



**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

Jennifer Eduarda dos Santos da Silva

RECESSÃO GENGIVAL x LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS

Santa Cruz do Sul

2022

Jennifer Eduarda dos Santos da Silva

RECESSÃO GENGIVAL x LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Me. Ricardo Sartori

Santa Cruz do Sul

2022

Jennifer Eduarda dos Santos da Silva

RECESSÃO GENGIVAL x LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS

Este trabalho foi submetido ao processo de avaliação por banca examinadora do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC como requisito para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Prof. Me. Ricardo Sartori

Professor Orientador - UNISC

Prof. Me. Edilson Fernando Castelo

Professor Examinador - UNISC

Prof^a. Me. Simone Glesse

Professora Examinadora - UNISC

Santa Cruz do Sul

2022

RESUMO

A recessão gengival é a migração apical da margem gengival em relação a junção cimento/esmalte enquanto as lesões cervicais não cariosas são perdas de estrutura dentária na região cervical dos dentes ocasionadas por processos patológicos ou fisiológicos. Esse trabalho teve como objetivo compreender as recessões gengivais e sua relação com as lesões cervicais não cariosas, bem como suas causas e consequências e possibilidades de tratamento. O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura e a busca de material bibliográfico se deu através das plataformas digitais Google Acadêmico, Scielo, Pubmed e portal de periódicos da Capes. Os estudos apontam que a recessão e as lesões cervicais não cariosas acontecem de forma concomitante na maioria das vezes e tem seu diagnóstico dificultado devido a sua etiologia multifatorial, atingindo em sua maioria pacientes adultos e idosos. A conscientização do paciente quanto a remoção do fator causal das recessões e das lesões cervicais não cariosas é o que faz com que o tratamento dessas comorbidades seja eficaz. Pode-se concluir que a recessão gengival e as lesões cervicais não cariosas têm levado cada vez mais os pacientes a procurarem atendimento especializado devido ao fator antiestético e a hipersensibilidade e que o principal tratamento consiste na remoção do fator etiológico.

Palavras-chave: biotipo periodontal, recessão gengival, retração gengival, lesões cervicais não cariosas, periodontia.

ABSTRACT

Gingival recession is the apical migration of the gingival margin in relation to the cementum/enamel junction, while non-carious cervical lesions are loss of tooth structure in the cervical region of the teeth caused by pathological or physiological processes. This work aimed to understand gingival recessions and their relationship with non-carious cervical lesions, as well as their causes and consequences and treatment possibilities. The present study is a literature review and the search for bibliographic material was carried out through the digital platforms Google Scholar, Scielo, Pubmed and the Capes journal portal. Studies indicate that recession and non-carious cervical lesions occur concomitantly most of the time and have their diagnosis difficult due to their multifactorial etiology, affecting mostly adult and elderly patients. The patient's awareness of removing the causal factor of recessions and non-carious cervical lesions is what makes the treatment of these comorbidities effective. It can be concluded that gingival recession and non-carious cervical lesions have increasingly led patients to seek specialized care due to the unaesthetic factor and hypersensitivity and that the main treatment consists of removing the etiological factor.

Keywords: periodontal biotype, gingival recession, gingival recession, non-carious cervical lesions, periodontics.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
2.1 Recessão gengival	8
2.2 Classificação das recessões gengivais	9
2.3 Associação entre recessão gengival e lesões cervicais não cariosas	11
2.4 Abrasão	12
2.5 Abfração.....	12
2.6 Erosão	13
2.7 Tratamento da recessão gengival e das LCNC.....	14
3 METODOLOGIA	18
4 DISCUSSÃO	19
5 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

Muito tem se falado sobre como uma boa saúde bucal influencia de forma direta na saúde geral de um indivíduo. Com o aumento da expectativa de vida da população, além da doença cárie, uma nova crescente vem aparecendo com mais frequência nos consultórios odontológicos: a recessão gengival e que, muitas vezes, está associado diretamente com as lesões cervicais não cariosas (REINO *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A recessão gengival pode acontecer de forma patológica ou fisiológica, simultaneamente ou não a lesões cervicais não cariosas. Com base em estudos investigativos, estima-se que cerca de 60% dos indivíduos avaliados apresentem algum grau de desgaste do esmalte dentário (AMARAL *et al.*, 2012) enquanto um estudo proposto por Rios *et al.*, 2014, indica que 75,4% dos avaliados possuem recessão gengival.

As recessões gengivais se caracterizam pelo posicionamento apical da margem gengival em relação a junção cimento/esmalte, levando a uma exposição do tecido radicular, favorecendo o surgimento de lesões cariosas e não cariosas e trazendo prejuízos como dor, sensibilidade e comprometimento estético, com uma perda estrutural que se estende ao longo da margem gengival do dente (SANTOS *et al.*, 2017).

Tal qual as lesões não cariosas, a recessão gengival tem atingido grande parte da população fazendo com que essas pessoas procurem tratamento odontológico afim de obter um recobrimento radicular melhorando a estética do sorriso e dores agudas causadas pela hipersensibilidade dentinária (REINO *et al.*, 2010).

Com o avanço da Odontologia, os profissionais devem estar capacitados e preparados a tratar doenças e lidar com a exigência estética dos seus pacientes (SOUZA-MELO *et al.*, 2018). Então, o estudo das recessões gengivais e das lesões cervicais não cariosas se faz importante para que os cirurgiões-dentistas consigam identificar e tratar as comorbidades dos seus pacientes.

Por fim, o objetivo do presente trabalho foi compreender melhor as recessões gengivais e sua relação com as lesões cervicais não cariosas, suas causas, consequências, a maneira como afeta a população e como o cirurgião-dentista pode conduzir o tratamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Recessão gengival

Nos dias atuais, muito tem se falado sobre a importância da estética e como ela está intimamente ligada ao convívio social. Sabe-se que a relação entre gengiva-dente constitui um sorriso estético, influenciando no aspecto geral do indivíduo, fazendo, então, com que o cirurgião-dentista esteja capacitado a suprir as necessidades dos pacientes e buscar alternativas para o tratamento odontológico (SOUSA; GARZON; SAMPAIO, 2003).

A gengiva é a parte da mucosa oral que reveste o osso alveolar, composta por tecido epitelial estratificado pavimentoso e pode ser dividida em gengiva livre (circunda o colo dos dentes e tem epitélio não queratinizado) e gengiva inserida (encontra-se presa aos processos alveolares da maxila e mandíbula) (AZEVEDO, *et al.* 2016). Além disso, o tecido gengival pode ter alterações caracterizadas por fatores fisiológicos de crescimento, por influência dos dentes e pela genética (NASSER; SOUZA, 2012).

A recessão gengival é o deslocamento apical da margem gengival em relação a junção cimento/esmalte e que leva a exposição da superfície radicular podendo afetar um ou mais dentes, o que tem contribuído para o descontentamento da população por apresentar uma estética desagradável (SANTOS *et al.*, 2017; VENTURIM; JOLY; VENTURIM, 2011). Essa recessão marginal faz com que ocorra perda de inserção das fibras gengivais ao cimento, indicando perda de inserção do periodonto (PEREIRA, 2016, citado por ARAÚJO; VILAÇA, 2021), acometendo principalmente a face vestibular dos dentes (LÖE; ANERUD; BOYSEN, 1992).

A etiologia da recessão gengival é multifatorial e pode se dar por fatores como: má higiene oral, mau posicionamento dos dentes, deiscências ósseas, doença periodontal, trauma durante a escovação ou alteração na inserção de estruturas anatômicas (YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006) podendo afetar indivíduos em qualquer idade e na maioria da população de países desenvolvidos e subdesenvolvidos (LÖE; ANERUD; BOYSEN, 1992).

Para Marini e colaboradores (2004), os fatores etiológicos das recessões gengivais podem ser divididos em dois grupos: fatores predisponentes, que são as estruturas anatômicas que favorecem a recessão, tais como: inclinação bucal,

qualidade e quantidade da gengiva inserida, oclusão traumática e deiscências ósseas; e fatores precipitantes, que são: acúmulo de biofilme, trauma por escovação principalmente pelo uso de escovas com cerdas duras, trauma químico como tabagismo e tratamento ortodôntico.

Já para Lindhe (2005), os fatores etiológicos podem ser separados em três grupos: a) recessões associadas a fatores mecânicos, resultante do trauma da técnica de escovação inadequada, sendo este o fator dominante nas recessões gengivais; b) recessões relacionadas a lesões inflamatórias induzidas por placa, que geralmente acomete dentes onde o biotipo gengival é delgado ou delicado; c) recessões associadas a doença periodontal generalizada.

Outro fator a ser levado em consideração do estudo das recessões gengivais é o biotipo periodontal. Para De Rouck *et al.* (2009), citado por Caldato *et al.* (2018), existem três grupos de biotipos gengivais: a) gengiva fina; b) gengiva espessa; c) gengiva espessa clara e pequena faixa de gengiva queratinizada. Conforme Newman *et al.* (2012), citado por Caldato *et al.* (2018), pacientes que apresentam o biotipo gengival fino estão mais suscetíveis a perda de inserção periodontal e danos ao tecido epitelial.

É de suma importância que o cirurgião-dentista saiba diagnosticar e tratar as retrações gengivais, visto que essa é uma das patologias mais comuns que tem afetado a população, causando hipersensibilidade dentinária, aumento do risco de cáries radiculares e lesões cervicais não cariosas (LCNC) (REBELLO, *et al.* 2019). A recessão também pode oferecer comprometimento estético ao paciente, fazendo com que ele procure tratamento odontológico, além de trazer problemas como impactação alimentar, piorando o acúmulo de biofilme, e pode causar dor durante a mastigação e a escovação (ALMEIDA *et al.*, 2015).

2.2 Classificação das recessões gengivais

Em 1985, Miller Jr, citado por Venturim; Joly; Venturim, (2011), propôs que as recessões gengivais poderiam ser classificadas em 4 classes, com finalidade terapêutica utilizada até os dias atuais, baseadas na qualidade dos tecidos periodontais e que previa a previsibilidade do sucesso dos recobrimentos radiculares.

São elas: Classe I: a recessão não atinge a linha mucogengival e não há perda tecidual interdental, com previsibilidade de 100% de cobertura radicular;

Classe II: a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival mas continua sem perda tecidual e de osso alveolar interdental, com previsibilidade de 100% de cobertura radicular; Classe III: a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e apresenta perda de estrutura óssea ou tecido mole interdental, com cobertura radicular parcial; Classe IV: a recessão gengival se estende acima da linha mucogengival, com perda severa de tecidos interdentais e sem previsão de recobrimento radicular.

Porém, devido a classificação vigente ser antiga e pela dificuldade em diferenciar classes I e II de Miller, em 2017 foi lançada uma nova classificação das doenças periodontais e das recessões gengivais, substituindo a classificação vigente até então.

A recessão gengival também é resultante da influência do fenótipo periodontal associado a espessura do osso alveolar vestibular. Para o diagnóstico, utiliza-se o a transparência gengival (fenótipo fino: sonda visível; fenótipo espesso: sonda não visível) e a distância da margem gengival a junção mucogengival:

- Recessão tipo 1: não apresenta perda de inserção entre os dentes. Junção cimento-esmalte não detectável clinicamente;
- Recessão tipo 2: perda de inserção interproximal, com distância da junção cimento-esmalte ao fundo de sulco igual ou menor à perda de inserção vestibular;
- Recessão tipo 3: perda de inserção vertical com distância da junção cimento-esmalte ao fundo de sulco maior que a perda de inserção vestibular.



Recessão tipo 1. Fonte: Torquato *et al.*, 2019 Recessão tipo 2. Fonte: Torquato *et al.*, 2019 Recessão tipo 3. Fonte: Torquato *et al.*, 2019

Também pode haver presença de degraus na superfície radicular, desta forma, as recessões devem ser classificadas de acordo com tipo 1, 2 ou 3

seguido de classe + quando o degrau cervical for >0,5mm ou classe – quando o degrau for <0,5mm (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018).

2.3 Associação entre recessão gengival e lesões cervicais não cariosas

Assim como a recessão gengival, as LCNC possuem origem multifatorial, sem envolvimento de agentes bacterianos e são responsáveis pela perda gradual e irreversível do tecido dentário, causando hipersensibilidade dentinária, provocando dor aguda (COSTA *et al.*, 2018). Essa perda pode ser influenciada por fatores extrínsecos, como a dieta, por fatores intrínsecos (vômito e refluxo gastroesofágico), desgaste mecânico através da escovação inadequada, alto consumo de substâncias ácidas ou cítricas, além de hábitos nocivos, como morder lápis, roer unhas etc. (AMARAL *et al.*, 2012).

As LCNC geralmente estão intimamente relacionadas com recessões gengivais, visto que a recessão pode levar a exposição da dentina radicular, aumentando a incidência de lesões não cariosas (FILHO; SILVA, 2008) e por possuírem fatores etiológicos em comum. Essas lesões podem acometer somente a coroa do dente, somente a raiz ou acometer coroa e raiz simultaneamente, sendo que quando ocorre em raiz, está, na maioria das vezes, relacionada a recessão gengival (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Dentre os problemas causados pelas LCNC, os mais comuns são: retenção de biofilme, comprometimento estrutural da superfície dos dentes, hipersensibilidade dentinária, e comprometimento da vitalidade pulpar em casos mais severos (COSTA *et al.*, 2018).

Apesar de todos os dentes da cavidade oral estarem suscetíveis ao aparecimento de LCNC, os pré-molares superiores apresentam maior chance de desenvolverem essas lesões devido ao seu posicionamento e localização no arco dentário. Já a susceptibilidade da região cervical dos dentes se justifica pela menor espessura de esmalte, menor área de secção transversal e elevada concentração de apatita carbonatada nessa região (PEGORARO *et al.*, 2005).

As LCNC podem ser classificadas como erosão, abfração e abrasão, sendo esta última a mais associada a recessão gengival (PEREIRA, 2016, citado por ARAÚJO; VILAÇA, 2021). Embora as lesões cervicais sejam caracterizadas pela perda de estrutura dentária de origem não-bacteriana, cada uma dessas

lesões apresenta suas características e seus aspectos clínicos e estão associadas a um fator etiológico predominante.

2.4 Abrasão

A abrasão é a lesão não cariosa mais ligada a recessão gengival. Essa lesão é um processo de desmineralização que acontece de maneira mais lenta, causada por hábitos nocivos ao longo da vida. A perda de estrutura dentária acontece devido a um processo mecânico contra os dentes (PINHEIRO, 2021), causado por uma superfície áspera e dura frequentemente sendo deslizada contra uma superfície com menor grau de dureza, provocando desgastes (BARBOSA; PRADO JUNIOR; MENDES, 2009).

Fatores como técnica incorreta e força aplicada na escovação associado ao uso de dentifrícios abrasivos, uso frequente de palito de dente e local por onde se inicia a escovação fazem com que os dentes fiquem mais suscetíveis ao aparecimento da abrasão (BARBOSA; PRADO JUNIOR; MENDES, 2009).

No tocante a escovação, o uso de escovas com cerdas duras aumenta as chances de abrasão. Ligado diretamente a isso, os dentifrícios também são capazes de provocar esse desgaste cervical de acordo com a abrasividade, pH e a quantidade do dentifrício usado na escovação. A abrasão por um dentifrício vai acontecer conforme ele for se movendo contra os dentes, gerando uma ação de corte (ALVARENGA, 2020).

Clinicamente, a abrasão aparece como uma lesão lisa e brilhante, rasa, com a superfície dura e contornos regulares em formato de “V”. A profundidade da lesão dependerá do grau de intensidade da força traumática. Devido a sua convexidade os dentes mais afetados são caninos e pré-molares superiores e mais frequentemente encontrada em dentes do lado oposto a mão utilizada para escovação (SILVA; VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2019).

2.5 Abfração

A abfração é a perda patológica dos tecidos duros dentários, ocasionada por tensões de forças oclusais que provocam flexões dentais levando ao rompimento das fibras dentárias, gerando perda de esmalte, dentina e cimento (PINHEIRO *et al.*, 2021). Como as demais lesões cervicais, a abfração pode

acometer um ou mais dentes das arcadas e é a que apresenta maior prevalência nos consultórios odontológicos dentre todas as LCNC.

Para Grippo (1992), a abfração pode ser causada por forças de cargas biomecânicas estáticas, que é o ato de engolir e apertar os dentes ou por forças biodinâmicas, que é o ato de morder. Para que essas cargas causem dano as estruturas dentais, fatores como intensidade e direção da força associado à sua frequência devem ser levados em consideração.

A teoria da abfração ou teoria da flexão dentária sustenta que as forças empregadas na região cervical dos dentes proporcionam esforços tensionais, compressivos ou de cisalhamento, resultando em microfraturas nos cristais de hidroxiapatita, fadigando e deformando esmalte e dentina. Através dessas microfraturas há penetração de moléculas de água, tornando o dente suscetível ao solubilizador dos ácidos, fazendo com que, com o tempo, a região cervical frature (PINHEIRO *et al.*, 2021; SILVA; VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2019).

A má oclusão faz com que sejam criadas flexões dentárias, responsáveis por promover dois tipos de tensão: a) tensão compressiva do lado em que o dente recebe a força e b) tensão de tração que ocorre do lado oposto. Visto que o esmalte é uma estrutura rígida e com pouca capacidade de aguentar as forças geradas por essas flexões, ele acaba por fraturar, deixando a dentina exposta e mais vulnerável a erosão e abrasão (ALVARENGA, 2020).

Clinicamente, as lesões por abfração apresentam-se em forma de cunha, com ângulos internos e externos regulares e definidos. Também podem se apresentar em forma de “C” ou lesões com formato misto com paredes oclusais planas e semicirculares. Dependendo do grau de evolução, a abfração pode ser mais profunda e menos ampla (NASCIMENTO *et al.* 2016), sendo mais frequentemente encontrada em dentes inferiores.

2.6 Erosão

A erosão dentária é uma lesão advinda da dissolução dos tecidos dentários causada por ácidos, acarretando perda irreversível desses tecidos. Esses ácidos podem ser de origem extrínseca, vindo da dieta com frutas e bebidas ácidas e pelo uso crônico de medicamentos ou podem ser de origem

intrínseca, causada por doenças que causam refluxo gastroesofágico, distúrbios alimentares como bulimia e diminuição do fluxo salivar (SANTANA *et al.*, 2018).

Conforme os dentes vão sendo expostos aos ácidos vai havendo dissolução dos cristais de hidroxiapatita, gerando perda de volume do esmalte dental, ficando uma região com consistência amolecida (BRUSIUS *et al.*, 2017).

A ação dos ácidos na estrutura dentária se dá através dos íons de hidrogênio combinados com os íons presentes na região, levando ao desprendimento destes íons da superfície dentária. Por outro lado, ácidos que apresentem uma ligação mais complexa, além de se ligarem aos íons presente, ainda atuam removendo cálcio da superfície dental (BARATIERI; MONTEIRO JÚNIOR, 2015).

Os ácidos reagem de forma diferente nas estruturas dentárias. No esmalte, a solução primeiro se dissemina na película adquirida para depois começar dissolver os cristais de hidroxiapatita do esmalte. Já em dentina, a progressão da lesão será reduzida devido a sua matriz orgânica que impede a difusão dos ácidos e contém a liberação dos minerais. Porém, pelos cristais de hidroxiapatita serem menores do que no esmalte, a dentina fica mais suscetível a dissolução ácida (BARATIERI; MONTEIRO JÚNIOR, 2015).

A perda dentária acontece em duas fases: a fase inicial apresenta amolecimento do esmalte sem perda de estrutura, enquanto na fase avançada há perda de estrutura resultante dos ataques ácidos (SILVA; VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2019).

Essas lesões se apresentam com um aspecto fosco e com degraus e cavidades com pouca profundidade. Aparecem arredondadas, em forma de “U”, sem bordas definidas e livres de placa (SHITSUKA *et al.*, 2020).

2.7 Tratamento da recessão gengival e das LCNC

Muito se discute sobre a melhor conduta a ser tomada quanto ao tratamento das recessões gengivais associadas as LCNC. Ao passo que a restauração adesiva melhorasse a condição da hipersensibilidade dentinária, apenas isso não resolveria o aspecto antiestético causado pela recessão, bem como apenas o recobrimento radicular pode se mostrar ineficiente se não for combinado ao procedimento restaurador (SANTAMARIA *et al.*, 2007).

Para o correto controle e tratamento das LCNC e das recessões é necessário um criterioso diagnóstico, o que pode ser complicado por estarem ligados a diversos fatores etiológicos (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Para traçar um bom plano de tratamento, fatores como: características anatômicas locais, altura da recessão gengival, fator etiológico, altura e profundidade da lesão cervical e sobretudo exigências estéticas dos pacientes devem ser consideradas (SANTAMARIA *et al.*, 2007)

Até pouco tempo atrás, o cimento de ionômero de vidro (CIV) era a opção de tratamento para as LCNC e as recessões gengivais criadas por elas. Porém, com o avanço das alternativas restauradoras, as resinas compostas passaram a exercer essa função devido as suas propriedades estéticas e mecânicas (SANTOS *et al.*, 2017).

Considerando a dificuldade em encontrar a junção cimento/esmalte (JCE) em um dente com lesão cervical, houve a necessidade de determinar o nível de estabilidade do tecido marginal após uma cirurgia de recobrimento radicular. Desta forma, foi criado um método capaz de considerar as dimensões da papila interdental. A altura ideal da papila é identificada como a distância entre o ponto de contato e o ponto angular preservador da JCE. Esse ponto, quando projetado sobre a recessão, vai definir a linha da máxima cobertura radicular, definindo se a melhor conduta seria a cirurgia de recobrimento radicular ou técnicas restauradoras (BLUNCK, 2001).

Para melhor estabelecer a classificação das LCNC associadas a recessão gengival, foi criada uma classificação de defeitos divididas em quatro categorias: Classe A-: quando a lesão está visível na JCE sem degrau; Classe A+: recessão associada a LCNC apresenta um degrau na JCE, sem atingir a coroa dental; Classe B-: dente não apresenta JCE visível devido a progressão da LCNC, afetando parte radicular e coronária e sem presença de degrau; B+: não há presença de JCE íntegra, com presença de degrau devido a perda de estrutura dental pela progressão da LCNC (PINI-PRATO *et al.*, 2010).

Atualmente as técnicas de tratamento têm abordado a combinação entre restaurações da parte coronal afetada pelas LCNC e recobrimento da raiz exposta com procedimentos que vão desde enxertos subepiteliais de tecido conjuntivo até o uso de biomateriais (SANTOS *et al.* 2017). As técnicas de recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo apresentam maior

cobrimento e tem vantagens como: pós-operatório não doloroso, aumento de espessura e altura tecidual e maior previsibilidade do enxerto (FERRÃO Jr *et al.*, 2003).

As modalidades de tratamento para recessões gengivais associadas a LCNC podem ser combinadas ou individualizadas e envolvem a prevenção do fator etiológico, restaurações das lesões, ajustes oclusais e cirurgias de recobrimento radicular, sendo a melhor técnica escolhida com base do diagnóstico e num correto planejamento (GUIDA *et al.*, 2010, citado por ALMEIDA *et al.*, 2015).

Um estudo feito por Silva (2006), avaliou a implementação de um protocolo de tratamento para LCNC com base na profundidade da lesão e presença de hipersensibilidade dentinária. Se a profundidade for <1mm com presença de sensibilidade, recomenda-se a remoção do fator causal e faz-se apenas a aplicação de um dessensibilizante, e caso não haja sensibilidade dentinária, apenas recomenda-se a eliminação do fator causal. Caso haja lesão com perda de tecido dentário >1mm, com presença ou não de hipersensibilidade, a indicação é de remover o fator etiológico e preconizar técnicas restauradoras adesivas.

Para lesões de abrasão, sugere-se que o tratamento da estrutura perdida seja feito através de restauração, porém, o paciente deve ser conscientizado sobre o fator etiológico dessa lesão afim de diminuir os traumas causados pela escovação (SOBRAL, 2003, citado por GIOVELLI, 2015). O paciente deve ainda ser orientado quanto ao uso correto da escova dental e a utilização de dentifrícios pouco abrasivos.

Nas lesões por abfração, o tratamento correto envolve técnicas restauradoras associadas a remoção de interferências oclusais, principalmente durante a mastigação. Pode ainda ser confeccionadas placas miorelaxantes, placas de bruxismo ou terapia ortodôntica (HARALUR *et al.*, 2019).

Já para lesões causadas pela erosão, o tratamento consiste principalmente na conscientização do paciente para remoção do fator etiológico, seguido de uma criteriosa avaliação para análise da profundidade das lesões, viabilizando ou não o procedimento restaurador (HARALUR *et al.*, 2019). Para pacientes que apresentem fator etiológico a xerostomia, a goma de mascar sem açúcar pode ser indicada para estimular a produção de saliva; bochechos com

enxaguatórios com bicarbonato de sódio vão ajudar os pacientes que apresentam dieta rica em ácidos; aplicação de adesivos autocondicionantes nas lesões para evitar a sensibilidade e progressão da lesão e sobretudo a orientação para que a ingestão de alimentos e bebidas ácidas seja diminuída. Pacientes portadores de distúrbios alimentares ou doenças gastroesofágicas que promovam vômito, sugere-se acompanhamento médico para tratamento dessas condições além do acompanhamento com o cirurgião-dentista (DAVARI; ATAEI; ASSARZADEH, 2013).

3 METODOLOGIA

O referido trabalho foi do tipo revisão bibliográfica e para seu desenvolvimento, a busca de material se deu através de plataformas digitais como Google Acadêmico, Scielo, PubMed e portal de periódicos da Capes, nos idiomas inglês e português. Os artigos escolhidos foram, preferencialmente, dos últimos 5 anos, porém, foram citados artigos de datas mais antigas, mas que ainda possuem embasamento relevante para os dias atuais.

As palavras-chave utilizadas foram: biotipo periodontal, recessão gengival, retração gengival, lesões cervicais não cariosas, periodontia.

4 DISCUSSÃO

A recessão gengival é um deslocamento apical da margem gengival causando exposição da superfície radicular, com origem multifatorial, correlacionada com a faixa etária dos indivíduos e características populacionais, presente na maioria da população de países desenvolvidos e subdesenvolvidos (LÖE; ANERUD; BOYSEN, 1992; SANTOS *et al.*, 2017 VENTURIM; JOLY; VENTURIM, 2011; YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006).

Para que melhor possa ser feita a previsibilidade do sucesso dos recobrimentos radiculares, as recessões são divididas em 4 classes (Miller Jr, 1985, citado por Venturim; Joly; Venturim, (2011), podendo ainda serem classificadas através do fenótipo periodontal associado a espessura do osso alveolar vestibular, utilizando a transparência gengival (fenótipo fino: sonda visível; fenótipo espesso: sonda não visível) e a distância da margem gengival a junção mucogengival: (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018; Kao; Pasquinelli, 2002, citado por Caldato *et al.*, 2018).

As LCNC são caracterizadas por uma perda irreversível da estrutura dentária, gerando hipersensibilidade dentinária, provocando dor aguda (COSTA *et al.* 2018; SANTOS *et al.*, 2017). As lesões cervicais não cariosas, assim como as recessões gengivais, possuem origem multifatorial, podendo ser extrínsecos ou intrínsecos, mas que não possuem envolvimento bacteriano. Devido a isso, cirurgiões-dentistas devem estar capacitados a realizarem um bom exame inicial com uma completa anamnese a fim de chegar a um diagnóstico correto para dar segmento ao tratamento, seja ela restaurador ou não e para que o paciente possa ser devidamente instruído sobre como paralisar a evolução destas lesões (ALMEIDA *et al.*, 2015; ALVARENGA, 2020; BARBOSA; PRADO JUNIOR; MENDES, 2009; COSTA *et al.*, 2018).

Embora as LCNC aconteçam simultaneamente, alguns fatores estão mais comumente associados à essas lesões. Lesões de abrasão possuem como fator causal principalmente a técnica errada de escovação como força excessiva e escova de cerdas duras, associadas a dentifrícios abrasivos; lesões por abfração são causadas por forças oclusais traumáticas geradas pelo apertamento constante dos dentes durante um longo período; e lesões por erosão acontecem, em sua maioria, por fatores sistêmicos como xerostomia e problemas

gastrointestinais capazes de induzir o vômito ou por fatores extrínsecos como consumo de bebidas ácidas e medicamentos (ALMEIDA *et al.*, 2015; ALVARENGA, 2020; BARBOSA; PRADO JUNIOR; MENDES, 2009; COSTA *et al.*, 2018).

Topograficamente, as LCNC podem acometer apenas a coroa ou apenas a raiz dos dentes, sendo que quando ocorre em raiz pode estar relacionada a recessão gengival. Essas lesões também podem acometer de forma simultânea a coroa e a raiz dos dentes (ALMEIDA *et al.*, 2015; FILHO; SILVA, 2008; SANTOS *et al.*, 2017).

Problemas como acúmulo de biofilme, dor aguda associada a hipersensibilidade, comprometimento da vitalidade pulpar em casos mais severos, além do fator antiestético são as principais complicações das LCNC (ALVARENGA, 2020; COSTA *et al.*, 2018; PINHEIRO, *et al.*, 2021). Todos os estudos citados no presente trabalho corroboram a ideia de que a hipersensibilidade dentinária é um dos primeiros sintomas das LCNC e da recessão gengival e que esta, além do fator antiestético, é a causa de os pacientes procurarem atendimento especializado.

Após a anamnese e o exame clínico, o cirurgião-dentista deve considerar na hora do planejamento do tratamento as características anatômicas das lesões e dos tecidos adjacentes, a altura da exposição radicular, profundidade, formato e altura da lesão cervical e também atender aos desejos e expectativas dos pacientes (SANTAMARIA *et al.*, 2007). Já para Haralur (2019), o profissional deverá investigar possíveis interferências oclusais a hábitos parafuncionais que o paciente possa ter.

Estudos apresentados por Pegoraro *et al.* (2005); Pinheiro *et al.* (2021) e Oliveira *et al.* (2013) concordam que os principais dentes afetados são os pré-molares superiores devido sua posição na arcada dentária e que a população adulta e idosa é a mais suscetível ao aparecimento destas lesões devido a processos crônicos e hábitos deletérios capazes de ocasionar tais lesões.

Conforme descrito anteriormente no presente trabalho, a cirurgia de recobrimento radicular é um dos tratamentos para a recessão gengival. Para alguns autores, a cirurgia de recobrimento radicular se faz necessária, estando associada ou não a procedimentos restauradores (SANTAMARIA *et al.*, 2007),

enquanto que, para Venturim; Joly; Venturim (2011), nem todas as raízes expostas precisarão de tratamento cirúrgico.

No tocante a restaurações prévias ao recobrimento radicular, quando associadas a lesões cervicais não cariosas, também se encontrou divergência na literatura. Para Santamaria *et al.* (2007), lesões cervicais com até 1,5mm de profundidade não requerem tratamento restaurador. Por outro lado, Silva (2006), sugere que lesões com >1mm de profundidade precisam ser restauradas com técnicas adesivas. Porém, ambos os estudos concordam que a remoção do agente causal é parte importante do tratamento da recessão gengival associada a lesões cervicais não cariosas.

Diversos autores entraram em consenso de que a técnica de recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo apresenta um resultado satisfatório na diminuição de hipersensibilidade e ganho clínico de tecido queratinizado de inserção com aumento da espessura tecidual (VENTURIM; JOLY; VENTURIM, 2011; PINI-PRATO *et al.* 2010; SANTOS *et al.* 2017; FERRÃO Jr *et al.* 2003).

Para todas as lesões cervicais não cariosas, os autores concordam que a principal medida terapêutica é a eliminação do fator causal para evitar progressão da lesão, porém, para cada lesão pode ser adotado uma conduta diferente. Para lesões de abfração, estudos mostram que a sobrecarga oclusal deve ser removida com ajustes oclusais, placas miorrelaxantes ou tratamento ortodôntico (COSTA *et al.*, 2018; PINHEIRO *et al.*, 2021; SILVA; VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2019).

Para lesões de abrasão, a principal conduta é a orientação ao paciente sobre os hábitos de higiene e como deve ser realizada corretamente a escovação e orientação sobre o uso de dentifrícios abrasivos, podendo ser aplicado, também, dessensibilizantes na região da lesão (ALVARENGA, 2020; COSTA *et al.*, 2018; PINHEIRO *et al.*, 2021).

Em lesões de erosão, a principal medida terapêutica é identificar a fonte de ácidos (se extrínseca ou intrínseca) e fazer o correto tratamento com acompanhamento multidisciplinar e educação sobre a ingestão de substâncias ácidas (ALVARENGA, 2020; COSTA *et al.*, 2018).

Posteriormente a remoção do fator etiológico, essas lesões podem ser restauradas com diferentes materiais, dependendo de cada caso, entre eles cimento de ionômero de vidro, cimento de ionômero de vidro modificado por

resina e resinas compostas, além da aplicação de um dessensibilizante anteriormente (ALVARENGA, 2020; BARBOSA; PRADO JUNIOR; MENDES, 2009; COSTA *et al.*, 2018).

Há pouca discordância de autores na literatura sobre lesões cervicais não cáries associadas a recessão gengival, apesar da dificuldade de diagnóstico de alguns casos devido ao fato dessas lesões estarem comumente interligadas.

5 CONCLUSÃO

A hipersensibilidade dentinária, cáries radiculares e a falta de estética são as principais consequências das recessões gengivais e das lesões cervicais não cariosas e esses são os principais motivos que levam os pacientes a procurarem atendimento odontológico especializado.

Na maioria das vezes a recessão gengival e as LCNC estarão associadas e acontecem de forma concomitante, o que dificulta o diagnóstico. Porém, atualmente a técnica de enxerto de tecido conjuntivo apresenta resultados satisfatórios para recobrimento radicular e a técnica restauradora é a mais utilizada para tratamento das lesões cervicais não cariosas. No entanto, a conscientização do paciente quanto a remoção do fator causal dessas comorbidades é fundamental para que o tratamento seja eficaz e as medidas terapêuticas tenham maior durabilidade.

Portanto, é importante que o profissional faça um bom exame clínico e completa anamnese a fim de diagnosticar, paralisar e tratar a recessão gengival associada ou não às LCNC.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. F. L. *et al.* Recessões gengivais e lesões cervicais não cariosas: relato de caso clínico. *Brazilian Journal Periodontology*, v. 25, n.1, p. 39-45, 2015.
- ALVARENGA, G. F. Lesões cervicais não cariosas e hipersensibilidade da dentina. *Revista Odontológica do Hospital de Aeronáutica de Canoas – Canoas*, v. 1, n.2, p.47-54, 2020.
- AMARAL, S. M. *et al.* Lesões não cariosas: o desafio do diagnóstico multidisciplinar. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia – São Paulo*, v.16, n.1, p. 96-102, Jan/Fev/Mar, 2012.
- ARAÚJO, L. C. D.; VILAÇA, C. M. M. *Recessão gengival: etiologia, características clínicas e tratamento – uma revisão de literatura*. 2021. Tese (Trabalho de Conclusão de Curso) – UNIFACIG Centro Universitário, 2021. Disponível em: <<http://www.pensaracademico.facig.edu.br/index.php/repositoriofcc/article/view/3243>>. Acesso em: 22 mai. 2022
- AZEVEDO, R. B. *et al.* Histologia da Cavidade Oral. *In: ORIÁ, R. B.; BRITO, G. A. C. Sistema digestório: integração básico-clínica*. São Paulo, Editora Edgard Blucher Ltda., 2016, cap.9, p.215-226.
- BARATIERI, L. N.; MONTEIRO JUNIOR, S. *Odontologia Restauradora – fundamentos e possibilidades*. São Paulo – Santos Editora Ltda, 2ª ed. Mar/2015.
- BARBOSA, L. P. B.; PRADO JUNIOR, R. R.; MENDES, R. F. Lesões cervicais não cariosas: etiologia e opções de tratamento restaurador. *Revista Dentística Online*. v.8, n.18, Jan/Mar 2009.
- BLUNCK, U. Improving cervical restorations: a review of materials and techniques. *The Journal of Adhesive Dentistry*. v.3, n1, 2001.
- BRUSIUS, C. D. *et al.* Dental erosion among South Brazilian adolescents: A 2.5 – year longitudinal study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v.46, n.1, p.17-23, 2017.
- CALDATO, K. M. B. *et al.* Avaliação do biotipo periodontal em áreas acometidas por recessão gengival em acadêmicos de Odontologia. *Brazilian Journal Periodontology*. v.28, n.1, p.19-27, 2018.
- COSTA, L. S. *et al.* Lesão cervical não cariada e hipersensibilidade dentinária: relato de caso clínico. *Revista Odontológica do Brasil Central*. v.27, n.83, p.247-251, 2018.
- DAVARI, A. R.; ATAEI, E.; ASSARZADEH, H. Dentin hypersensitivity: etiology, diagnosis and treatment: a literature review. *Journal of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences*. v.14, n.3, p.136-145, Set/2013.
- FERRÃO JUNIOR, J. P. *et al.* Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial – uma alternativa em cirurgia plástica periodontal – caso clínico. *Revista Brasileira de Cirurgia e Periodontia*. v.1, n.4, p.285-90, 2003.

- FILHO, W. G.; SILVA, V. A. *Lesões não cariosas – O novo desafio da Odontologia*. São Paulo, Livraria Santos Editora Ltda., 2008, cap.1.
- GIOVELLI, S. Lesões cervicais não cariosas – relato de casos. 2015. Tese (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/878/1/Silvana%20Giovelli.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2022
- GRIPPO, J. O. Noncarious cervical lesions: the decision to ignore or restore. *Journal of Esthetic Dentistry*. v.4, 1992.
- HARALUR, S. B. *et al.* Association of non-carious cervical lesions with oral hygiene habits and dynamic occlusal parameters. *Diagnostics*, 2019, v.9, n.2, p.43.
- LINDHE, J. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.
- LÖE, H.; ANERUD, A.; BOYSEN, H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity and extent of gingival recession. *Journal of Periodontology*. v.63, n.6, p.489-495, 1992.
- MARINI, M. G. *et al.* Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *Journal of Applied Oral Science*. v.12, n.3, p.250-5, 2004.
- NASCIMENTO, M. M. *et al.* Abrfraction lesions: etiology, diagnosis and treatment options. *Clinical, Cosmetic and Investigation Dentistry*. v.8, p.79-87, 2016.
- NASSER, K. R. P.; SOUZA, D. M. Relação entre características mucogengivais e ocorrência de recessão gengival. *Brazilian Journal Periodontology*. v.22, n.4, p.72-78, 2012.
- OLIVEIRA, T. M. R. *et al.* Restabelecimento estético e funcional de lesão cervical não cariada causada por trauma oclusal. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*. v.67, n.3, p.224-8, 2013.
- PEGORARO, L. F. *et al.* Noncarious cervical lesions in adults. *The Journal of the American Dental Association*. v.136, n.12, p.1694-1700, 2005.
- PINHEIRO, C. F. *et al.* Lesões não cariosas: Revisão de literatura. *E-Acadêmica*, v.2, n.2, e042227, 2021.
- PINI-PRATO, G. *et al.* Classification of dental surface defects in areas of gingival recession. *Journal of Periodontology*. v.81, n.6, Jun/2010.
- REBELLO, I. A. P. *et al.* Tratamento de recessão gengival classe III de Miller. *Revista Gestão & Saúde*. v.21, n.2, p.1-14, 2019.
- REINO, D. M. *et al.* Tratamento de retrações mandibulares múltiplas. *Revista PerioNews*. v.4, n.4, p.349-53, 2010.
- RIOS, F. S *et al.* Estimates and multivariable risk assessment of gingival recession in the population of adults from Porto Alegre, Brazil. *Journal of Clinical Periodontology*. v. 41, p.1098-1107, 2014.

SANTAMARIA, M. P. *et al.* Periodontal surgery and glass ionomer restoration in the treatment of gingival recession associated with a non-cariouse cervical lesion: report of three cases. *Journal of Periodontology*. v.78, n.6, p.1146-1153, 2007

SANTANA, N. M. S. *et al.* Prevalência de erosão dentária e fatores associados em uma população de escolares. *Revista de Odontologia da UNESP*. v.47, n.3, p.155-160, Mai-Jun/2018.

SANTOS, M. R. *et al.* Recessões gengivais associadas a lesões cervicais não cariosas: uma revisão sobre o tratamento multidisciplinar. *ImplantNewsPerio*, v.2, n.6, p.1092-1099, Nov-Dez/2017.

SHITSUKA C. *et al.* Salivary profile of children with erosive tooth wear: a transversal study. *Brazilian Oral Research*. v.34, e115, 2020.

SILVA, E. T. C.; VASCONCELOS, R. G.; VASCONCELOS, M. G. Lesões cervicais não cariosas: considerações etiológicas, clínicas e terapêuticas. *Revista Cubana de Estomatología*. v.56, n.4, e1998, 2019.

SILVA, F. M. L. *Lesões cervicais não cariosas: prevalência, severidade e correlação com fatores etiológicos*. 2006. Dissertação para título de Mestre em Odontologia – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.

Disponível em:

<<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17003/1/FMLSilvaDISSPRT.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2022.

SOUSA, C. P.; GARZON, A. C. M.; SAMPAIO, J. E. C. Estética periodontal: relato de um caso. *Revista Brasileira de Cirurgia e Periodontia*. v.1, n.4, p.262-7, 2003

SOUZA-MELO, W. O. *et al.* Percepção dos estudantes de odontologia sobre recessão gengival. *Archives of Health Investigation*. v.7, n.6, p.243-246, 2018.

STEFFENS, J. P.; MARCANTONIO, R. A. C. Classificação das doenças e classificações periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. *Revista de Odontologia da UNESP*. v.47, n.4, p.189-197, Jul/Ago 2018

VENTURIM, R. T. Z.; JOLY, J. C.; VENTURIM, L. R. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento de recessão gengival. *Revista Gaúcha de Odontologia – Porto Alegre*, v.59, supl.1, Jan/Jun 2011.

YARED, K. F. G.; ZENOBIO, E. G.; PACHECO, W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. Maringá, v.11, n.6, p.45-51, Nov/Dez 2006