

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

GILLIVAN JOSÉ TAVANO

**IDENTIFICAÇÃO CLÍNICA DE FATORES ETIOLÓGICOS
DAS RECESSÕES GENGIVAIS**

BAURU

2012

GILLIVAN JOSÉ TAVANO

**IDENTIFICAÇÃO CLÍNICA DE FATORES ETIOLÓGICOS
DAS RECESSÕES GENGIVAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao centro de ciências da saúde da Universidade Sagrado Coração sob a orientação da Profa. Dra. Patrícia Pinto Saraiva.

BAURU
2012

Tavano, Gillivan José

T231i

Identificação clínica de fatores etiológicos das recessões gengivais / Gillivan José Tavano -- 2012.

25f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Pinto Saraiva

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Sagrado Coração – Bauru – SP.

1. Recessão gengival. 2. Etiologia. 3. Exposição radicular. I. Saraiva, Patrícia Pinto. II. Título.

GILLIVAN JOSÉ TAVANO

**IDENTIFICAÇÃO CLÍNICA DE FATORES ETIOLÓGICOS DAS
RECESSÕES GENGIVAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de ciências da saúde da Universidade Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista sob orientação da Prof.^a Dra. Patrícia Pinto Saraiva.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Patrícia Pinto Saraiva
Universidade Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Bella Luna Colombini Ishikiriama
Universidade Sagrado Coração

Prof. Ms. Luis Augusto Esper
Universidade Sagrado Coração

Bauru, 24 de Outubro de 2012.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus pais *José Antônio Tavano e Marli Ap Gomes Tavano*, que graças aos seus esforços puderam me proporcionar acesso a uma formação acadêmica.

A Profa. Dra. Patrícia Pinto Saraiva pela paciência e incentivo que tornaram possível o desenvolvimento desta monografia.

Ao CNPq pelo apoio e empenho no desenvolvimento científico.

Aos funcionários da clínica odontológica da Universidade do Sagrado coração, pela atenção durante os levantamentos da pesquisa.

RESUMO

A condição de recessão gengival é identificada pela migração apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte. A identificação da influência do fator etiológico é extremamente importante para que o fator causal seja removido e o tratamento possa ser realizado com segurança, reduzindo a recorrência de uma provável recessão. Nosso objetivo foi identificar as possíveis causas etiológicas relacionadas ao desenvolvimento de recessões gengivais, em pacientes portadores desta condição. Foram examinados 80 pacientes com recessão gengival. Nesses pacientes, um exame clínico foi realizado para verificar as dimensões da recessão, e também pode identificar as causas relacionadas à sua evolução clínica. Outros possíveis fatores foram avaliados através de um questionário de fatores de saúde e de análise comportamental. O número de dentes avaliados foi de 955, sendo que 277 dentes apresentaram recessão gengival maior ou igual a 1mm. O índice de placa e o índice gengival não mostraram correlação positiva com o desenvolvimento das recessões. Todos os demais fatores analisados estiveram presentes nos pacientes examinados, de forma não predominante, o que ressaltou a condição da recessão gengival como sendo multifatorial, indicando a necessidade de exames cuidadosos que identifiquem as prováveis causas e possibilite sua correção a fim de evitar ou paralisar o desenvolvimento das recessões gengivais.

Palavras-chave: Recessão gengival. Etiologia. Exposição radicular.

ABSTRACT

The condition of gingival recession is identified by apical migration of the gingival margin in relation to the cemento-enamel junction. The identification of the influence of etiological factor is extremely important for the causal factor is removed and the treatment can be performed safely, reducing the recurrence of a likely recession. Our goal was to identify possible root causes related to the development of gingival recessions in patients with this condition. We examined 80 patients with gingival recession. In these patients, a clinical examination was performed to verify the extent of the recession, and can also identify the causes related to their clinical course. Other possible factors were assessed using a questionnaire on health factors and behavioral analysis. The number of teeth 955 was evaluated, and had 277 teeth gingival greater than or equal to 1mm. The plaque index and gingival index showed no correlation with the development of recessions. All other factors analyzed were present in the patients examined in order not predominant, which highlighted the condition of the gingival recession to be multifactorial, indicating the need for careful examinations to identify the probable causes and enable its correction in order to prevent or halt the development of gingival recession.

Key-words: Gingival recession. Etiology. Root exposure.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	11
3 JUSTIFICATIVA	11
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS	12
5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	13
6 RESULTADOS	14
7 DISCUSSÃO.....	17
8 CONCLUSÕES	20
REFERÊNCIAS	21
9 ANEXO.....	24

1 INTRODUÇÃO

A condição de recessão gengival é identificada pela posição apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte (VANZIN & PRIETSCH, 2001). A recessão gengival deixa a superfície da raiz exposta em decorrência da migração apical da margem gengival (AHATHYA et al., 2008).

A etiopatogênese da recessão gengival está baseada na inflamação e subsequente destruição do tecido conjuntivo da gengiva livre. O epitélio oral migra para as margens do tecido conjuntivo destruído. O espessamento da lamina basal dos epitélios sulcular reduz a quantidade de tecido conjuntivo entre eles. Assim, o suprimento sanguíneo é reduzido, influenciando negativamente o reparo inicial da lesão. Como a lesão progride, o tecido conjuntivo desaparece, e o epitélio oral funde-se com o epitélio sulcular/juncional. Em recessões causadas por cálculo e placa, a ulceração inicial aparece no epitélio juncional e a destruição do tecido conjuntivo ocorre progressivamente (SANTARELLI, 2001).

A recessão gengival é uma ocorrência comumente observada em adultos, e sua prevalência tende a aumentar com a idade (SERINO et al., 1994). A recessão da gengiva, tanto localizada como generalizada, pode estar associada com uma ou mais superfícies dentais, resultando em perda de inserção e exposição radicular, que pode levar a problemas clínicos como hipersensibilidade, cáries radiculares, abrasões cervicais, dificuldade no controle de placa e prejuízo da estética. A recessão gengival não pode ser vista apenas como defeito de tecido mole, mas como destruição tanto do tecido mole como de tecido duro (KASSAB & COHEN, 2003).

As recessões de tecido marginal possuem numerosas causas (DERSOT & MOUBARAC, 2005). Entre as causas da recessão, podemos citar: causas da recessão propriamente dita (ex: técnicas de escovação traumáticas, fatores iatrogênicos relacionados a procedimentos periodontais, ortodônticos, restaurativo e protético) dos fatores predisponentes (ex: condições anatômicas com deiscência óssea pré-existente ou adquirida, combinada com proeminente má posição dental, dimensões inadequadas em quantidade e qualidade da gengiva ceratinizada, inserções musculares altas, deiscência óssea, inclinação vestibular excessiva).

Condições anatômicas

O principal fator etiológico associado ao desenvolvimento de recessões gengivais é a perda de osso alveolar, sendo que esta perda pode ser anatômica ou adquirida (fisiológica ou patológica) (CARRANZA, 1996).

As deiscências ou fenestrações do osso alveolar, juntamente com mau posicionamento do dente no arco e forma individual dos dentes estão inter-relacionadas, e podem resultar em uma tábua óssea de espessura mais fina que o normal, sendo mais suscetível à reabsorção (ROSE, 1967).

Entre os fatores adquiridos fisiológicos pode-se incluir a movimentação ortodôntica dos dentes para posições fora da tábua alveolar lingual ou labial, levando à formação de deiscências (LOST, 1984). Já como fatores patológicos estão àqueles relacionados à reabsorção óssea resultante de doença periodontal, como resultado de um processo inflamatório (SUSIN et al., 2004).

Quantidade e qualidade de gengiva ceratinizada

Uma pequena faixa de mucosa ceratinizada é observada quando um dente irrompe vestibularmente, ou é levado a esta posição por falta de espaço no arco, causando apinhamento, ou mesmo por manobras ortodônticas (MAYNARD & OCHSCENBEIN, 1975).

A saúde gengival é dependente de uma quantidade de mucosa gengival mínima, em torno de 2mm. A diminuição desta faixa promove mobilidade da margem gengival, facilitando o acúmulo de microrganismo e formação de placa bacteriana (STONER & MAZDYASNA, 1980).

Inserções musculares altas

Inserções musculares altas, principalmente localizadas em regiões de freio labial inferior promovem diminuição da faixa de gengiva inserida. Desta forma, quando a recessão instala-se, há um aumento de sua gravidade (BOWERS, 1963).

Higiene

A frequência de recessões gengivais em pacientes com excelente higiene oral é maior nas regiões vestibulares que nas proximais ou linguais (ADDY et al., 1990) e pode ser associada com a frequência de escovação, sendo mais detectada em pacientes com boa

higienização, quando comparado a pacientes com pobre padrão de higiene (MARINI et al., 2004).

A formação de recessões gengivais possivelmente ocorre devido à maior força exercida na região durante a escovação, provocando trauma gengival (STONER & MAZDYASNA, 1980).

A indução da formação de uma recessão gengival por um único fator é improvável. Vários fatores podem contribuir, pois a recessão se apresenta como uma condição de etiologia multifatorial (KÄLLESTAL & UHLIN, 1992). Identificar a influência de cada fator é de extrema importância para que o fator causal seja removido e o tratamento possa ser executado de forma segura, diminuindo uma provável reincidência.

Baseados nestes dados, nosso objetivo é identificar clinicamente os possíveis fatores relacionados a casos de recessões gengivais, em pacientes da Clínica de Odontologia da Universidade Sagrado Coração.

2 OBJETIVO

Diagnosticar possíveis fatores etiológicos e/ou predisponentes em pacientes com recessão gengival.

3 JUSTIFICATIVA

Vários fatores etiológicos tem sido descritos ao longo de vários anos na literatura. Nestes estudos, estes fatores são analisados de forma individualizada, não contextualizando a recessão como multifatorial. Em nosso estudo clínico, iremos verificar os diversos fatores que podem ocorrer simultaneamente, culminando com a perda tecidual e o aparecimento da recessão. Para o tratamento desta condição é muito importante que todos os fatores a ela relacionados sejam removidos previamente à intervenção cirúrgica, impedindo uma reincidência da lesão. O diagnóstico e tratamento dos fatores etiológicos e/ou predisponentes da recessão gengival favorecerão a manutenção do resultado obtido com intervenções cirúrgicas de recobrimento radicular com o tecido gengival.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foi realizada uma análise clínica e comportamental dos possíveis fatores relacionados ao desenvolvimento de uma recessão gengival. Os pacientes envolvidos nesta pesquisa assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.1 PACIENTES

Foram selecionados 80 pacientes das Clínicas de Odontologia da Universidade Sagrado Coração, portadores de recessões gengivais. Estes pacientes foram submetidos a um exame clínico, exame de saúde geral e de comportamento, descritos a seguir.

4.2 MÉTODOS

4.2.1 Exame clínico periodontal

Foram avaliados os seguintes parâmetros: altura da recessão, profundidade de sondagem, índice de placa e índice gengival. A placa foi graduada após a utilização de um corante (fucsina). A classificação segundo a utilização do corante foi desenvolvida por Lang et al. (1982). A inflamação gengival foi avaliada seguindo o índice de Löe (1967).

Neste exame também foram observados:

- a) Cáries e abrasões cervicais,
- b) Mau posicionamento dental,
- c) Quantidade e qualidade de mucosa ceratinizada.
- d) Presença de inserções musculares altas
- e) Presença de aparelho ortodôntico.

4.2.2 Exame de saúde geral

Foram avaliados possíveis alterações sistêmicas do paciente, e os medicamentos por ele utilizados, observando as anamneses dos pacientes em seus prontuários.

4.2.3 Exame comportamental

O exame comportamental foi obtido por meio de questionário contendo as seguintes questões a serem respondidas pelos pacientes:

- a) Se houve realização prévia de tratamento ortodôntico;
- b) Qual o dentifrício e escova dentais utilizados;
- c) Frequência de escovação;
- d) Utilização de escovas interdentais;
- e) Método de escovação utilizado.

4.2.4 Análise de erro de método

A reprodutibilidade das medições nos registos foi avaliada por análise estatística das diferenças entre as duplas medidas repetidas em 20 áreas de estudo selecionadas aleatoriamente. O índice Kappa foi utilizado para avaliação intra-examinador, para a presença de recessão gengival, e reprodutibilidade perfeita. O índice kappa obtido foi = 1.

5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise descritiva das variáveis foi realizada através das frequências relativas percentuais. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio-padrão. Para a análise das frequências não relativas, o teste aplicado foi a correlação não paramétrica de Sperman, com $p < 0,05$.

6 RESULTADOS

Foram selecionados aleatoriamente 80 pacientes que procuraram atendimento odontológico. Destes pacientes, 36 foram do sexo masculino e 44 do sexo feminino, entre 30 e 60 anos, com idade média de 45 anos.

O número de dentes avaliados foi de 955, sendo que 277 dentes apresentaram recessão gengival maior ou igual a 1mm. O índice de placa variou de 14 a 100%, e não mostrou correlação positiva com o número de recessões apresentadas por cada paciente ($p>0,05$) (Fig 1).

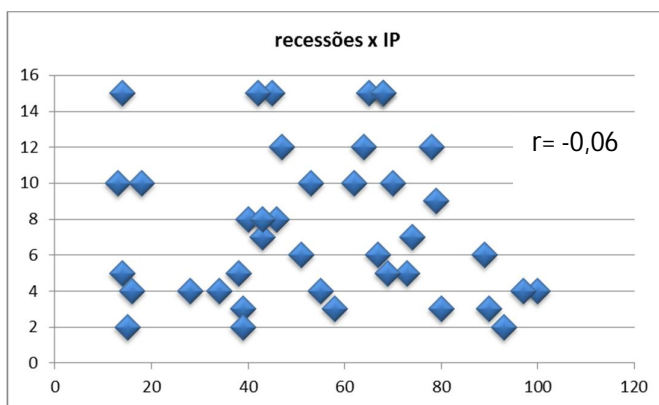


Figura 1 - Correlação negativa entre o índice de placa e a ocorrência de recessões gengivais. Teste de Correlação de Sperman, $p>0,05$.

Com relação ao índice gengival, houve uma variação entre pacientes de 0 a 47%, e também não apresentou correlação positiva com o número de recessões apresentadas pelos pacientes ($p>0,05$) (Fig2).

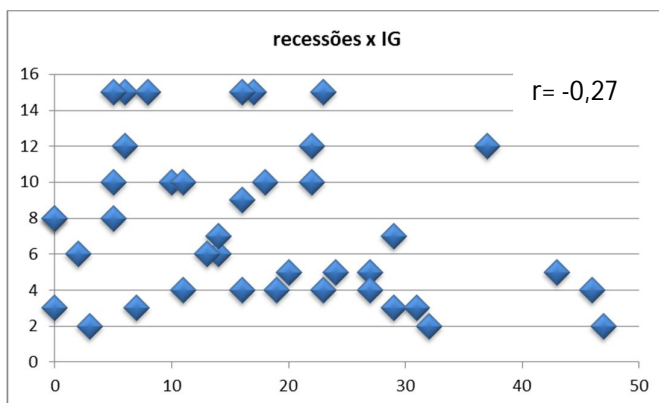


Figura 2 - Correlação negativa entre o índice gengival e a ocorrência de recessões gengivais. Teste de Correlação de Sperman, $p>0,05$.

A distribuição dos dentes segundo sua posição revelou que 30,3% (84 dentes) eram anteriores e 69,7% (193 dentes) eram posteriores. Para o grupo de dentes que apresentou recessão gengival, 34,3% eram primeiro pré-molares, 22% primeiros molares e 13,4% segundos pré-molares. 18% eram caninos e 12,3% incisivos centrais e laterais (Figura 3).

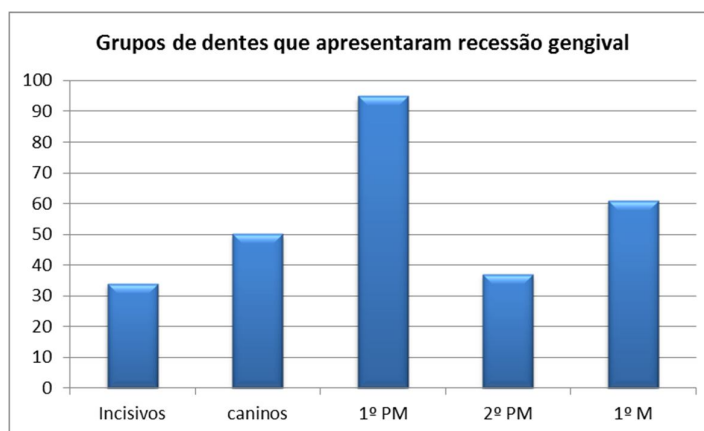


Figura 3 - Incidência de recessão gengival nos diferentes grupos de dentes.

A presença ou ausência de mucosa ceratinizada foi observada nas áreas de recessões gengivais, e classificada em normal (3 a 5mm) ou em pequena (menor ou igual a 2mm). 212 áreas de recessão gengival apresentaram quantidade de mucosa ceratinizada considerada normal (76%) e 65 áreas consideradas como pequena quantidade (24%) (Figura 4).

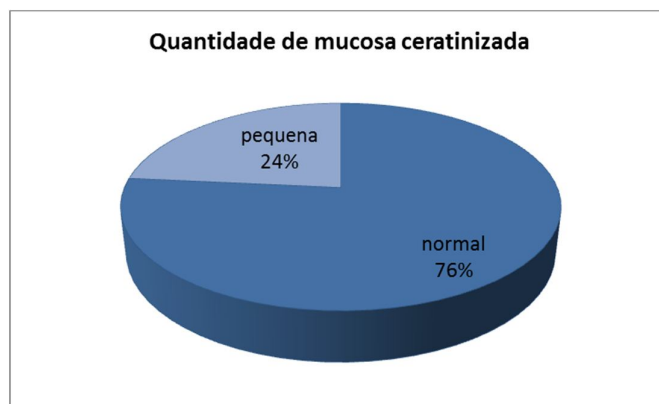


Figura 4 - Distribuição de qualidade de mucosa ceratinizada nos pacientes examinados.

A presença de abrasões e cáries (ou restaurações realizadas) foi observada em 47% das recessões gengivais, sendo 30% de abrasões e 17% de cáries e/ou restaurações.

Quanto ao mau posicionamento dental, foi notado que em 27% das recessões houve a presença de alterações na posição dental no arco, sendo que em 10% dos casos, a alteração presente foi a vestibularização.

A qualidade da mucosa ceratinizada foi considerada como espessa ou fina, levando-se em consideração as características de cada região. Em 55% dos casos a mucosa ceratinizada foi considerada espessa e em 45%, considerada fina. A presença de mucosa espessa foi diretamente relacionada aos pacientes que possuíam o hábito do fumo, correspondendo a 60% da classificação como espessa.

A presença de inserções musculares nas áreas de recessões se deu em 12% dos casos. Nenhum dos pacientes examinados estava em tratamento ortodôntico atual, embora em 5% das recessões, o paciente havia realizado tratamento ortodôntico prévio.

A ansiedade foi uma das alterações sistêmicas mais presentes nos pacientes examinados (37,5%), seguida pela diabetes (6%). A maioria dos pacientes incluídos neste estudo (77,5%) relatou fazer uso da escova macia ou extra-macia, e a utilização de dentifrícios não abrasivos, sendo que a frequência média de escovação foi de 3 vezes ao dia. Em 5% dos casos (4 pacientes), os pacientes utilizavam dentifrícios antissensibilizantes. Apenas 2 pacientes (2,5%) relataram fazer uso de escovas interdentais.

Quanto à técnica de escovação utilizada pelo paciente observou-se que todos eles realizavam uma técnica própria, realizada de forma horizontal. Cerca de 25% deles relatou que realizava o processo de escovação apressadamente (tempo igual ou menor a 1 minuto).

7 DISCUSSÃO

O presente estudo visou identificar as possíveis causas etiológicas relacionadas ao desenvolvimento de recessões gengivais.

Muitas pessoas podem apresentar recessão gengival generalizada sem ter qualquer consciência da condição. Outros, porém, apresentam-se incomodados pelo desenvolvimento de recessão gengival por razões como medo da perda dental, presença de hipersensibilidade e alterações estéticas (Smith, 1997).

ALBANDAR & KINGMAN, 1999, descobriram que a prevalência de recessões com 1 mm ou mais em pessoas com 30 anos de idade foi de 58% e aumentou com a idade. Em nosso trabalho, todos os pacientes examinados apresentaram, no mínimo, uma área de recessão presente, sendo que os pacientes aqui examinados estavam justamente nesta faixa etária, entre 30 e 60 anos de idade.

Estudos anteriores mostraram que os dentes com maior frequência de desenvolvimento de recessões foram os dentes anteriores da mandíbula (Löe et al., 1992), pré-molares inferiores (Marini et al., 2004), 1 molares (Drisco, 2007), caninos superiores e 1 pré molares (Roman et al., 2011). Nossos resultados estão de acordo com Marini et al., 2004, mostrando que os principais dentes envolvidos no desenvolvimento de recessões foram os 1^{os} pré-molares inferiores.

Neste estudo notamos que o índice de placa apresentado pelo paciente e sua correlação com a quantidade de recessões apresentadas não foi positiva. Embora o acúmulo de placa bacteriana seja um fator causal forte para o deslocamento da margem gengival, isoladamente não seja suficiente para causar recessão, na ausência de doença periodontal destrutiva. STONER E MAZDYASNA, em 1980 levantaram a dúvida de que, em pacientes com acúmulo de placa bacteriana, se a recessão teria dificultado a higienização local ou se o acúmulo de placa teria favorecido a instalação da recessão.

MANSCHOT, 1991, concluiu que o tecido gengival representa uma referência de saúde periodontal e, portanto, o sangramento à sondagem deve ser avaliado, uma vez que a presença contínua de inflamação pode levar à recessão localizada. Também notamos que o índice gengival não mostrou correlação positiva com a incidência de recessões, em nosso trabalho.

Alguns estudos demonstram que fatores comportamentais, como controle de higiene oral e biotipo gengival, entre outros, podem contribuir ou predispor à recessão gengival. A hereditariedade é outro fator que deve ser levado em consideração. A pessoa simplesmente pode ter tecido gengival fino, frágil ou insuficiente (Melsen & Allais, 2005). Em nossa observação pudemos constatar que na grande maioria das recessões examinadas (76%) havia quantidade de mucosa ceratinizada considerada normal. As menores quantidades de mucosa ceratinizada coincidiram com o grupo de maior concentração de recessões gengivais (1^{os} pré-molares inferiores).

O fenótipo de gengival espessa foi detectado em 55% de nossos pacientes, apesar de aparentemente possuir uma resistência maior aos traumas gengivais. Este fenótipo gengival foi predominante nos pacientes fumantes (25% dos pacientes de nossa amostra relataram fazer uso do fumo). Entre os fatores predisponentes estudados em outros trabalhos (Reino et al., 2012), o hábito de fumar também recebeu uma grande dose de atenção, mostrando que os fumantes têm maior prevalência, extensão e severidade das recessões gengivais, quando comparados com os não-fumantes, causadas por má vascularização dos tecidos periodontais.

Várias formas de trauma, como a escovação vigorosa ou excesso de escovação, aberrante inserção do freio, e a utilização do fumo podem ter um papel importante na etiologia da recessão. Os resultados da pesquisa de Tezel et al., 2001, reforçaram a ideia da influência do trauma mecânico da escovação dentária na ocorrência da recessão periodontal. Os autores examinaram 110 indivíduos, sendo 55 destros e 55 canhotos. Os canhotos apresentaram maior índice de recessão do que os destros, sendo que as áreas de recessão nos canhotos se localizavam mais do lado esquerdo e nos destros do lado direito. A maior parte dos pacientes observados por nós (77,5%) relatou fazer uso de escova macia ou extra macia, e dentifrício sem abrasivos, fator este que tornaria a possibilidade de trauma menor, mas não o impediria, uma vez que a força aplicada à escova também é um fator de impacto sobre a superfície dental.

Observamos, neste estudo, que todos os pacientes observados realizavam a técnica horizontal de escovação, o que também indica uma maior possibilidade de desenvolvimento de trauma gengival. Resultados semelhantes foram encontrados por CHRYSANTHAKOPOULOS, em 2011, no qual pacientes que aplicaram o método horizontal de escovação dentária teve recessão gengival mais do que aqueles que aplicaram qualquer técnica Bass (Bass, 1954) ou métodos circulares.

Recessões vestibulares é um problema prevalente em populações com alto padrão de higiene oral e está frequentemente associada com lesões cervicais não cariosas (Santamaria et al., 2012). Em nosso trabalho, a presença de lesões cervicais não cariosas associadas a recessões foi bastante expressiva (30%), sendo notada também a presença de algumas áreas já restauradas, o que impossibilita saber se eram ou não de origem cariiosa.

Dentes mal posicionados e trauma de escovação foram identificados como os mais frequentes fatores etiológicos associados com recessão gengival (Gorman, 1967). Em um estudo de Murray, 1973, recessão gengival associada a dentes vestibularizados ocorreu em 40 por cento de pacientes de 16 a 25 anos de idade e aumentou para 80 por cento dos pacientes com idade entre 36 a 86 anos. Em nosso trabalho, notamos que 27% dos casos de recessões estavam associados a mau posicionamento dental, e em concordância com os demais autores, a principal alteração de posição observada foi a vestibularização.

A inserção aberrante de freios também já foi mencionada como uma causa da recessão localizada, embora alguns estudos não tenham encontrado qualquer correlação entre a tração do freio e o desenvolvimento da recessão (Powell & McEniery, 1981). Outros estudos sugeriram que a inserção anormal do freio labial poderia tracionar a margem gengival, contribuindo para o acúmulo de placa e instalação da inflamação local, facilitando o desenvolvimento de recessões (Geiger, 1980). Nossas observações mostram que, em apenas 12% das recessões houve a presença de freios próximos à margem gengival, mostrando que pode haver influência de sua presença na manutenção da homeostase do tecido gengival, favorecendo a instalação de recessões.

Em um estudo realizado em 2011, Kanjirath et al., observaram que pacientes com diabetes tiveram um maior percentual de recessão gengival (16% vs 12%, $p = 0,035$) e os maior incidência de dentes com recessão na zona estética (1,17 vs 0,88, $p = 0,046$). Também em nosso trabalho nos chamou a atenção o relato de 6% dos pacientes com recessão gengival apresentarem diabetes.

Outra alteração sistêmica observada por nós é a presença expressiva de pacientes que relataram ser ansiosos (37,5%). A ansiedade pode se manifestar com o desenvolvimento de bruxismo e apertamento, que poderiam contribuir para a instalação de recessões gengivais. O bruxismo é uma atividade patológica do sistema estomatognático, que envolve ranger de dentes e apertamento durante os movimentos mandibulares parafuncionais. Os sinais clínicos

de bruxismo estão relacionados com o desgaste dental, uma forma de trauma que pode se reverter em alterações gengivais Machado et al., 2007 .

Os resultados presentes na literatura mostram que, além da importante atuação etiológica do biofilme bacteriano dentário (Manschot, 1991), a recessão periodontal se apresenta como uma condição de etiologia multifatorial, embora o fator predominante em determinada área seja impossível de ser identificado (Smith, 1997). Assim, pudemos ver neste levantamento, que vários fatores estão envolvidos na etiologia da recessão gengival, seja direta ou indiretamente, e muito possivelmente de forma não isolada. Isso indica a necessidade de exames cuidadosos que identifiquem as prováveis causas e permitam sua correção a fim de evitar ou paralisar o desenvolvimento das recessões gengivais.

8 CONCLUSÕES

Baseados nos resultados encontrados, podemos concluir que:

- todos os fatores propostos e analisados mostraram-se presentes nos pacientes examinados;
- a recessão tem origem multifatorial tornando difícil estabelecer sua principal causa.

REFERÊNCIAS

- ADDY M, DUMMER P, HUNT M, KINGDON A, SHAW W. The effect of toothbrushing frequency, toothbrushing hand, sex and social class of incidence of plaque gingivitis and pocketing in adolescents: a longitudinal cohort study. **Comm Dent Hlth**, v.7, p.237-48, 1990.
- AHATHYA RS, DEEPALAKSHMI D, RAMAKRISHNAN T, AMBALAVANAN N, EMMADI P. Subepithelial connective tissue grafts for the coverage of denuded root surfaces: A clinical report. **Indian J Dent Res**, v.19, p.134-40, 2008.
- ALBANDAR JM, KINGMAN A. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. **J Periodontol** 1999;70(1): 30-43.
- ÅRTUN J, GROBÉTY D. Periodontal status of mandibular incisors after pronounced orthodontic advancement during adolescence: a follow-up evaluation. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.119, p.2-10, 2001.
- BASS, C.C. An effective method of personal oral hygiene. Part I. **J. Lo. Med. Soc.**, v.106, p.57-73, 1954.
- BERNIMOULIN JP, CURILOVIE Z. Gingival recession and tooth mobility. **J Clin Periodontol**, v.4, p.107-14, 1977.
- BOWERS, G. M. A study of the width of attached gingival. **J Periodontol**, v. 34, p. 201-09, 1963.
- CARRANZA FA. The role of iatrogenic and other local factors in: Carranza FA, Newman MG. **Clinical Periodontology**. 8th edition, WB Saunders Company; 1996 p.167.
- CHRYSANTHAKOPOULOS NA. A etiology and severity of gingival recession in an adult population sample in Greece. **Dent Res J (Isfahan)**. 2011 Spring;8(2):64-70.
- DERSOT JM, MOUBARAK N. Decision making in root coverage surgical techniques. **Dent News**, v.1, p.8-12, 2005.
- DRISCKO C. Oral hygiene and periodontal considerations in preventing and managing dentine hypersensitivity. **International Dental Journal**. 2007;57(S6):399-410.
- GEIGER, A. M. Mucogingival problems and the movement of mandibular incisors: a clinical review. **Am J Orthod**, St. Louis, v. 78, no. 5, p. 527, Nov. 1980.
- GORMAN WJ. Prevalence and etiology of gingival recession. **J Periodontol**, v.38, p.316-22, 1967.
- HIRSCHFELD I. Toothbrush trauma recession: A clinical study. **J Dent Res**, v.11, p.61-3, 1986.
- KÄLLESTAL, C.; UHLIN, S. Buccal attachment loss in Swedish adolescents. **J Clin Periodontol**, v. 19, p. 485-491, 1992.

KANJIRATH PP, Kim SE, INGLEGART MR Diabetes and oral health: the importance of oral health-related behavior. *J Dent Hyg*. 2011;85(4):264-72. Epub 2011 Nov 11.

KASSAB MM, COHEN RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc*, v.134, p.220–5, 2003.

KHOCHT A, SIMON G, PERSON P, DENEPITIYA JL. Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J Periodontol*, v.64, p.900–5, 1993.

LANG, N.P.; HOTZ, P.; GRAF, H. et al. Effects of supervised chlorhexidine mouthrinses in children. A longitudinal clinical trial. *J Periodontal Res*, v.17, p.101-111, 1982.

LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica**. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, p. 454, 1988.

LÖE, H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. *J Periodontol*, v.38, p.S610-616, 1967.

LÖE H, ANEURUD A, BOYSEN H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol*. 1992 Jun;63(6):489-95.

LOST C. Depth of alveolar bone dehiscence in relation to gingival recessions. *J Clin Periodontol*, v.11, p.583-589, 1984.

MACHADO NA, FONSECA RB, BRANCO CA, BARBOSA GA, FERNANDES NETO AJ, SOARES CJ. Dental wear caused by association between bruxism and gastro esophageal reflux disease: a rehabilitation report. *J Appl Oral Sci*. 2007 Aug;15(4):327-33.

MANSCHOT, A. Orthodontics and inadequate oral hygiene compliance as a combined cause of localized gingival recession: a casereport. *Quintessence Int*, Berlin, v. 22, no. 11, p. 865-870, 1991.

MARINI MG, GREGHI SLA, PASSANEZZI E, SANT'ANNA ACP. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *J Appl Oral Sci*, v.12, p.250-5, 2004.

MAYNARD, J. G.; OCHSCENBEIN, C. Mucogingival problems, prevalence and therapy in children. *J Periodontol*, v. 46, p. 543-552, 1975.

MAYNARD JG. The rationale for mucogingival therapy in the child and adolescent. *Int J Periodontics Restorat Dent*, v.7, p.36–51, 1987.

MELSEN B, ALLAIS D. Factors of importance for the development of dehiscences during labial movement of mandibular incisors: A retrospective study of adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005;127(5):552-61.

MILLER N, PENAUD J, AMBROSINI P. Analysis of etiologic factors and periodontal conditions involved with 309 abfractions. *J Clin Periodontol*, v.30, p.828–32, 2003.

MURRAY JJ. Gingival recession in tooth types in high fluoride and low fluoride areas. *J Periodontal Res* 1973;8:243-51.

- PARFI TT GJ, MJÖR IA. A clinical evaluation of local gingival recession in children. **J Dent Child**, v.31, p.257-62, 1964.
- POWELL RN, McENIERY TM. Disparities in gingival height in the mandibular central incisor region of children aged 6-12 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 1981;9(1):32-6.
- REINO DM, NOVAES AB Jr, MAIA LP, PALIOTO DB, GRISI MF, TABA M Jr, SOUZA SL. Treatment of gingival recessions in heavy smokers using two surgical techniques: a controlled clinical trial. *Braz Dent J*. 2012;23(1):59-67.
- ROMAN A, LOUISE F, M'BAREK R, BRUNEL-TROTEBAS S. Gingival Recessions: Epidemiologic, Etiologic and Therapeutic Aspects. *The Internet Journal of Dental Science*. 2011;7(1)
- ROSE GJ. Receding mandibular labial gingiva on children. **Angle Orthod**, v.37, p.147-150, 1967.
- SANTAMARIA MP, Saito MT, CASATI MZ, NOCITI FH Junior, SALLUM AW, SALLUM EA. Gingival recession associated with noncarious cervical lesions: Combined periodontal-restorative approach and the treatment of long-term esthetic complications. *Gen Dent*. 2012 Jul;60(4):306-311.
- SANTARELLI G. Connective tissue grafting employing the tunnel technique: A case report of complete root coverage in the anterior maxilla. **Int J Periodontics Restorative Dent**, v.21, p.77-83, 2001.
- SERINO G, WENNSTRÖM JL, LINDHE J, ENEROTH L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. **J Clin Periodontol**, v.21, p.57-63, 1994.
- SMITH RG. Gingival recession: reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. *J Clin Periodontol* 1997;24:201-5.
- STONER, J. E.; MAZDYASNA, S. Gingival recession in the lower incisor region of 15 year old subjects. **J Periodontol**, v. 51, p. 74-76, 1980.
- SUSIN C, HAAS AN, OPPERMAN RV, HAUGEJORDEN O, ALBANDAR JM. Gingival recession: Epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. **J Periodontol**, v.75, p.1377-86, 2004.
- TEZEL, A. et al. Evaluation of gingival recession in left- and right handed adults. *Int J Neurosci, Philadelphia*, v. 110, no. 3-4, p. 135-146, 2001.
- VANZIN GD, MARCHIORO EM, BERTHOLD TB, DOLCI GS. Considerações sobre recessão gengival e proclinação excessiva dos incisivos inferiores. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, v.8, p.318-25, 2003.

9 ANEXO

Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto: Identificação clínica de fatores etiológicos das recessões gengivais.

Citar endereço completo e telefone : Rua Albino Tâmbara, 11-50, Residencial Primavera, ap.22. Telefone: (14)81297223.

Pesquisador responsável: Gillivan José Tavano

Local em que será desenvolvida a pesquisa: Clínicas de Odontologia da Universidade do Sagrado Coração

- **Resumo:** A recessão gengival é identificada pela migração da margem gengival em direção ao término da raiz. A recessão deixa uma superfície exposta da raiz, com perda de tecido ósseo no local. Sua causa é baseada na inflamação da gengiva que causa destruição do tecido gengival. A recessão pode ser localizada (em um único dente) ou generalizada (atingindo vários dentes), e pode envolver uma ou mais superfícies do dente, causando problemas clínicos como hipersensibilidade, cárie de raiz, abrasões cervicais, dificuldade no controle de placa e perda da estética. A recessão gengival pode ter vários fatores causais, portanto é chamada de multifatorial. A identificação do fator que causa a recessão é extremamente importante, pois para que um tratamento desta alteração possa ser executado, o fator causal deve ser removido para que a recessão não apareça novamente após o tratamento realizado. Avaliações por meio de exames clínicos serão realizadas, e os pacientes serão encaminhados para futuros tratamentos, seguindo os procedimentos de agendamento desta Universidade.
- **Riscos e Benefícios:** Não há nenhum tipo de risco relacionado à utilização do produto. Se resultados forem positivos quanto ao controle da doença, esta pesquisa poderá trazer vários benefícios relacionados ao controle da doença periodontal.
- **Custos e Pagamentos:** Para a participação neste estudo não haverá qualquer tipo de gasto pelos pacientes.

- **Confidencialidade**

Eu..... entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

- **Direito de Desistência**

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

- **Consentimento Voluntário.**

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa:

Data:.....

Eu certifico que expliquei a(o) Sr.(a),
acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta
pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável:.....

Data:.....

Aprovação Comitê de Ética



PRPPG
Pró-reitoria
de Pesquisa e
Pós-graduação

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIFICADO

Baseado em parecer competente este Comitê de Ética em Pesquisa analisou o Projeto "*IDENTIFICAÇÃO CLÍNICA DE FATORES ETIOLÓGICOS DAS RECESSÕES GENGIVAIS*", Protocolo nº 035/11, tendo como responsável o Pesquisador **PATRICIA PINTO SARAIVA** e o considerou **APROVADO**.

Bauru, 28 de abril de 2011.

Prof. Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond
Presidente Comitê de Ética em Pesquisa – USC