalte, matriz dérmica acelular, matriz de colágeno xenógena, fibrina rica em



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS
Micaele Araujo Fonseca, Renan Dalla Soares, José Augusto Rodrigues

plaquetas (PRF) e ainda com enxerto de tecido conjuntivo, sendo este último considerado o padrão ouro (3, 20).

A combinação do enxerto de tecido conjuntivo com proteínas derivadas da matriz do esmalte pode promover de forma positiva a cicatrização e regeneração periodontal. Isso ocorre devido a vantagens como a estimulação da proliferação e diferenciação celular, a promoção da biossíntese da matriz extracelular, a facilitação da angiogênese e a indução da mineralização do cimento radicular e osso alveolar (21).

4.3. Vantagens da associação com enxertos conjuntivos

O enxerto gengival livre (EGL), introduzido na literatura em meados da década de 60 por Bjorn em 1963 e Nelson em 1966, compreende uma técnica que promove muitos benefícios em relação ao aumento de tecido queratinizado. Entretanto, a estética obtida após a utilização do EGL muitas vezes torna-se um ponto negativo, devido ao aspecto esbranquiçado, textura diferente do local receptor e muitas vezes gera a presença de cicatrizes. Porém, o enxerto gengival livre ainda é muito utilizado, principalmente em regiões onde se pretende obter aprofundamento do vestíbulo, aumento do tecido queratinizado em áreas que não requerem necessariamente uma demanda estética e/ou em situações em que se pretende realizar duas etapas cirúrgicas, sendo a primeira delas a técnica de enxerto gengival livre e a segunda etapa técnicas que promoverão o deslocamento do retalho (3, 22).

O uso do enxerto de tecido conjuntivo de forma subepitelial é considerado o padrão ouro em técnicas de recobrimento. Dentre seus benefícios estão a nutrição favorecida, devido a maior irrigação sanguínea obtida por meio do enxerto posicionado sobre a raiz e recoberta pelo retalho, melhores resultados estéticos quando comparado com o EGL ou técnicas em que o enxerto conjuntivo fica exposto. Por ser um enxerto autógeno, diminui as chances de rejeição, exposição involuntária ou reações adversas. Além disso, as evidências constataram ao longo dos anos que, a queratinização do tecido gengival ocorre mesmo que o enxerto de tecido conjuntivo subjacente tenha sido desepitelizado (23), existe a possibilidade de ocorrer um benefício adicional extremamente valioso por meio da adesão gradual do tecido conjuntivo subepitelial, chamado de "*creeping attachment*". O *creeping attachment* é um processo complexo que envolve a migração de células fibroblásticas, a produção de colágeno e a remodelação da matriz extracelular. À medida que esses eventos ocorrem ao longo do tempo, o enxerto conjuntivo se integra gradualmente à superfície radicular do dente. Este deslocamento da margem gengival no sentido coronário promove redução da recessão e aumento de tecido queratinizado (24).

As indicações para o uso do enxerto de tecido conjuntivo autógeno estão relacionadas com a necessidade de se obter recobrimento radicular em situações que se tem a ausência de espessura gengival adequada, altura ou largura insuficiente de tecido queratinizado ao redor das recessões gengivais, ainda mais quando associadas a lesões cervicais não cariosas, raízes pigmentadas, restaurações, próteses e/ou implantes (3, 6). O enxerto de tecido conjuntivo associado às técnicas cirúrgicas com avanço coronal, podem ainda fornecer estabilidade da margem gengival avançada e



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS
Micaele Araujo Fonseca, Renan Dalla Soares, José Augusto Rodrigues

redução da contração do tecido mole, oferecendo melhores resultados de recobrimentos radiculares (17).

4.4. Tratamento restaurador

A previsibilidade do recobrimento é afetada frente a dentes com lesões cervicais e consequente ausência da JCE. Um método proposto para prever a posição da margem gengival após o recobrimento radicular em dentes com LCNC, consiste em avaliar a altura ideal da papila interdental para saber qual a porcentagem de recobrimento total da recessão pode ser alcançado. Para isso, deve-se medir a distância entre o ângulo da linha mesial ou distal do dente no qual não é possível visualizar a JCE e o ponto de contato (papila ideal) e em seguida transferir essa medida para a ponta da papila anatômica mesial e distal, mostrando a altura da junção cimento-esmalte clínica, onde será obtido o recobrimento máximo (25).

Indivíduos que apresentam lesões cervicais em conjunto com recessões gengivais podem demandar uma abordagem terapêutica combinada envolvendo a realização de restaurações (Figura 1). Esse tratamento combinado não somente propicia melhorias estéticas, mas também contribui para a atenuação da sensibilidade dentinária. Autores têm indicado a realização da restauração até uma posição aproximada de 0,5 a 1 mm além da JCE. Essa estratégia restauradora demonstrou aumentar as possibilidades de cobertura completa da margem apical da restauração pela margem gengival, mesmo que o recobrimento completo da raiz não seja alcançado. Além disso, observou-se uma melhoria no contorno da margem gengival. A aplicação conjunta de procedimentos cirúrgicos e restauradores, quando bem realizados, não apresentam impacto negativo na extensão da cobertura e nas condições periodontais, culminando em um resultado estético considerado satisfatório (26). Esse protocolo não afeta a extensão da cobertura nem as condições periodontais.

Santamaria *et al.* (26) recomendam um protocolo específico para tomada de decisões. Recessões do tipo RT1 acompanhadas de LCNCs A-, devem ser apenas submetidas ao recobrimento radicular com ou sem o enxerto de tecido conjuntivo, dependendo do fenótipo periodontal do paciente e condições biológicas. Recessões RT1 com LCNC A+, apresentam uma lesão que está localizada apenas na raiz e não há a necessidade de restauração. Dessa forma, o defeito da superfície do esmalte, não sendo muito profundo, com um limite de 2mm de profundidade, e em forma de V, pode ser preenchido apenas pelo enxerto de tecido conjuntivo.

No entanto, quando a LCNC é profunda e apresenta forma de V ou cunha, o tratamento deve ser combinado. Recessões do tipo RT1 A+ com LCNC em forma de V ou cunha, devido à profundidade do defeito, somente o enxerto de tecido conjuntivo não será suficiente o bastante para preencher completamente a LCNC. Nesse caso, é necessário um tratamento combinado, em que é realizada uma restauração, de preferência, o mais coronal da margem gengival, e posteriormente, o recobrimento radicular pode ser realizado (26).

Já em relação a recessões do tipo RT2 B-, em que há a presença de uma LCNC rasa que afeta tanto a raiz quanto a coroa, e a JCE não está mais presente, porém, a borda coronal permanece



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS
Micaele Araujo Fonseca, Renan Dalla Soares, José Augusto Rodrigues

arredondada, não há necessidade do tratamento restaurador pois o procedimento de recobrimento radicular cirúrgico não é prejudicado. Porém, no caso de pacientes que apresentem hipersensibilidade dentinária devido a exposição dos túbulos dentinários, a opção ideal seria realizar o tratamento restaurador para reconstruir o esmalte destruído e parte da raiz (CEJ+1mm), e em seguida, é realizado o procedimento de recobrimento radicular (26).

Em uma situação de recessões do tipo RT1 com LCNC B+, há a presença de um degrau englobando tanto a coroa quanto a raiz. Neste caso, um procedimento restaurador com resina composta na região do esmalte + 1mm apical, deve ser realizado previamente à cirurgia. Podendo a restauração até mesmo moldar o formato coronal e favorecer a formação de uma margem gengival bem delimitada após o período de cicatrização, resultando em uma estética superior (26).

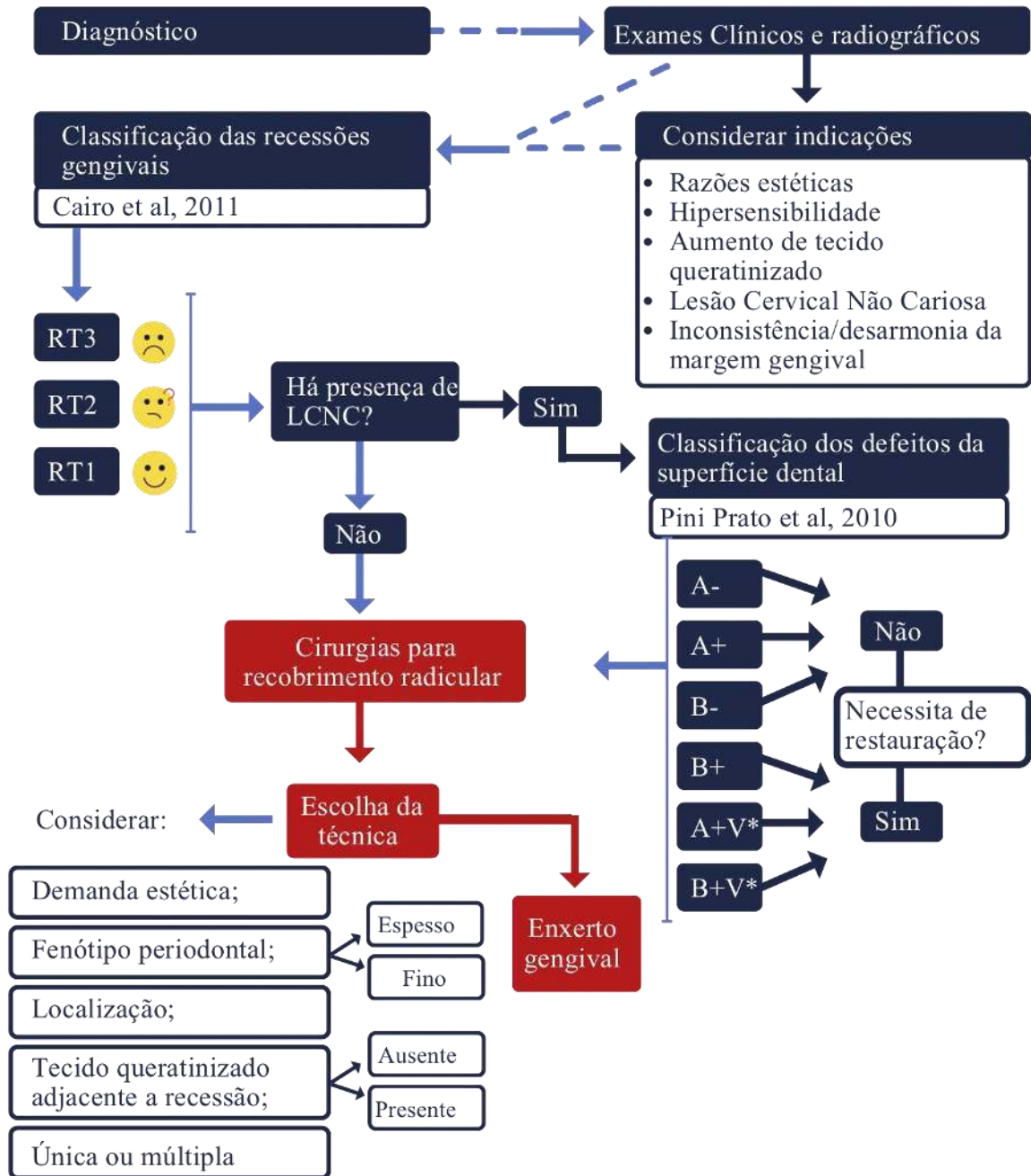
Em situações de recessões RT1 acompanhadas de LCNC do tipo V ou cunha, em que a JCE está ausente, deve ser considerado no procedimento restaurador a manutenção da margem apical da restauração o mais coronal possível. A JCE deve ser restabelecida com uma mínima extensão do material restaurador na superfície radicular. Contudo, deve-se observar que o material restaurador deve fornecer suporte adequado para a adaptação dos tecidos moles para recuperar o perfil de emergência da coroa e promover a adaptação e contorno adequado da margem gengival. Um defeito dessa forma, sendo a retração gengival mínima ou insignificante ao paciente, pode ser apenas restaurado. Quando o defeito for profundo e acompanhado por uma recessão gengival, uma restauração de toda a extensão da LCNC pode ser necessária, visto que há a impossibilidade de se corrigir o perfil de emergência previamente a cirurgia de recobrimento apenas com desgastes, devido a grande quantidade de dentina saudável que precisaria ser desgastada (26).

Por outro lado, situações em que as recessões são classificadas como RT2, a previsibilidade de recobrimento total é reduzida, apenas o tratamento restaurador pode ser considerado para recuperação da estrutura perdida e manejo de uma possível hipersensibilidade dentinária. Contudo, caso o profissional opte pela restauração da LCNC e subsequente recobrimento, deve informar ao paciente que a lesão está localizada em uma região impossibilitada de recobrimento total (26).

4.5. Escolha da técnica

Durante o planejamento individual de cada paciente, deve-se considerar fatores como o fenótipo periodontal do paciente, o tamanho da recessão gengival a ser recoberta, número de dentes com recessões, se há presença ou ausência de tecido queratinizado apical ou lateral a recessão gengival, presença de freios, bridas ou inserções musculares próximas a recessão, localização da recessão (maxila ou mandíbula), presença ou ausência da junção cimento-esmalte e, principalmente, para que se determine a previsibilidade de recobrimento, a altura e profundidade do tecido mole interdental proveniente das papilas (3, 27).

Figura 1 – Fluxo para tomada de decisões em relação ao recobrimento radicular



*LCNC em forma de V ou cunha.

Fonte: Autoria própria



5. DISCUSSÃO

Um indivíduo que apresenta recessão gengival torna-se mais propenso a desenvolver lesões cervicais não cariosas, apresentar sensibilidade dentinária, queixas estéticas e, em algumas situações, enfrenta desafios na manutenção adequada da higiene bucal (1, 7, 18). A etiologia da recessão gengival é multifatorial, com fatores anatômicos, fisiológicos e patológicos individuais podendo estar presentes, contribuindo para o surgimento dessa condição (3, 6, 10, 12).

Indivíduos com fenótipo gengival fino manifestam uma propensão a desenvolver recessões que, com o passar do tempo, tendem a se intensificar (1, 5). É crucial enfatizar que mesmo uma quantidade mínima de gengiva queratinizada é suficiente para manter a saúde periodontal, não existindo um valor mínimo determinante de quando a higiene bucal é ideal (1). No entanto, pessoas com recessão gengival prévia e não tratada, mesmo mantendo uma boa higiene bucal, demonstram uma maior probabilidade de aumento na profundidade da recessão ao longo dos anos. Esse cenário, entretanto, pode ter sua probabilidade reduzida em situações em que há uma maior espessura gengival e/ou uma presença de tecido queratinizado mais substancial (5). Alguns pesquisadores sustentam a ideia de que, embora não seja estritamente obrigatória uma quantidade mínima de tecido queratinizado para prevenir a perda de inserção, a presença de aproximadamente 2 mm de tecido queratinizado e 1 mm de gengiva inserida é considerada ideal (8).

Irregularidades encontradas nas superfícies dos dentes como a presença de lesões cervicais, têm a capacidade de influenciar negativamente a precisa categorização das recessões gengivais. Com o intuito de abordar essa questão, a proposta de classificação formulada por Pini-Prato (1999) e sua equipe teve como objetivo incorporar essas irregularidades ao processo, fornecendo diretrizes que permitissem aos cirurgiões-dentistas selecionarem a abordagem terapêutica mais adequada para cada paciente, incluindo a possibilidade de combinar diferentes técnicas cirúrgicas para o recobrimento da raiz exposta e restaurações dentárias (17, 28).

Alguns autores orientam que nas situações, em que há a presença de lesões cervicais, o recomendado seria a restauração até a linha de recobrimento radicular planejado ou, restaurar até a JCE + 1mm apical, previamente a cirurgia de recobrimento, a fim de diminuir as frustrações estéticas dos pacientes após a retirada das suturas e conseqüentemente contração tecidual pós cirúrgica. A restauração dental prévia, quando bem-feita, irá fornecer uma superfície rígida, estável e lisa para que o retalho se posicione adequadamente (17, 26).

Com o passar do tempo, tornou-se evidente que a Classificação de Miller (1985) atingiu limitações substanciais, o que demandou a concepção de uma nova abordagem classificatória. Dentre essas limitações, destacam-se a complexidade que alguns clínicos encontravam na distinção entre as classes I e II, bem como a ambigüidade na categorização de pacientes nos quais apresentavam perda de inserção interdental, mas a recessão não alcançava a linha mucogengival. Além disso, havia dificuldade em estabelecer critérios claros para a classificação em classes III ou IV, baseados na extensão da perda de tecido interdental. Outro fator construtivo residiu na falta de previsibilidade em relação às técnicas de recobrimento mais avançadas, que emergiram e se desenvolveram ao longo do



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS
Micaele Araujo Fonseca, Renan Dalla Soares, José Augusto Rodrigues

tempo (14-17). A classificação proposta por Cairo *et al.*, em 2011, é uma classificação que visou primordialmente incorporar o nível de inserção interdental em seu enfoque clínico, a fim de estabelecer uma base sólida para a prognóstica do sucesso no recobrimento de recessões gengivais (16).

A determinação da posição da margem gengival pós cirúrgica pode ser realizada por meio da medição das papilas e foi justificada pelo fator biológico e clínico da nutrição fornecida por meio das papilas interdentais, localizadas coronalmente à recessão e dependendo da técnica, servem de ancoragem para o retalho. Isso justifica também o fato de recessões RT3 de Cairo ou classe III e IV de Miller não obter 100% de recobrimento, pois diminuem a capacidade de avanço coronal e nutrição (25, 26).

A eficácia cirúrgica encontra-se intrinsecamente vinculada às variáveis clínicas e biológicas criteriosamente ponderadas durante o processo de planejamento, superando, assim, a mera seleção da técnica em si (3, 27). Ao longo dos anos, diversos autores renomados se dedicam em preconizar e/ou modificar técnicas cirúrgicas que proporcionem melhorias estéticas além de biológicas, considerando as particularidades individuais de cada pessoa.

6. CONSIDERAÇÕES

Saber diagnosticar corretamente a presença de uma recessão gengival é de extrema importância no dia a dia dos cirurgiões dentistas, sendo estes os responsáveis por tratarem corretamente ou indicarem para um profissional especializado. O tratamento das recessões gengivais deve ser realizado corretamente, respeitando os limites, condições clínicas e biológicas de cada paciente. Seguir as classificações e um correto fluxo para o plano de tratamento pode promover resultados satisfatórios a condição do indivíduo, além de evitar iatrogenias e/ou piora no quadro de recessões gengivais únicas ou múltiplas.

REFERÊNCIAS

1. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S237-S48.
2. Lucchesi JA, Santos VR, Amaral CM, Peruzzo DC, Duarte PM. Coronally positioned flap for treatment of restored root surfaces: a 6-month clinical evaluation. *J Periodontol.* 2007;78(4):615-23.
3. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontol 2000.* 2015;68(1):333-68.
4. Tavelli L, Barootchi S, Nguyen TVN, Tattan M, Ravidà A, Wang HL. Efficacy of tunnel technique in the treatment of localized and multiple gingival recessions: A systematic review and meta-analysis. *J Periodontol.* 2018;89(9):1075-90.
5. Chambrone L, Tatakis DN. Long-Term Outcomes of Untreated Buccal Gingival Recessions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Periodontol.* 2016;87(7):796-808.
6. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S190-S8.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS
 Micaele Araujo Fonseca, Renan Dalla Soares, José Augusto Rodrigues

7. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S74-S84.
8. Kim DM, Neiva R. Periodontal soft tissue non-root coverage procedures: a systematic review from the AAP Regeneration Workshop. *J Periodontol.* 2015;86(2 Suppl):S56-72.
9. Scheyer ET, Sanz M, Dibart S, Greenwell H, John V, Kim DM, et al. Periodontal soft tissue non-root coverage procedures: a consensus report from the AAP Regeneration Workshop. *J Periodontol.* 2015;86(2 Suppl):S73-6.
10. Zweers J, Thomas RZ, Slot DE, Weisgold AS, Van der Weijden FG. Characteristics of periodontal biotype, its dimensions, associations and prevalence: a systematic review. *J Clin Periodontol.* 2014;41(10):958-71.
11. Araújo LNMD, Borges SB, Medeiros I, Amorim ACdM, Barbosa CV, Gurgel BCdV. Determinação do biótipo periodontal através de análise de fotografias intra-orais In: intra-orais Ddbpadadf, editor. *Rev Odontol UNESP.* 2018:282-90.
12. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc.* 2003;134(2):220-5.
13. Kahn S, Rodrigues WJ, Barceleiro MeO. Periodontal plastic microsurgery in the treatment of deep gingival recession after orthodontic movement. *Case Rep Dent.* 2013;2013:851413.
14. Pini-Prato G, Franceschi D, Cairo F, Nieri M, Rotundo R. Classification of dental surface defects in areas of gingival recession. *J Periodontol.* 2010;81(6):885-90.
15. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985;5(2):8-13.
16. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol.* 2011;38(7):661-6.
17. Zucchelli G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, Montebugnoli L, et al. Patient morbidity and root coverage outcome after subepithelial connective tissue and de-epithelialized grafts: a comparative randomized-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2010;37(8):728-38.
18. Tonetti MS, Jepsen S, Periodontology WGotEWo. Clinical efficacy of periodontal plastic surgery procedures: consensus report of Group 2 of the 10th European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2014;41 Suppl 15:S36-43.
19. Chambrone L, Tatakis DN. Periodontal soft tissue root coverage procedures: a systematic review from the AAP Regeneration Workshop. *J Periodontol.* 2015;86(2 Suppl):S8-51.
20. Chambrone L, Pini Prato GP. Clinical insights about the evolution of root coverage procedures: The flap, the graft, and the surgery. *J Periodontol.* 2019;90(1):9-15.
21. Sculean A, Allen EP. The Laterally Closed Tunnel for the Treatment of Deep Isolated Mandibular Recessions: Surgical Technique and a Report of 24 Cases. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2018;38(4):479-87.
22. Bernimoulin JP, Lüscher B, Mühlemann HR. Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. *J Clin Periodontol.* 1975;2(1):1-13.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

FLUXO PARA TOMADA DE DECISÕES QUANTO ÀS RECESSÕES GENGIVAIS
Micaele Araujo Fonseca, Renan Dalla Soares, José Augusto Rodrigues

23. Pini Prato GP, Franceschi D, Cortellini P, Chambrone L. Long-term evaluation (20 years) of the outcomes of subepithelial connective tissue graft plus coronally advanced flap in the treatment of maxillary single recession-type defects. *J Periodontol.* 2018;89(11):1290-9.
24. Matter J, Cimasoni G. Creeping attachment after free gingival grafts. *J Periodontol.* 1976;47(10):574-9.
25. Zucchelli G, Testori T, De Sanctis M. Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession: a new method to predetermine the line of root coverage. *J Periodontol.* 2006;77(4):714-21.
26. Santamaria MP, Mathias-Santamaria IF, Ferraz LFF, Casarin RCV, Romito GA, Sallum EA, et al. Rethinking the decision-making process to treat gingival recession associated with non-carious cervical lesions. *Braz Oral Res.* 2021;35(Supp 2):e096.
27. Yadav AP, Kulloli A, Shetty S, Ligade SS, Martande SS, Gholkar MJ. Sub-epithelial connective tissue graft for the management of Miller's class I and class II isolated gingival recession defect: A systematic review of the factors influencing the outcome. *J Investig Clin Dent.* 2018;9(3):e12325.
28. Pini Prato G. Mucogingival deformities. *Ann Periodontol.* 1999;4(1):98-101.