

RECESSÃO GENGIVAL NA INFÂNCIA *GINGIVAL RECESSION IN CHILDHOOD*

Erika von Söhsten Marinho¹
Renata Cimões²
Silvia Regina Jamelli²

Erika von Söhsten Marinho
Endereço: Rua Afonso Celso, número 191, Apto 201 –
Parnamirim – Recife-PE
CEP: 52060-110 e-mail: kitasohsten@hotmail.com

- 1- Aluna do curso de Especialização em Periodontia da UFPE
- 2- Professora Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

RESUMO

Recessão é a exposição da superfície da raiz pelo deslocamento apical da posição gengival. Apesar de existir uma maior frequência em adultos, alguns estudos têm demonstrado ser relativamente comum a retração na população mais jovem. A recessão gengival pode trazer várias consequências ao paciente, tais como maior susceptibilidade à cárie de raiz, hipersensibilidade e comprometimento estético. Vários fatores podem estar envolvidos na etiologia das recessões, tais como técnicas de escovação falhas, mau posicionamento dental, fricção dos tecidos moles, inflamação gengival, inserção alta dos freios e determinados movimentos ortodônticos. Devido a falta de consenso sobre os fatores que realmente atuam na etiologia das recessões, os autores do presente trabalho realizaram uma revisão da literatura sobre os possíveis fatores etiológicos associados a esta patologia na infância.

UNITERMOS: Etiologia, Retração Gengival, Criança

ABSTRACT

Gingival recession is defined as an exposure of the root surface after the apical migration of the gingival margin. Although adults are more affected, some papers have shown that retraction is relatively common in young people. Higher susceptibility to root caries, dentinal hypersensitivity and aesthetical problems are some of the outcomes often found in gingival recession. A variety of factors are present on its etiology, such as excessive tooth brushing, irregular tooth positioning, trauma and inflammation of the gingival tissues, aberrant frenal attachment and orthodontics. In light of the lack of consensus around the real factors involved in the gingival recession etiology, the authors of the present article reviewed the literature about etiological factors of this disease in childhood.

UNITERMS: Etiology, Gingival Recession, Child

INTRODUÇÃO

A recessão gengival tem sido definida como uma condição clínica onde o tecido periodontal marginal é deslocado apicalmente à junção amelocementária com concomitante exposição da superfície radicular²⁹. Pode estar presente em ambos os arcos, nas faces vestibular e lingual³⁰, com frequente ocorrência em adultos e pouco evidenciada na dentição decídua.²⁵

Apresenta etiologia multifatorial^{7, 30} onde a periodontite, a posição dentária, a oclusão traumática, a inserção alta dos freios, bridas ou fibras musculares, as deiscências ósseas, pressão labial e a reduzida faixa de gengiva inserida têm sido relacionadas como os principais fatores locais³.

Devido à exposição do cimento, a recessão gengival pode trazer como consequências maior susceptibilidade à cárie de raiz, hipersensibilidade resultante de uma reação pulpar à agressão da dentina que em 5% dos indivíduos pode estar exposta na área da junção amelocementária, além do comprometimento estético¹⁰. O paciente pode desenvolver sintomatologia dolorosa, levando a negligenciar os princípios básicos da higiene bucal, podendo surgir quadros de cárie e doença periodontal⁶.

Em crianças, o tratamento cirúrgico destas lesões não é recomendado, uma vez que a recessão pode diminuir com o tempo ou, em alguns casos, ser totalmente eliminada, devido a melhoras na higiene bucal²⁴ e pela própria mudança ocorrida com o crescimento e desenvolvimento dos arcos. Dessa forma, um método preventivo, que consiste na eliminação dos fatores etiológicos, ou seja, controle da higiene bucal, remoção dos hábitos orais, correção ortodôntica¹¹ e profilaxia profissional pode ser a alternativa¹⁹.

REVISÃO DA LITERATURA

Stoner e Mazdyasna²⁶ (1980) classificaram a recessão em dois tipos: verdadeira e pseudo-recessão. A verdadeira recessão foi mencionada acima, enquanto a pseudo-recessão se refere ao posicionamento mais apical da gengiva marginal do dente quando comparado à margem gengival do dente homólogo. Segundo os autores, quando não estiver claro se a recessão é verdadeira ou não, usa-se o termo genérico recessão gengival.

Harrison *et al.*⁹ (1997) observaram ser relativamente comum encontrar pseudo-recessão em crianças durante a fase de dentição mista e com mordida cruzada (54%).

Soares e Vargas²³ (2001) avaliaram a prevalência de recessão gengival em 56 crianças de 7 a 10 anos de uma escola pública de Minas Gerais/BR, correlacionando-a com a presença de inflamação gengival nos sítios acometidos. A prevalência de recessão gengival encontrada na amostra avaliada foi de 28,57%, considerada bastante alta pelos autores.

Fatores etiológicos associados à recessão gengival

A recessão gengival apresenta etiologia multifatorial^{3, 30}. Alguns autores relatam que quando presente em indivíduos muito jovens, pode estar relacionada a hábitos bucais, como sucção digital e de chupeta, ou ainda à presença de mordida aberta anterior associada ao não selamento labial¹⁴.

Outros autores, como Tatakis e Milledge²⁷ (2000), relataram recessão gengival severa em pacientes com retardo mental associado ao autoflagelo, e Sepet *et al.*²⁰ (2001) constataram o aparecimento de recessão gengival auto-induzida em crianças de 4 a 6 anos, tendo como etiologia fatores psicológicos, especialmente o estresse.

Melsen e Allais¹⁵ (2005) relataram que a patogênese da recessão gengival não está esclarecida, e fatores predisponentes e precipitantes, têm sido implicados no desenvolvimento da recessão. Os fatores predisponentes são as características anatômicas e morfológicas.

A susceptibilidade à recessão pode ser influenciada pela posição dos dentes na arcada, ângulo formado entre a raiz e osso, e a inclinação mesiodistal da superfície do dente. Em dentes girovertidos, inclinados ou deslocados vestibularmente, a lâmina óssea está afinada ou reduzida em altura. A pressão da mastigação ou da escovação moderada faz desaparecer a gengiva não sustentada e produz recessão⁵.

Segundo Partiff e Mjor¹⁶ (1964) o fator mais importante para o desenvolvimento da recessão gengival em crianças é a posição do dente no arco, especialmente em dentes com vestibuloversão e naqueles que estão inclinados ou girovertidos, de tal forma que as raízes projetam-se vestibularmente. Para Karimbux e Wara Aswapati¹¹ (2003), o mau posicionamento dentário relacionado com a recessão gengival se deve especialmente à vestibuloversão e à giroversão.

De acordo com Lascala e Moussalli¹³ (1995), a força de escovação excessiva pode gerar recessão gengival devido à abrasão dos tecidos gengivais. Normalmente esta força varia entre os diferentes grupos de dentes devido à sua localização no arco dental, sendo maior, por exemplo, em canino e pré-molares. A recessão gengival, nesse caso, inicia-se na superfície externa da gengiva e, geralmente não vem acompanhada de gengivite. Além disso, em locais onde há perda óssea, presumivelmente o trauma de escovação poderá induzir à recessão. Esta ocorreria em função do trauma de baixa intensidade, repetitivo, em um tecido gengival possivelmente fino e/ou inflamado²².

Os resultados da pesquisa de Tezel *et al.*²⁸ (2001) reforçaram a idéia da influência do trauma mecânico da escovação dentária na ocorrência da recessão gengival. Os autores examinaram 110 indivíduos, sendo 55 destros e 55 canhotos. Os canhotos apresentaram maior índice de recessão do que os destros, sendo que as

áreas de recessão nos canthos se localizavam mais do lado esquerdo e nos destros do lado direito. O número e a gravidade das recessões aumentaram na razão direta do aumento na quantidade de escovações realizadas. Segundo Yared, Zenobio e Pacheco³⁰ (2006) o trauma durante a escovação dentária contribui para o desenvolvimento e progressão da recessão gengival.

Outro fator etiológico da recessão gengival é a posição dos freios e bridas quando sua inserção encontra-se próxima da margem gengival podendo afetar a saúde gengival, levando conseqüentemente a uma interferência na correta colocação da escova dental e também a uma tração muscular, que permite expor diretamente o interior do sulco gengival aos depósitos de placa¹³.

Alguns estudos foram enfáticos nos relatos de seus resultados, os quais sugeriram que a inserção anormal do freio labial poderia tracionar a margem gengival, contribuindo para o acúmulo de placa e instalação da inflamação local⁸.

Baker e Seymour⁴ (1976) concluíram que a recessão pode ser uma conseqüência da gengivite resultando numa proliferação apical do epitélio juncional com destruição dos tecidos periodontais adjacentes. Andlin-Sobocki *et al.*¹ (1991) também consideraram a inflamação gengival induzida por placa como possível fator etiológico ao verificarem altos escores de gengivite nas recessões analisadas.

Powell & McEnery¹⁷ (1982) sugerem que a inflamação gengival por si só pode induzir recessão gengival, e que o processo se acelera pela associação com outros fatores.

Alguns autores analisando a distribuição da recessão gengival inflamatória em diferentes grupos de elementos dentais observaram que os incisivos centrais inferiores foram os dentes mais afetados^{16, 2, 21}. Este é um achado muito importante do ponto de vista da relação existente entre recessão gengival e doença periodontal, pois, segundo Serino²¹ (1994) os incisivos centrais inferiores também são os primeiros elementos a desenvolver esta doença. Esta área apresenta uma das maiores ocorrências de recessão, estando entre as menores faixas de gengiva ceratinizada da cavidade bucal¹² e apresentando cobertura óssea vestibular à raiz bastante limitada em espessura¹⁸.

Soares e Vargas²³ (2001) observaram, em um estudo com crianças, que 66,66% dos sítios acometidos apresentavam recessão gengival inflamatória. Tais resultados mostraram uma elevada prevalência de inflamação associada, concluindo que a placa bacteriana é um fator primordial no desenvolvimento da recessão e que seu controle pode limitar ou mesmo reverter o quadro.

O tratamento ortodôntico também pode levar à retração gengival quando a nova posição conquistada pelo dente venha situar a raiz em condições muito vestibulares no interior do alvéolo; podendo a gengiva sofrer, portanto, conseqüências¹³.

DISCUSSÃO

Apesar dos problemas mucogengivais apresentarem uma maior prevalência na idade adulta, estudos têm demonstrado ser relativamente comum recessões gengivais na infância, conforme citado por Harrison *et al.*⁹ (1997) e Soares e Vargas²³ (2001). Dessa forma é importante estar mais atento a essas patologias durante o desenvolvimento da criança para que as mesmas sejam diagnosticadas precocemente e um tratamento conservador seja realizado.

De acordo com a literatura revisada, a recessão gengival apresenta etiologia multifatorial^{7, 30}, onde vários fatores podem estar envolvidos, tais como técnicas de escovação falhas, mau posicionamento dental, inflamação gengival, inserção alta de freios e bridas e determinados movimentos ortodônticos³.

Vários autores têm encontrado uma associação entre a inflamação e recessão gengival^{1, 2, 4, 16, 21, 23} e, quando associada a outros fatores, o processo pode tornar-se mais acelerado, conforme citado por Powell e McEnery¹⁷ (1982).

Tatakis & Milledge²⁷ (2000) relataram recessão gengival severa em pacientes com retardo mental, tendo como fator etiológico primário a inflamação gengival provocada pelo acúmulo de placa bacteriana, uma vez que esses pacientes não têm habilidade motora para realizar uma higiene bucal adequada.

O mau posicionamento dentário também pode estar relacionado na etiologia das recessões gengivais, tendo sido demonstrado por Partiff e Mjor¹⁶ (1964), Karimbux e Wara Aswapati¹¹ (2003) e Carranza e Rapley⁵ (2004). Os elementos dentários que se encontram mal posicionados no arco apresentam uma lâmina óssea reduzida em espessura, diminuindo, assim, o suporte do tecido gengival, causando retração do mesmo. É importante lembrar que pacientes com apinhamento dental apresentam mais dificuldade no controle de placa bacteriana, favorecendo o aparecimento da inflamação gengival, um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento das recessões.

O uso de escovas com cerdas duras também contribui para o aumento da escovação traumática, sendo demonstrado por, Smith²² (1997) e Tezel *et al.*²⁸ (2001) corroboram com Yared, Zenobio e Pacheco³⁰ (2006).

Outro fator importante para a ocorrência das recessões gengivais é o tratamento ortodôntico, e, por esse motivo, é importante o monitoramento cuidadoso das alterações no tecido gengival durante a movimentação dentária.

Conforme citado por Melson & Allais¹⁵ (2005) sabemos que a patogênese da recessão gengival ainda não está esclarecida e muitos estudos precisam ser realizados para que todos os fatores etiológicos sejam identificados e, dessa forma, possamos estabelecer um melhor tratamento e qualidade de vida ao nosso paciente

CONCLUSÃO

É possível observar que a recessão gengival não é uma patologia encontrada exclusivamente em

indivíduos adultos. Desta forma, é necessário que os cirurgiões dentista estejam atentos a esta patologia na infância para que o tratamento seja realizado precocemente. Em função do caráter multifatorial da etiologia das recessões gengivais, o tratamento deverá ser multidisciplinar, envolvendo vários profissionais das áreas de Periodontia, Pediatria, Ortodontia, Ortopedia, Psicologia e Fonoaudiologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Andlin-Sobocki A, Marcusson A, Persson M. 3-year observations on gingival recession in mandibular incisors in children. *J. Clin. Periodontol.* 1991; 18: 155-159.
- 2-Akapata ES, Jackson D. The prevalence and distribution of gingivitis and distribution of gingivitis and gingival recession in children and young adults in Lagos Nigéria. *J. Periodontol.* 1979; 50: 79-83.
- 3-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; 55: 139-142.
- 4-Baker DL, Seymou RG. The possible pathogenesis of gingival recession. *J. Clin. Periodontol.* 1976; 3: 208-219.
- 5-Carranza FA, Rapley JW. Características clínicas da gengivite. In: Newman MG, Takei HH, Carranza FA, editores. *Periodontia Clínica*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2004. p. 241-249.
- 6-Furlan ML, Sallun AW, Sallun EA, Nociti junior FH, Casati MZ, Ambrosano GMB. Incidência de recessão gengival e hipersensibilidade dentinária na clínica de graduação da FOP-UNICAMP. *Revista de Periodontia*. 2007; 17 (1): 53-61.
- 7-Garcia RV, Sakakura CE. Tratamento de recessões gengivais com a técnica de Harris. *Rev Paul Odontol.* 2004; 26 (4): 36-9.
- 8-Geiger AM. Mucogingival problems and the movement of mandibular incisors: a clinical review. *Am J Orthod.* 1980; 78: 527.
- 9-Harrison RL et al. Prevalência de recessão gengival em escolares e sua relação com o estado inflamatório gengival. *Periodontia* 1997; 6: 41-45.
- 10-Hellyer PH, Beighton D, Heath MR, Lynch, E. J. R. Root caries in older people attending a general dental practice in East Sussex. *Br. Dent. J.* 1990; 169: 201-206.
- 11-Karimbux N, Wara Aswapati N. Defeitos mucogingivais e seu tratamento. In: Bimstein, E. Saúde e doenças periodontais e gengivais: crianças, adolescentes e adultos jovens. São Paulo: Editora Santos; 2003.
- 12-Lang NP, Löe H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. *J Periodontol.* 1972; 43: 623-627.
- 13-Lascala NT, Moussalli NH. *Compêndio terapeutico periodontal*. 2.ed Artes Médicas. 1995. São Paulo.
- 14-Machtei EE, Zubery Y, Bimstein E, Becker A. Anterior open bite and gingival recession in children and adolescents. *Int. Dent. J.* 1990; 40 (6): 369-373.
- 15-Melsen B, Allais D. Factors of importance for the development of dehiscences during labial movement of mandibular incisors: a retrospective study for adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005; 127: 552-61.
- 16-Partiff GJ Mjor IA. A clinical evaluation of local gingival recession in children. *J. Dent Child.* 1964; 31: 257-262.
- 17-Powel RN, Mceniery TM. A longitudinal study of isolated gingival recession in the mandibular central incisor region of children aged 6-8 year. *J. Clin. Periodontol.* 1982; 9: 357-364.
- 18-Ruf S, Hansen K, Pancherz, H. Does orthodontic proclination of lower incisors in children and adolescents cause gingival recession? *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1998; 114: 100-106.
- 19-Santos-Pinto LM, Sue Seale N, Reddy AK. Fenestration gingival defect in erupting permanent mandibular incisors: A case report. *Pediatric Dentistry* 1998; 29: 239-242.
- 20-Sepet E, Ulukapi I, Aytepe Z, Cabeci I, Aydoqmus Z. Factitial (self-induced) gingival disease: four case reports. *Quintessence Int.* 2001; 32 (10): 762-765.
- 21-Serino G. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *J. Clin. Periodontol.* 1994; 21: 57-63.
- 22-Smith, R. G. 1997. Gingival recession: reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. *J Clin Periodontol* 24: 201-205.
- 23-Soares MR, Vargas AMD. Prevalência de recessão gengival inflamatória em crianças de escola pública de Belo Horizonte. *Revista do CROMG* 2001; 7: 157-163.
- 24-Sobocki A, Marcusson A, Persson M. 3- year observations on gingival recession in mandibular incisors in children. *J. Clin. Periodontol.* 1991; 9: 155-159.
- 25-Susin C, Azevedo MP. Prevalência de recessão gengival em escolares e sua relação com o estado inflamatório gengival. *SOBRAPE Peridontia* 1997; 6: 41-45.
- 26-Stoner JE, Mazdyasna S. Gingival recession in the lower incisor region of 15-year-old subjects. *J. Periodontol.* 1980; 51: 74-76.
- 27-Tatakis DN, Milledge JT. Severe gingival recession in trisomy 18 primary dentition: a clinicopathologic case report of self inflicted injury associated with mental retardation. *J. Periodontol.* 2000; 71:1181-1186.
- 28-Tezel A, Canakçi V, Çiçek Y, Demir T. Evaluation of gingival recession in left- and right handed adults. *Int J Neurosci.* 2001; 110 (3-4): 135-146.
- 29-Wennström J, Piniprato GP. Terapia mucogengival. In: Lindhe, J. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 393-425.
- 30-Yared KFG, Zenobio EG, Pacheco W. Etiologia multifatorial da recessão periodontal. *Revista Dental Orton. Ortop. Facial* 2006; 11: 45-51.