



POSSÍVEIS CAUSAS DA RECESSÃO GENGIVAL: Revisão de literatura

SUELLEN MARIA DA SILVA¹
RAYSSA GABRIELA TEIXEIRA DA COSTA²
IGOR MARANGON³

RESUMO: A recessão gengival é definida pela migração da margem gengival em direção à raiz do dente, expondo sua superfície e podendo causar hipersensibilidade dentinária, lesões cervicais, e prejuízo estético. Sendo ela multifatorial, envolvendo aspectos fisiológicos, anatômicos e patológicos. Entre os fatores contribuintes estão má oclusão, higiene oral inadequada, biotipo periodontal fino, uso incorreto do fio dental, restaurações mal adaptadas, tratamento ortodôntico incorreto, periodontite e traumas mecânicos. Para o diagnóstico, são utilizadas classificações como as de Miller, Cairo e Chambrone & Ávila, que orientam a escolha da abordagem terapêutica mais adequada. O tratamento pode ser cirúrgico ou não cirúrgico, incluindo técnicas com enxertos e biomateriais, visando restaurar a integridade gengival e prevenir complicações. O sucesso terapêutico depende do diagnóstico precoce, da eliminação dos fatores causais e do conhecimento clínico do profissional, além da conscientização do paciente quanto aos cuidados preventivos. A combinação desses elementos é essencial para evitar a progressão da recessão gengival e promover a saúde periodontal. Este estudo, baseado em revisão de literatura, busca identificar as principais causas, descrever suas manifestações clínicas, apresentar classificações e discutir opções de tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Etiologia; Odontologia; Periodontia; Recessão gengival; Tratamento.

POSSIBLE CAUSES OF GINGIVAL RECESSION: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Gingival recession is defined as the migration of the gingival margin toward the tooth root, exposing its surface and potentially causing dentin hypersensitivity, cervical lesions, and aesthetic impairment. Being multifactorial, it involves physiological, anatomical, and pathological aspects. Contributing factors include malocclusion, inadequate oral hygiene, thin periodontal biotype, improper flossing, poorly adapted restorations, incorrect orthodontic treatment, periodontitis, and mechanical trauma. For diagnosis, classifications such as those of Miller, Cairo, and Chambrone & Ávila are used to guide the choice of the most appropriate therapeutic approach. Treatment can be surgical or non-surgical, including techniques with implants and biomaterials, restoring gingival integrity and preventing complications. Therapeutic success depends on early diagnosis, elimination of causative factors, and the professional's clinical knowledge, in addition to patient awareness of preventive care. The combination of these elements is essential to prevent the progression of gingival recession and promote periodontal health. This study, based on a literature review, seeks to identify the main causes, describe their clinical manifestations, present

¹ Acadêmica de Odontologia. Curso de Odontologia, Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: suhmrs40@gmail.com

² Professora Especialista em Periodontia. Curso de odontologia, Centro Universitário Fasipe - UNIFASIFE. Endereço eletrônico: rayssagabriela1702@gamil.com

³ Professor Mestre em Letras. Curso de Odontologia, Centro Universitário Fasipe - UNIFASIFE. Endereço eletrônico: igor.marangon5@hotmail.com



classifications and discuss treatment options. these elements is essential to prevent the progression of gingival recession and promote periodontal health.

KEYWORDS: Gingival recession; Periodontics; Etiology; Treatment. Dentistry.

1 INTRODUÇÃO

A recessão gengival é a movimentação da margem gengival em sentido apical, que resulta na exposição da superfície radicular, podendo ocorrer em qualquer dente da cavidade oral. Esse fator pode causar inúmeros prejuízos ao paciente, como lesões cervicais não cariosas, sorriso desarmônico, hipersensibilidade dentinária, além de propiciar o acúmulo de biofilme e o aparecimento de cáries radiculares, causando dor e desconforto ao paciente, influenciando negativamente sua qualidade de vida. Quando ocorre a recessão gengival, há exposição da dentina, que, ao ser submetida a estímulos térmicos, mecânicos ou químicos, resulta na movimentação de fluidos dentro dos túbulos dentinários, ativando as fibras nervosas da polpa e ocasionando dor. Visto isso sabe-se que vários fatores propiciam e influenciam no surgimento de tal alteração, portanto é uma condição clínica multifatorial (Figueiredo *et al.*, 2020).

Apesar de a estética ser um fator de percepção variável, observa-se que a recessão gengival também é um aspecto relevante, pois muitos pacientes buscam tratamento quando se encontram insatisfeitos com a estética do sorriso. Sendo assim é uma condição clínica que compromete estética, saúde e o conforto do paciente. No entanto, quando inicial, a recessão gengival pode passar despercebida, o que influencia diretamente na ausência de busca por tratamento adequado para evitar sua progressão, que pode causar danos mais extensos (Fragkioudakis, 2021).

Diante do exposto vê-se que recessão gengival é um obstáculo presente na odontologia, e que apresenta muitas questões de como identificá-las, classificá-las e tratá-las de forma eficaz, considerando suas inúmeras etiologias, e o impacto que causam sobre a saúde bucal do paciente. Portanto, é necessário que o cirurgião dentista compreenda a etiologia, classificações e abordagens terapêuticas para que sua tomada de decisão seja adequada para cada caso, considerando que suas abordagens variam de acordo com a progressão, severidade e indicação, e assim promover resultados satisfatórios de função e estética (Netto *et al.*, 2024). O presente trabalho foi construído a partir de uma revisão de literatura, em base de dados como PubMed, SciELO, LILACS, Sci-Hub e Google Acadêmico, com o objetivo de demonstrar as possíveis causas, bem como descrever anatomia do periodonto, suas classificações, características e abordar possíveis intervenções terapêuticas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

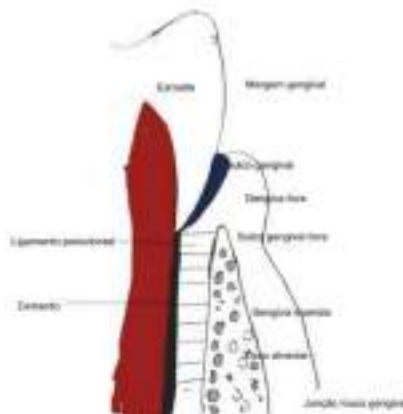
2.1 Anatomia Periodontal

O periodonto é constituído por periodonto de proteção e periodonto de sustentação, que, em conjunto, têm a função de inserir o elemento dental no alvéolo e proteger a mucosa. Presente no periodonto de proteção, a mucosa mastigatória é composta pelo tecido do palato duro e pela gengiva e no periodonto de sustentação, encontra-se o ligamento periodontal que conecta a superfície radicular ao cimento, que tem por função ancorar as fibras do ligamento periodontal à raiz e realizar reparos após danos na superfície radicular.



O osso alveolar, juntamente com o cimento radicular e o ligamento periodontal, desempenha o papel de fixação dos dentes, visando distribuir e reabsorver as forças exercidas (Buduneli, 2020).

Figura 1: Apresentação gráfica da anatomia do periodonto.



Fonte: Madukwe (2014) (adaptado)

2.2 Recessão gengival e sua etiologia

A recessão gengival é caracterizada pela migração apical da margem gengival, sendo o espaço da junção amelo-cementária até a margem gengival. Sua etiologia é multifatorial-portanto, pode ocorrer a combinação de um ou mais fatores sendo eles: fatores fisiológicos, anatômicos e/ou patológicos (Teixeira *et al.*, 2022).

Dentre os inúmeros fatores temos: a má oclusão, que pode influenciar significativamente o aparecimento de recessões gengivais, pois as forças oclusais são distribuídas de forma desigual e excessiva, que excedem a capacidade de regeneração dos tecidos causando pequenos traumas na gengiva, ocasionando sua inflamação e o desenvolvimento da recessão gengival, portanto há necessidade de intervenção ortodôntica para remover o fator causal (Malaiappan *et al.*, 2021).

A deficiência na higienização oral, ocasiona o acúmulo de biofilme, propiciando um ambiente favorável à habitação de microrganismos, os quais vão se desenvolvendo e se multiplicando causando a inflamação do tecido, portanto a higienização norteia as condições de saúde periodontal (Hall *et al.*, 2023).

Biotipo periodontal fino, também predispõe a recessão gengival, isso devido sua espessura ser muito delicada, e sendo mais suscetível a sofrer deiscência e fenestração quando exposta a traumas, como por exemplo movimentações ortodônticas incorretas. Quando há uma movimentação muito brusca do dente para fora do alvéolo, pode vir a ocorrer o rompimento deste tecido, favorecendo a aparição de recessão gengival. Quando o tratamento é finalizado, há a instalação de contenções fixas e móveis, que quando instaladas de forma incorreta pode vir também a acarretar a aparição das recessões gengivais, isso devido sua parte ativa estar em contato com o tecido e causar trauma mecânico, e por consequência a recessão gengival (Oliveira *et al.*, 2019; Amid *et al.*, 2020).

Freios e bridas labiais inseridos de forma incorreta, presos muito próximos à margem gengival ocasionam também recessões gengivais, as quais se retraem devido à tração que o freio exerce sobre os tecidos, propiciando o acúmulo de biofilme, pois a higienização se torna deficiente (SÆTHRE *et al.*, 2021).

Restaurações com sobrecontornos e próteses fixas com margem subgengival, que apresentam desenho inadequado e saliente, estão diretamente relacionadas à recessão



gingival, pois acabam causando pressão nos tecidos, promovendo o aumento do espaço biológico e resultando também em irritação mecânica. Com esses fatores, forma-se um ambiente que facilita o acúmulo de biofilme e resíduos alimentares. As restaurações e próteses mal adaptadas também podem propiciar a ocorrência de periodontite e, conseqüentemente, a recessão da gengiva (Mostafa; Fatima, 2022).

Em casos de trauma mecânico pode-se citar escovação traumática, que se dá por conta do uso de escovas de cerdas duras, excesso de força, tempo excessivo de escovação e uso de cremes dentais abrasivos. Outro trauma mecânico é o uso de fio dental de forma inadequada, sendo inserido com muita força e em ângulos incorretos, resultando em cortes ou lesões nos tecidos. O piercing cada vez mais, vem sendo culpado por recessões gengivais, além de ocasionar trauma mecânico, é também uma fonte de contaminação de bactérias gerando assim alterações na saúde bucal (Souza; Claudio, 2022; Vitor, 2019).

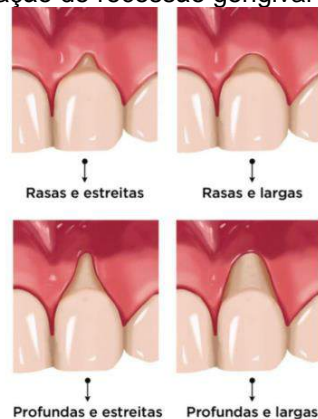
Sendo o fator mais associado a recessão gengival periodontite é caracterizada pela aparição de bolsas periodontais e com sua progressão, perda de inserção e perda óssea, ocasionando, então, a recessão gengival e a exposição radicular, já que a gengiva marginal tende a acompanhar o tecido ósseo (Vitor, 2019; Santos *et al.*, 2022)

As lesões cervicais não cariosas são um fator comumente ligado a recessão gengival, são caracterizadas pela perda de tecido dentário, porém sem a presença de cárie, onde há os defeitos de erosões, abfrações e abrasões que podem progredir e vir a comprometer a vitalidade pulpar. A exposição dos túbulos pode irritar a polpa, a qual pode vir a sofrer inflamação local e causar dor ao paciente. Após estímulos externos recorrentes, esses túbulos acabam se obliterando, o que ocorre pela formação de dentina esclerótica e pela formação de dentina reparadora secundária (Galvão *et al.*, 2022; Crisóstomo *et al.*, 2021).

2.3 Classificação das recessões gengivais

Alguns autores realizaram estudos com o intuito de classificar os tipos de recessões gengivais e, assim, colaborar para um diagnóstico precoce, bem como para as intervenções necessárias. Os autores Sullivan e Atkins classificaram a recessão gengival em quatro categorias: rasas e estreitas, rasas e largas, profundas e estreitas, e profundas e largas. A classificação não descreve características da parte óssea nem dos tecidos moles dos dentes vizinhos, sendo, portanto, inconclusiva (Fonseca; *et al.*, 2024; Mahajan *et al.*, 2019)

Figura 2: Classificação de recessão gengival de Sullivan e Atkins.



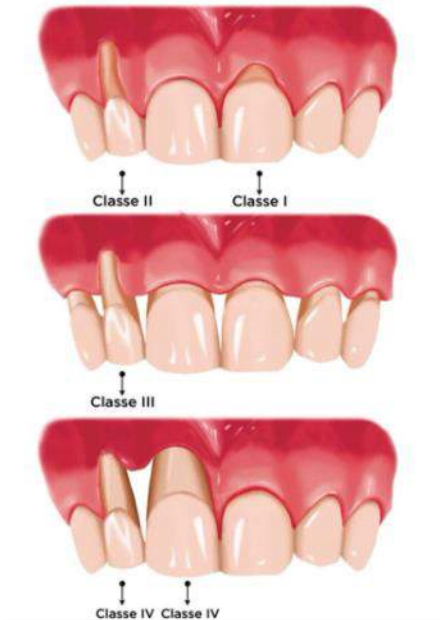
Fonte: Teixeira *et al.* (2022)



Já Miller veio a basear-se na avaliação da quantidade de tecidos periodontais perdidos, no envolvimento do tecido mole e do osso proximal, e na expectativa de recobrimento radicular (Miller, 1985).

Portanto na Classe I, a recessão não ultrapassa a linha mucogengival e não há perda óssea interproximal ou de tecido mole. Na Classe II, a recessão alcança ou ultrapassa a linha mucogengival, entretanto, também não há perda óssea interproximal ou de tecido mole. Ambas as classes apresentam possibilidade total de cobertura radicular. Na Classe III, a recessão alcança ou ultrapassa a linha mucogengival e já apresenta perda óssea interproximal e/ou de tecido mole, que é coronal em relação à base da recessão, havendo possibilidade apenas parcial de cobertura radicular. Na Classe IV, a recessão ultrapassa a linha mucogengival e há perda óssea e de tecido mole na região interproximal, que se estende em sentido apical em relação à margem da recessão, sem possibilidade de cobertura radicular, por se tratar de um quadro muito avançado (Braga *et al.*, 2021).

Figura 3: Classificação de recessão gengival de Miller

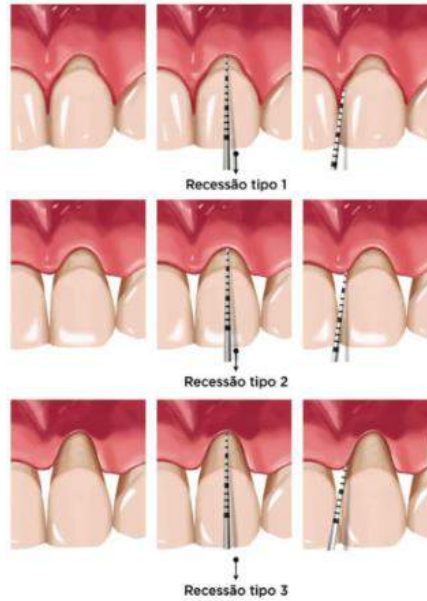


Fonte: Teixeira *et al.* (2022)

Cairo, juntamente com os autores Nieri, Cincinelli, Mervelt e Pagliaro. Vieram a mencionar que o principal fator a ser avaliado é o nível de inserção interdental, e que, a partir daí, poderiam classificar as chances de recobrimento radicular. Portanto, dividiram a recessão gengival em: tipo 1, onde não é possível observar clinicamente a junção cimento-esmalte proximal, e, sendo assim, podendo realizar total recobrimento radicular; recessão tipo 2, onde a quantidade de perda proximal é menor ou igual à perda de inserção vestibular e seu recobrimento é limitado ao nível de inserção clínica proximal; e recessão tipo 3, quando a perda de inserção proximal é maior que a perda de inserção vestibular, não havendo chances de recobrimento radicular (Fageeh *et al.*, 2024; Fonseca *et al.*, 2024).



Figura 4: Classificação de recessão gengival de Cairo, Nieri, Cincinelli, Mervelt e Pagliaro



Fonte: Teixeira *et al.* (2022)

Chambrone classifica as recessões em três tipos, sendo: Tipo I, sem defeito nas interproximais; no Tipo II, há uma perda interproximal ao nível ósseo proximal; e no Tipo III, também há uma perda interproximal, porém na mesma altura ou coronal ao nível ósseo. Além desses tipos de defeitos, há os subtipos, que são divididos em: A – 1 mm ou mais de gengiva inserida e espessura gengival de pelo menos 1 mm; no subtipo B, a gengiva inserida continua com 1 mm ou mais, entretanto, com espessura menor que 1 mm; e no subtipo C, temos uma gengiva inserida com menos de 1 mm, sem considerar a espessura (Teixeira *et al.*, 2022).

Figura 5: Classificação de recessão gengival de Chambrone e Avila



Fonte: Teixeira *et al.* (2022)

Figura 6: Classificação de recessão gengival de Chambrone e Avila: Subtipos



Fonte: Teixeira *et al.* (2022)



Cada uma das classificações analisa diferentes perspectivas, auxiliam no diagnóstico, determinam o tipo de intervenção e preveem os resultados delas, entretanto, ainda apresentam falhas, tornando necessários mais estudos sobre o assunto (Teixeira *et al.*, 2022).

2.4 Tratamentos

Inúmeros episódios indesejáveis são ocasionados pelas recessões gengivais, portanto, é necessário procurar por abordagens que venham a resolvê-las e prevenir sua incidência. Os tratamentos consistem em abordagens cirúrgicas e não cirúrgicas. A literatura mostra que recessões menores que 2 milímetros podem ser tratadas sem a necessidade de cirurgia. O controle de placa por meio da higienização, reeducação do comportamento do paciente diante de sua saúde bucal, uso de dessensibilizantes e remoção ou ajuste de restaurações subgengivais defeituosas são algumas das abordagens utilizadas para o tratamento da recessão gengival de forma não invasiva (Imber; Kasaj, 2021).

Antes da abordagem terapêutica é necessário identificar a etiologia, e assim a remoção dela, e a partir disso, dar início aos tratamentos, pois o sucesso desta intervenção está diretamente ligado a identificação da etiologia (Alhaddad, 2024).

Portanto o paciente deve ser orientado sobre a importância da higienização e instruído quanto seus hábitos diários. É necessário que o paciente compreenda sua responsabilidade diante do tratamento, considerando que, se sua higienização ser insuficiente, o tratamento não apresentará resultados satisfatórios (Koshak *et al.*, 2020).

Em casos de restaurações e próteses mal adaptadas, o cirurgião-dentista deve remover excessos de material restaurador, atentando-se ao polimento e ao acabamento, já que superfícies ásperas e com excessos também são retentoras de biofilme, o que pode gerar recessão gengival. Já em traumas oclusais, é necessário realizar ajustes, com desgastes nas superfícies oclusais dos dentes ou próteses, ou ainda com o acréscimo de materiais restauradores, de modo a restabelecer a harmonia da oclusão e a correta distribuição de forças durante a mordida (Imber; Kasaj, 2021)

Partindo disto, inicia-se as intervenções, em abordagens para hipersensibilidade há a utilização de dessensibilizantes. É muito utilizado o verniz fluoretado, que oblitera os túbulos dentinários, impedindo a transmissão dos estímulos dolorosos. O nitrato de potássio que age por ação oclusiva, formando uma barreira física que também age impedindo a transmissão de estímulos, ele também modifica a atividade sensorial, diminuindo a capacidade das fibras nervosas de responder aos estímulos (Cavalcante *et al.*, 2015).

Adesivos dentais e selantes de resina, também promovem a oclusão dos túbulos dentinários, porém apresenta desafios, pois devem ser resistentes tanto à dieta do paciente quanto aos estímulos mecânicos. Portanto, o efeito desse tratamento tende a não ser duradouro, sendo comum sua associação com terapias a lasers (Mendes *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2020).

A terapia a laser de baixa intensidade, atua como analgésico e anti-inflamatório, além de estimular a polpa dental a formar dentina secundária, e o de alta intensidade, age obliterando os túbulos dentinários, promovendo a diminuição da sensibilidade. A associação de ambas as intervenções promove maior alívio da dor e aumento das chances de sucesso (Arenas *et al.*, 2023; Mendes *et al.*, 2021).

Se o defeito for >1mm, independente se há ou não hipersensibilidade, além da remoção do fator causal, recomenda-se tratamento restaurador. É uma abordagem eficiente na maioria dos casos e de fácil execução, entretanto em casos em que há uma



recessão gengival mais extensa, é necessário recorrer as abordagens cirúrgicas, ou até mesmo a combinação de ambas (Chambrone *et al.*, 2010; Silva, 2006).

O ácido hialurônico, apresenta propriedades anti-inflamatórias, antimicrobianas e estimula a proliferação celular, sendo um excelente agente no desenvolvimento de uma cicatrização adequada. Pode ser usado de forma isolada ou atuar como coadjuvante no tratamento cirúrgico, já que, em procedimentos de cobertura radicular, é necessário promover cicatrização e regeneração para melhorar ainda mais os resultados do tratamento cirúrgico (Talebi *et al.*, 2025).

Em casos mais extensos, onde há perda de tecido em maior quantidade, torna-se necessária a adoção de abordagens cirúrgicas para solucionar o problema. Mas há defeitos que são tão extensos que procedimento cirúrgico não será suficiente para a cobertura total da raiz, uma vez que o tecido ósseo serve como nutrição para o retalho, e quando há perda óssea, o tecido mole tende a acompanhar seu nível. Para o sucesso da cirurgia, é necessário observar alguns aspectos, como sua localização, quantidade de recessões, sua classificação, quantidade de tecido e biotipo periodontal (Cunha *et al.*, 2024).

Nos casos de bridas e freios fixados inadequadamente, em que pode também haver a combinação de uma profundidade vestibular diminuída e tração das fibras, ele passa a ser patológico ou defeituoso, pois quando está preso muito próximo à margem gengival, ocasiona também recessões gengivais, as quais se retraem devido à tração que o freio exerce sobre os tecidos, propiciando o acúmulo de biofilme, pois a higienização se torna deficiente. Neste caso a remoção cirúrgica, reposicionará corretamente o freio, deixando de tracionar o tecido, pois se não resolvido, pode levar a casos mais intensos (Braga *et al.*, 2021; Sæthre *et al.*, 2021)

Alguns autores desenvolveram técnicas cirúrgicas, na tentativa de melhorar as possibilidades de tratamento, em que muitas se destacam pelos resultados estéticos e funcionais que visam melhorar saúde e qualidade de vida do paciente. Uma das técnicas mais utilizadas é a técnica de tunelização indicada geralmente para casos de classe I e II de Miller, tendo resultados significantes quanto à preservação da integridade da papila, evitando a formação de cicatrizes, suprimento sanguíneo favorável, sendo indicada principalmente para casos de múltiplas recessões, especialmente na maxila (Wang; Stathopoulou, 2019).

O procedimento inicia-se com anestesia e isolamento da área cirúrgica. Realizam-se incisões suculares nas faces mesiais e distais, dos dentes tratados e adjacentes, promovendo o descolamento do tecido conjuntivo até a linha mucogengival. O acesso ao retalho vestibular é obtido com preservação da altura e espessura gengival. A papila interdental deve ser cuidadosamente descolada para evitar danos (Veerabadran *et al.*, 2023).

Figura 7: Procedimento de cobertura radicular com membrana coriônica. (A) Linha de base, (B) Acesso em túnel, (C) Inserção de membrana coriônica, (D) Pós-operatório de 6 meses.



Fonte: Veerabadran (2023)



Outra técnica popular é a de retalho avançado coronalmente, desenvolvida por Norberg, mas que passou por modificações. Sua modificação atual foi realizada por Zucchelli e De Sanctis, que apresentaram uma técnica com incisões oblíquas submarginais e sem necessidade de incisões verticais, mantendo assim um suprimento sanguíneo adequado para o retalho (Imber; Kasaj, 2021).

O procedimento inicia-se com anestesia local e incisão horizontal para formar um retalho em envelope. O retalho é avançado coronalmente para cobrir raízes expostas, incluindo dentes adjacentes. Incisões submarginais oblíquas entre os dentes e intrasulculares sobre as recessões que facilitam a mobilização tecidual e a formação de novas papilas. A dissecação é realizada em espessura total, com complemento em espessura parcial na área de recessão. Isso garante tecido suficiente para o recobrimento radicular adequado. O ápice do retalho foi elevado e sua espessura reduzida para reposicionamento coronal. Realizou-se alisamento radicular com curetas e desepitelização das papilas interdentais para otimizar o leito cirúrgico. O retalho foi então avançado e as papilas recém-formadas rotacionadas sobre a área tratada. A fixação ocorreu com suturas intermitentes. A estabilidade foi garantida com curativo periodontal sobre o sítio cirúrgico (De Lucena; Pires, 2021; Phull *et al.*, 2024)

Figura 8: A- Incisão intrasulcular. B- Descolamento da região vestibular. C- Descolamento da papila. D- Descontaminação radicular. E-Aspecto do tecido vestibular suturado. F- Aspecto final.



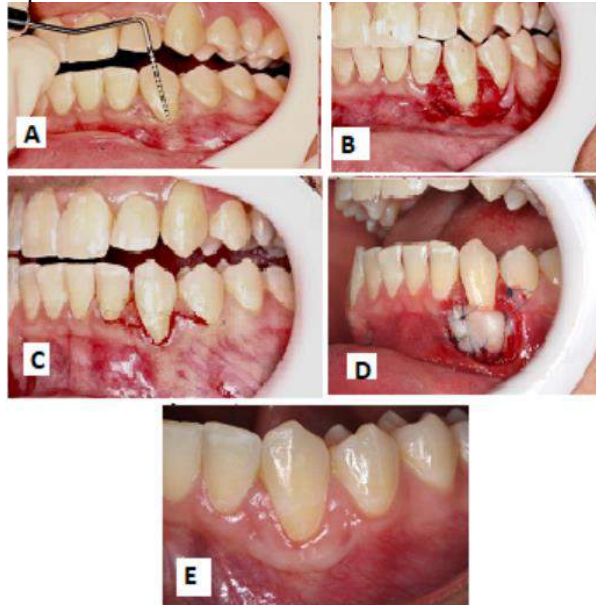
Fonte: De Lucena; Pires (2021)

A técnica de enxerto gengival livre é indicada para recessões Classe I e II de Miller, a técnica consiste na retirada de tecido doador da região do palato, e enxerto na região de recessão. O procedimento consiste na realização de incisão horizontal paralela ao longo eixo da raiz, partindo da linha mucogengival até a base do vestibulo, estendendo-se para distal e mesial de acordo com as dimensões do enxerto desejado. Então é realizada a remoção do enxerto da área doadora. Um guia cirúrgico com as mesmas dimensões da área receptora pode ser preparado previamente; neste caso, é posicionado na região do palato, anestesia ao seu redor e, em seguida, são realizadas incisões ao longo das suas laterais, removendo o enxerto de forma cuidadosa. A área doadora é suturada e protegida por cimento cirúrgico, e a área receptora recebe o enxerto, que é levemente pressionado com gaze e irrigado com solução salina estéril para reduzir a coagulação. Entre as vantagens, destacam-se os resultados previsíveis e a aplicação em múltiplos dentes e há



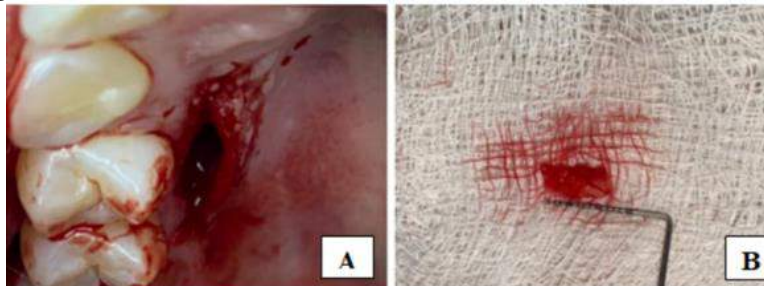
desvantagens como discrepâncias de cor e textura entre os tecidos, risco de hemorragia na área doadora e desconforto pós-operatório (Szeremeske, 2016; Zenóbio, 2015).

Figura 9: A- Sondagem de recessão gengival marcando 3mm de altura. B- Incisões intrasuculares na base da papila. C- Aprofundamento de vestibulo. D- Enxerto gengival livre suturado na área doadora. E- Pós-operatório de 90 dias mostrando resultado clínico.



Fonte: De Souza *et al.* (2025)

Figura 10: A- Preparo do leito doador. B- Tecido conjuntivo subepitelial.



Fonte: De Lucena; Pires (2021)

2.5 Materiais usados na substituição do enxerto de tecido conjuntivo

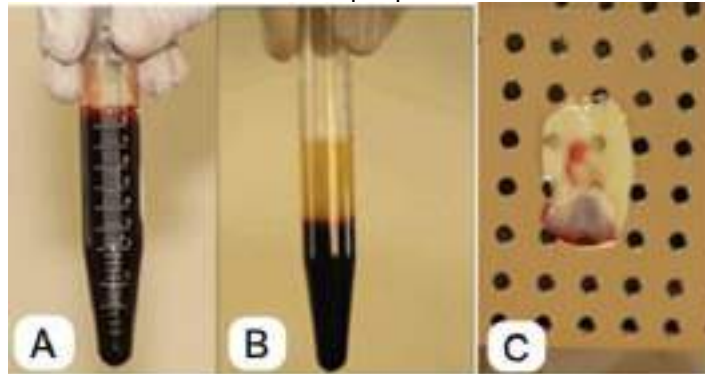
Os enxertos de tecido conjuntivo são amplamente usados devido aos seus resultados satisfatórios, entretanto apresentam alguns impasses como a necessidade de tecido doador, pouca disponibilidade de tecido e aumento do risco de morbidade pós-colheita, portanto fez-se necessário o desenvolvimento de materiais que pudessem substituí-lo. Há opções como a membrana de colágeno bioabsorvível que apresenta capacidade hemostática, atração e ativação do ligamento periodontal e das células dos fibroblastos gengivais, proporcionando resultados significantes não só funcional mas também estético. Entretanto, também apresenta pontos negativos, como custo, risco de transmissão de doenças, perfil de degradação imprevisível e aceitação do paciente (Hegde *et al.*, 2021; Pedowska, 2022).

Outra opção para substituir o tecido conjuntivo no tratamento de recessões gengivais é a fibrina rica em plaquetas avançadas, realizada a partir da coleta de sangue do paciente e em seguida sua centrifugação para separar plaquetas e os demais



componentes. Este concentrado é um produto rico em plaquetas, que são células que desempenham papel importante na coagulação e cicatrização tecidual, apresentando vantagens como baixo custo, cicatrização acelerada, regeneração óssea, desenvolvimento, adequação para sutura e aquisição simples. O procedimento consiste em preparar um concentrado de plasma rico em fibrina autógeno (A-PRF) por centrifugação de 10 ml de sangue do paciente a 1500 rpm por 14 minutos. A membrana recém-produzida é cortada e inserida na região a ser operada, sendo estabilizada com uma leve pressão por três minutos, e suturada (Miron, 2020; Hegde *et al.*, 2021).

Figura 11: A- 10ml de sangue coletado. B- Fibrina rica em plaquetas preparada. C- Membrana de fibrina rica em plaquetas.



Fonte: Hegde *et al.* (2021)

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo veio a atingir os objetivos estabelecidos, de forma que contribui para a identificação das recessões gengivais, identificação da sua etiologia, suas características, demonstrando suas classificações bem como expor a anatomia de todo o processo periodontal, a fim de auxiliar os profissionais nas tomadas de decisões clínicas.

Portanto conclui-se que as recessões gengivais consistem no deslocamento apical da margem gengival, provocando desconforto, hipersensibilidade, comprometimento estético e lesões cervicais, o que impacta negativamente a qualidade de vida do paciente. Por se tratar de uma condição multifatorial, é essencial identificar suas causas específicas para definir um plano terapêutico eficaz. O conhecimento das diversas etiologias permite a escolha adequada entre as várias opções de tratamento disponíveis, sejam cirúrgicas ou não cirúrgicas, com foco na recuperação funcional e estética da região afetada. A utilização das classificações é indispensável para orientar a conduta clínica conforme o tipo e grau da recessão, sendo a mais utilizada a de Miller. Além disso, destaca-se a importância da conscientização do paciente quanto à condição e da capacitação profissional contínua, visando à detecção precoce, compreensão etiológica e planejamento individualizado do tratamento.

Os tratamentos e intervenções serão de acordo com cada caso, levando em consideração sua origem, severidade, e intensidade, portanto o profissional deve estar apto a conduzir o tratamento, bem como conscientizar o paciente e reeduca-lo para evitar a reincidência deste caso, e assim melhorar sua saúde bucal de forma funcional e estética, e por consequência sua qualidade de vida.



REFERÊNCIAS

- ALHADDAD, A. J. Knowledge toward management of advanced gingival recession among dental professionals in KSA. December 2023, 2024.
- AMID, R. et al. Effect of gingival biotype on orthodontic treatment-induced periodontal complications: a systematic review. *Journal of Advanced Periodontology & Implant Dentistry*, v. 12, n. 1, p. 3-10, 14 abr. 2020. DOI: 10.34172/japid.2020.003.
- ARENAS, A. S. et al. Tratamento da hipersensibilidade dentinária primária: Revisão exploratória. *Saúde, Barranquilla*, v. 3, p. 1120-1152, dez. 2023. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522023000301120&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 mar. 2025. Epub 17 jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.14482/sun.39.03.741.258>
- BRAGA, A. T. et al. Tratamento de recessão gengival através de procedimentos periodontal e oclusal: relato de caso. In: *Odontologia: pesquisa e práticas contemporâneas – volume 2, 2021*. p. 166-180. DOI: 10.37885/211006396.
- BUDUNELI, N. Anatomia dos tecidos periodontais. In: *Biomarcadores em saúde e doença periodontal*. Cham: Springer, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-37317-7_1.
- CAVALCANTE, M. S. et al. Melhora da hipersensibilidade dentinária cervical após dois tratamentos diferentes. *Revista Dor*, v. 16, n. 4, p. 259–262, out. 2015.
- CHAMBRONE, L. et al. Root-coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review. *Journal of Periodontology*, v. 81, n. 4, p. 452–478, 2010. DOI: 10.1902/jop.2010.090540.
- CUNHA, F. A. et al. Recessão gengival: como escolher a melhor técnica cirúrgica? *Revista Ciências e Odontologia*, v. 8, n. 2, p. 77-84, 2024.
- CRISÓSTOMO, J. V. D. et al. Prevalência de lesões cervicais não cariosas e hipersensibilidade dentinária cervical em estudantes de graduação. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 50, p. e20210051, 2021.
- DE LUCENA OLIVEIRA, L.; PIRES, R. P. Cirurgia plástica periodontal para recobrimento de recessões múltiplas: relato de caso. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 12, p. 115269-115278, 2021.
- DE SOUZA FONSECA, R. R. et al. Enxerto gengival livre associado a laserterapia de baixa potência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 25, e18775, 2025.
- FAGEEH, H. I. I. et al. Avaliação da confiabilidade da classificação de Miller e da classificação de Cairo na classificação de defeitos de recessão gengival: um estudo comparativo. *Medicina*, v. 60, n. 2, p. 205, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina60020205>.



- FIGUEIREDO, B. A. et al. Does the presence of unilateral gingival recession on maxillary canines influence smile esthetics? *Dental Press Journal of Orthodontics*, v. 25, n. 1, p. 56–63, jan. 2020.
- FONSECA, M. A. et al. Fluxo para tomada de decisões quanto às recessões gengivais. *RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar*, v. 5, n. 7, p. e575457, 2024.
- FRAGKIOUDAKIS, I. Prevalence and clinical characteristics of gingival recession in Greek young adults: a cross-sectional study. *Clinical and Experimental Dental Research*, v. 7, n. 5, p. 672-678, out. 2021.
- GALVÃO, A. DA M. et al. A profundidade de lesões cervicais não cariosas pode afetar a resposta clínica na intensidade da dor e na espessura da dentina remanescente?. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 33, n. 5, p. 108–115, set. 2022.
- HALL, M. W. et al. A suspensão das práticas de higiene oral destaca as principais mudanças bacterianas na saliva, língua e placa dentária durante a inflamação gengival e sua resolução. *ISME Communications*, v. 3, p. 23, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s43705-023-00229-5>.
- HEDGE, S. et al. Comparativa da avaliação do acesso subperiosteal de incisão vestibular com fibrina rica em plaquetas e enxerto de tecido conjuntivo no manejo de múltiplos defeitos de recessão gengival: estudo clínico randomizado. *Journal of Indian Society of Periodontology*, v. 25, n. 3, p. 228–236, 2021. DOI: https://doi.org/10.4103/jisp.jisp_291_20
- IMBER, J. C.; KASAJ, A. Treatment of gingival recession: when and how? *International Dental Journal*, v. 71, n. 3, p. 178-187, jun. 2021.
- KOSHAK, H. H. et al. Gingival recession, types and treatments: literature review. *EC Dental Science*, v. 1, p. 59366, 2020.
- LIU, X. X. et al. Patogênese, diagnóstico e tratamento da hipersensibilidade dentinária: uma visão geral baseada em evidências para dentistas. *BMC Oral Health*, v. 20, n. 1, p. 220, 2020.
- MADUKWE, I. U. Anatomia do periodonto: uma base biológica para avaliação radiográfica da patologia perirradicular. *Revista de Odontologia e Higiene Oral*, v. 6, n. 7, p. 70-76, 2014.
- MAHAJAN, A. et al. Tomada de decisão na classificação de defeitos de recessão gengival: uma revisão sistemática. *Revista Nacional de Cirurgia Maxilofacial*, v. 10, n. 2, p. 206-211, jul.-dez. 2019.
- MALAIAPPAN, S. et al. The prevalence of gingival recession among different types of malocclusion. *International Journal of Dentistry and Oral Science*, v. 8, n. 5, p. 2868-2872, 2021.



MENDES, S. T. C. et al. Tratamento da hipersensibilidade dentinária com laser: revisão sistemática. BrJP, v. 4, n. 2, p. 152–160, jun. 2021.

MILLER JR, P. D. A classification of marginal tissue recession. International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, v. 5, n. 2, p. 8-13, 1985.

MIRON, R. J. et al. Use of platelet-rich fibrin for the treatment of gingival recessions: a systematic review and meta-analysis. Clinical Oral Investigations, v. 24, n. 8, p. 2543–2557, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03400-7>. Acesso em: 07 maio 2025.

MOSTAFA, D.; FÁTIMA, N. Gingival recession and root coverage up to date: a literature review. Dentistry Review, v. 2, n. 1, p. 100008, 2022. ISSN 2772-5596. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dentre.2021.100008>.

NETTO, M. et al. Aprimorando a estética e funcionalidade: abordagens cirúrgicas com enxerto de tecido conjuntivo para tratamento de recessão gengival. Research, Society and Development, v. 13, n. 4, e6713445465, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i4.45465>.

OLIVEIRA, G. R. et al. Efeitos inesperados dos contensores 3 x 3 modificados no desencadeamento da vestibularização e recessão gengival nos incisivos inferiores. Revista Clínica de Ortodontia Dental Press, v. 18, n. 6, p. 102–113, 2019.

PEDOWSKA, M. et al. The use of collagen matrix in the treatment of gingival recession — a pilot study. Journal of Personalized Medicine, v. 12, n. 11, p. 1902, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jpm12111902>. Acesso em: 07 maio 2025.

PHULL, T. et al. Esthetic management of multiple gingival recession – a case report and review of literature. Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences, v. 16, supl. 1, p. S966–S968, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_700_23. Acesso em: 6 maio 2025.

SAETHRE, T. et al. Complication following frenectomy: a case report. Clinical Case Reports, v. 9, n. 10, p. e04888, 2021.

SANTOS, A. S. et al. Condição periodontal associada à prática de higiene bucal e ao hábito de fumar de pacientes do serviço de periodontia da Universidade Estadual da Paraíba. Research, Society and Development, v. 11, e307111032702, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i10.32702.

SILVA, F. M. L. Lesões cervicais não cariosas: prevalência, severidade e correlação com fatores etiológicos. 2006. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17003/1/FMLSilvaDISSPRT.pdf>. Acesso em: 22 maio 2025.



SOUZA, T. V.; CLÁUDIO, M. M. Retração gengival pelo uso de piercing. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 8, n. 5, p. 1442–1461, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i5.5562. Disponível em:

<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5562>. Acesso em: 30 out. 2024.

SZEREMESKE MIRANDA, T. et al. Técnica cirúrgica para recobrimento de retrações múltiplas: relato de caso. *Revista Saúde*, v. 10, 2016.

TALEBI ARDAKANI, M. et al. Hyaluronic acid efficacy in root coverage procedures: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*, v. 25, n. 1, p. 119, 2025.

Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-025-05526-0>. Acesso em: 07 mai. 2025.

TEIXEIRA NETO, O. A. et al. Considerações atuais sobre classificações das recessões gengivais: revisão da literatura. 2022.

VEERABADRAN L. A. et al. Treatment of gingival recession defects with pouch and tunnel technique using connective tissue graft and lyophilized chorion membrane in smokers. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, v. 29, e938865, 2023. DOI: 10.12659/MSM.938865.

VITOR, G. P. Recessão gengival: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 178-185, 2019. DOI: 10.25061/2527-2675/ReBraM/2019.v22i2.600. Disponível em:

<https://revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/600>. Acesso em: 20 jun. 2025

WANG, Y.; STATHOPOULOU, P. Tunneling techniques for root coverage. *Current Oral Health Reports*, v. 6, 2019. DOI: 10.1007/s40496-019-00231-8.

ZENÓBIO, E. G. et al. Tissue adhesive in free gingival graft. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 63, n. 1, p. 69–74, jan. 2015.