

AVALIAÇÃO CLÍNICA DE RECESSÕES GENGIVAIS E LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS: UMA ABORDAGEM INTEGRADA

CLINICAL EVALUATION OF GINGIVAL RECESSIONS AND NON-CARIOUS CERVICAL LESIONS: AN INTEGRATED APPROACH

Iara Petrato Bruck Honório da Silva^{I*}, Micheline Cavalcanti Toscano de Brito^{II}

Resumo. As recessões gengivais (RG) e as lesões cervicais não cariosas (LCNC) são condições bucais comuns que afetam respectivamente o periodonto e a estrutura dentária, estando frequentemente associadas. O presente estudo teve como objetivo avaliar a frequência de recessões gengivais e lesões cervicais não cariosas, e seus fatores etiológicos comuns, em pacientes atendidos nas clínicas integradas de Odontologia da UFPB, no período 2024.1, durante os meses de agosto até a primeira quinzena de setembro de 2024. A pesquisa foi realizada em uma metodologia descritiva, transversal e observacional, utilizando a técnica de observação direta por meio de exame clínico e preenchimento de ficha clínica. Entre os 70 pacientes adultos avaliados, 60% apresentaram recessão gengival, com 18,57% destes associados com perda de inserção clínica interproximal. Observou-se que 40% dos pacientes foram diagnosticados com LCNC, dentre os quais 71,43% também apresentaram RG, sendo o tipo abrasão a lesão mais observada. Entre os principais fatores etiológicos mais relevantes, o fenótipo fino foi o mais prevalente, observado em 50% dos pacientes na maxila e 55,71% na mandíbula; 41,43% dos pacientes mostraram sinais de escovação traumática, apesar de apresentar uma higiene oral ineficiente com 80% dos pacientes exibindo biofilme visível e 37,1% cálculo dentário; e 94,29% dos pacientes apresentaram perda de dentes. Além disso, 72,89% não usam próteses dentárias, enquanto 14,29% mostraram redução da dimensão vertical de oclusão, caracterizando perda da estabilidade oclusal. Com base nos dados apresentados, foi concluído que as recessões gengivais e as lesões cervicais não cariosas apresentaram alta prevalência entre os pacientes avaliados, sendo frequentemente associadas a fatores etiológicos predisponentes como fenótipo periodontal fino, higiene oral deficiente, escovação traumática e instabilidade oclusal. Esses resultados destacam a necessidade de estratégias integradas de prevenção e tratamento nas clínicas odontológicas.

Palavras-chave: Recessão gengival; Lesão cervical não cariiosa; Periodonto

Abstract. Gingival recessions (GR) and non-carious cervical lesions (NCCL) are common oral conditions affecting the periodontium and dental structure, respectively, and are often associated. This study aimed to evaluate the prevalence of gingival recessions and non-carious cervical lesions, along with their common etiological factors, in patients treated at the integrated dental clinics of UFPB during the first semester of 2024, from August to mid-September 2024. The research followed a descriptive, cross-sectional, and observational methodology, using direct observation through clinical examinations and the completion of clinical forms. Among the 70 adult patients evaluated, 60% presented gingival recession, with 18.57% of these cases associated with interproximal clinical attachment loss. It was observed that 40% of the patients were diagnosed with NCCL, among whom 71.43% also had GR, with abrasion being the most observed lesion type. Among the main relevant etiological factors, a thin periodontal phenotype was the most prevalent, found in 50% of patients in the maxilla and 55.71% in the mandible; 41.43% of the patients showed signs of traumatic brushing, despite inefficient oral hygiene with 80% of the patients exhibiting visible biofilm and 37.1% dental calculus; and 94.29% of the patients experienced tooth loss. Furthermore, 51 (72.89%) did not use dental prostheses, while 14.29% showed a reduction in vertical occlusal dimension, characterizing occlusal instability. Based on the presented data, it was concluded that gingival recessions and non-carious cervical lesions showed high prevalence among the evaluated patients, often associated with predisposing etiological factors such as thin periodontal phenotype, deficient oral hygiene, traumatic brushing, and occlusal instability. These results emphasize the need for integrated prevention and treatment strategies in dental clinics, aiming for comprehensive management to address these oral conditions and their associated factors.

Keywords: Gingival recession; Non-carious cervical lesion; Periodontium

^{I*}Graduada em Odontologia - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
CEP: 58046-460, João Pessoa. Paraíba, Brasil
E-mail: iara.p.bruck@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-00075124-5517>

^{II}Professora Dra. Assistente III do Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Federal da Paraíba -UFPB
CEP: 58051900, João Pessoa. Paraíba, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0745-9159>

INTRODUÇÃO

A cavidade bucal está exposta a diversas condições que podem levar ao desenvolvimento de patologias isoladas ou combinadas, o que demanda uma análise minuciosa das alterações bucais para viabilizar tratamentos integrados e eficazes¹. Entre as condições clínicas atuais, destaca-se a relação entre recessões gengivais e lesões cervicais não cariosas que acometem a região cervical dos dentes e do periodonto, apresentando características distintas, mas comumente associadas a uma etiologia multifatorial². Essas condições costumam levar os pacientes a buscar tratamento devido ao desconforto de sensibilidade dentária e à perda da estética do sorriso³.

As recessões gengivais são apresentadas como uma exposição da raiz do dente devido à migração apical da gengiva que cobre a região cervical, onde há perda de tecido ósseo, ligamento periodontal, cimento radicular e tecido gengival, estando associada a uma etiologia complexa relacionada a diversos fatores⁴. A exposição da raiz dentária tem como consequência a perda de tecido radicular, sensibilidade dentária, cárie radicular e comprometimento estético, enquanto a perda de tecido gengival compromete a função do periodonto de proteção, devido às consequências biológicas, funcionais e estéticas causadas por perda dos tecidos periodontais⁶.

As lesões cervicais não cariosas caracterizam-se pela perda de estrutura dental na região cervical, visíveis como pequenas concavidades ou irregularidades na superfície do dente⁷. Essas características observadas na região cervical, próxima à margem gengival, não são atribuíveis à cárie dentária, pois não apresentam origem bacteriana⁸. Essas lesões são classificadas como abrasão, erosão ou biocorrosão e abfração, com características, etiologia e plano de tratamento diferentes⁹. A abrasão refere-se ao desgaste dental devido à fricção mecânica; a erosão envolve a perda de tecido dental devido à ação de substâncias ácidas^{8,9}. E abfração se caracteriza por lesões provocadas pelo trauma oclusal com pressão mecânica repetitiva¹⁰. A ocorrência dessas lesões varia conforme a região e a população, influenciada por fatores como idade, gênero, etnia, nível socioeconômico e ambiental¹¹.

A associação entre lesão cervical não cariosa e recessões gengivais é um achado clínico frequente¹². Ambas as condições estão relacionadas à perda de estrutura dentária e periodontal na região cervical, apresentando causas associadas ou distintas e são multifatoriais¹³. Esse cenário complexo requer uma compreensão aprofundada de fatores etiológicos e aplicação de estratégias de tratamento integrado, considerando não apenas a restauração estética, mas também a preservação da saúde periodontal e a integridade dental¹⁴.

Em uma abordagem de tratamento integrado, as opções terapêuticas para essas situações são diversas na literatura, como orientações a respeito da dieta do paciente, orientações de higiene oral, ajustes oclusais, enxertos gengivais para recobrimento de áreas radiculares expostas, e restaurações para corrigir as lesões cervicais e a anatomia radicular¹⁵. Em casos de recessão gengival e lesões cervicais não cariosas, o sucesso do tratamento depende de uma abordagem multidisciplinar que, além de restaurar a função e a estética, visa controlar os fatores etiológicos¹⁶.

No contexto de uma abordagem integrada, o objetivo deste trabalho foi investigar a frequência das recessões gengivais e das lesões cervicais não cariosas, e a associação entre elas, diante dos seus principais fatores etiológicos em pacientes atendidos nas clínicas integradas do curso de Odontologia da UFPB, tendo como hipóteses a possibilidade ou não de encontrar relação entre as condições clínicas estudadas e seus fatores etiológicos. A pesquisa busca discutir a importância da integração entre a periodontia e a odontologia restauradora e reabilitadora em um plano de tratamento integrado, cujos resultados possam ser mantidos a longo prazo.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa corresponde a um estudo observacional transversal, utilizando a técnica de observação direta por meio de exame clínico e preenchimento de ficha clínica. O universo da pesquisa foi composto por 70 pacientes, atendidos nas clínicas integradas I, II, III e IV do curso de Odontologia da UFPB, no período 2024.1, entre os meses de agosto e setembro de 2024. A amostra foi classificada como não probabilística, do tipo intencional, sendo constituída pelo exame clínico de 70 pacientes, não tendo sido realizado o cálculo amostral. Foram avaliados pacientes em atendimento nas clínicas integradas da UFPB no intervalo de tempo determinado, sendo obtidos

dados específicos sobre a prevalência de recessões gengivais, lesões cervicais não cariosas e os fatores etiológicos associados nos pacientes avaliados.

O critério de inclusão estabeleceu a participação de pacientes adultos que estivessem sendo atendidos nas clínicas integradas de odontologia I, II, III e IV da UFPB que concordassem em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa pacientes que apresentaram edentulismo total e pacientes que se recusaram a participar da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciência da Saúde, sob o número CAAE: 79752824.1.0000.5188, em 23 de maio de 2024. Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o TCLE, conforme as diretrizes éticas para pesquisas envolvendo seres humanos.

A calibração do examinador foi conduzida com supervisão direta pela orientadora, por meio de sessões teóricas e práticas de acordo com ficha clínica idealizada. Este processo incluiu treinamento para padronização dos critérios de diagnóstico e registro das variáveis de interesse, onde foram utilizadas avaliação de pacientes na clínica integrada III no período 2023.2, exposição de fotos clínicas e discussão de artigos científicos, assegurando precisão da coleta dos dados clínicos.

O exame clínico observacional foi realizado utilizando espelho bucal, para a coleta de dados em ficha de avaliação clínica, em um tempo estipulado de 10 a 15 minutos para não afetar a dinâmica das atividades clínicas das disciplinas, sendo todos os exames executados pelo mesmo operador. A avaliação clínica foi conduzida com a observação direta, contudo não incluiu a sondagem para visualização de parâmetros como o sangramento gengival e sondagem periodontal, que são importantes indicadores clínicos de atividade da doença periodontal. Os dados coletados incluíram informações sobre a saúde periodontal, presença de recessões gengivais, presença e classificação de lesões cervicais não cariosas, além da identificação de fatores etiológicos relevantes.

Os resultados foram organizados de forma quantitativa, sendo registrados na ficha clínica e, posteriormente analisados por meio de tabelas e gráficos. Foram calculadas as frequências, que indicaram o número total de ocorrências de cada variável na amostra, essa abordagem permitiu identificar a distribuição dos dados coletados na pesquisa.

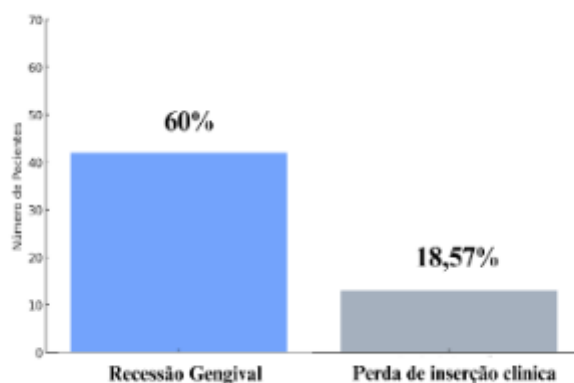
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra consistiu em 70 pacientes atendidos nas clínicas de Odontologia da UFPB, com uma média de idade de 44,7 anos, e mediana de 43 anos. Em relação à distribuição de gênero, houve uma ligeira predominância do gênero feminino, com 51,43% dos pacientes e 48,57% do gênero masculino.

Dos parâmetros de atividade inflamatória analisados a partir da avaliação visual, constatou-se que 11,43% dos pacientes apresentaram aumento de volume gengival, 8,57% tiveram alteração na cor da gengiva e 1,43% hiperplasia gengival. Esses números refletem uma atividade inflamatória baixa na amostra estudada. Porém, nesses achados devem ser considerados que os pacientes já estavam sendo tratados nas clínicas integradas, e o tratamento periodontal se constitui na primeira etapa do tratamento. Portanto, já tinham sido submetidos à terapia inicial para o controle de atividade da doença periodontal. Esses dados estão de acordo com Newman et al.¹⁶, que ressaltaram a eficácia da terapia periodontal inicial, incluindo a remoção de biofilme e cálculo, na redução da inflamação gengival e na melhoria dos parâmetros clínicos periodontais.

Em relação à recessão gengival (RG), foi observada em 60% dos pacientes, e 18,57% tiveram perda de inserção clínica interproximal associada. A observação de Farias et al.⁵, de que as recessões gengivais são os problemas mucogengivais mais encontrados na prática clínica, é compatível com os dados observados na presente pesquisa, visto que foi identificada uma alta frequência de RG entre os pacientes analisados nas clínicas integradas de Odontologia da UFPB.

Gráfico 1: Pacientes com Recessão Gengival e Perda de inserção clínica



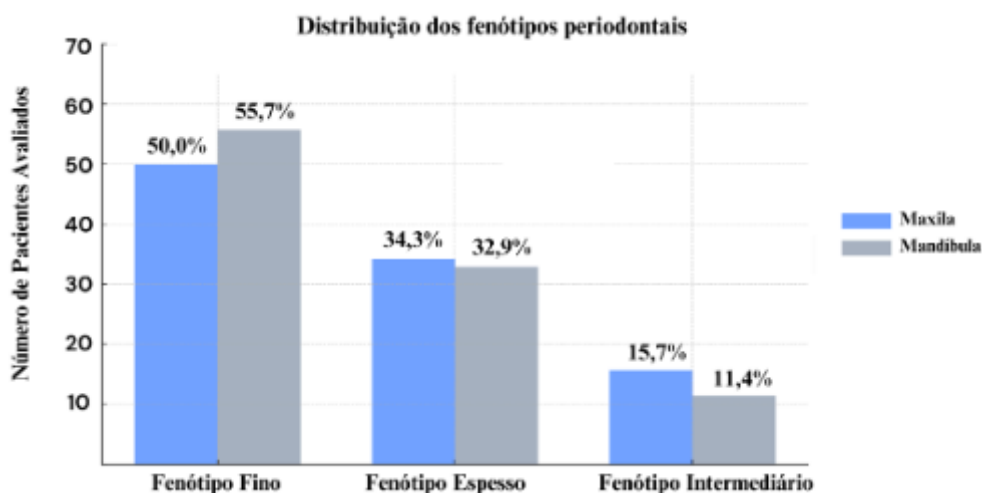
Estudos epidemiológicos indicam que a recessão gengival é comum em diversas populações, com prevalência variando entre 50% a 88% em adultos, especialmente acima dos 50 anos¹. Apesar da perda de inserção clínica interproximal ter sido observada em um número menor de pacientes comparados àqueles com recessão gengival, destaca-se que a recessão gengival associada a perda de inserção clínica interproximal ocorre em alguns casos de recessão gengival em que há fatores etiológicos e atividade próprios de evolução da doença periodontal.

Segundo Araújo et al.³, os fatores etiológicos da perda de inserção associado com recessão gengival são comuns, sendo essa relação evidenciada nas classificações de recessões gengivais de Cairo em 2011 nas classes II e III, e de Miller em 1985 nas classes III e IV que sugerem características evolutivas da perda de inserção periodontal e um prognóstico desfavorável quanto à previsibilidade de recobrimento radicular completo, visto que a perda óssea interproximal reflete em limitação da nutrição vascular para o enxerto gengival^{3,9}.

Cortellini et al.⁹ ressaltaram que as classes de Cairo (2011) e de Miller (1985) associadas com recessão gengival e perda de inserção interproximal têm capacidade limitada de regeneração completa e resultados estéticos e funcionais difíceis de alcançar. Entretanto, estudos sugerem opções de tratamento eficazes para essas condições, que incluem procedimentos cirúrgicos de enxertos gengivais para recobrimento radicular e conversão de fenótipo periodontal associados a restaurações que resultam em melhora do resultado terapêutico^{20,11}. No entanto, para que o tratamento seja considerado satisfatório, é fundamental analisar e respeitar os limites teciduais, bem como as condições clínicas e biológicas específicas de cada paciente¹¹.

Em relação aos tipos de fenótipos periodontais observados durante o exame clínico dos pacientes, a distribuição foi feita entre os fenótipos fino, espesso e intermediário tanto na maxila quanto na mandíbula. Na maxila, 50% dos pacientes apresentaram fenótipo fino, 34,29% espesso, e 15,71% intermediário. Na mandíbula, 55,71% exibiram o fenótipo fino, 32,86% o espesso, e 11,43% o intermediário. Esses resultados indicam uma predominância do fenótipo fino, especialmente na mandíbula.

Gráfico 2: Distribuição dos fenótipos periodontais



Fonte: Autora

É importante destacar que o fenótipo fino se relaciona diretamente com a etiologia das recessões gengivais, atuando como fator predisponente para a instalação da recessão gengival por ter limitação de tecido gengival e tecido ósseo associadas¹⁴.

Estudos, como o de Gabri et al.²¹, sugerem que pacientes com fenótipo fino, possuem um risco maior de desenvolver recessão gengival devido à menor espessura do tecido gengival e presença de deiscências ósseas, reduzindo a resistência dos tecidos periodontais, tornando-os mais vulneráveis a perdas por traumas mecânicos e/ou atividade inflamatória. Kuga et al.⁸ e Joly²⁰ também reforçaram que o fenótipo fino é mais suscetível à recessão gengival, provocando a exposição radicular especialmente na face vestibular. Já em relação ao fenótipo espesso, este é caracterizado por uma gengiva mais espessa e fibrosa, que, na presença de inflamação ou após um trauma, pode levar à formação de bolsa periodontal e não recessão gengival²⁷. Por outro lado, Lobo et al.¹¹ destacaram que o fenótipo intermediário pode exibir características dos dois tipos, geralmente apresentando uma altura gengival satisfatória, porém com limitações quanto à espessura. Vale ressaltar que os diversos fenótipos periodontais exibem respostas distintas quando expostos a lesões ou intervenções cirúrgicas¹¹.

Pacientes com fenótipo fino, por exemplo, têm maior risco de deiscência e recessão após procedimentos, enquanto aqueles com fenótipo espesso tendem a ser mais resistentes a traumas cirúrgicos e à manipulação tecidual¹⁹. A correta identificação do fenótipo gengival é, portanto, essencial para o planejamento e sucesso de tratamentos periodontais e integrados com outras áreas da Odontologia¹⁰.

Relativo à avaliação da presença de lesões cervicais não cariosas (LCNC), esta foi observada em 28 pacientes, que representaram um percentual de 40%. Dentre estes, 20 pacientes apresentaram recessão gengival associada, representando um percentual de 71,43%. Estes achados destacaram uma forte correlação entre recessão gengival e a presença de LCNC, sugerindo que ambas as condições podem compartilhar fatores etiológicos comuns. O gráfico a seguir apresenta os dados dessa correlação, evidenciando a proporção de pacientes com recessão gengival (RG) e lesões cervicais não cariosas (LCNC).

Gráfico 3: Distribuição dos pacientes quanto a presença de RG e LCNC

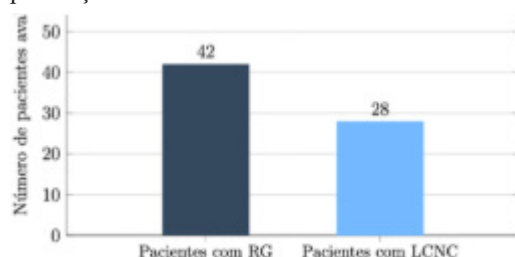
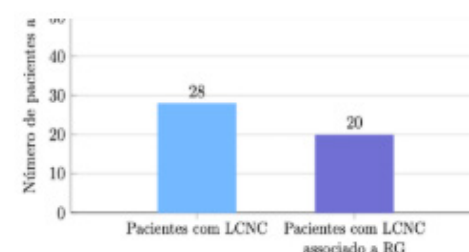


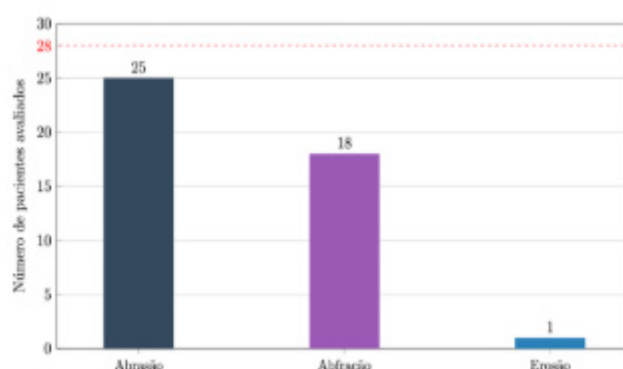
Gráfico 4: Distribuição dos pacientes avaliados com LCNC associado a RG



Evidências científicas que investigam o impacto da escovação dentária no desenvolvimento e progressão da recessão gengival (RG) e das lesões cervicais não cariosas (LCNCs), destacaram que ambas as condições estão relacionadas a fatores como a frequência e o método de escovação horizontal ou por fricção, a dureza das cerdas, a duração da escovação e a frequência com que a escova é trocada²⁶. É importante destacar que a exposição da raiz dentária decorrente da perda de tecido gengival, comumente associada à recessão gengival, faz com que a raiz, que normalmente estaria protegida pelo tecido gengival, fique vulnerável a fatores externos, como danos mecânicos provocados por escovação inadequada, o que pode favorecer o desenvolvimento de LCNC²⁴. Essa correlação é significativa para a prática clínica, pois indica que, em pacientes com RG, é fundamental avaliar também se já existe a presença de LCNC associada. Isso é relevante na elaboração de estratégias de prevenção e tratamento eficazes, considerando tanto a proteção do tecido gengival quanto a preservação das estruturas dentárias cervicais. Além disso, vale destacar a importância de investigar hábitos de higiene oral e fatores biomecânicos que podem estar contribuindo para o desenvolvimento simultâneo dessas condições.

Das lesões cervicais não cariosas, o tipo mais comum foi a abrasão, sendo encontrado em 25 pacientes (89.29%). A abfração foi identificada em 18 pacientes (64.29%), enquanto apenas 1 paciente (3.57%) apresentou o tipo erosão, havendo pacientes com diferentes tipos de lesão ao mesmo tempo. Assim, ao relacionarmos os tipos de lesões mais frequentes na pesquisa, constatamos que os resultados estão em concordância com estudos de Ruiz et al.²⁸ e Oliveira et al.²⁴, que destacaram a abfração e a abrasão como as lesões cervicais não cariosas mais prevalentes entre os pacientes adultos, com uma associação significativa dessas lesões sendo geralmente observada.

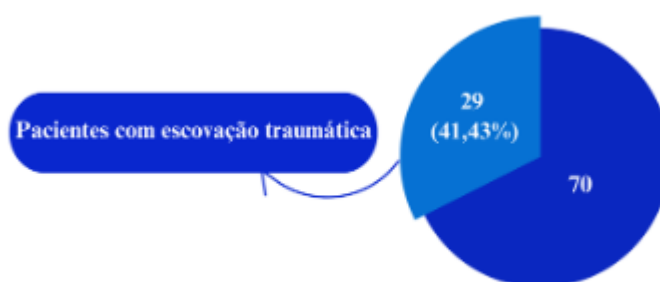
Gráfico 5: Distribuição dos tipos de Lesões cervicais não cariosas



As lesões de abrasão são descritas como desgastes dentários causados pelo contato repetitivo com agentes externos, como escovação excessiva ou o uso de instrumentos inadequados, levando à perda de esmalte e dentina radicular quando associado a recessão gengival⁹. Envolve normalmente grupos de dentes em uma área, e não dentes isolados⁷. A origem dessas lesões está diretamente relacionada a hábitos inadequados de higiene oral, como o uso de escovas com cerdas duras, a aplicação excessiva de força durante a escovação e o uso de cremes dentais

abrasivos¹. Embora uma boa higiene oral seja fundamental para a prevenção de doenças periodontais, uma escovação frequente e agressiva, principalmente quando realizada logo após refeições ricas em substâncias ácidas, pode resultar em abrasão dentária²². Nesse contexto, analisando os fatores etiológicos associados, foi observado que 41,43% dos pacientes exibiram sinais clínicos indicativos de escovação traumática. Este dado tem sido observado no exame clínico a presença ou não de gengiva fina com possibilidade de apresentar ponto de ulceração, e envolvendo grupo de dentes. O que corrobora com o discutido anteriormente quanto ao maior percentual da lesão cervical tipo abrasão encontrado em 89,29% dos pacientes.

Gráfico 6: Distribuição dos pacientes quanto a presença de escovação traumática



Este fator foi identificado como um potencial contribuidor para a ocorrência de recessão gengival e lesões cervicais não cariosas tipo abrasão associados, destacando seu papel na etiologia dessas condições periodontais e dentárias. Estudos como o de Andrade et al.⁶, sugerem que práticas inadequadas de higiene oral, como escovação agressiva e o uso de dentífricos abrasivos, são agravadas pelo consumo frequente de alimentos ácidos, exacerbando os efeitos negativos sobre a saúde bucal. Conforme apontado por Almeida et al.¹⁹ a adoção de práticas de escovação mais suaves pode prevenir tanto a recessão gengival quanto às lesões cervicais não cariosas, contribuindo para uma melhora significativa na saúde bucal dos pacientes. Estudos científicos reforçam a importância de orientar os pacientes sobre técnicas adequadas de higiene oral, levando em consideração os fatores etiológicos que contribuem para o desenvolvimento de lesões cervicais não cariosas^{23,25}. Pacientes que realizam uma higiene oral inadequada tendem a acumular mais biofilme, o que pode resultar em doenças periodontais, além de conduzir a recessão gengival e a uma consequente lesão de abrasão radicular^{21,4}. A educação em higiene bucal desempenha um papel fundamental na prevenção do surgimento de recessões gengivais e na progressão de lesões cervicais não cariosas, garantindo uma abordagem preventiva eficaz¹⁰.

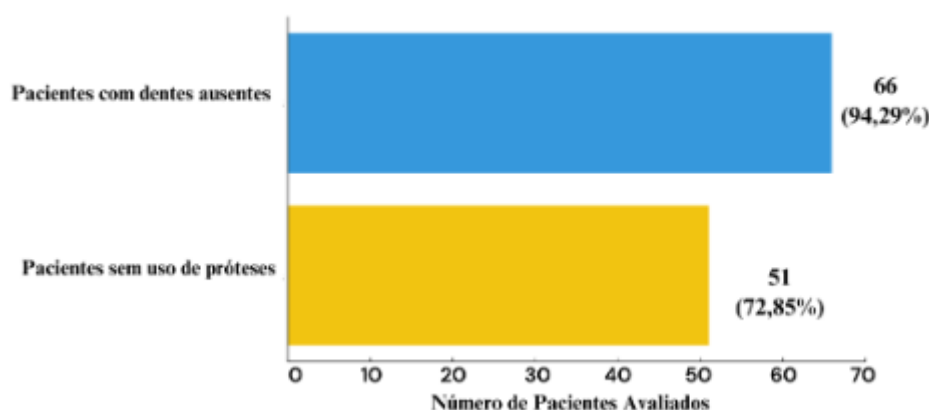
As lesões de abfração também são caracterizadas pela perda de estrutura dentária na região cervical, porém a sua origem está associada a fatores como forças oclusais excêntricas, hábitos parafuncionais e interferências oclusais¹². Essas lesões são facilmente identificáveis por meio de exame clínico², podendo se manifestar de diferentes formas, tais como cunha, achatada e irregular²¹. Já em relação à erosão dentária, ela é definida como a perda de tecido dentário provocada pela ação de ácidos não bacterianos, provenientes de fontes extrínsecas, como alimentos e bebidas ácidas, ou intrínsecas, como o ácido gástrico¹. A baixa prevalência de erosão observada no estudo sugere que os fatores químicos, como a ingestão de alimentos ácidos, tiveram uma influência menor no desenvolvimento das lesões cervicais não cariosas no grupo de pacientes estudado, enquanto os fatores mecânicos desempenharam um papel mais significativo no aparecimento de lesões tipo abrasão e abfração.

Sobre as condições de higiene oral, observou-se que 80% dos pacientes apresentaram biofilme visível, e 37,14% apresentavam cálculo dentário. Oppermann et al.¹⁰, identificaram que a formação de biofilme e o desenvolvimento de doença periodontal, junto a escovação traumática, são os principais fatores etiológicos da inflamação e perda do tecido gengival. Em conformidade com esta perspectiva, Rodrigues et al.²⁵ destacaram que o acúmulo de placa bacteriana e a formação de cálculo refletem uma higiene oral inadequada, contribuindo para a inflamação gengival e a destruição do periodonto. Importante destacar que a alta frequência de lesões de abrasão

observada neste estudo e o alto índice de biofilme visível e cálculo, sugerem que os pacientes empregaram meios e técnicas inadequadas de higiene oral, como escovação agressiva e/ou o uso de escovas com cerdas duras, contribuindo para o desgaste dentário, e, ao mesmo tempo, estão sendo ineficientes no controle do biofilme dental. Isso evidencia a necessidade de intervenções preventivas para o controle da placa bacteriana, e a melhoria dos meios e técnicas de higiene oral entre os pacientes^{16,10}.

Relativo à avaliação oclusal quanto a perda de estabilidade, foi observado 94,29% dos pacientes com dentes ausentes, sendo 84,29% destes na área posterior caracterizando a perda de oclusão posterior, com o registro de sinais clínicos de perda de dimensão vertical de oclusão (DVO) em 14,29% dos pacientes. Sobre a mordida cruzada, houve uma ocorrência de 11,43% para a mordida cruzada anterior e 7,14% para a mordida cruzada posterior. No que se refere às interferências oclusais, verificou-se que 35,71% dos pacientes apresentaram interferência oclusal à direita e 32,86% à esquerda, indicando uma distribuição equilibrada entre os dois lados da arcada dentária, sem predominância significativa de um lado sobre o outro. Dos 94,29% pacientes com dentes ausentes, 72,85% não usam próteses dentárias para substituir os dentes perdidos.

Gráfico 7: Relativo à avaliação oclusal quanto a perda de estabilidade



Dentre os pacientes que utilizam próteses dentárias, observou-se que 68,4% utilizavam próteses removíveis, enquanto a presença de próteses fixas apenas de 31,6% distribuídas em prótese fixa sobre dente e implante. Não foram registrados pacientes com próteses totais. O levantamento sobre a condição de edentulismo neste estudo, revelou que, essa quantidade significativa de dentes ausentes pode estar associada a uma série de complicações, incluindo instabilidade oclusal, alterações na função mastigatória e estéticas, além de uma maior predisposição a condições periodontais e dentais. As condições da perda de dentes e a instabilidade oclusal podem resultar em estresse excessivo sobre os dentes remanescentes²³.

Estudos recentes indicaram que a falta de dentes e a não utilização de próteses para substituir essas ausências podem agravar o estresse biomecânico sobre os dentes remanescentes, aumentando o risco de desenvolvimento de recessões gengivais e lesões cervicais não cáries^{13,24,23}. A perda de estabilidade oclusal apresentada nos pacientes com alto índice de perdas dentárias sem reabilitação protética (72,85%), é uma condição que sobrecarrega a distribuição de forças nos dentes remanescente e apresentam como repercussão o risco de perda óssea e perda de inserção periodontal. É importante associar esses dados com a alta prevalência de pacientes com fenótipo fino apresentado em 42 pacientes (60%), visto que esta é outra condição que eleva o risco de progressão de perda óssea, especialmente nas faces vestibulares, contribuindo para o aparecimento e progressão de recessões gengivais¹³. Há evidências de que essa perda de estabilidade pode favorecer o desenvolvimento de perda de inserção periodontal e lesões cervicais não cáries, destacando a importância de um diagnóstico precoce e de intervenções terapêuticas adequadas²⁴. Para pacientes que utilizam próteses, a manutenção de uma higiene bucal adequada e o acompanhamento periódico são essenciais, uma vez que o uso inadequado pode aumentar o risco de perda de

inserção periodontal^{10,23}. Relacionando este aspecto com a maior prevalência de pacientes com fenótipo fino, observado neste estudo, tem-se um risco de continuidade da progressão da recessão gengival com perda tecidual periodontal e consequente contínua exposição radicular. Isso ocorre quando os fatores etiológicos envolvidos no aparecimento da recessão gengival e LCNC não são controlados, e associado a isso não há uma terapia periodontal apropriada para conversão do fenótipo periodontal, que tornaria a condição do tecido gengival mais resistente²².

A relação entre periodontia e dentística restauradora é fundamental, pois ambas as áreas atuam de forma complementar para alcançar a reconstrução adequada dos tecidos perdidos³, uma vez que a periodontia prepara os tecidos e a dentística completa a reabilitação com restaurações duradouras e estéticas¹¹. Os procedimentos de recobrimento radicular com conversão de fenótipo periodontal com cirurgias de enxerto gengival, que podem ou não estar associados a restaurações cervicais, resultam em melhoria da estética, e reduz a sensibilidade e o risco de desenvolvimento de cáries radiculares¹³. As restaurações cervicais devem seguir completamente os princípios biológicos do periodonto quanto ao acúmulo de biofilme na terminação apical, em especial quanto a adaptação e ao contorno da restauração, lisura superficial e condições de adesão à dentina radicular²¹. No entanto, para um procedimento restaurador eficiente, Lobo et al.¹¹, destacou que, nos casos de perda de estrutura dentária em LCNCs associadas à RG, o protocolo ideal é realizar a restauração inicialmente, seguida dos procedimentos cirúrgicos.

Esse procedimento permite que a restauração seja realizada em um ambiente com controle de umidade adequado e sem interferência do tecido gengival, o que favorece tanto a adesão quanto a precisão da adaptação do material aplicado e adequado acabamento e polimento^{3,11}. Além disso, ainda do ponto de vista restaurador, a escolha correta dos materiais na dentística é essencial¹⁹.

Estudos, como o de Kina et al.¹⁷, demonstraram que o uso de resinas compostas e sistemas adesivos específicos para a restauração de LCNCs apresentaram resultados satisfatórios, tanto em termos estéticos quanto na redução da sensibilidade, além de não provocar agressão aos tecidos periodontais. As resinas nano-híbridas e nanoparticuladas e os adesivos com melhores propriedades para adesão em esmalte e dentina radicular são amplamente discutidos na literatura como o padrão ouro, devido a uma lisura superficial satisfatória após acabamento e polimento, durabilidade, alta viscosidade, resistência ao desgaste e adesão eficaz às estruturas dentárias²⁰.

Entretanto, é importante ressaltar, que o tratamento restaurador isolado pode não ser suficiente para garantir um prognóstico favorável no manejo das LCNCs, assim, a associação, quando indicado, com técnicas cirúrgicas de enxertos gengivais, e a eliminação e/ou controle dos fatores causais são fundamentais para assegurar o sucesso a longo prazo¹². Contudo, é necessário conhecer a etiologia da doença e realizar um diagnóstico preciso, levando em consideração os fatores associados, para prevenir uma nova lesão ou uma possível progressão³. Lobo et al.¹¹ enfatizaram que a decisão de restaurar ou não as lesões mucogengivais deve ser cuidadosamente avaliada com base em perguntas-chave que auxiliam o clínico na escolha do tratamento mais adequado. Essas perguntas derivam de três questionamentos principais: se há perda de estrutura coronária, a indicação é restauradora, se há a recessão gengival sem perda de estrutura coronária, a indicação é cirúrgica com enxerto gengival, e se há a recessão gengival que não pode ser corrigida completamente devido a perda de inserção interproximal, a indicação cirúrgica é associar a restauração cervical com enxerto gengival até a linha de máximo recobrimento radicular definido por parâmetros clínicos e imagens radiográficas, sendo estes fatores que influenciam diretamente na abordagem terapêutica e, consequentemente, o sucesso do tratamento escolhido³. Portanto, para um manejo previsível de condições como a recessão gengival e as lesões cervicais não cariosas, é fundamental adotar uma abordagem clínica abrangente, que leve em consideração todos os fatores etiológicos¹⁸. A avaliação precoce e individualizada do fenótipo gengival, especialmente em pacientes com fenótipo periodontal fino, pode ajudar a prever e prevenir a progressão da recessão gengival¹⁶. Além disso, a integração da avaliação das lesões cervicais não cariosas no exame periodontal de rotina é crucial, considerando que essas lesões coexistem frequentemente com as recessões gengivais, conforme apontado por Lobo et al.¹¹. Os dados avaliados na presente pesquisa e as informações relacionadas na literatura ressaltaram a importância de intervenções integradas, que abrangem desde o diagnóstico, o plano de tratamento integrado restaurador e/ou cirúrgico até a preservação do caso, em uma visão de integração entre a prevenção e a terapêutica.

Este estudo apresenta algumas limitações, no qual, destaca-se o uso de um desenho transversal, que impede a análise da progressão das condições ao longo do tempo e limita a capacidade de estabelecer causalidade

entre recessão gengival e lesões cervicais não cariosas (LCNC). A avaliação clínica foi restrita ao exame visual, sem exames complementares, sondagem periodontal e análise oclusal detalhada, o que pode comprometer a identificação de outras alterações teciduais subjacentes e condições clínicas associadas. Além disso, o tempo limitado estipulado na metodologia para a avaliação clínica visual de cada paciente reduz a profundidade da análise.

CONCLUSÃO

Com os dados observados no presente estudo associado às informações disponíveis na literatura pesquisada, podemos concluir que:

Ocorreu uma alta frequência de recessões gengivais e lesões cervicais não cariosas entre os pacientes avaliados, e uma relação significativa dessas condições associadas;

As recessões gengivais e lesões cervicais não cariosas estiveram associadas a diversos fatores etiológicos em comum, como predominância de fenótipo periodontal fino, acúmulo de biofilme, escovação traumática e alterações oclusais;

É importante uma abordagem integrada no diagnóstico e tratamento das recessões gengivais e lesões cervicais não cariosas, considerando todos os fatores etiológicos envolvidos. O controle adequado desses fatores potencializa o sucesso dos tratamentos restauradores e/ou cirúrgicos, promovendo a estabilidade e a manutenção dos tecidos dentais e periodontais.

Recomenda-se o desenvolvimento de protocolos preventivos e terapêuticos com foco na educação em higiene oral, cuidados específicos para pacientes com fenótipo fino, avaliação da estabilidade oclusal, tratamentos restauradores e cirúrgicos integrados e monitoramento contínuo dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Gomes V, Oliveira L, Lima E. Lesões cervicais não cariosas: prevalência e etiologia em adultos jovens. *Rev Ciênc Odontol*. 2023.
2. Pontes B, Silva F, Almeida P, Matos S. Avaliação dos hábitos de pacientes portadores de lesões cervicais não cariosas: um estudo observacional. *Research, Society and Development*. 2021
3. Araujo L. Recessão Gengival: Etiologia, características clínicas e tratamento – uma revisão de literatura. *Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso*. 2021.
4. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. Atlas de patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2021. 1 recurso online.
5. Farias C, Oliveira T. Hábitos incorretos de escovação como causadores de retração gengival. *Revista Cathedral*. 2023.
6. De Andrade L, Biscarde A, Moreira A, Ribeiro E, Bittencourt S. Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão cervical. *J Dent Public Health*. 2012.
7. Rissato M, Trentin M. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com exclusivamente restaurada – revisão da literatura. *RGO Rev Gaúcha Odontol*. 2012.
8. Kuga T, Vilas Boas T, Tomo S, Fabre A, Simonato L, Boer N, et al. Lesões cervicais não cariosas: protocolo clínico. *Arch Health Invest*. 2015.

9. Cortellini P, Buti J, Pini Prato G, Tonetti M. Regeneração periodontal comparada com cirurgia de retalho de acesso em defeitos intraósseos humanos Acompanhamento de 20 anos de um ensaio clínico randomizado: retenção dentária, recorrência de periodontite e custos. *J Clin Periodontol*. 2017.
10. Oppermann RV, Rösing CK. Periodontia laboratorial e clínica. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Ltda; 2013.
11. Lobo P, Kahn S. Perioline Cirúrgico 2.0. 2nd ed. Santos Publicações; 2022.
12. Viana EdP, Lira Júnior C, Brito A, Da Silva G, Da Silva A, Dos Santos B, et al. Manejo clínico de lesões cervicais não cariosas: etiologia e aspectos periodontais relacionados às abordagens de tratamento – uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*. 2023.
13. Heasman P, Holliday R, Bryant A, Preshaw P. Evidence for the occurrence of gingival recession and non-carious cervical lesions as a consequence of traumatic toothbrushing. *J Clin Periodontol*. 2015.
14. Costa V, Tribst J, Borges A. Influence of the occlusal contacts in formation of abfraction lesions in the upper premolar. *Archives*. 2017.
15. Amaral S, Abad E, Maia K, Weyne S, Basílio de Oliveira M, Tunãs I. Lesões não cariosas: o desafio do diagnóstico multidisciplinar. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2012.
16. Newman M. Newman e Carranza - Periodontia Clínica. 13th ed. Grupo GEN; 2020.
17. Kina M, Vilas Boas TP, Tomo S, Fabre AF, Simonato LE, Boer NP, et al. Lesões cervicais não cariosas: protocolo clínico. *Arch Health Invest*. 2015.
18. Fialho L, Santos P. Lesão cervical não cariosa: etiologia e possíveis tratamentos. *Res Soc Dev*. 2023.
19. Almeida K, Farjala, et al. Lesão cervical não cariosa: Uma abordagem clínica e terapêutica. *Salusvita*. 2022
20. Joly J, Carvalho P, Silva R, Garofalo S. Manejo cirúrgico e ortodôntico de recessões gengivais em incisivos inferiores; 2021. Acessado em: 6 de outubro, 2024
21. Gabri L, Mattos V, Barreto L, Santos M. Fenótipo periodontal: Uma visão clinica e atual. *Ver Nav Odontol*. 2021
22. Moreira A, Nicollini A, Gaio E, Visioli F, Rosing C, Cavagni J. Effect of obesity and/or ligature-induced periodontitis on aortic wall thickness in Wistar rats. *ACTA Odontol Latinoam*, 2020.
23. Pegoraro L, Bonfante G, Valle A, et al. Prótese fixa: bases para o planejamento em reabilitação oral. Porto Alegre: Artes Médicas Editora; 2013.
24. Oliveira A, Damascena N, Souza C. Análise clínica de pacientes portadores de lesões cervicais não cariosas e sua relação com hábitos. *RSBO*. 2010.
25. Rodrigues K, Medeiros L, Sousa J, Sampaio G, Rodrigues R. Associação entre condições sistêmicas e gravidade da doença periodontal em pacientes atendidos na Clínica-Escola da UFCG. *Ver Odontol*. UNESP. 2020

26. Sppezapria M, Miranda M, Aguiar T. A etiologia da lesão cervical não cariosa: um novo desafio para o cirurgião-dentista do século XXI. Rev Naval Odontol. 2021.
27. Rösing C, Cavagni J, Gaio E, Muniz F, Oballe H, Ranzan N, et al. Efficacy of two soft-bristle toothbrushes in plaque removal: a randomized controlled trial. Braz Oral Res. 2016.
28. Ruiz L, Silva M, Cordeiro R. Lesões cervicais não cariosas: Revisão da literatura. Ver Contemp. 2023