

## Recessão gengival nos dentes limites dos rebordos edêntulos: ocorrência e classificação

*Gingival recession in teeth adjoining edentulous edges: occurrence and classification*

Ianne Alencar de Araújo<sup>1</sup>  
Estela Santos Gusmão<sup>2</sup>  
Rosenês Lima dos Santos<sup>3</sup>  
Cinthia Gusmão Ramos<sup>4</sup>  
Ana Cláudia da Silva Araújo<sup>5</sup>

### RESUMO

Com o objetivo de identificar a presença de rebordo edêntulo e a classe de recessão gengival, nos dentes laterais a estes, da região ântero-superior e ântero-inferior, segundo a procedência dos pacientes, e relacionando os achados com o sexo e a idade, esta pesquisa foi realizada com 83 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 19 e 76 anos de idade, que procuraram tratamento nos cursos de Periodontia e Prótese Dentária, da EAP-ABO/PE. Através do exame de clínico de inspeção visual registrou-se a presença e ou ausência dos rebordos edêntulos e as recessões, sendo estas classificadas de acordo com as classes propostas por Miller (1985). Os resultados revelaram que: o rebordo edêntulo foi mais prevalente e significativo ( $p < 0,05$ ) na região ântero-superior; a recessão gengival foi mais freqüente e significativa ( $p < 0,05$ ) na região ântero-inferior; a Classe III de Miller foi mais prevalente nos pacientes da Periodontia e a ausência de recessão foi mais prevalente nos pacientes da Prótese Dentária; os dentes que apresentaram mais recessões em ambas regiões foram os caninos; o maior percentual de recessões encontrava-se no sexo feminino, comparativamente ao masculino, e a faixa etária com maior ocorrência de recessão foi a de 51-76 anos, porém sem significância estatística entre os sexos e a idade. Conclui-se que a recessão gengival foi prevalente, sendo a Classe III a mais representativa na amostra investigada.

**Palavras-chave:** Recessão gengival; Rebordos edêntulos; Dentes.

### ABSTRACT

For the purpose of identifying the presence of edentulous edges and the type of gingival recession in teeth lateral to them in the anterosuperior and antero-inferior regions, according to the origin, sex and age of the patients, a study was carried out on 83 patients aged 19 - 76 years, of both sexes, who sought treatment in the Periodontics and Dental Prosthesis courses given by EAP-ABO/PEABO. By means of a clinical examination in the form of a visual inspection, the presence or absence of edentulous edges and the recessions was recorded, the latter being classified according to the classes proposed by Miller (1985). The findings were as follows: edentulous edges were more prevalent and significant ( $p < 0.05$ ) in the anterosuperior region; gingival recession was more frequent and significant ( $p < 0.05$ ) in the antero-inferior region; Miller's Class III was more prevalent in the periodontics patients and the absence of recession more prevalent in the dental prosthesis patients; the teeth presenting most recessions in both regions were the canines; there was a higher percentage of recessions in females than in males; and the age group with the greatest occurrence of recession was the 51-76 years one, but with no statistical significance between the sexes or ages. It was concluded that gingival recession was prevalent, with Class III being the most represented in the sample investigated.

**Key words:** Gingival recession; Edentulous ridges; Teeth.

- 1 – Especialista em Periodontia pela ABO-PE, Recife-PE.  
2 – Profa. De Periodontia FOP/UPE, Camaragibe-PE.  
3 – Profa. de Dentística Clínica Operatória UFPB, João Pessoa-PB.  
4 – Especialista em Periodontia FOP/UPE.  
5 – Profa. Depto. Prótese e Cirurgia Buco Facial UFPE, Recife-PE

Correspondência:  
Ana Cláudia da Silva Araújo  
Rua Guedes Pereira 114/1001  
Casa Amarela, Recife-PE  
CEP:52060-150  
e-mail:gigiaborba@bol.com.br

### INTRODUÇÃO

A perda dentária constitui-se um grave problema de Saúde Pública estando na dependência da localização geográfica, da faixa etária, do grau de instrução e do nível social dos pacientes. Normalmente, as causas mais comuns são à cárie dentária, doença periodontal, trauma e outras razões.

Em 1987, Abrams, Kopczyc, Kaplan<sup>1</sup> relataram que o trauma na face, defeitos congênitos, apicectomias, insucessos em implantes e maloclusões, também seriam considerados como fatores importantes nas perdas dentárias. As pesquisas que abordam tal fato têm revelado que a cárie dentária é a maior causa da perda dos elementos em diversas regiões dentária, e conforme

descreveram Bailit, Braun<sup>2</sup>, esta ocorrência é mais comum em indivíduos jovens, enquanto, em pacientes adultos acima dos 40 anos, a doença periodontal pode se tornar a causa mais prevalente.

Quando a perda dentária unitária ou múltipla ocorre na região anterior da maxila ou mandíbula, caracterizando o edentulismo, além do comprometimento estético, outros danos são registrados, tais como: altera o comportamento psicológico do paciente por se sentir marginalizado em sua condição e, ainda, ocasiona problemas funcionais na deglutição e fonação. Após a extração de um ou mais dentes, a crista alveolar residual sofre um processo de remodelação que envolve modificações ósseas internas e externas. A principal característica do processo é uma contínua redução no tamanho desta crista, onde este fato ocorre mais rapidamente entre os seis primeiros meses a dois anos seguidos da extração.

Constata-se, ainda que os tecidos moles circundantes também sofrem alterações, já que ocorre colapso, e a papila dentária adjacente à área edêntula torna-se reduzida. De acordo com a causa da extração, o profissional deverá ter cuidados antes e durante sua realização. É constatado, comumente, que após a cicatrização do alvéolo, o dente contíguo ao local da extração desenvolve recessões gengivais. A reabilitação protética é a conduta correta, sendo possível adaptar adequadamente as próteses reabilitadoras sem prejuízo estético ou funcional, melhorando a anatomia, a forma, o volume e o contorno dos elementos protéticos e favorecendo um tratamento satisfatório e previsível ao paciente. A importância de se pesquisar a ocorrência de recessões gengivais em dentes pilares vizinhos a rebordos edêntulos na região anterior, reside no fato que há pouca informação indexada sobre o assunto na literatura científica, o que limita o conhecimento do clínico sobre o tratamento dos defeitos ósseos e gengivais, bem como suas consequências. Para tanto, reforça-se o cuidado com a futura crista óssea, que deve começar antes mesmo da extração, com um plano de tratamento multidisciplinar que inclui cirurgia e prótese, para que o rebordo edêntulo esteja em condições ideais para reabilitação plena na região anterior<sup>1,3-7</sup>.

A primeira classificação das perdas de substância no rebordo alveolar foi proposta por Seibert<sup>8</sup>. De acordo com o autor, as

deformidades podem ser classificadas em: deformidade de Classe I = perda de tecido no sentido bucolingual com altura apicocoronal normal; deformidade de Classe II = perda de tecido no sentido apicocoronal com espessura bucolingual normal, e deformidade de Classe III = perda de tecido no sentido bucolingual e apicocoronal resultando em perda de espessura e altura normais da crista. Quanto maior o tempo da perda dentária e reabilitação protética inadequada se verifica com maior prevalência os defeitos Classes II e III, levando perda de tecidos nas regiões interproximais o que acarreta recessão gengival nos dentes vizinhos aos rebordos edêntulos, e estes defeitos combinados são os mais dificilmente tratados<sup>1,5</sup>.

Ao longo do tempo várias classificações para os tipos de recessão gengival foram propostas com objetivo de obter previsibilidade de cobertura radicular, entre elas a primeira foi a de Sullivan, Atkins, em 1968, que dividiu as recessões em quatro categorias morfológicas: rasas e estreitas; rasas e largas; profundas e estreitas; profundas e largas. Esta classificação não ofereceu uma boa previsibilidade de recobrimento radicular, por ser um tanto quanto subjetiva. A classificação criada por Miller<sup>9</sup> foi baseada em seus resultados positivos de recobrimento radicular, e é a utilizada com frequência nas pesquisas e na prática clínica, sendo apresentada em quatro grupos: Classe I = recessão gengival restrita a gengiva inserida que não se estende à linha mucogengival e nenhuma perda de osseo ou tecido mole interdental é evidenciada; Classe II = recessão gengival se estendendo até ou além da junção mucogengival, não há perda interdental de osso ou tecido mole; Classe III = recessão gengival se estendendo até ou além da junção mucogengival, há perda de tecido ósseo na área interdental ou há dente mal posicionado, e Classe IV = recessão gengival se estendendo até ou além da junção mucogengival, há perda óssea periodontal na área interdental ou há dente mal posicionado. Borghetti, Glise<sup>6</sup> afirmaram que a recessão classe IV de Miller nos dentes limites dos espaços edêntulos na região anterior esta presente quando há defeitos nos rebordos alveolares anteriores de classe II e III de Seibert<sup>8</sup>. Nestes casos, como já foi descrito, nenhum recobrimento é possível e o paciente deve ser informado desta condição.

Este trabalho teve como propósito

registrar a presença de rebordo edêntulo nas regiões ântero-superior e ântero-inferior, e identificar nos mesmos a ocorrência e a classificação das recessões gengivais presentes nos dentes limites aos rebordos edêntulos.

## MATERIAL E MÉTODOS

A amostra foi constituída por 83 pacientes, na faixa etária de 19 a 76 anos, de ambos os sexos, inscritos para tratamento nas Clínicas dos Cursos de Especialização em Periodontia e Prótese Dentária, da EAP-ABO/PE. A amostra investigada foi de conveniência considerando para esta condição o exame de todos os pacientes que apresentavam rebordo edêntulo na região ântero-superior e ântero-inferior com ou sem prótese removível. Os pacientes que possuíam próteses totais ou rebordos edêntulos na região posterior da maxila e mandíbula não foram incluídos na pesquisa. O tipo de estudo utilizado foi o individualizado observacional, uma vez que as pesquisadoras realizaram o exame dos pacientes sem haver intervenção no curso da condição ora apresentada. A pesquisa foi executada por dois profissionais (periodontista e protesista), devidamente calibrados pelos professores responsáveis pelas citadas clínicas, em relação à identificação do tipo de recessão gengival nos dentes pilares vizinhos aos rebordos edêntulos, bem como o tipo do rebordo edêntulo. Todos os pacientes aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, de acordo com a norma 196/96 do Ministério da Saúde, sendo a mesma aprovada pelo Comitê de Ética da UPE, conforme parecer nº 046/05. Como benefício ético, após o exame para coleta dos dados propostos, todos pacientes foram direcionados para tratamento de acordo com cada diagnóstico e necessidade. Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas das variáveis na escala nominal as medidas estatísticas: valor mínimo, valor máximo, média, desvio padrão e coeficiente de variação para a variável idade (Técnicas de estatística descritiva), e foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas. Os dados foram digitados na planilha Excel e o "software" estatístico

utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi SAS (Statistical Analysis System) na versão 8.0. O nível de significância, utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5,0%.

## RESULTADOS

Após seleção da amostra, somente 83 pacientes fizeram parte ativa da pesquisa. A idade variou de 19 a 76 anos, teve média de 46,52 anos, desvio padrão de 12,93 anos, coeficiente de variação de 27,80%, com idade mediana de 46 anos. A maioria (57,8%) da amostra foi composta de pacientes do sexo feminino e a faixa etária 40 a 59 foi a mais prevalente, representando mais da metade (50,6%) dos pesquisados, seguido dos que tinham de 19 a 39 anos (33,7%) e 60 ou mais 15,7%.

A Tabela 1 mostra que dos 83 pacientes examinados (97,6%) apresentavam rebordo edêntulo na região ântero-superior e 21 (25,3%) na ântero-inferior, resultados estes que indicam existir diferença significativa entre os dois arcos em relação à prevalência de rebordo ( $p < 0,05$ ). Nas duas regiões juntas registrou-se que 61,4% das 166 avaliações tinham rebordo edêntulo.

**Tabela 1** – Avaliação do rebordo edêntulo por região e por paciente.

| Rebordo<br>edêntulo | Região              |       |                     |       |                             |       | Valor de<br>p        |
|---------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|-----------------------------|-------|----------------------|
|                     | Ântero-<br>superior |       | Ântero-<br>inferior |       | Nos dois<br>arcos<br>juntos |       |                      |
|                     | n                   | %     | n                   | %     | N                           | %     |                      |
| Presente            | 81                  | 97,6  | 21                  | 25,3  | 102                         | 61,4  | $p^{(1)} < 0,0001^*$ |
| Ausente             | 2                   | 2,4   | 62                  | 74,7  | 64                          | 38,6  |                      |
| TOTAL               | 83                  | 100,0 | 83                  | 100,0 | 166                         | 100,0 |                      |

(\*) – Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1) – Através do teste de Mc-Nemar.

Na Tabela 2 verifica que o percentual de recessão gengival nos dentes limites foi mais elevado na região ântero-inferior do que na região ântero-superior (92,1% e 70,1%), e o teste estatístico comprova diferença significativa entre as duas regiões (ou arcos), em relação à ocorrência de recessão gengival ao nível de significância de 5,0% ( $p < 0,05$ ). Em relação aos dentes limites do rebordo com recessão verificou-se que tanto na maxila (44,2%) como na mandíbula (31,6%) os maiores percentuais foram nos dentes caninos.

**Tabela 2** – Avaliação da presença ou ausência de recessão nas regiões ântero-superior e ântero-inferior.

| Recessão gengival | Região          |       |                 |       | Grupo total           |       | Valor de p                |
|-------------------|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------------|-------|---------------------------|
|                   | Ântero-superior |       | Ântero-inferior |       | Nos dois arcos juntos |       |                           |
|                   | N               | %     | N               | %     | n                     | %     |                           |
| Com recessão      | 110             | 70,1  | 35              | 92,1  | 145                   | 74,4  | p <sup>(1)</sup> = 0,005* |
| Sem recessão      | 47              | 29,9  | 3               | 7,9   | 50                    | 25,6  |                           |
| TOTAL             | 157             | 100,0 | 38              | 100,0 | 195                   | 100,0 |                           |

(\*) – Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1) – Através do teste de comparação da proporção da presença de recessão gengival para grupos independentes.

Na Tabela 3 apresenta-se o estudo da relação entre a procedência dos pacientes com o tipo de classe da recessão em cada uma das regiões analisadas. Desta tabela é possível destacar que: na região ântero-superior, o maior percentual de recessão correspondeu à classe III (41,4%) e na região ântero-inferior o maior percentual foi para a classe IV (47,4%). Analisando-se as classes da recessão segundo a procedência dos pacientes, destaca-se que: na região ântero-superior a recessão classe III apresentou maior percentual (54,6%) nos pacientes da Prótese Dentária e a ausência de recessão foi mais elevada entre os pacientes da Periodontia (35,2%). Na região ântero-inferior, a recessão Classe IV apresentou percentual (59,1) mais elevado nos pacientes da Periodontia, enquanto a Classe III com 50,0% nos pacientes da Prótese Dentária. Apesar das diferenças nos percentuais, não se comprova diferenças entre as procedências dos pacientes para as classes da recessão gengival ao nível de 5,0 ( $p > 0,05$ ).

No estudo da associação entre faixa etária e classe da recessão gengival observa-se na Tabela 4, que: na região ântero-superior a maior diferença percentual 11,2% (48,3% entre os pacientes com 51 a 76 anos contra 37,1% entre os pacientes com 19 a 50 anos) foi na classe III, e não se comprovam associação significativa entre as duas variáveis. E na região ântero-inferior as duas maiores diferenças ocorreram na classe III, que teve maior percentual entre os pacientes com 51 a 76 anos e a classe IV, com maior percentual registrado entre os que tinham 19 a 50 anos, entretanto sem associação significativa.

**Tabela 3** – Avaliação do tipo de classe da recessão nas regiões ântero-superior e ântero-inferior, segundo a procedência dos pacientes.

| Variável                                | Procedência dos Pacientes |       |         |       | Grupo total |       | Valor de p                |
|-----------------------------------------|---------------------------|-------|---------|-------|-------------|-------|---------------------------|
|                                         | Periodontia               |       | Prótese |       |             |       |                           |
|                                         | n                         | %     | n       | %     | n           | %     |                           |
| • Classe da recessão no ântero-superior |                           |       |         |       |             |       | p <sup>(1)</sup> = 0,0590 |
| Classe I                                | 17                        | 18,7  | 9       | 13,6  | 26          | 16,6  |                           |
| Classe II                               | 2                         | 2,2   | -       | -     | 2           | 1,3   |                           |
| Classe III                              | 29                        | 31,9  | 36      | 54,6  | 65          | 41,4  |                           |
| Classe IV                               | 11                        | 12,1  | 6       | 9,1   | 17          | 10,8  |                           |
| Ausência de recessão                    | 32                        | 35,2  | 15      | 22,7  | 47          | 29,9  |                           |
| TOTAL                                   | 91                        | 100,0 | 66      | 100,0 | 157         | 100,0 |                           |
| • Classe da recessão no ântero-inferior |                           |       |         |       |             |       | p <sup>(2)</sup> = 0,1178 |
| Classe I                                | 1                         | 4,5   | 2       | 12,5  | 3           | 7,9   |                           |
| Classe II                               | 2                         | 9,1   | -       | -     | 2           | 5,3   |                           |
| Classe III                              | 4                         | 18,2  | 8       | 50,0  | 12          | 31,6  |                           |
| Classe IV                               | 13                        | 59,1  | 5       | 31,3  | 18          | 47,4  |                           |
| Ausência de recessão                    | 2                         | 9,1   | 1       | 6,3   | 3           | 7,9   |                           |
| TOTAL                                   | 22                        | 100,0 | 16      | 100,0 | 38          | 100,0 |                           |

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste Exato de Fisher.

No estudo da relação entre as classes da recessão gengival e o sexo, na Tabela 5, observa-se que: na região ântero-superior os percentuais de dentes classificados nas classes I e II foram aproximados entre os dois sexos; as maiores diferenças percentuais entre os dois sexos foram registradas na classe III com valor mais elevado no sexo feminino (48,3% x 32,4%) e classe IV com valor mais elevado no sexo masculino (17,6% x 5,6%). E na região ântero-inferior os percentuais relativos às classes I e II foram correspondentemente mais elevados entre os pacientes do sexo masculino do que os do sexo feminino e o contrário ocorreu com os da classe IV e sem recessão. Em nenhuma das regiões comprova-se associação significativa entre sexo e classe da recessão gengival ao nível considerado ( $p > 0,05$ ).

## DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo identificar a presença de recessão gengival nos elementos dentários limites ou vizinhos dos espaços edêntulos nas regiões anteriores da maxila e mandíbula. Para análise de tal propósito constatou-se na amostra analisada a presença de 97,6% de rebordos edêntulos na região ântero-superior e de 21,3% na região ântero-inferior.

**Tabela 4** – Avaliação do tipo de classe da recessão nas regiões ântero-superior e ântero-inferior, segundo a faixa etária.

| Variável                                | Idade (anos) |       |         |       | Grupo total |       | Valor de p                |
|-----------------------------------------|--------------|-------|---------|-------|-------------|-------|---------------------------|
|                                         | 19 a 50      |       | 51 a 76 |       |             |       |                           |
|                                         | N            | %     | n       | %     | n           | %     |                           |
| • Classe da recessão no ântero-superior |              |       |         |       |             |       |                           |
| Classe I                                | 15           | 15,4  | 11      | 18,3  | 26          | 16,6  | p <sup>(1)</sup> = 0,4577 |
| Classe II                               | 2            | 2,1   | -       | -     | 2           | 1,3   |                           |
| Classe III                              | 36           | 37,1  | 29      | 48,3  | 65          | 41,4  |                           |
| Classe IV                               | 11           | 11,3  | 6       | 10,0  | 17          | 10,8  |                           |
| Ausência de recessão                    | 33           | 34,0  | 14      | 23,4  | 47          | 29,9  |                           |
| TOTAL                                   | 97           | 100,0 | 60      | 100,0 | 157         | 100,0 |                           |
| • Classe da recessão no ântero-inferior |              |       |         |       |             |       |                           |
| Classe I                                | 1            | 4,6   | 2       | 12,5  | 3           | 7,9   | p <sup>(1)</sup> = 0,2819 |
| Classe II                               | 2            | 9,1   | -       | -     | 2           | 5,3   |                           |
| Classe III                              | 4            | 18,2  | 8       | 50,0  | 12          | 31,6  |                           |
| Classe IV                               | 13           | 59,1  | 5       | 31,3  | 18          | 47,4  |                           |
| Ausência de recessão                    | 2            | 9,1   | 1       | 6,2   | 3           | 7,9   |                           |
| TOTAL                                   | 22           | 100,0 | 16      | 100,0 | 38          | 100,0 |                           |

(1) – Através do teste Exato de Fisher.

**Tabela 5** – Avaliação do tipo de classe da recessão no ântero-superior e ântero-inferior segundo o sexo por dentes analisados

| Segundo o sexo por dentes analisados    |           |       |          |       |             |       |                           |
|-----------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------------|-------|---------------------------|
| Variável                                | Sexo      |       |          |       | Grupo total |       | Valor de p                |
|                                         | Masculino |       | Feminino |       |             |       |                           |
|                                         | N         | %     | n        | %     | n           | %     |                           |
| ● Classe da recessão no ântero-superior |           |       |          |       |             |       |                           |
| Classe I                                | 11        | 16,2  | 15       | 16,8  | 26          | 16,6  | p <sup>(1)</sup> = 0,0990 |
| Classe II                               | 1         | 1,5   | 1        | 1,1   | 2           | 1,3   |                           |
| Classe III                              | 22        | 32,4  | 43       | 48,3  | 65          | 41,4  |                           |
| Classe IV                               | 12        | 17,6  | 5        | 5,6   | 17          | 10,8  |                           |
| Ausência de recessão                    | 22        | 32,4  | 35       | 28,1  | 47          | 29,9  |                           |
| TOTAL                                   | 68        | 100,0 | 89       | 100,0 | 157         | 100,0 |                           |
| ● Classe da recessão no ântero-inferior |           |       |          |       |             |       |                           |
| Classe I                                | 3         | 13,0  | -        | -     | 3           | 7,9   | p <sup>(2)</sup> = 0,0896 |
| Classe II                               | 2         | 8,7   | -        | -     | 2           | 5,3   |                           |
| Classe III                              | 8         | 34,8  | 4        | 26,7  | 12          | 31,6  |                           |
| Classe IV                               | 10        | 43,5  | 8        | 53,3  | 18          | 47,4  |                           |
| Ausência de recessão                    | -         | -     | 3        | 20,0  | 3           | 7,9   |                           |
| TOTAL                                   | 23        | 100,0 | 15       | 100,0 | 38          | 100,0 |                           |

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste Exato de Fisher.

Ao relacionar a presença do edentulismo nas duas regiões num mesmo indivíduo o percentual foi de 61,4%, sendo concordante com os dados relatados na literatura consultada<sup>3,10</sup>, quando destacaram que o edentulismo é prevalente na população de um modo geral, bem como a multiplicidade de fatores que envolvem essa deformidade, relatando como destaque à cárie dentária, seguida da doença periodontal e do trauma, sendo a cárie em pacientes mais jovens e a doença periodontal em indivíduos acima dos 40 anos a causa mais prevalente, e o trauma ao longo da vida do indivíduo. Verificou-se, ainda, na literatura pesquisada a importância para correção e recomposição desses espaços edêntulos através de técnicas cirúrgicas e próteses<sup>1,3,4</sup>. Nesta

pesquisa os indivíduos analisados, na sua maioria de baixa renda, atendidos em serviços ambulatoriais, apresentaram-se os espaços sem recomposição protética, e quando presente sem adaptação funcional e com baixo valor estético.

De um modo geral, a recessão gengival é uma alteração presente em grande parte da população, classificada como a deformidade mucogengival mais comum e bastante prevalente, independe de sexo, raça ou outra condição sócio-econômica e demográfica. Apresenta-se na forma localizada e generalizada, ou seja, em uma ou mais superfícies dentárias, sendo, no entanto mais presente nas superfícies vestibulares dos dentes mandibulares, pela composição anatômica e fisiológica desta região. A sua etiologia, também é

multifatorial, tendo o início da migração apical do tecido gengival até ou pós-junção mucogengival, pela ação dos microrganismos do biofilme dental e agravada por outros fatores, tais como escovação traumática, dentes mal posicionados, inserções anormais de freios e bridas, movimento ortodôntico brusco, doença e tratamento periodontal e outros. Relacionando a presença de recessão gengival nos dentes limites aos rebordos edêntulos, em 2002, Borghetti, Glise<sup>6</sup>, afirmaram que o edentulismo, em especial o defeito Classe III<sup>8</sup>, pode levar a uma perda de inserção nos dentes vizinhos ao espaço edêntulo, condicionando o aparecimento de recessões gengivais de diferentes classes. Os resultados obtidos nesta pesquisa corroboram com a afirmativa destes autores, uma vez que, foi registrada a presença de recessão nas regiões examinadas com maior percentual para ântero-inferior. Independente da metodologia aplicada neste estudo, os dados encontrados corroboram com a literatura quando afirma ser esta região, mesmo dentada, a de maior evidência clínica dessa patologia<sup>11-14</sup>. Constatou-se, também nesta pesquisa, que em 37,8% dos dentes vizinhos aos espaços dos rebordos edêntulos não apresentavam recessão gengival.

A recessão gengival, independe da sua localização e seu fator etiológico, é classificada em quatro classes<sup>9</sup>, com objetivo de melhor previsibilidade na cobertura cirúrgica das raízes expostas. Nesta pesquisa foi revelado que nos dentes vizinhos aos espaços edêntulos da região ântero-superior o maior percentual (41,4%) de recessões foram do tipo Classe III (recessão gengival se estendendo até ou além da junção mucogengival, com perda de tecido ósseo na área interdental), enquanto na região ântero-inferior os percentuais foram de 47,4% para Classe IV (recessão gengival se estendendo até ou além da junção mucogengival e perda óssea interdental ou há malposicionamento dentário) e 31,6% na Classe III. Estes achados são concordantes com a afirmativa de Borghetti, Glise<sup>6</sup>, fazendo com que a previsibilidade de cobertura radicular seja impossível para as regiões comprometidas.

A idéia de que a prevalência da recessão gengival aumenta com a idade também foi observada no presente estudo. Foi considerável o aumento da presença de recessão na região ântero-superior, como exemplo: nos indivíduos com idade entre 19

e 29 anos foram de 26 casos (48,2%), para 61 em adultos de 30 a 59 anos (77,2%), e passou a 23 casos (95,8%) em pacientes com mais de 60 anos de idade, fato também observado na região ântero-inferior. O aumento da prevalência das recessões gengivais com a idade dos pacientes, encontradas nesta pesquisa está de acordo com a grande maioria dos achados de outros autores<sup>11,13,15-18</sup>. Ao ser investigada a relação do sexo com a presença de recessão, comprovou-se que em ambos os sexos esta patologia estava presente, sendo com maior percentual no sexo feminino por ser este o mais prevalente da amostra analisada. Estes dados, também colaboram com autores referenciados, quando afirmaram que a recessão estar presente no indivíduo, independente de sua condição sócio-econômica e demográfica, porém em função de fatores iniciadores e predisponentes para o agravamento da situação.

## CONCLUSÕES

Mediante os resultados obtidos nesta pesquisa, pode-se concluir que: a recessão gengival foi prevalente nos dentes limites dos rebordos edêntulos; o tipo de recessão mais freqüente encontrado na região ântero-superior foi a Classe III de Miller e nos dentes da região ântero-inferior a Classe IV, seguida da Classe III de Miller; o tipo de classe que menos ocorreu em ambas regiões foi a Classe II de Miller; a prevalência da recessão, independente da classe, aumentou com a idade, e o dente canino apresentou maior percentual de recessão.

## REFERÊNCIAS

1. Abrams H, Kopczyk RA, Kaplan AL. Incidence of anterior ridge deformities in partially edentulous patients. *J Prosthet Dent* 1987; 57:191-94.
  2. Bailit HL, Braun R. Is periodontal disease the primary cause of extractions in adults? *JADA* 1987; 114:40-5.
  3. Atwood Da Bone. Loss of edentulous alveolar ridges. *J Periodontol* 1979; Spec issue:11-21.
  4. Cronin RJ, Wardle, W.L. Loss os anterior interdental tissue: Periodontal and Prosthodontical solutions. *J Prosthet Dent* 1983; 50:505-09.
  5. Hawkins CH et al. Ridge contour related to esthetics and function. *J Prosthet Dent* 1991; 66:165-68.
  6. Borghetti A, Glise JM Adequação da crista edêntula à prótese fixada em pilares naturais. In: Borghetti A, Monnet-Corti V. *Cirurgia Plástica Periodontal*. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap 21, p.387-417.
  7. Alves NC, Bolzan HHS Avaliação das causas de perda dentária, dificuldades e expectativas dos pacientes em relação à prótese total. *J Bras Clin Odontol Integr* 2003; 7:50-4.
- Int J Dent, Recife, 7(2):81-87, abr./jun.,2008  
<http://www.ufpe.br/ijd>

8. Seibert JS Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part II. Prosthetic periodontal interrelationships. *Compend Contin Educ* 1983; 4:549-62.
9. Miller PA A classification of marginal tissue recession. *Int J Perio Rest Dent* 1985; 5:8-13
10. Allen EP, Gainza CS Improved technique for localized ridge augmentation: A report of 21 cases. *J Periodontol* 1985; 56:195-99.
11. Joshipura KJ, Kent RL, De Paola PF Gingival recession: intra-oral distribution and associated factors. *J Periodontol* 1994; 65:864-71.
12. Kassab MM The etiology and prevalence of gingival recession. *JADA* 2003; 134:220-25.
13. Peña RB Recesión gingival de incisivos inferiores em adolescentes, su asociación con factores de riesgo. *Acta Odontol* 2003; 41:48-55.
14. Saygun I et al. Multidisciplinary treatment approach for the localized gingival recession: A case report. *Turk J Med Sci* 2005; 35:57-63.
15. Löe H et al. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity and extent of gingival recession. *J Periodontol* 1992; 63:489-95.
16. Khocht A et al. Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J Periodontol* 1993; 64:900-05.
17. 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.
18. Marini MG Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *J Appl Oral Sci* 2004; 12:250-55.
19. Ngom PI et al. Intraarch and interarch relationships of the anterior teeth and periodontal conditions. *Angle Orthod* 2006; 76:236-42.
20. Smith RG gingival recession. Reappraisal of an enigmatic condition and new index for monitoring. *J Clin Periodontol* 1997; 24:201-05.
21. Tezel A et al. Evaluation of gingival recession in left- and right-handed adults. *Int J Neurosci* 2001; 110:135-46.