



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA

Bruno Gomes Nunes da Silva

Leonardo de Souza Andrade

**PREVALÊNCIA DE RECESSÃO GENGIVAL EM
ESTUDANTES DA FACULDADE DE
PINDAMONHANGABA**

Pindamonhangaba - SP

2011

**PREVALÊNCIA DE RECESSÃO GENGIVAL EM
ESTUDANTES DA FACULDADE DE
PINDAMONHANGABA**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Martins de Souza

Co-orientadora: Profa. Fabiana Tavares Lunardi Palhari

Pindamonhangaba – SP

2011

**PREVALÊNCIA DA RECESSÃO GENGIVAL EM ESTUDANTES DA FACULDADE
DE PINDAMONHANGABA**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Data : _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____
_____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

Prof. _____
_____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

Prof. _____
_____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por tudo que proporcionou em minha vida, por estar sempre me guiando, e por ser meu melhor refúgio nos momentos em que eu mais precisei.

A todos meus familiares, em especial ao meu pai Benedito Reinaldo Nunes da Silva e minha mãe Maria Verônica Gomes da Silva por todo empenho, carinho e amor, pelo exemplo de vida e família e por estar sempre ao meu lado, mesmo quando eu menos mereci, pois graças aos seus esforços estou aqui realizando o meu sonho, de completar meu ensino superior.

Aos meus irmãos Mateus e Tatiane por tudo que me ajudaram até hoje, amo muito vocês.

A todos os amigos e colegas que me ajudaram e colaboraram para minha evolução profissional. Venho através desta comunicar infinita felicidade e gratificação. Fica no meu coração o sentimento de eterna gratidão a todos vocês.

Bruno Gomes Nunes da Silva

Dedico este trabalho a Deus, por sempre estar me guiando e segurando minhas mãos nas horas mais difíceis.

Aos meus pais Heley e Leonilda, pelo amor e pelo esforço que sempre tiveram durante minha vida, para que nada faltasse e para que conseguisse concluir o ensino superior.

Ao meu grande irmão Herlandí, por sempre estar ao meu lado, me ajudando e me ensinando a ser uma boa pessoa;

Aos meus familiares pelo apoio. A todos vocês tenho um amor incondicional, e uma gratidão eterna. Muito obrigado por tudo.

Leonardo de Souza Andrade

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Profª Dr. Daniela Martins, orientadora e amiga, um muito obrigado pela dedicação, paciência, ensino e confiança durante toda a realização do meu trabalho.

A Profª Fabiana Lunardi, um muito obrigado em especial, pelos ensinamentos, dedicação e disponibilidade para me ajudar sempre que precisei durante esses últimos meses, sua ajuda foi essencial na conclusão do meu trabalho e na construção da minha carreira profissional.

A todos os alunos participantes dessa pesquisa, que quando convidados, aceitaram participar, colaborando assim para o trabalho.

Agradeço também a FAPI pelo incentivo, apoio e infraestrutura para o desenvolvimento e conclusão do meu trabalho;

A FUNVIC pois não fosse sua colaboração não conseguiria ter sido tão fiel aos meus compromissos com a instituição.

Bruno Gomes Nunes da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os meus amigos, que por inúmeras vezes me deram uma palavra de apoio e incentivo.

Aos pacientes que atendi na clínica, que com muita boa vontade e paciência; ajudaram-me muito em meu aprendizado.

Aos professores, que se empenharam e se dedicaram para que eu me tornasse um bom profissional.

Aos agradecimentos especiais, agradeço minha namorada Amanda Bastos pelo carinho, compreensão e companhia.

A profa. e orientadora deste trabalho Dra Daniela Martins, que considero como uma grande professora e amiga, e que me ajudou muito na faculdade e durante a realização deste trabalho.

A profa. Fabiana T. Lunardi Palhari, co-orientadora deste trabalho.

Ao Dr. Hugo Bettoni e Dra. Renata Kobbaz, que por vezes sempre me ajudaram e incentivaram.

Ao Dr. Dionísio Alfredo, meu primo e amigo que sempre me incentivou.

Ao Dr. Rubens Guimarães Filho e a todos integrantes do Instituto Odontológico Rubens Guimarães, pela ajuda, amizade e por me oferecer grandes oportunidades. Muito obrigado.

Leonardo de Souza Andrade

Hoje, neste tempo que é seu, o futuro está sendo plantado.

As escolhas que você procura, os amigos que você cultiva,

as leituras que você faz, os valores que você abraça,

os amores que você ama, tudo

será determinante para

a colheita futura.

Padre Fábio de Melo

RESUMO

Recessão gengival foi avaliada em 110 indivíduos adultos com idade média de 25,5 anos, estudantes da Faculdade de Pindamonhangaba. A avaliação clínica foi realizada por apenas um examinador, em todos os dentes nas quatro superfícies (mesial, vestibular, distal e lingual). Recessão gengival foi considerada presente quando mais de 1mm de raiz estivesse exposta sendo medida verticalmente em milímetros da junção cimento-esmalte a margem gengival. As recessões foram avaliadas quanto à presença, severidade, localização e classificadas segundo Müller em classes I, II, III e IV (1985). A presença de recessão gengival encontrada em pelo menos uma superfície dentária foi de em 46% dos indivíduos. A face dental de maior prevalência foi a vestibular (90,60%) e o grupo de dentes mais afetados foram os molares superiores (31,62%) seguido dos pré-molares superiores 21,37%. As recessões de menor severidade (1 a 2 mm) com classificação classe I de Müller foram as de maior frequência (81,19%). Conclui-se que houve pequena prevalência de recessão gengival na população jovem estudada, as quais predominaram com leve severidade e extensão.

Unitermos: Recessão gengival, epidemiologia, periodonto

LISTA DE TABELAS

Gráfico 1. Distribuição (%) da presença ou ausência de pelo menos uma superfície dentária com recessão gengival por indivíduo.	21
Gráfico 2. Distribuição percentual de recessões gengivais por face dental.	22
Tabela 1. Localização das recessões gengivais por grupo dental (%).	22
Gráfico 4: Severidade da recessão gengival.	23
Gráfico 5. Classificação de Müller das recessões gengivais da amostra.	23

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2.REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 Recessão Gengival.....	14
3 MÉTODO	19
3.1 Considerações éticas	19
3.2 Critério de inclusão.....	19
3.3 Critério de exclusão.....	19
3.4 Procedimentos.....	19
3.5 Análise dos resultados.....	20
4 RESULTADOS.....	21
5. DISCUSSÃO.....	24
6. CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS	
APENDICE A.....	
APENDICE B.....	
APENDICE C.....	
ANEXO A.....	

1 INTRODUÇÃO

Muitos pacientes possuem um quadro de recessão gengival causado por diversos fatores como: idade avançada, doenças do periodonto, escovação vigorosa, má oclusão dental, pH elevado da saliva, entre outros, o qual pode apresentar sensibilidade na parte exposta da raiz, ou seja, hipersensibilidade dentinária. Esta pode ocorrer em resposta a estímulos térmicos, mecânicos ou químicos. De acordo com Yared, Zenobio e Pacheco (2006) a recessão gengival é de caráter multifatorial. Tais alterações geram desconforto ao paciente pela estética e ainda por algumas restrições alimentares devido ao quadro álgico. Trata-se também de uma doença de difícil resolução por parte do odontólogo.

A presença de recessão gengival faz com que muitos pacientes procurem ajuda profissional para resolução de problemas dolorosos e principalmente estéticos. Desta forma, o adequado diagnóstico da recessão gengival e subsequente providência são necessárias na clínica odontológica. As suas causas e conseqüências devem ser de conhecimento do cirurgião-dentista, que deve preveni-las e tratá-las adequadamente.

O presente trabalho tem a finalidade de obter a prevalência, localização, extensão e severidade de recessão gengival em estudantes da Faculdade de Pindamonhangaba.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O periodonto (Peri = em torno de, odonto = dente) tem por finalidade a inserção do dente no tecido ósseo dos maxilares e manter a integridade da superfície da mucosa mastigatória da cavidade bucal. O desenvolvimento deste, ocorre na fase embrionária e durante a fase de crescimento e formação dos dentes. Pode-se compreender que o periodonto; também chamado de aparelho de inserção ou tecidos de suporte dos dentes, é formado pelo tecido gengival, cimento radicular, osso alveolar e o ligamento periodontal, em que a soma destes itens; forma-se uma unidade de desenvolvimento, biológica e funcional que está sujeita a sofrer determinadas com a idade, além disso, está sujeito a alterações morfológicas e funcionais assim como as alterações relacionadas com modificações no meio bucal (LINDHE et al. ,2005).

A gengiva é a parte da mucosa bucal que tem como propriedade principal o recobrimento dos processos alveolares dos maxilares, e também circundar o colo dos dentes. Anatomicamente, possui textura semelhante à casca de laranja e é descrita como sendo pontilhada. Esta é dividida em gengiva marginal, inserida e áreas interdentárias. Na gengiva marginal, ou não inserida, tem-se a presença da margem ou bordo da gengiva que circunda os dentes em forma de colarinho e que por aproximadamente 50% dos casos, delimita-se com a gengiva inserida adjacente por meio de uma depressão rasa ou fenda chamada de sulco gengival, limitado de um lado pela superfície do dente e pelo outro lado; pelo epitélio que reveste a margem da gengiva livre. O sulco gengival possui formato em “V”, e permite a entrada de uma sonda periodontal para parâmetros de diagnósticos; em que se mensura a profundidade de sondagem, onde os valores de 2 a 3mm de profundidade de sondagem é considerado normal em um periodonto humano clinicamente saudável. A gengiva inserida é firme, resiliente e está aderida ao periósteo subjacente do osso; e possui continuidade com a gengiva marginal. Gengiva interdentária, é a que ocupa a ameia gengival, compreendida pelo espaço interproximal que se situa abaixo da área do contato dentário, e observam-se duas formas morfológicas; que pode ser piramidal ou ter formato de cratera “col” (ITOIZ & CARRANZA 2004).

2.1 Recessão Gengival

Uma alteração gengival é observada quando, há o desnudamento parcial da superfície radicular devido à migração apical da gengiva marginal, para isto, nomeia-se de recessão gengival. Essa modificação da posição e da forma do tecido marginal, por recessão localizada na gengiva, pode ser vista nas faces vestibulares, palatinas ou linguais. (GUINARD & CAFESSE, 1977).

O paciente com esta recessão possui diversos sintomas que se deve levar em consideração. O aspecto antiestético ao sorrir, ou simplesmente um desnudamento radicular visível durante a conversação, ou ainda, não visível, exceto quando levantado o lábio, mas considerado desagradável pelo paciente. Além disso, o desnudamento radicular está associado com cárie radicular. A hipersensibilidade radicular é outro fator para se levar em consideração, devido à exposição radicular provocada, o paciente apresenta hipersensibilidade particularmente por estímulos térmicos ou contato com alimentos doces, ou técnica inadequada de escovação; a sensibilidade, que por vezes é um estímulo muito desagradável. Devido a isso, o indivíduo apresenta medo de perder seus elementos dentais afetados (BORGHETTI, MONNET-CORTI, 2002).

A recessão gengival apresenta etiologia multifatorial. Os fatores etiológicos principais são: o biofilme bacteriana com sua conseqüente inflamação gerada no tecido gengival, a oclusão traumatogênica, a inserção alterada do freio labial, características anatômicas locais ligadas ao posicionamento dentário e o trauma durante a escovação, fator este, considerado o de maior incidência entre as etiologias da recessão (YARED, ZENOBIO, PACHECO 2006).

De acordo com Rapley e Carranza, (2004), a recessão gengival aumenta com a idade, sendo que sua incidência varia de 8% em crianças a 100% após os cinquenta anos de idade. Isto induz alguns cientistas a considerar que a recessão pode ser um processo fisiológico relacionado à idade. O deslocamento apical gradual é mais provavelmente o resultado do efeito cumulativo de um envolvimento patológico menor, ou repetido trauma direto menor para gengiva. A escovação traumática é o primeiro fator etiológico que deve ser analisado e corrigido. Nem sempre o paciente imagina que possui uma escovação inadequada, e o mesmo, pode apresentar dificuldades em corrigir os

movimentos inadequados de escovação, e abandonar o uso de escovas de cerdas duras substituindo por uma que contenha cerdas macias.

Existem fatores predisponentes para recessão gengival, sendo a causa mais comum os hábitos de escovação traumáticos e abrasivos. A inflamação periodontal e a perda de inserção resultante levam a uma redução da gengiva inserida, e o envolvimento periodontal avançado em áreas de gengiva inserida mínima resulta na base da bolsa; estendendo-se próximo, ou apical à junção muco gengival. As inserções de músculos e freios que invadam a gengiva marginal distendem o sulco gengival, acarretando no acúmulo de placa e o aumento da progressão da recessão gengival. Este problema é mais comum em superfícies vestibulares, pode atingir a superfície lingual também. Os movimentos ortodônticos através de uma fina lâmina óssea vestibular leva a deiscência abaixo de um tecido gengival fino, que pode ocasionar em recessão ou perda da gengiva (TAKEI; AZZI, 2004).

A posição na qual o dente está implantado no processo alveolar influencia a quantidade de gengiva presente ao redor deste. Quando um dente erupciona próximo a linha mucogengival, uma quantidade mínima ou a completa falta de gengiva pode ser observada vestibularmente; então, recessões gengivais podem ocorrer nestes pacientes em idade ainda jovem. Durante tratamento ortodôntico onde o dente é movimentado para vestibular ou para as laterais, há presença de tensões nos tecidos marginais, resultando em redução de sua espessura. Esta redução dos tecidos moles associados a uma deiscência óssea também provocada por este mecanismo pode levar ao desenvolvimento de recessão gengival. (LINDHE; KARRING; ARAÚJO, 2005).

Müller (1985) desenvolveu uma classificação, que é a mais utilizada, e possui um objetivo terapêutico e considera todas as formas de recessões, descritas a seguir.

Classe I: a recessão não supera a junção mucogengival e não ocorre perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental (figura 1.1).

Classe II: a recessão vai além da junção mucogengival e não ocorre perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental. (figura 1.2).

Classe III: a recessão vai além da junção mucogengival e ocorre perda do tecido de sustentação ou proteção na região interdental ou posicionamento dental inadequado. (figura 1.3).

Classe IV: a recessão vai além da junção mucogengival e ocorre perda do tecido de sustentação ou proteção na região interdental ou posicionamento dentário é extremamente inadequado. (figura 1.4 e 1.5).

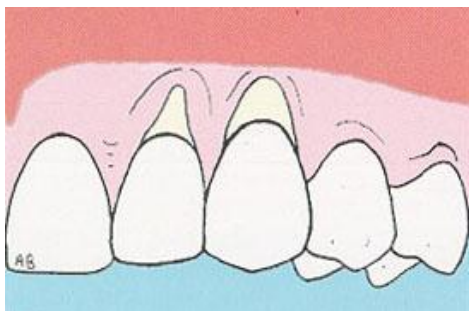


Figura. 1.1: Classe I de Müller.

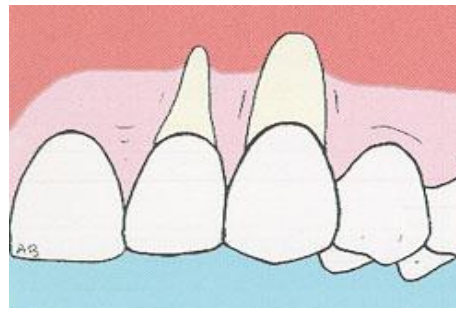


Figura. 1.2: Classe II de Müller.

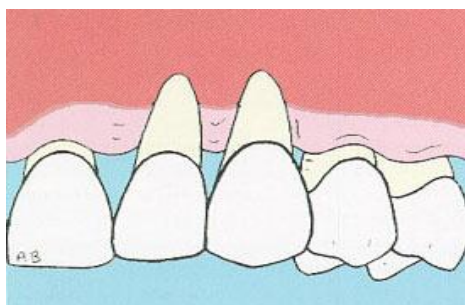


Figura. 1.3: Classe III de Müller.

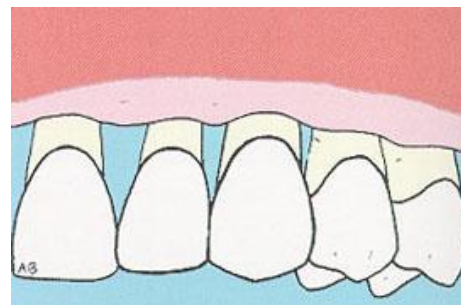


Figura. 1.4: Classe IV de Müller.

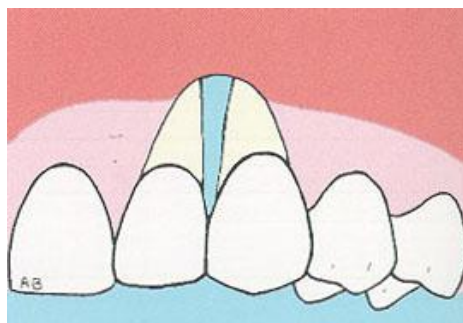


Figura. 1.5: Classe IV de Müller.

Em estudo realizado por Marini et al. (2004), foi pesquisado a prevalência da recessão gengival, utilizou-se uma amostra de 380 pessoas, divididas em quatro grupos: grupo 1 - vinte a 29 anos, grupo 2 – trinta a 39 anos, grupo 3 - quarenta a 49 anos, e grupo 4 - acima de cinquenta anos. O critério de seleção foi de candidatos acima de 20 anos de idade, e ter no mínimo 20 dentes naturais. A recessão gengival foi observada em 338 pessoas, totalizando 89% da amostra. Observaram-se poucas alterações em indivíduos mais jovens, entre 20 e 29 anos, representaram 85% de ausência de recessão neste grupo. Em contrapartida, nos dois últimos grupos a recessão foi observada em quase todos os dentes. Notou-se também que, os dentes mais afetados foram os incisivos centrais inferiores, seguido dos pré-molares e molares superiores.

Furlan et al. (2007) realizou um trabalho com o objetivo de avaliar a incidência da recessão gengival e hipersensibilidade dentinária em pacientes escolhidos aleatoriamente, com no mínimo cinco dentes presentes na boca e tendo 18 ou mais anos de idade. De um total de 202 pacientes avaliados, 76% apresentaram recessão gengival, e 28% apresentaram hipersensibilidade dentinária. Foi possível observar que fumantes possuíam mais chances de apresentar recessão gengival e hipersensibilidade dentinária.

Araújo et al.(2007) avaliaram uma amostra de 110 estudantes de odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. Destes, 83,6% apresentaram recessão gengival, e apenas 16,4% não apresentaram alterações. Nesta avaliação observou que, 80,1% das recessões foram de 2 milímetros, seguidas de 3 milímetros (18,9%) e 4 milímetros (1,0%), as mensurações foram feitas utilizando as faces mesial, vestibular, palatina e distal; onde notou-se que a face vestibular foi a mais afetada; representando percentual de 79,3% das recessões. O grupo de dentes mais afetados foram o dos incisivos inferiores, representando 21% da amostra coletada.

Em estudo realizado na Grécia por Chrysanthakopoulos (2011), o objetivo foi avaliar a severidade da recessão gengival. Avaliou-se uma amostra foi de 344 pacientes; sendo que 165 homens e 179 mulheres com idade entre 18 a 68 anos. Estes, responderam um questionário sobre hábitos de higiene bucal, frequência de visita ao dentista e tipo de escovação utilizada e foram avaliados por um único examinador que empregou sonda milimetrada Williams para realizar a mensuração das recessões. De acordo com a classificação descrita por Müller, 273 pacientes, ou seja, 79,4% obtiveram recessão de classe I, 52 (15,3%) classe II, 14 (4,0%) classe II e 5 (1,2%) classe IV.

Os dentes mais afetados pela recessão foram os primeiros e segundos molares superiores com 35,3% seguido dos primeiros e segundos molares inferiores com 28,7%. Quanto aos hábitos de higiene bucal e técnica de escovação avaliada no questionário aplicado, sabe-se que 65,1% da amostra relataram escovar os dentes apenas uma vez ao dia, e 77,6% relataram escovar os dentes utilizando técnica horizontal com 52% aplicando força média no ato da escovação.

3. MÉTODO

3.1 Considerações éticas

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Pindamonhangaba e aprovado sob protocolo nº 161/2011 (ANEXO A).

Todos os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido após explicação verbal e escrita sobre a realização do estudo e seus objetivos, informando sobre os riscos e benefícios aos quais estarão expostos (Apêndice A).

3.2 Critério de inclusão

Pacientes de ambos os gêneros e acima de 18 anos de idade, discentes dos cursos da Faculdade de Pindamonhangaba do campus I, situado no endereço Rodovia Presidente Dutra km 99.

3.3 Critério de exclusão

Foram excluídos da amostra alunos menores de 18 anos, em tratamento com medicação sistêmica e com presença de aparelho ortodôntico fixo.

3.4 Procedimentos

Os pacientes responderam ao questionário de anamnese e foram submetidos a exame clínico, sendo realizado sondagem periodontal nos locais que apresentarem recessão gengival superior a 1mm. A avaliação foi realizada por um examinador treinado e calibrado para que não ocorra nenhuma divergência de informações coletadas.

No exame foi realizado registrando presença, localização, severidade (mm) e extensão das recessões nos elementos dentários, considerando as quatro faces (Mesial, Distal, Vestibular e Palatina ou Lingual).

O exame periodontal usou sonda periodontal milimetrada Williams, da marca Neumar, mensurando no centro da face à distancia da junção cimento-esmalte até a margem gengival, procedimento totalmente indolor ao paciente.

Posteriormente as recessões gengivais foram classificadas segundo Müller (1985): Classe I - recessão do tecido marginal que não se estende a junção mucogengival, não há perda óssea ou de tecido mole; Classe II - recessão do tecido marginal que se estende até a junção mucogengival, não há perda óssea ou de tecido mole; Classe III - recessão do tecido marginal que se estende até ou além da junção mucogengival, há perda óssea ou de tecido mole; Classe IV - recessão do tecido marginal que se estende até ou além a junção mucogengival, com severa perda óssea ou de tecido mole.

3.5 Análise dos resultados

Os dados foram coletados e anotados em fichas clínicas, analisados conforme sua distribuição absoluta e valores percentuais.

4. RESULTADOS

Foram examinados 110 alunos da FAPI com média de idade de 25,54 anos, sendo 79 (72,82%) do sexo feminino e 31 (28,18%) do masculino.

No Gráfico 1., observou-se a presença de pelo menos uma superfície dentária com recessão gengival em 51 indivíduos (46%) do total da amostra e a ausência de pelo menos uma superfície dentária com recessão em 59 indivíduos (54%)

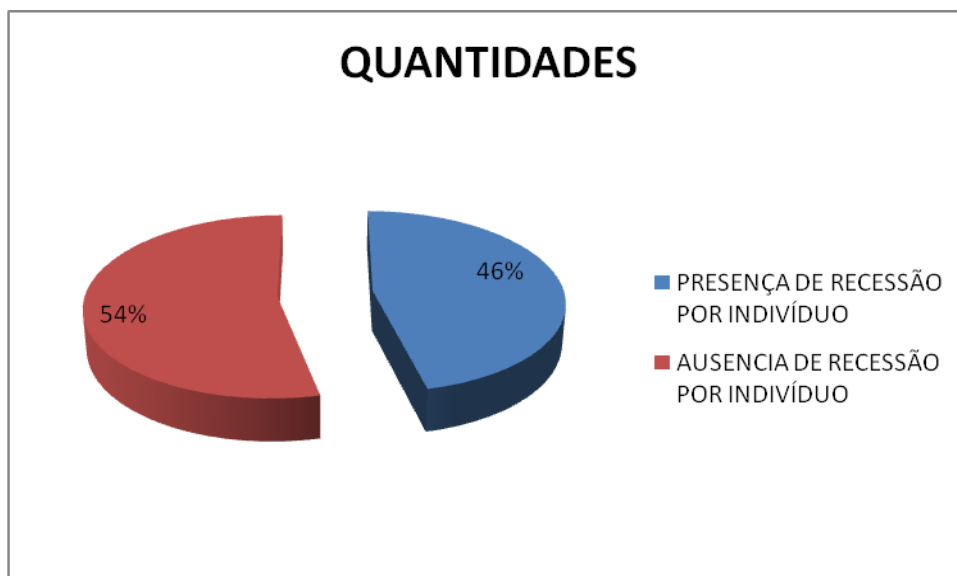


Gráfico 1. Distribuição (%) da presença ou ausência de pelo menos uma superfície dentária com recessão gengival por indivíduo.

Dos alunos da amostra com presença de recessão gengival considerando as faces vestibular, lingual, mesial e distal; observou-se grande prevalência de recessão na face vestibular com 90,6%. As demais faces dentais apresentaram reduzido percentual de recessões gengivais, sendo 1,71% na face lingual, 5,13% na face mesial e 2,56% na distal (Gráfico 2).

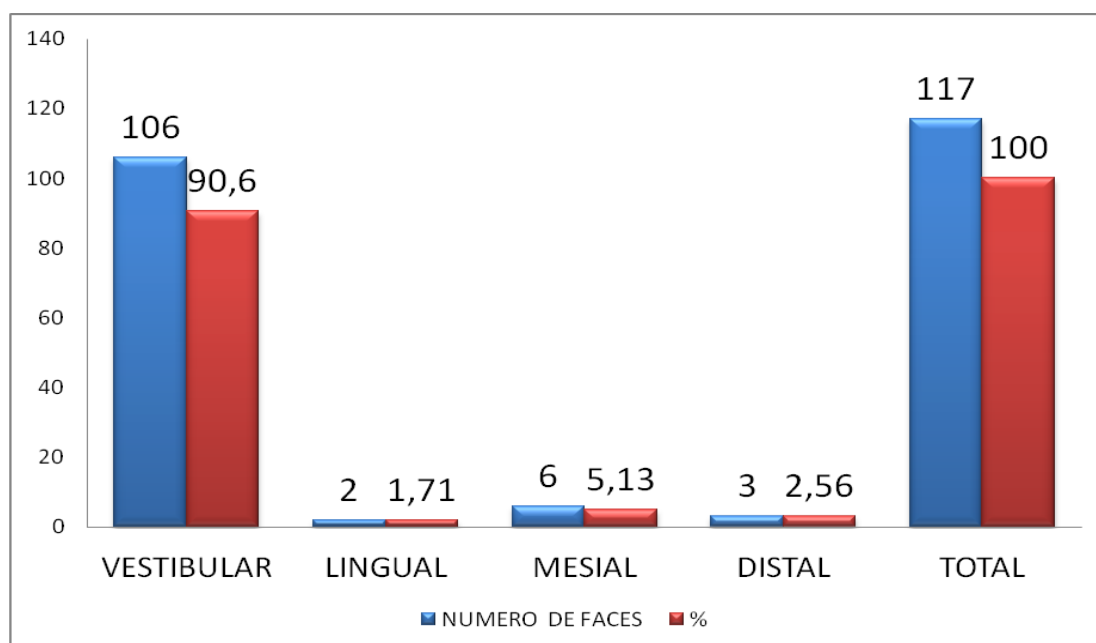


Gráfico 2. Distribuição percentual de recessões gengivais por face dental.

Localização da presença da recessão gengival por região de dentes, sendo que o grupo mais afetado foi o grupo de molares superiores com 31,62% seguindo por pré-molares superiores com 21,37%, pré-molares inferiores com 14,53%, molares inferiores com 13,67%, caninos superiores com 6,84%, incisivos superiores com 5,13%, incisivos inferiores 3,42 e canino inferior com também 3,42% (Tabela 1).

Tabela 1. Localização das recessões gengivais por grupo dental (%).

REGIÕES EXAMINADAS	RECESSÕES PRESENTES (n)	%
INCISIVOS SUPERIORES	6	5,13
INCISIVOS INFERIORES	4	3,42
CANINOS SUPERIORES	8	6,84
CANINOS INFERIORES	4	3,42
PRÉ-MOLARES SUPERIORES	25	21,37
PRÉ-MOLARES INFERIORES	17	14,53
MOLARES SUPERIORES	37	31,62
MOLARES INFERIORES	16	13,67
TOTAL	117	100%

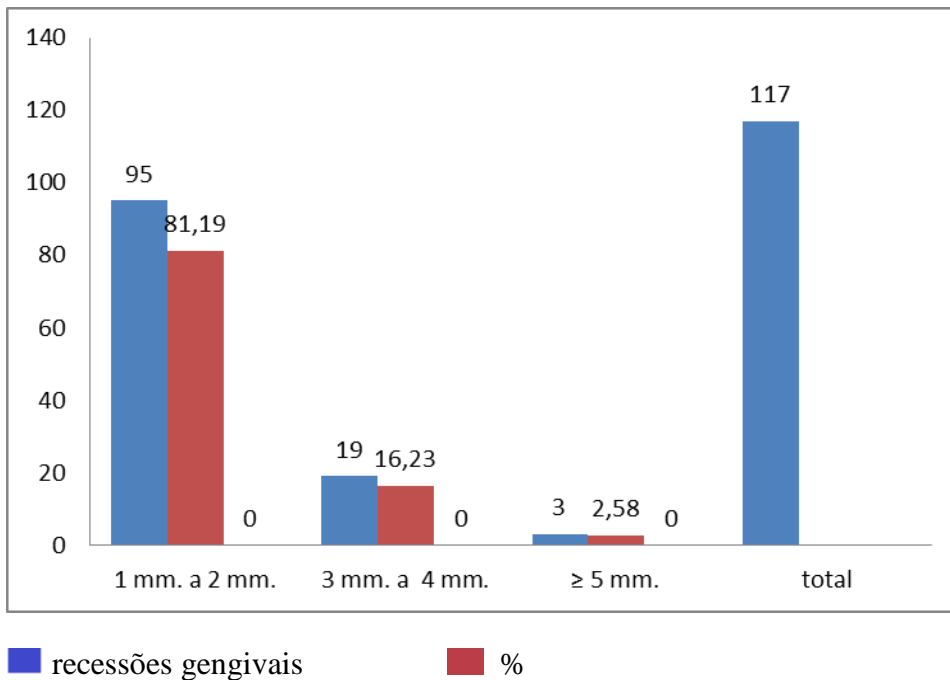


Gráfico 4: Severidade da recessão gengival.

A menor severidade de recessão gengival de 1 mm a 2 mm foi a de maior prevalência em 81,19% das faces afetadas, seguidas de 3 mm a 4 mm com 16,23%, 3mm e maior ou igual a 5 mm com 2,58%. (Gráfico 4).

De acordo com a classificação de Müller (1985), verificou-se a presença de Classe I em 81,19%, Classe II em 16,23%, Classe III em 2,58% e Classe IV em 0% dos dentes avaliados (Gráfico 5).

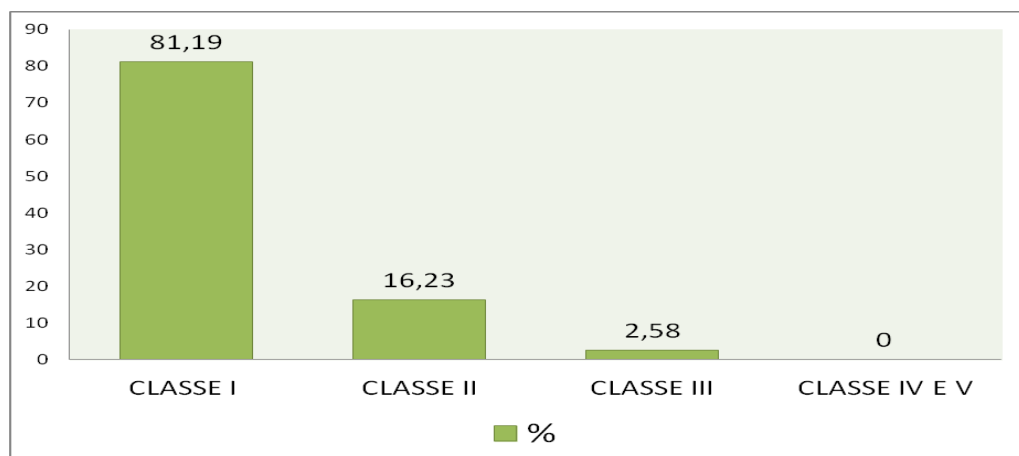


Gráfico 5. Classificação de Müller das recessões gengivais da amostra.

5. DISCUSSÃO

Recessão gengival é definida como o desnudamento parcial da superfície radicular devido à migração apical da gengiva marginal, esta alteração pode ser observada nas faces lingual, mesial, vestibular e distal. (GUINARD; CAFESSE, 1977).

O paciente portador de recessão gengival exibe diversos sintomas que afetam seu convívio social, como o aspecto antiestético, hipersensibilidade dentinária, cárie radicular e em alguns casos a tensão emocional pode estar associada (BORGUETTI; MONNET-CORTI, 2002).

As recessões gengivais são características comuns na clínica odontológica e representa uma das preocupações constantes dos pacientes. Desta forma, os cirurgiões-dentistas devem estar preparados para prestar esclarecimento dos fatores desencadeantes e predisponentes (TAKEI; AZZI, 2002; BORGUETTI; MONNET-CORTI, 2002) e possibilidade de tratamento (SEGUNDO; ALVES, 2005).

O presente trabalho avaliou a prevalência da recessão gengival em estudantes da Faculdade de Pindamonhangaba com sonda milimetrada Williams. Assim foi obtido adequado padrão de sondagem, pois a maioria dos trabalhos deste mesmo assunto utilizaram este tipo de sonda. (ARAÚJO et al., 2007; FURLAN et al., 2007; CHRYSANTHAKOPOULOS, 2011).

Além disso, para definir a extensão da recessão, utilizou-se a classificação proposta por Müller (1985), da mesma forma que a maioria dos trabalhos (ARAÚJO et al., 2007; FURLAN et al., 2007; CHRYSANTHAKOPOULOS, 2011; MARINI et al., 2004). Esta classificação avalia a extensão da recessão gengival e indicações de tratamento com provável prognosticam.

Os resultados avaliados pelo presente trabalho mostram que, 51 indivíduos (46%) do total da amostra possuem recessão gengival, sendo que esta alteração está presente acentuadamente na face vestibular em 90,6% dos dentes avaliados, seguido das faces mesial (5,13%), distal (2,56) e lingual (1,71%). O grupo dental mais afetado pela recessão foi o de molares superiores, representando 31,6%. A severidade da recessão, foi de 81,1% de 1-2mm, 16,2% de 3-4mm e 2,58% maiores que 5mm, sendo que a maioria apresentou classe I de Müller.

Os indivíduos avaliados foram jovens (25,5 anos) e apresentavam saúde periodontal, indicando que possuíam e executavam adequadamente cuidados de higiene bucal. Desta forma, sugere-se que as recessões observadas foram devido ao processo de escovação traumática.

Takei e Azzi (2002) relatam que o fator etiológico primário da recessão gengival é a escovação traumática, devido à aplicação incorreta da técnica de escovação, pois nem sempre o paciente imagina que possui uma técnica inadequada e apresenta dificuldades em realizar nova técnica.

O trauma ao tecido pela escovação vigorosa é considerado um fator causal dominante para o desenvolvimento das recessões gengivais, particularmente em indivíduos jovens (WENNSTRÖM; PRATO, 2005).

A escovação traumática apresenta frequentemente maior associação com ocorrência de recessão gengival na faixa etária mais jovem (MARINI et al., 2004). Indivíduos que possuem hábitos diários de escovação apresentam, na maxila e mandíbula, mais recessões do que as que não escovam seus dentes frequentemente (VEHKALAHTI, 1989).

Os dados do referido trabalho de 46% discordaram quando comparado a prevalência da recessão gengival observada por Furlan et al. (2007) de 76%, Marini et al. (2004) de 89%, Araújo et al. (2007) de 83,6 % e por Chrysanthakopoulos (2011) de 79,4%. Acredita-se que isto se deve devido a amostra do referido trabalho constituir de maioria de estudantes com ausência desta alteração, dados que podem ser justificados pela média de idade dos indivíduos, que na grande maioria foram jovens.

Ao comparar o grupo dental mais afetado, os dados deste trabalho mostram que os molares superiores obtiveram maior incidência dentre os demais, significando 31,6%, que corrobora somente com os achados de Chrysanthapoulos (2001). A maior incidência neste grupo dental pode estar relacionada à técnica incorreta de escovação associado ao trauma durante a escovação.

Constatou-se que a face vestibular foi a face mais afetada pela recessão, significando 90,6% neste trabalho, dados que são próximos aos encontrados por Araújo et al. (2007), Chrysanthakopoulos (2011) e Marini et al. (2004); que também tiveram a face vestibular com a maioria das alterações.

Neste trabalho, ao avaliar a severidade da recessão gengival observou-se maiores resultados nas recessões de 1-2mm significando 81,1%, dados favoráveis aos trabalhos

de Araújo et al. (2007), que também encontrou 80,1% em sua amostra. Marini et al. (2004), encontrou em 68% de sua amostra, recessões abaixo de 3mm, faixa etária compatível com a média de idade deste trabalho.

De acordo com a classificação de Müller (1985), os artigos relacionados neste trabalho (CHRYSANTHAKOPOULOS, 2011; FURLAN et al., 2007; MARINI et al. 2004; ARAÚJO et al. 2007) observaram que a classe I e II de Müller (1985) obtiveram maior prevalência perante as outras. Isto significa que, na maioria dos casos é possível realizar o recobrimento radicular com cirurgia de enxerto gengival.

A indicação e prognóstico do procedimento de recobrimento radicular com cirurgia de enxerto gengival pode ser influenciado por alguns fatores, são eles: seleção da lesão, características do defeito em relação à profundidade e largura da recessão, quanto mais profunda e larga a recessão, pior o seu prognóstico e também a presença de restaurações. Além disto, é preciso controlar os fatores etiológicos das recessões, como a inflamação e a escovação traumática, o controle dos fatores sistêmicos, o traumatismo oclusal, o cigarro e hábitos nocivos, considerações técnicas e assépticas. O sucesso do procedimento deve estar alicerçado na observação dos possíveis fatores que possam influenciar sua previsibilidade e também o respeito aos princípios básicos da cirurgia mucogengival. Sendo assim para as classes I e II Müller é possível um recobrimento completo, classe III recobrimento parcial, classe IV nenhuma cobertura é esperada (SEGUNDO; ALVES 2005).

O recobrimento de recessões classe III ainda é um desafio para a Periodontia. Com o advento da microscopia operatória, pode-se obter manipulação mais apurada dos tecidos e uma melhor visualização do campo operatório, possibilitando uma melhora na técnica de recobrimento. De acordo com Silva et al. (2009), em um caso clínico de uma paciente com queixa estética de recessões classe III de Miller nos dentes 22 e 24, realizou-se cirurgia de enxerto conjuntivo, com o uso do microscópio, através de uma técnica de preservação da papila. O recobrimento radicular foi alcançado com tecido saudável e melhora da aparência estética da paciente.

6. CONCLUSÃO

- Conclui-se que no presente trabalho houve pequena prevalência de recessão gengival na população jovem estudada, as quais predominaram com leve severidade e extensão. Além de maior localização em molares e pré-molares superiores.

REFERÊNCIAS

- Araújo ACS, Jovino-Silveira RC, Almeida ECB, Bello DMA, Cavalcante DC. Avaliação dos níveis de recessão gengival em estudantes de odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. RGO. 2007 abr/jun.; 55(2): 139-142
- Borghetti A, Monnet-Corti V. Recessões teciduais marginais. In: Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia plástica periodontal. Porto Alegre: Artmed. 2002. Cap.2, p. 57-97.
- Chysanthakopoulos NA. Aetiology and severity of gingival recession in adult population sample in Greece. Dent Res J (Isfaham). 2011 Spring; 8(2): 64-70.
- Classificação de Müller [internet]. [acesso em 2011 set. 3]. Disponível em:<http://www.saliva.com.br/saliva/periodontia/retracao->
- Furlan LM, Sallum AW, Sallum EA, Nociti Jr FH, Casati MZ, Ambrosano GMB. Incidência de recessão gengival e hipersensibilidade dentinária na clínica de graduação da FOP-UNICAMP. Revista de periodontia. 2007 mar.; 17(1): 53-61.
- Guinard EA, Cafesse RG. Localized gingival recession: etiology and prevalence. J West Soc Periodontol Priodontal Abstr, v. 25, p. 3-9, 1977.
- Itoiz ME, Carranza FA. A gengiva In: Carranza FA, Newman MG, Takai HH. Periodontia clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 14-30.
- Lindhe J, Karring T, Lang NP, Araújo, M. Anatomia do periodonto. In: Lindhe, J, Karring T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.cap. 1 . p. 3-48.
- 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.
- Müller PD. A classification of marginal tissue recession. Dent Clin North Am. 1985.: 5(2): 9-13.
- Rapley JW, Carranza FA. Características clínicas da gengivite In: Carranza FA, Newman MG, Takei HH. Periodontia clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 247-8.
- Segundo KT, Alves R. Emprego do enxerto gengival. Epitélio-conjuntivo no recobrimento radicular. RGO. Porto Alegre. 2005 jan/mar.; 54(1): 81-3.

Silva IA, Ribeiro EDP, Sousa SB, Casati M. Recobrimento radicular de recessão classe III com técnica de microcirurgia: relato de caso clínico. *Innov Implant J. São Paulo.* 2009 maio/ago.: 4(2): 64-9.

Takei HH, Azzi R. Cirurgia plastic e estética periodontal In: Carranza FA, Newman MG, **29**

Takei HH. *Periodontia clínica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 759-80

Vehkalahti M. Department of Cariology, University of Helsinki. Occurrence of recession in adults. *Finland.* 1989 nov.;; 60(11): 599-603.

Wennström JL, Prato GPP. Terapia Mucogengival: cirurgia plástica periodontal. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia.* 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, cap 27, p. 557-629.

Yared KFG, Zenobio EG, Pacheco W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá.* 2006 nov/dez.; 11(6): 45-51.

8. APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Gostaria de poder contar com sua participação em um formulário sobre a relação bucal de pacientes que possuem recessão gengival, o qual faz parte de um trabalho científico de **Bruno Gomes Nunes da Silva e Leonardo de Souza Andrade**, sob orientação da Professora **Dra. Daniela Martins de Souza**, intitulado: *“Prevalência de recessão gengival em estudantes da faculdade de Pindamonhangaba (FAPI)”*. Ao assinar este consentimento o (a) Sr (a) não estará assumindo nenhum compromisso a Faculdade de Pindamonhangaba. Sua participação não implicará em custos e é anônima. Todas as informações serão mantidas em sigilo e serão utilizadas para fins acadêmicos e científicos.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada: *“Avaliação da recessão gengival em estudantes da faculdade de Pindamonhangaba (FAPI)”* e permito que seus resultados sejam utilizados para fins acadêmico-científicos.

Data: ____/____/____

Ass.: _____

9. APÊNDICE B- TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Título: “PREVALÊNCIA DE RECESSÃO GENGIVAL EM ESTUDANTES DA FACULDADE DE PINDAMONHANGABA”

Pesquisadores: Bruno Gomes Nunes da Silva e Leonardo de Souza Andrade

Alunos do 8^o semestre de Odontologia – FAPI

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Martins de Souza **Local:** Centro Clínico da Faculdade de Pindamonhangaba - FAPI

O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de recessão gengival nos alunos da FAPI. Para tanto, os voluntários da instituição serão avaliados por meios de questionários e exame clínico odontológico.

Informações: Os pacientes têm garantia de que receberão respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca do trabalho pertinente à pesquisa.

Garantia de Sigilo: Os dados na pesquisa têm finalidade exclusivamente científica, sendo assegurada total privacidade e sigilo. Os resultados deste projeto de pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicados em revista científica, porém, a identidade do voluntário não será divulgada nessas apresentações bem como a identidade dos profissionais envolvidos no serviço.

Desconforto e risco: Este estudo não trará nenhum desconforto ou risco para a sua integridade física ou moral.

Benefícios: Os resultados obtidos possibilitarão maior conhecimento ao paciente dos tratamentos disponíveis e possível encaminhamento para tratamento, conforme o quadro apresentado. O pesquisador se compromete a realizar consulta de motivação e instrução de higiene bucal.

Forma de acompanhamento e Garantia de esclarecimentos: É importante ressaltar que a todo o momento da pesquisa os participantes poderão esclarecer suas dúvidas quanto à realização do projeto com o pesquisador responsável.

Aspecto Legal: O projeto foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo à resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília-DF.

Ressarcimento e formas de indenização: Toda a infra-estrutura necessária será dada ao participante para que ele não se sinta prejudicado por eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Liberdade para recusar participar da pesquisa: O participante tem a total liberdade de decidir em não participar mais da pesquisa, sem que haja nenhum tipo de constrangimento ou prejuízo.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa proposta acima "*Prevalência de recessão gengival em estudantes da faculdade de Pindamonhangaba (FAPI)*". Sendo assim esta entidade concorda em participar desse estudo e autoriza sua execução e permito que seus resultados sejam utilizados para fins acadêmico-científicos.

NOME:

Assinatura _____

Data ____/____/____

10. APÊNDICE C – FICHA DE ANOTAÇÃO



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA

PACIENTE: _____

SEXO: _____ IDADE: _____ NASCIMENTO: _____ COR _____

: _____

CIDADE: _____

FICHA DE ANAMNESE

Encontra-se sob tratamento médico? () sim () não () tabaco () álcool () drogas Frequência/Qual? _____ tempo: _____

Faz uso de algum medicamento? () sim () não Faz ou já fez uso de algum aparelho ortodôntico? () sim () não Quando/ tempo:- _____

Tem algum hábito nocivo? _____

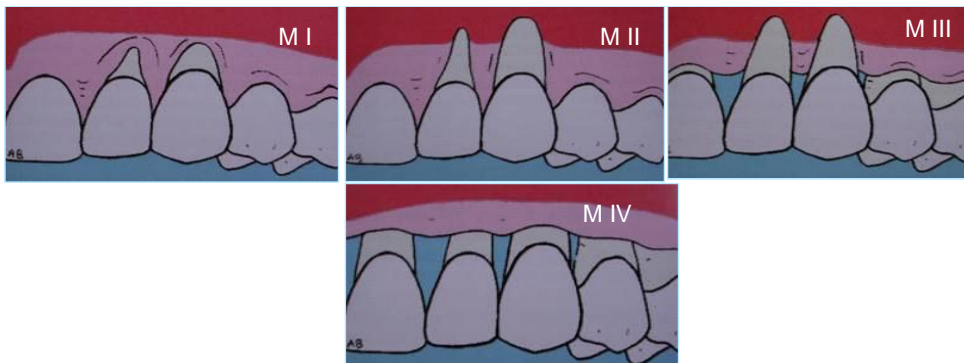
Recessão gengival (mm)

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
dv vv mv													mv vv dv
dl ll ml													ml ll dl
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
dv vv mv													mv vv dv
dl ll ml													ml ll dl

EXAME CLINICO:

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Classificação de MILLER (1985)
Classe I: recessão do tecido marginal que não se estende a junção mucogengival, não há perda óssea ou tecido mole
Classe II: recessão do tecido marginal que se estende até a junção mucogengival, não há perda óssea ou tecido mole.
Classe III: recessão do tecido marginal que se estende até ou além da junção mucogengival, há perda óssea ou tecido mole.
Classe IV : recessão do tecido marginal que se estende até ou além a junção mucogengival, com severa perda óssea ou tecido mole.



11.ANEXO A. APROVAÇÃO DO COMITE DE ETICA E PESQUISA

.