



HÁBITOS INCORRETOS DE ESCOVAÇÃO COMO CAUSADORES DE RETRAÇÃO GENGIVAL

Incorrect brushing habits as causes of gingival retraction

Cleuciane Silva Farias¹, Talita Rodrigues Oliveira², Larissa Cristine Ferreira de Pinho³

RESUMO

As recessões gengivais são os problemas mucogengivais mais encontrados na prática clínica. São caracterizadas pelo deslocamento e migração apical da margem tecidual/gengival. Objetivos: a avaliação da escovação, averiguar os traumas mecânicos por escovação, enfatizar a apresentação da retração gengival por maus hábitos ou por falta de higienização. Metodologia: Este trabalho tem por natureza revisão de literatura e baseia-se em pesquisa bibliográfica, na qual tem por finalidade o destacamento de pesquisas e trabalhos acadêmicos com o intuito de ajudar em novas pesquisas. Para isso foi feito um levantamento em artigos científicos nas plataformas virtual Scielo, Google Acadêmico e Pubmed. Resultados e Discussão: A origem da recessão gengival não é totalmente conclusiva. Existindo técnicas que são empregadas para o tratamento das recessões únicas ou múltiplas, tendo início com a necessidade da eliminação dos fatores etiológicos. Conclusão: A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa sobre impactos da escovação causados pela intensidade e maus hábitos, conclui-se que estes fatores ocasionam uma etiologia multifatorial. Palavras-chave: dentes. Sorrisos. Gengivas. Sensibilidade dentinária.

ABSTRACT

Gingival recessions are the most common mucogingival problems in clinical practice. They are characterized by displacement and apical migration of the tissue/gingival margin. Objectives: the evaluation of brushing, to verify the mechanical trauma caused by brushing, to emphasize the presence of gingival recession due to bad habits or lack of hygiene. Methodology: This work has the nature of a literature review and is based on bibliographical research, which aims to highlight research and academic work in order to help in new research. For this, a survey was carried out in scientific articles on the virtual platforms Scielo, Google Scholar and Pubmed. Results and Discussion: The origin of the gingival recession is not completely conclusive. There are techniques that are used for the treatment of single or multiple recessions, starting with the need to eliminate the etiological factors. Conclusion: From the results found in this research on the impacts of brushing caused by the intensity and bad habits, it is concluded that these factors cause a multifactorial etiology.

Keywords: drugs. Teeth. Smiles. Gums. Dentinary sensitivity.

1 INTRODUÇÃO

As recessões gengivais são os problemas mucogengivais mais encontrados na prática clínica. São caracterizadas pelo deslocamento e migração apical da margem tecidual/gengival, na qual são causadas por diferentes condições, consistindo na exposição da superfície radicular devido à migração apical dos tecidos moles, e é representadas por várias manifestações orais que causam desde o desconforto até mesmo a dor, onde se é caracteriza comumente como hipersensibilidade dentária¹. Foram desenvolvidos vários procedimentos cirúrgicos como abordagem terapêutica para estes defeitos com o objetivo de realizar orecobrimento radicular²⁻³.

Um defeito mucogengival constitui uma condição clínica que implica a presença de inflamação e recessão gengival em áreas onde a gengiva aderida é escassa ou ausente e que pressupõe a regressão dos tecidos moles apicalmente à junção mucogengival, comprometendo

¹ Graduanda em Odontologia da Faculdade Cathedral, acadêmica, E-mail: cleucyannyfarias@gmail.com

² Graduanda em Odontologia da Faculdade Cathedral, acadêmica, E-mail: talitarodriguesoliveira123@gmail.com

³ Professora Especialista em Prótese Dentária, Docente da Faculdade Cathedral, E-mail: Profpinhoodonto@gmail.com

integridade e manutenção do periodonto⁴. Embora no estudo⁴ seja relatado que existem estudos onde sugerem que o processo inflamatório seja o fator chave para o desenvolvimento de defeitos ósseos periodontais, ainda não tem o conhecimento da etiologia das recessões marginais, existem muitas suspeitas entre elas os fatores como o biofilme dental ou presença de trauma durante a escovação, ao passar o fio dental ou até os movimentos ortodônticos, são comum sim mais não são as causas exclusivas, sendo esses fatores descritos e abordados como fatores precipitantes e pode ser compreendido apenas como hábito que pode desencadear as recessões⁵.

Visto que a consequente destruição do periodonto e da fibra de colágeno da destruição do osso marginal e da desorganização do tecido marginal são fatores que desencadeiam ou que favorece a recessão marginal tecidual, dizendo então que sua etiologia neste quadro é crônica o que significa que a perda da inserção e a lesão aos tecidos marginais que tiveram ocorrência de forma lenta, o trauma por escovação é um clássico conhecido e estudado, pois eles tem relações causais como a frequência e a duração da escovação ou até mesmo a dureza da cerdas da escova ou a força aplicada o que relacionada com a origem traumática⁶.

O estudo de Merijohn (2016)¹ relata que os três fatores principais associados ao aumento da suscetibilidade à recessão gengival são: (1) tecido gengival fino; (2) condições mucogingival; e/ou (3) uma história positiva de recessão gengival progressiva e/ou doença periodontal inflamatória em dentes apresentando um ou ambos os dois primeiros fatores. No estudo de⁷ acreditam que a recessão gengival seja mais comum em pacientes com tecidos gengivais mais finos, comparados àqueles com tecidos gengivais mais espessos⁸.

Sendo válido salientar ainda que características anatômicas locais como por exemplos isenções alteradas dos freios, altura da faixa de mucosa ceratinizada, espessura da gengiva marginal e os tecidos ósseos subjacentes são descritos como fatores predisponentes à recessão marginais, retratando também que a sensibilidade dentinária é uma das causas de recessão gengival, categorizada pela exposição da raiz, pois quando isso acontece a camada de cimento que reveste a raiz desaparece e a dentina fica exposta, devido a um estímulo químico, termal, tátil ou osmótico acontece então a sensibilidade dentinária, que é descrita por⁹ como uma dor transitória que vem da dentina.

Visto que a exposição da raiz segundo o estudo¹⁰ retrata que esse motivo é a principal causa das visitas dos pacientes aos cirurgiões dentistas, pois ao causar a sensibilidade ao ingerir certos alimentos ou até mesmo ao beber certos líquido, além de afetar a estética muitas vezes causa desconforto e dor ao paciente, uma das principais causas é não conseguir fazer a higienização correta por conta da dor. Sendo a recessão gengival a principal causa da exposição dos túbulos dentinários e são também associada ao desgaste dentário e ao surgimento da hipersensibilidade¹¹⁻¹².

Retratando então que a etiologia da recessão marginal é multifatorial, ou seja, não é um único fator isolado que pode ou não causar as recessões marginais, além da maior sensibilidade a cáries radiculares, a severidade das recessões marginais pode resultar em um prejuízo estético e funcional também, na qual esta relacionados como possíveis agravantes aos desenvolvimentos de doenças periodontais e periimplantares. Porém as principais queixas são as manifestações estéticas dos pacientes, vistos que os dentes ficam aparentes mais alongados e do aspecto avermelhado da gengiva, e a sensibilidade dentária diante aos estímulos térmicos e táteis se caracteriza as dores fortes e agudas de curta duração, concluindo-se assim que os movimentos e a quantidade de força aplicada na escovação também são fatores que pode influenciar no desenvolvimento da retração gengival¹³.

Esse estudo tem como Objetivos: a avaliação da escovação sobre a integridade tecidual gengival, que pode a vir desenvolver os traumas mecânicos por a escovação ou até mesmo a escova inadequada, precisando assim de conhecimento do tipo e maneira de escova que é correto usar, enfatizando assim como se apresenta uma retração gengival por maus hábitos ou por falta de higienização.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente, o fascínio pela ciência da beleza permeia a odontologia, pois muitos pacientes buscam alcançar um sorriso harmônico e dentro dos padrões de beleza, pois semelhantemente a estética do sorriso vem ganhando cada vez mais destaque na sociedade devido à valorização da aparência do indivíduo, que está relacionada à sua autoestima que está intimamente relacionado com a combinação de qualidade como cor, formato, equilíbrio, textura, proporção simetria e dominância dentro dos padrões exposto pela própria sociedade. Sendo assim a harmonia entre essas proporções advém do princípio da proporção áurea que influencia diretamente a percepção visual, pois, um sorriso harmônico tem influência das unidades dentárias, do tecido periodontal, das relações dentes e maxilares além de também está interligado com o formato dos lábios e da face¹⁴.

Entretanto, um dos problemas mais comum encontrado dentro da estética dentária e é visto como uma quebra da estética é a recessão gengival, pois a mesma é facilmente percebida pelo paciente, sendo exposta pela superfície radicular por conta do deslocamento parcial da gengiva. 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 apresentam algum grau de desgaste do esmalte dentário¹⁵ enquanto um estudo proposto por¹⁶, indica que 75,4% dos avaliados possuem recessão gengival.

A recessão pode existir na presença de sulcos e níveis de crista óssea normais, e também em quadros de doenças periodontais com grande perda de osso alveolar. Estudos epidemiológicos mostraram que: a recessão gengival aumenta com a idade; as superfícies vestibulares são mais acometidas, assim como os dentes anteriores inferiores; e que homens são mais afetados que mulheres (DOMINIAK & GEDRANGED, 2014; ZUCCHELLI & MOUNSSIF, 2015; RAVELLI et al., 2019 APUD SILVA, 2019, p. 25.

O método “inadequado” de escovação foi proposto como o fator mecânico mais importante que contribui para o desenvolvimento de recessões gengivais. Outros fatores de risco em potencial: duração da escovação dos dentes, força de escovação, frequência de troca da escova de dente, dureza da escova (cerdas) e técnica de escovação dos dentes¹⁷.

Khocht et al. (1993) “Avaliaram a relação entre escova dura e recessão gengival em 182 indivíduos. Os autores observaram que houve um aumento significativo e dramático no percentual de superfícies com recessão associado ao aumento na frequência diária da escovação. Os principais fatores associados às recessões em um modelo multivariado foram idade, frequência diária de escovação, sexo e história de uso de escovas duras” (OLIVEIRA, 2010, p. 14)

Mesmo a etiologia sendo considerada multifatorial entre eles estão os fatores de desenvolvimento (fenestração do osso alveolar, erupção dentária ectópica ou posição na arcada dentária) ou fatores adquiridos (lesão, perfuração ou escovação dentária com força, falta de higienização) são os fatores considerados determinantes para o surgimento dessa patologia⁸. Além disso, o biofilme dentário associado a outros fatores predisponentes como freios e bridas, oclusão traumatogênica, mau posicionamento dentário, ausência de gengiva inserida e fenótipo periodontal fino, também, podem contribuir para o seu desenvolvimento. Dessa forma é fundamental detectar a presença desses fatores causais e/ou predisponentes para pelo menos impedir a progressão das recessões¹⁷⁻¹⁸.

Retratando o estudo de¹⁹, que os fatores etiológicos são classificados em apenas dois grupos, o 1º fatores predisponentes que estão relacionados com a origem ou a progressão das recessões marginais, têm características anatômicas e podem ser hábitos adquiridos ou apenas condições presentes mesmo que desencadeiam as lesões, e o 2º fatores desencadeantes, sendo descritos sucintamente como agravantes ou fatores de riscos para a desenvoltura das recessões marginais tecidual, sendo alterações teciduais por fatores determinantes, embora esteja relacionada com as

causas diretas, muitas vezes já existiam condições pré e de característica anatômica local, na qual tem relação íntima com o surgimento da severidade e do agravamento das lesões¹⁹.

O estudo de²⁰, faz uma analogia com a idade, pois com o avanço da mesma tem o aumento da recessão gengival, porém não necessariamente indica que a idade seja um fator etiológico para o desenvolvimento da recessão gengival, porém é válido salientar que em pessoas mais jovens a ocorrência se dá por fatores isolados, e os mais comuns são a forma incorreta da escovação ou aplicar excesso de força durante a escovação, trauma mecânico devido à técnica e frequência da escovação, o uso de escovas de cerda duras e piercing bucal, trauma químico quando o paciente tem o hábito de fumar, placas bacterianas e a terapia ortodôntica¹⁸⁻¹⁹.

O uso da escova dental associada ao dentífrício é comprovadamente essencial para remoção e controle da placa bacteriana, prevenção da formação de cálculo dental, redução do manchamento e, conseqüentemente, propicia a saúde periodontal. Porém, para que seja considerada eficiente, a escovação dental deve ser realizada de forma correta, evitando que sejam produzidos danos aos tecidos moles (LARISSA MARIA ET AL, 2013, p.142).

O uso inadequado do fio dental também pode contribuir para as lesões nos tecidos gengivais. Estas lesões ocorrem frequentemente em pacientes altamente motivados que não foram devidamente instruídos na técnica de uso do fio dental²⁰⁻²¹.

Endo et al²². (2006 Apud GREGGIANIN, 2012, p. 23) relatam uma série de casos clínicos descrevendo os danos causados à gengiva resultado de um uso excessivo dos produtos de higiene bucal.

Entretanto a recessão do tecido marginal caracteriza-se por uma perda de inserção do periodonto, pois todos os seus tecidos, e não somente a gengiva, deslocam-se em direção apical, podendo ter sua função comprometida²³.

Em relação à junção amelocementária, ela é uma das condições causadas pela recessão gengivais onde expõe a superfície radicular, resultando em uma coroa clínica maior. As conseqüências para o paciente são alterações estéticas, cárie radicular, maior acúmulo de biofilme dental, inflamação periodontal e hipersensibilidade²⁴⁻²⁵. O termo recessão marginal tecidual é mais considerado por ser mais preciso que a “recessão gengival” já que é o tecido marginal em recessão que pode ou não incluir a mucosa alveolar²⁶.

É de extrema importância a presença de um complexo mucogengival saudável e adequado de forma a que os tecidos moles consigam manter a sua integridade biomorfológica e a manutenção de uma inserção correta para com o dente e o osso³. A desestabilização deste complexo leva à criação de defeitos mucogengivais e consoante o fenótipo gengival pode originar-se, por um lado, bolsas periodontais e, por outro, defeitos de recessão gengival²⁷.

3.1 TRAUMAS MECÂNICOS

Os hábitos de higiene oral constituem um papel importante na etiologia dos defeitos de recessão gengival. A escovagem excessiva e/ou agressiva induz uma abrasão gradual do tecido gengival. A gengiva apresenta-se livre de inflamação ou edema, uma vez que há um baixo índice de placa, contudo, a migração apical da margem gengival, que normalmente adquire um formato em “V”, expõe as superfícies radiculares. Por vezes, a escovagem traumática pode mesmo levar à destruição de toda a gengiva queratinizada²⁸⁻²⁹.

Uma escovagem linear é mais abrasiva que uma escovagem rotativa e, quanto maior frequência e a força aplicada nas mesmas, maior é o desgaste dos tecidos duros. As escovas macias promovem menor desgaste que as escovas duras, e escovas com filamentos arredondados na ponta são menos abrasivas que as de terminações não arredondadas¹⁰⁻²⁹⁻³⁰.

A recessão gengival provocada por uma escovagem traumática está normalmente associada a pacientes com um bom nível de higiene oral e, por isso mesmo, afeta mais as superfícies vestibulares do que as interproximais ou linguais. O fato dos defeitos de recessão serem mais evidentes do lado esquerdo ou do lado direito, de acordo com a mão dominante do paciente,

demonstra a influência da técnica de escovagem no seu desenvolvimento²⁹.

Associado a este tipo de recessão são frequentemente encontradas lesões de abrasão classe V na superfície exposta, potenciadas pelos mesmos agentes abrasivos. Estas lesões cervicais são causadas pelo trauma mecânico contínuo após o desenvolvimento da recessão gengival e a exposição radicular³¹⁻²¹.

Diversos fatores como a duração, frequência e força aplicada na escovagem, dureza das cerdas, técnica incorreta e uma irregular troca periódica da escova de dentes são fatores de risco para o desenvolvimento da recessão gengival³². Para além da força aplicada durante a escovagem, a técnica em si é bastante importante. Existe uma forte associação entre a recessão gengival e a escovagem horizontal²⁸.

A escolha do tipo de escova e pasta dentífrica utilizadas é um passo essencial na prevenção da recessão. Escovas com cerdas do tipo duras são particularmente lesivas causando abrasão gengival, devendo ser evitadas, optando-se, ao invés, pelas de cerdas de dureza média ou suave³⁰. Na escolha da pasta dentífrica deve ter-se em conta o grau de abrasividade, uma vez que este grau varia de acordo com o seu propósito. As pastas que são designadas para branquear os dentes são normalmente as mais abrasivas e, portanto, as mais agressivas para os tecidos moles e duros, podendo estas, em casos mais extremos, levar à exposição da dentina³¹⁻²⁴.

O uso frequente da escovação não é sinónimo de limpeza, nem evita por si só a perda dentária. Mais importante que a frequência é a qualidade da limpeza. Apesar disso, ainda há a necessidade de dar ênfase às técnicas de escovagem e a diferentes variações em torno da escova dentária a ser utilizada. Entretanto³⁰, afirmam que antes de pensar no tempo gasto com a escovagem, outros fatores devem ser considerados tais como o modo, a qualidade da limpeza e a quantidade do biofilme³²⁻³³.

Uma técnica de escovagem incorreta, tais como a utilização de escovas duras e extra duras, assim como pastas dentífricas muito abrasivas, podem produzir efeitos secundários prejudiciais nos dentes, como lesões de abfração, em tecidos moles, em forma de úlceras traumáticas do epitélio da gengiva e recessões gengivais, também relacionadas com a frequência de escovagem²⁴. A técnica de escovagem ideal é aquela que permite uma completa remoção de placa sem causar qualquer dano nos tecidos³³.

Estudos relacionados mostraram que o uso demasiado forte e excessivo de escovas de dureza média e em direção horizontal poderiam causar abrasões na gengiva. Esses estudos mostraram, que a recessão gengival, foi relacionada com a duração e a técnica de escovação (técnica de esfoliação especialmente horizontal) foram associados a recessão gengival. Em outros estudos, foi demonstrado o uso da escovação traumática a ser uma das principais causas de abrasão gengival e a frequência da mudança da escova de dentes tiveram influência significativa na recessão gengival³⁴⁻³⁵.

3.2 CLASSIFICAÇÃO

A classificação proposta por Miller em 1985 é atualmente a mais aceita³⁶. Esta baseia-se numa avaliação morfológica dos tecidos periodontais lesados e na previsibilidade de recobrimento radicular³⁷.

Classe I: A recessão do tecido marginal não atinge a linha mucogengival. Não há perda do tecido ósseo ou mole na região interproximal.

Classe II: A recessão do tecido marginal atinge ou ultrapassa a linha junção mucogengival. Não há perda do tecido ósseo ou mole na região interproximal. Classe III: A recessão do tecido marginal ultrapassa a linha mucogengival. Existe perda do tecido ósseo ou mole na região interproximal.

Classe IV: A recessão do tecido marginal ultrapassa a linha mucogengival, Existe perda do tecido ósseo ou mole na região.

Em situações de classe I e II o recobrimento radicular total é alcançável. A classe III ainda pode ser alcançável porém na classe IV a perda do osso interproximal estende-se até um nível apical da recessão tornando-a tão grave que a cobertura radicular não pode ser alcançada³⁸⁻³⁹.

3.3 CAUSAS

O principal mecanismo responsável por causar a migração apical da margem gengival é a perda de suporte ósseo dada pela crista alveolar. Quando há a perda óssea, os tecidos moles, saudáveis ou inflamados, acompanham progressivamente a margem óssea que se vai deslocando apicalmente, estabelecendo-se estes defeitos⁴⁰.

A recessão pode ser severa em alguns casos, levando até mesmo ao surgimento de defeitos de furca nos dentes posteriores⁴¹. De forma a avaliar a severidade da recessão gengival, é medida a distância desde A JAC até à margem gengival com o auxílio de uma sonda periodontal graduada⁷.

3.4 TRATAMENTO

É de suma importância que os pacientes que possuam essas condições clínicas procurem com urgência um dentista qualificado para realizar a anamnese e ter o diagnóstico fidedigno para que possa intervir e tratar esse quadro. O tratamento para as recessões gengivais é necessário por diversos motivos entre esses está a sensibilidade dentinária que pode está associada a inúmeros fatores como presença de cáries radiculares, restaurações defeituosas, trincas, doenças periodontais, requisitos protéticos, desarmonia da margem gengival, dificuldade do paciente no controle da placa bacteriana, a necessidade de aumento de mucosa queratinizada para a prevenção da progressão da recessão, portanto de primeira mão deve se fazer a identificação do principal agente causador do quadro, para depois solucionar o problema⁴²⁻⁴³.

O tratamento propriamente dito pode variar de acordo com cada caso, embora há um grande número de tratamentos disponíveis e as opções são variadas em procedimentos tanto os realizados dentro do consultório quanto os realizados em casa pelo próprio paciente ambos têm respostas positivas para a diminuição e prevenção da sensibilidade, tendo um único objetivo antes do tratamento que deve ser feito ele é o vedamento parcial ou total dos túbulos dentinários expostos, pois assim se tem o alívio do paciente o que facilita o tratamento e logo se tem bons resultados⁴⁴.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho tem por natureza revisão de literatura e baseia-se em pesquisa bibliográfica. Sendo do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RLI) de caráter descritivo, na qual tem por finalidade o destacamento de pesquisas e trabalhos acadêmicos com o intuito de ajudar em novas pesquisas. Para isso foi feito um levantamento em artigos científicos nas plataformas virtual Scielo, Google Acadêmico e Pubmed. Visto que essa metodologia busca fazer a retratação dos resultados já expostos pela literatura no intuito de fazer uma análise crítica e integradora da literatura sobre o assunto proposto para responder aos objetivos desta pesquisa. Os artigos foram selecionados com base na clareza e compreensão do assunto abordado e que contribuem na investigação do problema desta pesquisa⁴⁵.

Os artigos identificados serão selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Os critérios de inclusão são: artigos na íntegra, publicados em português, inglês e espanhol; com referência à temática em questão; tipo de documento, teses, monografias e estudos científicos, que seja online completo e gratuito, os artigos foram escolhidos por serem bem claros e específicos ao assunto.

Critérios de exclusão, artigos inacessíveis, aqueles que não apresentam informações em conformidade com os objetivos de trabalho, incompleto dificultando a compreensão.

4 DISCUSSÃO

A origem da recessão gengival não é totalmente conclusiva, embora exista um fator principal, o mesmo geralmente é associado a outros. Fatores etiológicos associados a esta condição clínica são os seguintes: hábitos de higiene oral; má posição dentária; inserção anormal de bridas e freios; deiscências ósseas; fatores iatrogênicos relacionados a procedimentos restauradores e ortodônticos; e doença periodontal. Tais fatores podem ser divididos em dois grupos, fatores precipitantes ou primários, os quais induzem diretamente a recessão gengival e fatores predisponentes⁴⁶.

Encontra-se dificuldade em definir com segurança uma causa para as recessões gengivais por apresentarem uma etiologia multifatorial⁴⁷⁻⁴⁸⁻⁴⁹, consideram a escovação traumática o fator etiológico, enquanto Kina J, et al., (2015), afirma que o biofilme é o fator primordial⁵⁰⁻⁵¹⁻⁵².

Por outro lado os estudos⁵³⁻⁵⁴⁻⁵⁵⁻⁵⁶, relatam que outro fator etiológico é a posição dos freios e bridas quando sua inserção se encontra em mucosa queratinizada, podendo afetar a saúde gengival, levando a uma interferência na correta colocação da escova dental, como também uma tração muscular, expondo o sulco gengival aos depósitos do biofilme

Na busca melhor definição para a etiologia das lesões os estudos de⁵⁷⁻⁵⁸⁻⁵⁹, descreve que as recessões marginais causadas pelo biofilme de origem traumática, por ter a distribuição de dentro pra fora, o processo inflamatório induzido pelo biofilme bacteriano dentário provavelmente seja fator precipitante mais capaz de causar por si só a recessão marginal, além

de ser fator coadjuvante em vários relatos de casos, na qual tem a demonstração de como essas lesões pode apresentar de várias formas, então para ter a definição do diagnóstico não basta só identificar a etiologia mais tem a necessidade de além de identificar interpretar qual é o grau de gravidade e fazer a análise geral sobre a extensão e as características das lesões.

No estudo de² faz a proporção da nova classificação que está sendo muito usada dentre os profissionais atuais, a retração pode esta presente tanto em pacientes com boa higienização bucal como em pacientes sem muita higienização, podendo se ter a conclusão desta distribuição após a avaliação dos fatores etiológicos de cada grupo distintos. Visto que uma boa medida de tratamento e controle para essas lesões é através da reorientação das técnicas de escovação adequada, alinhando de uma boa manutenção, fazendo necessária essa medida, pois é válido afirmar que a escovação pode ser prejudicial quando aplicada nos seus extremos, sendo ela de forma demasiada ou de forma insuficiente⁵⁰⁻⁶⁰⁻⁶¹.

Em razão dos fatores etiológicos atuarem na maioria das vezes de maneira crônica, a prevalência da gravidade destas lesões aumenta com a idade, visto que a instalação das recessões geram quadros de hipersensibilidade dentária, na qual favorecem a abrasão da raiz do dente devido a exposição e da dificuldade da higienização na área na qual se faz o acúmulo de detritos e biofilmes, além de causar grande prejuízo estético para o paciente⁵¹.

A recessão é na maioria das vezes resultado da confluência de diversos atores e não apenas de um só, onde muitos relatam que para se ter o diagnóstico definitivo não é apenas identificar a etiologia, mais também se faz a necessidade da interpretação a gravidade da mesma, que é feita através da análise da extensão e característica da lesão, assim segundo³⁰, relata que é um desafio determinar a quantificação e a influência que os fatores tem em cada caso específico, sendo essencial para o clínico ter o conhecimento dos vários fatores que podem desencadear para que o mesmo tenha domínio e possa realizar o diagnóstico de forma correta para se ter a interferência e o rompimento da progressão¹⁻⁶³.

Existindo técnicas que são empregadas para o tratamento das recessões únicas ou múltiplas, tendo início com a necessidade da eliminação dos fatores etiológicos para que não tenha o recidive após ter finalizado o tratamento, uma medida de tratamento e controle para a lesão é através da reorientação quanto às medidas técnicas de escovação adequada, alinhando também uma boa manutenção realizada pela cirurgia dentista, sendo medidas necessárias, pois a escovação pode ser prejudicial quando aplicada nos seus extremos, podendo ser ela em demasia ou em insuficiência. A

terapia também pode ser feita associando a manutenção periodontal e ajustando os oclusais, procedimentos cirúrgicos e restauradores, além de reorientar a escovação dentária⁴⁴⁻⁶³⁻⁶⁴.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a abrasão gengival associada à escovação dental é o fator principal etiologia das recessões e está relacionado ao acúmulo de biofilmes na superfície dental, uma lesão com identidade histopatológica ou abrasões gengivais associadas a escovação, são principalmente lesões epiteliais. Sendo compreendida a sensibilidade dentinária como uma condição clínica comum, na qual tem o surgimento devido a fatores de etiologia múltipla, entre elas a desmineralização do esmalte dental ou as retrações gengivais são as mais comuns e tem por consequência a exposição da dentina, no qual gera ao paciente desconforto e dor. Por ser de etiologia multifatorial as recessões marginais são de maior dificuldade para se ter o diagnóstico e tratamento do mesmo, por isso é de suma importância a qualificação do especialista para se fazer o diagnóstico correto e dá consequência ao tratamento.

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa sobre impactos da escovação causados pela intensidade e maus hábitos, conclui-se que estes fatores ocasionam uma etiologia multifatorial como abrasão dentária ou exposição da raiz e até mesmo prejudicando a posição dos dentes. Por isso deve-se fazer a orientação de como escovar e que tipo de escova utilizar. Além disso, dependendo da extensão da retração, podem ser indicados tratamentos específicos.

É importante compreender que a pesquisa atingiu o objetivo pretendido, com a condição da interpretação e esclarecimento de hábitos que podem ser modificados para que a escovação não cause problemas gengivais, pois a retração gengival é uma das coisas que estão compreendidas a necessidade de cuidados para que não seja com um fator contribuinte com a retração. Além do objetivo atingido, a pesquisa também conseguiu responder à problemática apresentada, e tem como público alvo, todas as pessoas de modo que a informação contida nesta pesquisa possa ser mais conhecida, pois é necessário compreender que esta pesquisa pode ser usada para contribuir com o desenvolvimento de outros pesquisadores, visto que a temática abordada é de interesse de todos, não só dos colegas da área ou pessoas as quais estão ao nosso redor, mas também todas as pessoas que manifestarem interesse em cuidar melhor dos seus dentes e compreender a importância da escovação correta.

A pesquisa compreendeu a avaliação da escovação sobre a integridade tecidual gengival, concluindo que é possível desenvolver traumas mecânicos através da escovação ou até mesmo a escova inadequada, como apresentado, existe a necessidade da existência de conhecimento do tipo e maneira da escova que será escolhida, visto que é importante saber qual é a escova correta para o uso, para que a escovação não seja uma condição que traga influência na retração gengival por maus hábitos, além de que é possível concluir também que a retração gengival pode estar atrelada a falta de higienização.

REFERÊNCIAS

1. Merijohn GK. Management and prevention of gingival recession. **Periodontology** 2000.2016 Jun; 71(1): 228-242. DOI: 10.1111/prd.12115. PMID: 27045439.
2. CAIRO, F. (2017). Periodontal plastic surgery of gingival recessions at single and Multipleteeth. **Periodontology** 2000, 75(1), 296–316. <https://doi.org/10.1111/prd.12186>
3. Ravipudi, S. Appukuttan, D. Prakash, P S G; Victor, D J. Gingival Recession: Short Literature Review on Etiology, Classifications and Various Treatment Options. **Journal of Pharmaceutical Sciences and Research; Cuddalore** Vol. 9, Ed. 2, (Feb 2017): 215-220.
4. CAMARGO, P. M., Melnick, P. R., & Kenney, E. B. (2001). The use of free gingival Grafts for aesthetic purposes. **Periodontology** 2000, 27(1), 72–96. <https://doi.org/10.1034/j.1600->

0757.2001.027001072.x

5. STEFFENS, P. J. MARCANTONIO, R. A. C. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave 2018 Classification of Periodontal and Periimplantar Diseases and Conditions: a Practical Guide and Key Points. Rev Odontol UNESP. 2018 July-Aug.; 47(4): 189-197 © 2018 - ISSN 1807-2577 EDITORIAL Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04704>
6. SHKRETA, M. et al. Exploring the gingival recession surgical treatment modalities: A literature review. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, [s. l.], v. 6, n. 4, p.698–708, 2018. DOI: 10.3889/oamjms.2018.185. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5927507/>.
7. CHAN, H. L. CHUN, Y. P. MACEACHERN, M. Does gingival recession require surgical treatment? Dent Clin North Am . 2015 Oct;59(4):981-96. doi: 10.1016/j.cden.2015.06.010. Epub2015 Aug 8. PMID: 26427577; PMCID: PMC4907322.October. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4907322/>
8. CARVALHO, L. M., GUIMARAES, A. A .S. Abordagens Cirúrgicas para o tratamento das recessões marginais gengivais. Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia da Faculdade Integrada de Pernambuco, 2018
9. GUIMARÃES, L. L. M. Associação da recessão gengival com Hipersensibilidade dentinária cervical. 2016. 60 f. Monografia (Especialização) – Curso de Pós Graduação em Clínica Odontológica, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.
10. BARELLA, G.; BARBOSA, B.; ZEN, A. S.; FERRI, C. de F.; RIBEIRO, E. P.; IMANISH, S. A. W.; MUNIZ, M. S.; DIRSCHNABEL, A. J. Recessão gengival. Ação Odonto, n. 1, 2016.
11. West, N. X. LUSSI, A. SEONG, J. HELLWIG, E. Dentin hypersensitivity: pain mechanisms and aetiology of exposed cervical dentin. Clin Oral Investig. 2013 Mar;17 Suppl 1:S9-19. DOI: 10.1007/s00784-012-0887-x. Epub 2012 Dec 9. PMID: 23224116
12. SILVEIRA, C. A. Avaliação de uma nova abordagem cirúrgico-restauradora para tratamento de recessões gengivais associadas à lesão cervical não-cariosa. Estudo clínico controlado randomizado. São José dos Campos (SP): Instituto de Ciência e Tecnologia, UNESP – Univ Estadual Paulista; 2014.
13. Reichert S, Machulla HK, Fuchs C, John V, Schaller HG, Stein J. Is there a relationship between juvenile idiopathic arthritis and periodontitis? **J Clin Periodontol.** 2006; 33:317- 23.
14. ARAÚJO, L. C. D.; VILAÇA, C. M. M. Recessão gengival: Etiologia, características clínicas e tratamento – uma revisão de literatura. Unifacig, v. 20, n. 1, p. 20-37, 2021. 22 f. TCC (Graduação) – Curso de Odontologia, Unifacig, 2021
15. AMARAL, S. M. ABAD, E. C. MAIA, K. D. WEYNE, D. OLIVEIRA, M. P. R. P. B. Lesões não cariosas: o desafio do diagnóstico multidisciplinar. Not carious lesions: the challenge of the multidisciplinary diagnosis Artigo de Revisão • Arquivos Int. Otorrinolaringol. 16 (1) • Mar 2012 • <https://doi.org/10.7162/S1809-48722011000100014>
16. Cortellini, P. & Bissada N. F. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl

1:S204-S213. doi: 10.1002/JPER.16-0671. PMID: 29926948

17. Rios F. S. Costa R. S. Moura M. S. Jardim J. J. Maltz M. Haas A. N. Estimates and multivariable risk assessment of gingival recession in the population of adults from Porto Alegre, Brazil. **J Clin Periodontol**. 2014 Nov;41(11):1098-107. doi: 10.1111/jcpe.12303. Epub 2014 Sep 22. PMID: 25164479. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25164479/>
18. FURLAN, L. M; SALLUM, A. W; SALLUM, E. A; NOCITI JUNIOR, F.; CASATI, M. Z; AMBROSANO, G. M. B. Incidência de recessão gengival e hipersensibilidade dentinária na clínica de graduação da FOP-UNICAMP. *Revista Periodontia*, Piracicaba, v. 18, n. 1, p. 64-72, mar. 2008.
19. ZORER, L. S. Recessão gengival em consequência do tratamento ortodôntico: revisão. 2018. 59 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Medicina Dentária, Instituto Universitário Egas Moniz, 2018.13 Mythri S, Arunkumar SM, Hegde S, Rajesh SK, Munaz M, Ashwin
- D. Etiology and Occurrence of gingival recession – Na epidemiological study. *J Indian Soc Periodontol*. 2015;19(6):671-675.
20. VITOR, G. P. Recessão gengival: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, v. 22, n. 2, p. 178-185, 16 maio 2019. *Revista Brasileira Multidisciplinar – Rebram*
21. BISSADA, N. F. CORTELLINI, P. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Periodontol* 2018; 89 (1): S204-S13.
22. RIOS, F. S. Epidemiologia da recessão gengival. 2013. **Ciências da Saúde** DOI: <http://hdl.handle.net/10183/152805>
23. Feng, F., Yang, F., Rong, W. *et al.* Uma uridina 5'-monofosfato transferase de *Xanthomonas inibe as quinases imunes de plantas*. **Natureza** **485** , 114–118 (2012). DOI: <https://doi.org/10.1038/nature10962>
24. CUNHA, F. A. Decisão Quanto à Escolha da Técnica de Recobrimento Radicular: Relato de Caso Clínico Decision regarding the Choice of Technique for Root Coverage: Clinical Case. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde** 2014;16(4):321-7
25. WALTERS, J. D. CHANG, E. I. Periodontal bone loss associated with an improper Flossing technique: case report. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 1, n. 3, p. 115–119, 2003.
26. ZUCHELLI, G. MOUNSSIF, I. Periodontal plastic surgery. **Periodontology** **2000**, v. 68, n.1, p. 333–368, 2015.
27. DOMINIK, M., & Gedrange, T. (2014). New perspectives in the diagnostic of Gingival recession. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 23(6), 857–863. <https://doi.org/10.17219/acem/27907>
28. GREGGIANIN, B. F. A Incidência de Fissuras Gengivais Associadas com a Escovação: Um Ensaio Clínico Randomizado Cruzado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012, p. 23. Dissertação de Programa de Pós Graduação em Odontologia (Mestrado). Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/117120/000868556.pdf?sequence=1>.

29. MERCÊS, L. C. S. Abordagem Interdisciplinar no Tratamento das Recessões Gingivais:Relato de Caso. 2016. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Odontologia) –Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.
30. GARCIA-RUBIO A., Bujaldón-Daza, A. L., & Rodríguez-Archilla, A. (2015). Influencia de parámetros clínicos sobre la severidad de la recesión gingival localizada. *Avances Em Periodoncia e Implantología Oral*, 27(2), 67–73. <https://doi.org/10.4321/s1699-65852015000200003>
31. KASSAB, M. M. & COHEN, R. E. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc.* 2003 Feb;134(2):220-5. doi: 10.14219/jada.archive.2003.0137. PMID: 12636127.
32. PAULO, Eliton. Comparação entre o uso de toxina botulínica e outros procedimentos na correção do sorriso gengival. Comparasion between use of botulinum toxin and other procedures in gummy smile corrections, [S. l.], p. 1-11, 12 jun. 2018
33. DIAS B. S. Alterações na Estrutura Dentária por Abfração. Lauro de Freitas, 2017. Trabalho de conclusão do curso de Odontologia.
34. DORFER, C. E., Staehle, H. J., & Wolff, D. (2016). Three-year randomized study of Manual and power toothbrush effects on pre-existing gingival recession. **Journal of Clinical Periodontology**, 43(6), 512–519. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12518>
35. PATEL, M. NIXON, P. J. CHAN, M. F. Gingival recession: Part 1. Aetiology and non-surgical management. **Br Dent J.** 2011 Sep 23;211(6):251-4. doi: 10.1038/sj.bdj.2011.764. PMID: 21941318
36. GEORGIEVA, I. (2019). Etiology Of Gingival Recessions – A Literature **Review**. 5(2), 13–18. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14748/ssmd.v5i2.5970>
37. Clark, D., & Levin, L. (2018). Gingival Recession Management. In A. Kasaj (Ed.), **Gingival Recession Management**. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-70719-8>
38. DITTERICH, R. G. et al. “In vitro” antimicrobial activity of natural substances in toothpastes. **Odontologia Clínico-Científica** , v. 6, n. 4, p. 303-307, 2007
39. FARIAS M. P., Avaliação da eficácia de remoção do biofilme oral após a instrução da escovagem dentária em pacientes com necessidades educativas especiais, Faculdade de Ciências da Saúde – **Universidade Fernando Pessoa**, trabalho de conclusão, p 21, 2013.
40. CHYSANTHAKOPOULOS, N. (2011) Aetiology and Severity of Gingival Recession in an Adult Population Sample in Greece. *Journal of Dental Research*, 8 (2), pp. 64-70.
41. PEREIRA F. M. G., Etiologia da recessão gengival, Dissertação. 2016, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
42. KUMAR, A. MASAMATTI, S. A new classification system for gingival and palatal recession. 2013 **Journal of Indian Society of Periodontology**, 17 (2): 175–181.

43. PINI-PRATO, G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. **The Journal of Clinical Periodontology**, v. 38, n. 3, p. 243–245, Mar. 2011.
44. PASIN, C. R. RECOBRIMENTO RADICULAR: ENXERTO AUTÓGENO OU ALÓGENO? REVISÃO DE LITERATURA E CASOS CLÍNICOS COMPARATIVOS. 2014. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de odontologia, **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, 2014.
45. LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 5. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2010. 1304 p.
46. LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico: projetos de pesquisa, pesquisa bibliográfica**, teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso. 8.ed.–São Paulo: Atlas, 2017
47. JATI, A. S., Furquim, L. Z., & Consolaro, A. (2016). Gingival recession: its causes And types, and the importance of orthodontic treatment. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 21(3), 18–29. <https://doi.org/10.1590/2177-6709.21.3.018-029>. *Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 2008, v. 134, n. 5, p. 652–656, Disponível em: <https://www.repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/35930/1/DISSERTA%20C3%87%20C3%83%20L%20C3%ADvia%20Maria%20Lopes%20de%20Oliveira>.
48. Hassan, M. N., & Aziz, M. (2019). Gingival recession and periodontal therapy Vol. 31, **Issue March**. <https://iasj.net/iasj?func=fulltext&id=162501>
49. ZUCHELLI, G & MOUNSSIF, I. Periodontal plastic surgery. **Periodontology 2000**, 2015. 68 (1), 333–368. <https://doi.org/10.1111/prd.12059>
50. LACERDA, A. C. Q. et al. Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e De Sanctis. *RG O – Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 59, n. 2, p. 313-317, abr./jun. 2011.
51. ANDRADE, L. P. et al. Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão cervical. *Revista Baiana de Odontologia*. v. 3, n. 1, p. 86-99, dez. 2012.
52. SILVA, M. A. Tratamento de Recessões Gengivais Múltiplas pela Técnica de Tunelização: Relato de caso. Brasília: **Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília**, 2019, pag 27. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/27325/1/2019_MarinaAndradeSilva_tcc.pdf.
53. ARAUJO. M. E. S. S. A HARMONIA DA ESTÉTICA DO SORRISO: UMA REVISÃO DE LITERATURA. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Odontologia como requisito parcial à conclusão do Curso de Odontologia do **Centro Universitário AGES** para obtenção do grau de cirurgiã-dentista. Paripiranga-BA. 2021.
54. BORGES F, et al. Local trauma: na important triggering factor for gingival recession. *Journal of Applied Oral Science*. Bauru – SP: Faculdade de Odontologia De Bauru – USP, 2009; 17: 17:140
55. SOUZA, L. F. et al. Prevalência de recessão gengival em alunos de Odontologia da Unigranrio – RJ – Brasil. *Brazilian Journal of Periodontology*, v. 26, n. 4, p. 24-28, dez. 2016.
56. LAPA, J. G. B. Prevalência da recessão gengival nos pacientes consultados na Clínica

Universitária da UCP-Viseu. 181 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) –
Universidade Católica Portuguesa, [s. l.], 2012. Disponível em:
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13213>

57. ANAND, V., Gulati, M., Rastogi, P., & Dixit, J. (2012). Free gingival autograft for Augmentation of keratinized tissue in apical to gingival recession – **A case report. Journal of Oral Biology and Craniofacial Research**, 2(2),135–137.
<https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2012.04.001>
58. BLANK.A, uma revisão sobre a etiologia das recessões marginais, Florianópolis: **Universidade Federal de Santa Catarina**, 2021, Centro de ciências da saúde, Curso de Odontologia.
59. CHENCHEV, I; NEICHEY, D; VICHEVA, D; NONCHEVA, V. Vista technique and Platelet-Rich Fibrin Membrane for Treatment of Multiple Adjacent Gingival Recessions – 6 month follow-up. *Iosr Journal Of Dental And Medical Sciences*, Plovdiv, v. 15, n. 07, p. 128-133, jul. 2016. IOSR Journals.
60. CAZELATO, SCHIAVUZZO L. Etiologia e Classificação das Resseções Gengivais. Orientador: Antonio Wilson Sallum. Dissertação (Especialista em Periodontia) –Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campina, Piracicaba, 2011, p 29.
61. CALVACANTE L, SALGADO V, REGO G, SCHNEIDER L, avaliação da abrasividade de escovas dentais com cerdas macias, 2013, v18, n.2, p 142, Disponível em:
http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122013000200003.
62. DADAWALA, S; MUFTI, S; PATEL, P; SHAH, M; DAVE, D. Comparative evaluation of platelet-rich fibrin With connective tissue grafts in the treatment of miller’s Class I gingival recessions. *Contemporary Clinical Dentistry*, v. 8, n. 4, p. 531, 2017. Medknow.
63. OLIVEIRA, S. C., VITO G. P. Recessão Gengival: Uma Revisão Narrativa. 2010: Avaliação histológica das abrasões gengivais promovidas por escovação.
64. PINHEIRO P, SARTORI R, Fatores que Exercem Influência no Recobrimento Radicular: Factors that Exercise Influence on Radicular Coating, Santa Cruz do Sul, Graduanda em Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2021, p 6.
65. Yared K, Zenobio E, Pacheco W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. *Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial*, 2006 [24 de outubro de 2022], v. 11, n. 6, p. 45-51, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpress/a/p6NNm4yYWhh3mjM5KhSdPBm/?lang=pt>.