

# Avaliação dos níveis de recessão gengival em estudantes de odontologia da Universidade Federal de Pernambuco

*Evaluation of gingival recession levels in students coming from the dentistry, Universidade Federal de Pernambuco, Brazil*

Ana Cláudia da Silva ARAÚJO <sup>1</sup>  
 Renata Cimões JOVINO-SILVEIRA <sup>1</sup>  
 Elvia Christina Barros de ALMEIDA <sup>1</sup>  
 Darcyla Maria de Aguiar BELLO <sup>2</sup>  
 Débora Costa CAVALCANTE <sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar, quantitativamente, os níveis de recessão gengival e sua prevalência em estudantes de odontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

**Métodos:** A amostra consistiu de 110 estudantes de odontologia do 5º ao 10º período da Universidade Federal de Pernambuco, selecionados aleatoriamente, foram examinados através de sondagens para avaliar todos os elementos dentários, considerando as quatro faces. A recessão gengival foi considerada presente quando mais de 1mm de raiz estivesse exposta.

**Resultados:** A recessão gengival foi encontrada em 92 (83,6%) estudantes e apenas 18 (16,4%) não tinham recessão. A face vestibular com 79,3% foi a mais prevalente. O grupo de dentes mais afetados foram os incisivos inferiores com 22,1%, por sextante, os caninos e pré-molares inferiores que apresentaram maior prevalência 28,8%. Quanto à medida máxima de recessão gengival encontrada em cada aluno, 41,8% apresentaram valores máximos de apenas 2mm, 36,4% tinham 3mm e 5,4% com 4mm.

**Conclusão:** A prevalência de recessão gengival foi alta na população estudada e um dos principais fatores de recessão gengival presentes foi o hábito de escovação traumática.

**Termos de indexação:** recessão gengival; prevalência; estudantes de odontologia.

## ABSTRACT

**Objectives:** The aim of this study was to evaluate, quantitatively, the levels of gingival recession and their prevalence in students of Dentistry of the Federal University of Pernambuco.

**Methods:** The randomized sample consisted of 110 Dentistry Students from third and fourth grades at the Federal University, in the state of Pernambuco, Brazil, who were selected and had been sounded examined to evaluate all their dental elements, considering the four surfaces. The gingival recession was considered present when more than 1mm of root was exposed.

**Results:** The gingival recession was found in 92 (83.6%) students and only 18 (16.4) did not present recession. The vestibular face with 79.3% was most prevalent. The group of more affected teeth were the lower incisors with 22.1%, for sextant, the canines and lower premolars which had presented greater prevalence, 28.8%. As far as the maximum measure of found gingival recession was concerned, 41.8% presented maximum values of only 2mm, 36.4% had 3mm and 5.4% with 4mm.

**Conclusion:** The prevalence of gingival contraction was high in the studied population and one of its main factor was traumatic tooth brushing habits.

**Indexing terms:** gingival recession; prevalence; students dental.

## INTRODUÇÃO

A recessão gengival é a localização apical do tecido marginal em relação à junção esmalte-cimento com exposição da superfície radicular<sup>1,2</sup>.

Segundo Garcia & Sakakura<sup>3</sup> a recessão gengival pode apresentar uma etiologia multifatorial, tendo componentes

locais e mecânicos. A doença periodontal, a posição dentária, a oclusão traumática, a inserção alta dos freios, bridas ou fibras musculares, as deiscências ósseas, pressão labial e a reduzida faixa de gengiva inserida têm sido relacionadas como os principais fatores locais.

Péret & Costa<sup>4</sup> realizaram uma revisão, onde concluíram que a prevalência de recessão gengival tem sido observada em população com bom e mau controle de placa

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial. Av. Professor Moraes Rego, Cidade Universitária, 50670-901, Recife, PE, Brasil. Correspondência para / *Correspondence to:* A.C.S. ARAÚJO (gigiaborba@bol.com.br).

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Odontologia. Recife, PE, Brasil.

e que a etiologia da recessão gengival constitui-se de vários fatores relacionados ao seu desenvolvimento.

Em contrapartida, Melson & Allais<sup>5</sup> relataram que a patogênese da recessão gengival não está esclarecida, ambos os fatores, predisponentes e precipitantes, têm sido implicados no desenvolvimento da recessão. Os fatores predisponentes são as características anatômicas e morfológicas. Os fatores precipitantes compreendem a indução por aceleração da inflamação gengival e a reabsorção alveolar.

Marini *et al.*<sup>2</sup> afirmaram que embora o padrão de distribuição das recessões gengivais poderia providenciar uma significativa indicação do principal fator etiológico envolvido, mas não é conclusivo na identificação das causas das lesões; eles deveriam ser correlacionados com vários dados antes do diagnóstico final. E este diagnóstico é realizado excluindo os fatores predisponentes e precipitantes que poderiam estar envolvidos. Contudo, uma associação desses fatores freqüentemente causa a ocorrência da recessão gengival, portanto um destes fatores poderia ser o principal, mas não o único responsável pela alteração.

As recessões gengivais podem ser classificadas de acordo com a definição de Miller<sup>6</sup>:

- Classe I: a recessão não supera a junção mucogengival e não ocorre perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental;

- Classe II: a recessão vai além da junção mucogengival e não ocorre perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental;

- Classe III: a recessão vai além da junção mucogengival e ocorre perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental e/ou posicionamento dentário inadequado;

- Classe IV: a recessão vai além da junção mucogengival e ocorre perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental e/ou posicionamento dentário é extremamente inadequado.

A progressão da recessão gengival implica no surgimento de algumas conseqüências como cárie radicular, dificuldade para se obter bons resultados estéticos em eventuais necessidades restauradoras, patologias pulpares, queixas dos pacientes com relação à estética, sensibilidade dentária ou gengival e dificuldade para manter uma boa higiene<sup>7</sup>.

A preocupação principal dos pacientes em relação à recessão particularmente na região anterior geralmente é a aparência dos dentes. A linha alta do sorriso revela os dentes quando estamos conversando ou sorrindo que tornará a recessão mais aparente nesses pacientes. A substância radicular visivelmente exposta é geralmente

mais escura que a coroa dos dentes, interferindo na estética dos dentes dos pacientes. É de fundamental importância a identificação de fatores etiológicos da recessão para poder então planejar o tratamento de acordo com seus fatores causais, já que o mesmo é baseado na remoção desses fatores<sup>1</sup>.

Soares & Vargas<sup>8</sup> afirmaram que a placa bacteriana é um fator etiológico primordial no desenvolvimento da recessão gengival inflamatória, sendo um dos principais sinais clínicos de doença periodontal. O reconhecimento precoce da condição clínica estudada é essencial para a instituição de programas de remoção de placa, envolvendo métodos de escovação que mantenham uma boa higiene bucal, para paralisar ou reverter esta alteração gengival.

A técnica de escovação atraumática é necessária para a recessão ser evitada. Isto é ressaltado quando são observadas em faces dentais que são livres de placas, mas que tem sido sujeita técnica de escovação agressiva. A técnica de Bass tem sido extremamente ensinada como um método efetivo de remoção de placa e se utilizada com cuidado não contribuirá mais para a recessão gengival. Os autores acrescentaram que a completa cobertura radicular pode ser possível nos defeitos de classe I e classe II pela classificação de Miller<sup>6</sup>, mas só que a cobertura parcial tem sido alcançada nos defeitos de classe III com técnicas tradicionais de retalhos e enxertos gengivais livres, sítios exibindo recessão de classe IV não é conveniente para tratamento como, técnicas cirúrgicas de cobertura radicular. Contudo, técnicas como enxerto de tecido conjuntivo pode ter mais potencial de obter a cobertura radicular em mais defeitos severos<sup>1</sup>.

Lima *et al.*<sup>9</sup> relataram que o tratamento das recessões gengivais, tanto em dentes naturais quanto implantes, consistem tradicionalmente no uso de enxertos autógenos retirados de áreas doadoras queratinizadas. Devido à maior morbidade operatória e risco de complicações, a matriz dérmica acelular tem sido utilizada como substituto destes enxertos. Trata-se de um material alógeno, retirados de doadores de bandas de tecidos, onde são removidos os elementos celulares para a obtenção de uma matriz de colágeno e elastina.

## MÉTODOS

A amostra observada foi constituída de 110 estudantes de odontologia do 5º ao 10º período, de ambos os gêneros, matriculados regularmente na Universidade Federal

de Pernambuco (UFPE), em Recife, Pernambuco (PE). Os estudantes de odontologia foram selecionados obedecendo aos seguintes critérios pré-estabelecidos: não estivessem fazendo uso de medicação sistêmica; não ser usuário de aparelhagem ortodôntica fixa; ter no mínimo 28 dentes presentes no arco; não ser fumante; não ser portador de qualquer tipo de doença sistêmica e aceitar participar da pesquisa.

O grupo de examinadores foi composto por duas acadêmicas do último ano do curso de odontologia da UFPE, que examinaram em conjunto cada estudante participante da pesquisa. E sendo previamente calibradas, havendo assim uma padronização da análise clínica e menor margem de erro.

A coleta de dados foi realizada a partir de um exame clínico, utilizando-se odontoscópio e sonda periodontal do tipo Williams, marca Trinity, mensurando, em milímetros, as recessões gengivais clinicamente visíveis que apresentavam com extensão vertical superior a 1mm, ou seja, distância da junção esmalte-cimento a margem gengival maior que 1mm.

O exame foi realizado registrando quantitativamente as recessões presentes nos elementos dentários, analisando apenas a inserção clínica, considerando as quatro faces (mesial, vestibular, distal e lingual). Esses dados foram colocados numa ficha clínica que constava de um odontograma periodontal para cada indivíduo.

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais (técnicas de estatística descritiva) e foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para a comparação da proporção dos que tem ou não recessão gengival. O nível de significância para a tomada de decisão do teste estatístico foi de 5,0% (0,05). O programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o *Statistical Analysis System* (SAS).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 110 alunos, 92 (83,6%) apresentaram recessão gengival e apenas 18 (16,4%) não tinham recessão. Dos estudantes com recessão gengival, foram consideradas as faces (mesial, distal, vestibular, lingual) de cada elemento dentário, havendo 733 faces com recessões gengivais presentes, variando entre 2 a 4mm. Estes dados não corroboraram com a pesquisa realizada por Marini *et al.*<sup>2</sup>, já que os indivíduos com 20-29 anos, faixa etária semelhante a nossa pesquisa, apresentaram valores inferiores com prevalência de 64% de recessão, correspondendo a 465 faces. Os resultados obtidos em relação à prevalência de recessão por nível de inserção, demonstraram que a maioria dos estudantes tinha 2mm de recessão com 80,1% (Tabela 1).

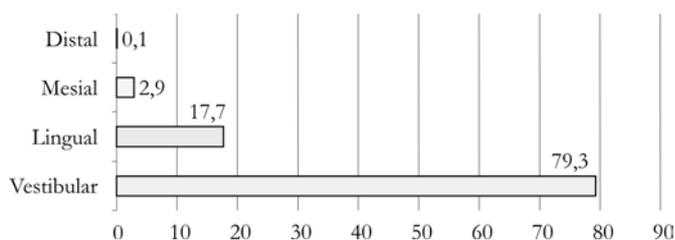
**Tabela 1.** Distribuição dos dentes com recessão de acordo com a medida do nível de inserção gengival clínica.

Medida em (mm)	n	%
2	587	80,1
3	139	18,9
4	7	1,0
<b>Total</b>	<b>733</b>	<b>100,0</b>

Neste estudo, o fator idade não foi avaliado, pois os estudantes examinados apresentaram faixa etária próxima, entre 20-26 anos. Esta relação entre ocorrência de recessão gengival e a idade poderia provavelmente ser, devido um período mais longo de exposição de agentes que causam a recessão gengival, associadas às mudanças intrínsecas no organismo, local e sistêmico, além de efeitos acumulativos da própria lesão<sup>2</sup>.

A recessão gengival é um fator multifatorial<sup>1-4,7,10-11</sup>, não relacionamos apenas um fator etiológico como causador da recessão, mas podemos determinar algum fator ou fatores principais causadores da recessão, sejam eles, condicionantes ou principiantes. Em relação a presente pesquisa, fator escovação traumática foi bastante relatado pelos próprios estudantes de odontologia examinados, corroborando com os resultados encontrados, já que a face vestibular com 79,3% apresentou uma maior prevalência e as faces proximais (mesial e distal) e lingual apresentaram valores pequenos (Figura 1). O grupo de dentes mais afetados com a recessão foram os incisivos inferiores com 22,1% (Tabela 2), mas em relação ao sextante, foram os caninos e pré-molares inferiores que apresentaram maior prevalência 28,8%, corroborando com os trabalhos de Péret & Costa<sup>4</sup>, Soares & Vargas<sup>8</sup> e Checci *et al.*<sup>12</sup> (Tabela 3).

Em relação à medida máxima de recessão gengival encontrada em cada aluno, 41,8% apresentaram valores máximos de apenas 2mm, 36,4% tinham 3mm e 5,4% com 4mm, conforme tabela 4. Demonstrando que a maioria dos estudantes de odontologia apresentava recessão mínima, correlacionando também que os estudantes que apresentavam recessões gengivais com 4mm, havia alguma doença periodontal presente<sup>4</sup>.



**Figura 1.** Distribuição percentual dos casos com recessão gengival segundo a face.

**Tabela 2.** Distribuição das faces com recessão gengival segundo o grupo de dentes.

Grupo de dente	N	%
Incisivos superiores	65	8,9
Caninos superiores	61	8,3
Pré-molares superiores	73	10,0
Molares superiores	120	16,4
Incisivos inferiores	162	22,1
Caninos inferiores	124	16,9
Pré-molares inferiores	87	11,9
Molares inferiores	41	5,6
<b>Total</b>	<b>733</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 3.** Distribuição das faces com recessão gengival segundo grupo de dentes por sextante.

Sextante	N	%
Incisivos superiores	65	8,9
Caninos e pré-molares superiores	134	18,3
Molares superiores	120	16,4
Incisivos inferiores	162	22,1
Caninos e pré-molares inferiores	211	28,8
Molares inferiores	41	5,6
<b>Total</b>	<b>733</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 4.** Distribuição dos alunos segundo o máximo da medida do nível de inserção gengival clínica.

Medida máxima (mm)	n	%
Não tinha recessão	18	16,4
2	46	41,8
3	40	36,4
4	6	5,4
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa pode-se concluir que a prevalência de recessão gengival foi alta na população estudada, sendo um dos principais fatores o hábito de escovação traumática.

Os dentes mais acometidos foram os incisivos inferiores (quanto ao grupo de dentes), caninos e pré-molares inferiores (por sextante) e a face que encontramos uma maior prevalência de recessão foi a face vestibular.

## REFERÊNCIAS

1. Tugnait A, Clerehugh V. Gingival recession - its significance and management. *J Dent.* 2001; 29(6): 381-94.
2. Marini MG, Greggi SLA, Passanezi E, Sant'ana ACP. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *J Appl Oral Sci.* 2004; 12(3): 250-5.
3. Garcia RV, Sakakura CE. Tratamento de recessões gengivais com a técnica de Harris. *Rev Paul Odontol.* 2004; 26(4): 36-9.
4. Péret ACA, Costa JE. Recessão gengival: etiologia. *Rev CROMG.* 1999; 5(2): 122-7.
5. Melsen B, Allais D. Factors of importance for the development of dehiscences during labial movement of mandibular incisors: a retrospective study for adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005; 127(5):552-61.
6. Miller PD JR. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985; 5(2): 8-13.
7. Vanzin GD, Prietsch JR. Considerações entre recessão gengival e trauma oclusal. *Rev Odonto Ciênc.* 2001; 16(33): 182-6.
8. Soares MR, Vargas AMD. Prevalência de recessão gengival inflamatória em crianças de escola pública de Belo Horizonte (MG). *Rev CROMG.* 2001; 7(3): 157-63.
9. Lima LM, Chiarelli FM, Bourguignon Filho AM, Feitosa ACR, Dias E, Sendyk W. Utilização da matriz dérmica acelular (Allo-derm®) para o tratamento de recessões gengivais. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac.* 2005; 46(3): 165-9.
10. Bueno L. Tratamiento de las recesiones gingivales: ¿que opciones terapéuticas tenemos? *Rev Fundac Juan José Carrazo.* 2004; 9(19): 23-5.
11. Bueno L. Efectos lesivos del control mecánico de la placa microbiana. *Rev Fundac Juan José Carrazo.* 2005; 10(20): 36-8.
12. Checchi L, Daprile G, Gatto MRA, Pelliccioni GA. Gingival recession and tooth brushing in an Italian School of Dentistry: a pilot study. *J Clin Periodontol.* 1999; 26(5): 276-80.

Recebido em: 9/1/2007  
Aprovado em: 30/3/2007