

CONHECIMENTOS CLÍNICOS E TEÓRICOS NECESSÁRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DAS RETRAÇÕES GENGIVAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

CLINICAL AND THEORETICAL KNOWLEDGE REQUIRED FOR THE DIAGNOSIS OF GINGIVAL RETRACTIONS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

CONOCIMIENTOS CLÍNICOS Y TEÓRICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS RETRACCIONES GINGIVALES: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Leticia Cardoso da Silva¹, Priscilla Gonçalves Lomardo², Mariana Campello Nunes³, Mônica Pestana Gomes⁴, Telma Regina da Silva Aguiar⁵, Denize Mandarinó⁶

DOI: 10.54899/dcs.v22i81.3137

Recibido: 07/08/2025 | Aceptado: 06/08/2025 | Publicación en línea: 18/08/2025.

RESUMO

A retração gengival é definida como “o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte”. Para reduzir ou evitar a progressão deste quadro, os agentes etiológicos devem ser identificados e removidos precocemente, uma vez que a lesão possui efeito cumulativo. Por isso, é importante que os cirurgiões-dentistas saibam diagnosticar essas alterações. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão integrativa respondendo a pergunta: “Quais conhecimentos clínicos e teóricos são necessários para que a retração gengival seja diagnosticada precocemente?”. Foram realizadas buscas nas bases de dados BVS, Google Acadêmico e PubMed, utilizando diferentes combinações dos descritores “retração gengival”, “prevalência”, “causalidade”, “classificação”, “fenótipo” e “diagnóstico”, além dos termos alternativos “atrofia gengival”, “recessão gengival”, “causa”, “causalidade multifatorial” e “fatores predisponentes”. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos completos disponíveis em inglês e português, publicados entre os anos de 2000 e 2024. Foram excluídos capítulos de livros, monografias, teses, dissertações, revisões de literatura, revisões sistemáticas e artigos que não abordavam o tema proposto. Ao final, 6 estudos foram selecionados para compor a presente revisão. Concluiu-se que os agentes etiológicos mais frequentemente associados à retração gengival são a doença periodontal, o uso de tabaco e o biótipo gengival fino; a superfície

¹ Graduada em Odontologia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Cachoeiras de Macacu, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: leticiacardoso0106@gmail.com

² Doutora em Odontologia área de concentração em Periodontia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: prilomardo@yahoo.com.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2385-4143>

³ Doutora em Clínica odontológica área de concentração em Periodontia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: nunes.nana.camp@gmail.com

⁴ Doutora em Ciências e Biotecnologia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: monicapestana@id.uff.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9044-4200>

⁵ Doutora em Periodontia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: telmaaguiar@id.uff.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1550-5680>

⁶ Doutora em Odontologia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mandarinodenize@id.uff.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7672-3991>

vestibular dos dentes é a mais afetada e essa condição também tem se mostrado frequente em pessoas jovens; e a classe II da classificação de Miller foi a mais prevalente em indivíduos jovens. Uma avaliação odontológica focada na análise dessas características permite o diagnóstico precoce da retração gengival.

Palavras-chave: Retração Gengival. Diagnóstico. Causalidade. Fenótipo.

ABSTRACT

Gingival recession is defined as "the apical displacement of the gingival margin relative to the cemento-enamel junction." To reduce or prevent the progression of this condition, the etiological agents must be identified and removed early, as the lesion has a cumulative effect. Therefore, it is important for dentists to know how to diagnose these changes. The objective of this study was to conduct an integrative review answering the question: "What clinical and theoretical knowledge is necessary for the early diagnosis of gingival recession?" Searches were conducted in the BVS, Google Scholar, and PubMed databases, using different combinations of the descriptors "gingival recession," "prevalence," "causality," "classification," "phenotype," and "diagnosis," as well as the alternative terms "gingival atrophy," "gingival recession," "cause," "multifactorial causality," and "predisposing factors". The inclusion criteria were full-text articles available in English and Portuguese, published between 2000 and 2024. Book chapters, monographs, theses, dissertations, literature reviews, systematic reviews, and articles not addressing the proposed topic were excluded. Six studies were ultimately selected for this review. The conclusion reached was that the etiological agents most frequently associated with gingival recession are periodontal disease, tobacco use, and a thin gingival biotype. The buccal surface of the teeth is the most affected, and this condition has also been shown to be frequent in young individuals. Miller Class II is the most prevalent in young individuals. A dental evaluation focused on analyzing these characteristics allows for the early diagnosis of gingival recession.

Keywords: Gingival Recession. Diagnosis. Causality. Phenotype.

RESUMEN

La recesión gingival se define como el desplazamiento apical del margen gingival con respecto a la unión amelo-cementaria. Para reducir o prevenir la progresión de esta afección, es necesario identificar y eliminar tempranamente los agentes etiológicos, ya que la lesión tiene un efecto acumulativo. Por lo tanto, es importante que los dentistas sepan cómo diagnosticar estos cambios. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión integrativa que respondiera a la pregunta: "¿Qué conocimientos clínicos y teóricos son necesarios para el diagnóstico temprano de la recesión gingival?". Se realizaron búsquedas en las bases de datos BVS, Google Académico y PubMed, utilizando diferentes combinaciones de los descriptores "recesión gingival", "prevalencia", "causalidad", "clasificación", "fenotipo" y "diagnóstico", así como los términos alternativos "atrofia gingival", "recesión gingival", "causa", "causalidad multifactorial" y "factores predisponentes". Los criterios de inclusión fueron artículos de texto completo disponibles en inglés y portugués, publicados entre 2000 y 2024. Se excluyeron capítulos de libros, monografías, tesis, disertaciones, revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas y artículos que no abordaran el tema propuesto. Finalmente, se seleccionaron seis estudios para esta revisión. La conclusión a la que se llegó fue que los agentes etiológicos más frecuentemente asociados con la recesión gingival son la enfermedad periodontal, el tabaquismo y un biotipo

gingival delgado. La superficie bucal de los dientes es la más afectada, y esta condición también ha demostrado ser frecuente en individuos jóvenes. La clase II de Miller es la más prevalente en individuos jóvenes. Una evaluación odontológica centrada en el análisis de estas características permite el diagnóstico temprano de la recesión gingival.

Palabras clave: Recesión Gingival. Diagnóstico. Causalidad. Fenotipo.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

O periodonto normal é composto por: gengiva, ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar propriamente dito. Suas principais funções são fixar o dente no osso e manter a integridade da mucosa mastigatória da cavidade oral. Considerando estes componentes, a gengiva é dividida em gengiva livre e gengiva inserida. Em pacientes saudáveis, a gengiva livre localiza-se na superfície do esmalte com 1,5-2mm coronalmente à junção amelocementária, e a gengiva inserida possui uma largura que varia entre 1-9mm a depender da região (Berglundh *et al.*, 2022).

Tendo em vista as alterações periodontais existentes, a retração gengival é definida como “o deslocamento apical da margem gengival em relação à Junção Cimento-Esmalte (JCE)” (Berglundh *et al.*, 2022), e está associada à perda de inserção e à exposição da superfície radicular ao meio bucal (Vitor, 2019). Sua natureza é complexa e relacionada a muitas causas potenciais e fatores de risco (Niemczyk *et al.*, 2024).

Entre os fatores necessários para que a saúde periodontal seja mantida, está a largura adequada de gengiva inserida (Dominiak; Gedrange, 2014). Além disso, a quantidade de gengiva queratinizada foi sugerida como um dos fatores predisponentes da retração gengival. Assim, se a espessura gengival for menor, o grau de retração gengival será maior (Maroso *et al.*, 2015).

A classificação de recessão gengival mais utilizada atualmente foi dada por Miller (1985) e divide-se em:

Classe I: a recessão não atinge a junção mucogengival. Não há perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental;

Classe II: a recessão atinge ou ultrapassa a junção mucogengival. Não há perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental;

Classe III: a recessão atinge ou ultrapassa a junção mucogengival. Há perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental e/ou posicionamento dentário inadequado;

Classe IV: a recessão atinge ou ultrapassa a junção mucogengival. Há perda de tecido de sustentação ou proteção na região interdental e/ou posicionamento dentário inadequado, com tecidos proximais no nível da base da recessão, envolvendo mais de uma face do dente.

Além dessa, uma nova classificação foi proposta por Cairo (2011), dividindo a recessão gengival em três tipos:

Recessão tipo 1 (RT1): recessão gengival sem perda de inserção interproximal;

Recessão tipo 2 (RT2): recessão gengival com perda de inserção interproximal menor ou igual ao comprimento da recessão;

Recessão tipo 3 (RT3): recessão gengival com perda de inserção interproximal maior que o comprimento da recessão.

Modificações na margem gengival têm influência sob a percepção estética do sorriso, sendo a gengiva irregular considerada a de pior estética periodontal (Rocha *et al.*, 2011). Além da estética desagradável, esta alteração periodontal pode ter como consequências: sensibilidade dentinária, dificuldades com a higiene bucal e com o sucesso no reparo periodontal, perda de suporte periodontal e risco de lesão de cárie na região (Yared *et al.*, 2006a).

A etiologia da recessão gengival é multifatorial e associa variáveis externas e anatômicas locais. As externas são caracterizadas pelo biofilme bacteriano, pela escovação traumática e pela inserção alterada do freio labial. Já as anatômicas locais, além de poderem estar associadas ao posicionamento dentário, são compostas pelas dimensões ósseas e mucogengivais, onde a espessura de gengiva marginal tem grande importância (Yared *et al.*, 2006b). Além disso, fatores locais de retenção de placa, tabagismo, movimentação ortodôntica (Vitor, 2019), idade, sobrecarga de mordida, danos químicos e mecânicos (Niemczyk *et al.*, 2024) e lesões cervicais não cariosas (Silveira *et al.*, 2017) também contribuem para este problema.

Para reduzir ou evitar a progressão deste quadro, os agentes etiológicos devem ser identificados e removidos precocemente, uma vez que a lesão possui efeito cumulativo. Por isso, é importante que os profissionais da Odontologia conheçam e saibam diagnosticar essas alterações (Marini *et al.*, 2004).

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada com o objetivo de responder à seguinte pergunta norteadora: “Quais os conhecimentos clínicos e teóricos necessários para que a retração gengival seja diagnosticada precocemente?”

METODOLOGIA

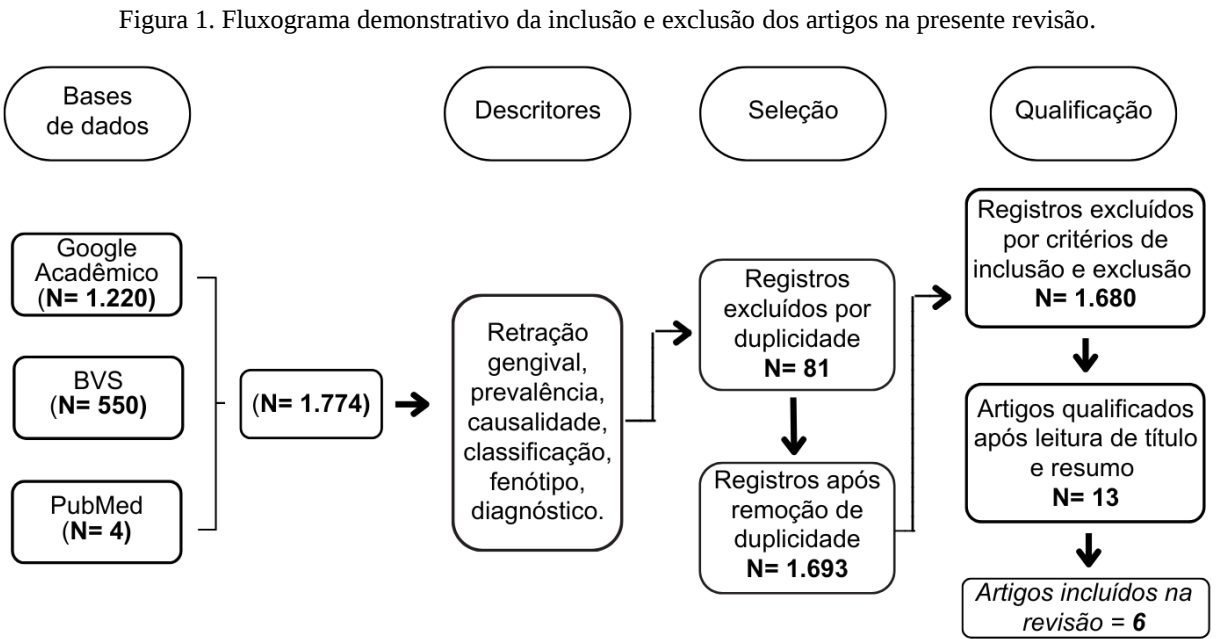
Este estudo adota uma abordagem qualitativa e trata-se de uma revisão integrativa. Sua metodologia baseia-se na realização de uma análise mais ampla da literatura, com a síntese de informações relacionadas a um tema específico (Mendes *et al.*, 2008). Para estruturar este trabalho, as seguintes etapas foram seguidas: definição da questão norteadora, designação dos critérios de inclusão e de exclusão, tabulação dos dados extraídos dos artigos selecionados, análise dos estudos classificados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (Silva *et al.*, 2020; Hann *et al.*, 2016).

A pesquisa foi feita nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (<https://bvsalud.org/>), Google Acadêmico (<http://scholar.google.com.br/>) e PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>). Através da plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram selecionados os descritores “retração gengival”, “prevalência”, “causalidade”, “classificação”, “fenótipo” e “diagnóstico”, além dos termos alternativos “atrofia gengival”, “recessão gengival”, “causa”, “causalidade multifatorial” e “fatores predisponentes”, os quais foram utilizados em diferentes combinações.

Para a seleção dos trabalhos, foram elencados como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis em inglês e português, publicados entre os anos 2000 e 2024. Dentre esses, foram excluídos capítulos de livro, monografias, teses, dissertações, revisões de literatura, revisões sistemáticas e artigos que não abordavam o tema proposto. Os textos identificados foram lidos e avaliados para seleção de acordo com os critérios citados anteriormente e visando atender ao objetivo da presente pesquisa.

RESULTADOS

Após buscas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, Google Acadêmico e PubMed, 1.774 resultados foram obtidos. Devido à duplicidade, 81 materiais foram excluídos. Em seguida, com a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão e a leitura dos títulos e dos resumos, 13 trabalhos foram selecionados. Finalizando a seleção, depois da leitura completa dos textos, 6 estudos foram escolhidos para compor a presente revisão.



Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Visando coletar e sistematizar os dados dos estudos utilizados nesta revisão, uma tabela (tabela 1) foi elaborada, reunindo as seguintes informações: autor, ano de publicação, título, tipo de estudo e resultados relevantes à temática deste trabalho.

Tabela 1. Resultados dos estudos incluídos na revisão.

Autor e ano	Tipo de estudo	Resultados
SILVA <i>et al.</i> , 2024	Estudo observacional transversal	De 79 acadêmicos participantes da pesquisa, 72,2% eram do gênero feminino e 27,8% do gênero masculino. Relatos constataram média de escovação diária de 3 vezes, e a utilização de escovas com cerdas macias foi prevalente. Com relação ao aparelho ortodôntico, 59% dos acadêmicos haviam utilizado. Dos 79 indivíduos, 15 (18,9%), sendo 10 mulheres e 5 homens, apresentaram recessão gengival. Desses, 10 (66,7%) tinham fenótipo gengival fino e 5 (33,3%) fenótipo gengival espesso, e apenas 2 relataram sensibilidade dentária. Além disso, entre esses, 12 tinham passado por tratamento ortodôntico. Os dentes mais acometidos foram, respectivamente, 35, 34 e 24. Não houve associação significativa da recessão gengival com gênero, fenótipo gengival e sensibilidade dental.

SOUZA <i>et al.</i> , 2016	Estudo clínico	Os 77 alunos avaliados tinham idade entre 19 e 35 anos, sendo 57 do sexo feminino e 20 do sexo masculino. Desses, 57,14% apresentaram pelo menos um dente com recessão gengival. Nenhum universitário apresentava gengivite ou periodontite, mas 6,5% deles eram fumantes e 70,12% tinham passado por tratamento ortodôntico. A maior ocorrência da recessão gengival foi em incisivos inferiores (35,30%). Na correlação entre sexo e número de recessões, verificou-se que os homens tiveram numeração maior. Não houve correlação entre número de recessões e idade dos alunos, e nem correspondência com o fato de terem passado por terapia ortodôntica. Foram observadas 90 recessões na vestibular, correspondendo a 61,65% das faces acometidas, e na lingual foram 56 (38,35%). Dois dentes enquadraram-se na Classe II de Miller e todo o restante na Classe I, com medidas variando entre 1 e 4 mm. As medidas entre 1 e 2 mm foram as mais prevalentes, representando 93,14% do total. Dos 44 indivíduos com recessão gengival, 11 apresentaram hipersensibilidade dentinária (7 leve e 4 moderada) e, exceto um, todos tinham recessão maior que 2 mm. A relação da recessão gengival com hábitos de higiene e parafuncionais não foi investigada.
GÁRCIA- RUBIO <i>et al.</i> , 2016	Estudo clínico	40 pacientes com recessão gengival passaram pelas avaliações no início do estudo e após 6, 12 e 18 meses. Entre esses, 30 eram mulheres e 10 eram homens com faixa etária de 16 a 73 anos. Os parâmetros avaliados foram: idade, sexo, hábito de fumar, presença de doença sistêmica, frequência de escovação dentária, técnica de escovação, dureza das cerdas da escova, uso de fio dental, uso de enxaguante bucal, hábitos parafuncionais existentes e tratamento ortodôntico. Foi observada maior frequência de RG nos seguintes dentes, respectivamente: incisivo central inferior esquerdo, primeiro pré-molar inferior esquerdo e incisivos centrais e laterais inferiores esquerdos. Os parâmetros clínicos estudados não influenciaram no número de dentes com recessão gengival. A quantidade de dentes com recessão gengival foi, em média, 3,30, e a média de dentes com perda de gengiva inserida foi 0,85. Os parâmetros clínicos estudados não influenciaram na perda de gengiva inserida, exceto o hábito de fumar. No início do estudo, 37,5% dos pacientes apresentavam recessões tipo I, e 2,5%, tipo II. 6 meses depois, 35% apresentavam recessões tipo I, 52,5% tipo II e 12,5% tipo III. 12 e 18 meses depois, a gravidade não foi alterada. O grau de gravidade foi determinado pelo índice de placa e pela perda de inserção de 4-6 mm, e os demais parâmetros estudados não influenciaram nesta condição; 6 meses após, o único parâmetro que exerceu esta influência foi o sangramento; 12 e 18 meses após, nenhum parâmetro atuou como influenciador desta questão.
MAROSO <i>et al.</i> , 2015	Estudo transversal	Em uma amostra de 55 indivíduos entre 18 e 35 anos de idade (média de $24,82 \pm 5,17$), 31 eram do sexo feminino e 24 do sexo masculino. Os pacientes avaliados possuíam bom padrão de saúde bucal, média de 29,18 dentes existentes, valores de placa visível, sangramento gengival e sangramento à sondagem de aproximadamente 15 a 20% e 11,5% dos dentes apresentavam perda de inserção. Nos locais em que a espessura gengival foi medida, os valores encontrados foram: profundidade média de sondagem de 1,2 mm, média da recessão gengival de 1,01 mm, espessura gengival de 1 a 1,97 mm, com uma média de 1,40 mm. Foi observado que quanto menor a espessura gengival, maior a recessão gengival.
MARINI <i>et al.</i> , 2004	Estudo clínico	Entre os 380 adultos com mais de 20 anos de idade avaliados, 338 apresentaram recessão gengival, o que corresponde a 89% da amostra. Quase 38% dos dentes avaliados tiveram exposição radicular de 1 mm, e foram observados 6.123 locais com recessão gengival. Com o aumento da idade, houve o aumento do número médio dos dentes acometidos pela recessão gengival. Sujeitos com mais de 50 anos possuíam mais de 60% dos dentes afetados. Os incisivos centrais superiores foram os dentes que mais apresentaram recessão gengival, e em pré-molares inferiores e molares superiores esta alteração também foi encontrada comumente. O comprimento apicocoronal das recessões aumentou conforme a idade. As recessões Classe I de Miller foram as mais prevalentes, seguidas das Classe II. Embora presente em todas as faixas etárias, a Classe I foi menos frequente com o avançar da idade, sendo a Classe IV mais prevalente em pessoas mais velhas.

AROWOJOLU, 2000	Estudo clínico	Dos 491 pacientes, 137 indivíduos (27,9%) apresentaram recessão gengival, com maior prevalência em homens que em mulheres (39% x 15,5%). A recessão gengival foi menos prevalente na faixa etária de 36-65 anos e apresentou pico de maior prevalência na faixa etária de 46-55 anos, estando presente em 86.7% dos homens e 64.7% das mulheres. Essa condição gengival foi observada em 26% das pessoas que escovavam os dentes 1 vez por dia, em 40% que escovavam duas vezes ao dia e em 50% que escovavam 3 vezes ao dia. 88,8% dos dentes desalinhados na faixa etária de 66 anos ou mais tiveram recessão, enquanto na faixa etária entre 16 e 25 anos essa prevalência foi de 25%.
--------------------	----------------	---

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

DISCUSSÃO

Na presente revisão de literatura, os 6 artigos científicos selecionados abordaram sobre parâmetros observados em pacientes que possuíam retração gengival. Dessa forma, foi possível utilizá-los para comparação dos resultados neles demonstrados.

A retração gengival como uma entidade multifatorial tem sido amplamente estudada (Maroso *et al.*, 2015). Silva *et al.*, (2024) observaram que 80% dos acadêmicos com retração gengival haviam sido submetidos a tratamento ortodôntico anteriormente. Em contrapartida, a correspondência entre o uso de aparelho ortodôntico e a alteração da margem gengival em questão nem sempre foi encontrada (Souza *et al.*, 2016; García-rubio *et al.*, 2016).

A respeito dos hábitos de higiene bucal, Arowojolu (2000) verificou em seu estudo que com o aumento da frequência de escovação diária, o número de casos de pessoas com retração gengival também cresceu. Já em casos em que a média de escovação diária foi de 3 vezes e a utilização de escovas com cerdas macias foi prevalente, apenas 18,9% das pessoas apresentaram retração gengival, considerando também outras causalidades (Silva *et al.*, 2024). Comparado a isso, fatores como frequência de escovação dentária, técnica de escovação, dureza das cerdas da escova, uso de fio dental e uso de enxaguante bucal não tiveram influência sob as condições periodontais (García-Rubio *et al.*, 2016).

O índice de placa, a perda de inserção de 4-6 mm e o sangramento gengival colaboraram para a gravidade da retração gengival, tornando-a mais crítica (García-Rubio *et al.*, 2016). Em determinados casos, os pacientes não apresentaram gengivite ou periodontite, sendo outros os agentes causadores da migração apical da margem gengival (Souza *et al.*, 2016).

García-Rubio *et al.*, (2016) observaram que o hábito de fumar acarreta perda de gengiva inserida. Já para Souza *et al.* (2016) não foi possível chegar a uma conclusão devido ao baixo número de fumantes na amostra estudada.

Ao observar o fenótipo periodontal, Maroso *et al.* (2015) demonstraram que quanto menor a espessura gengival, maior a retração gengival. Além disso, Silva *et al.*, (2024) evidenciaram que 66,7% dos casos de retração gengival vistos possuíam biótipo gengival fino, mas não consideraram esta associação como significativa.

Considerando a prevalência da retração gengival, Marini *et al.* (2004) apontaram que 89% das pessoas avaliadas possuíam este problema. Entre essas, a maioria pertencia a grupos de maior faixa etária, tendo de 40 anos em diante. Arowojolu (2000) também relatou maior acometimento em indivíduos de idade mais avançada. Por outro lado, Souza *et al.* (2016) identificaram retração gengival em pelo menos um dente em 57,14% de uma amostra com estudantes entre 19 e 35 anos, indicando a predominância destes casos em jovens.

Arowojolu (2000) e Souza *et al.* (2016) verificaram maior ocorrência e maior número de retrações em homens. Entretanto, esta comparação entre os gêneros feminino e masculino nem sempre apresentou resultados significativos (Silva *et al.*, 2024; García-Rubio *et al.*, 2016).

Com relação aos dentes mais acometidos por esta condição periodontal, não foi possível encontrar um padrão. Isso porque, segundo Silva *et al.*, (2024), os dentes mais afetados foram, respectivamente, segundo pré-molar inferior esquerdo, primeiro pré-molar inferior esquerdo e primeiro pré-molar superior esquerdo. Porém, García-Rubio *et al.*, (2016) registraram maior acometimento primeiramente do incisivo central inferior esquerdo, seguido do primeiro pré-molar inferior esquerdo e depois os incisivos centrais e laterais inferiores esquerdos. Já de acordo com Souza *et al.* (2016), os incisivos inferiores foram os mais atingidos. Além desses, Marini *et al.* (2004) avaliaram em seus experimentos que os incisivos centrais superiores foram os com maior incidência, havendo ocorrência comum em pré-molares inferiores e molares superiores também (Marini *et al.*, 2004). Esta ausência de padronização dos resultados pode ser explicada pelos diferentes tipos de amostras utilizados em cada estudo.

A literatura é unânime em indicar a superfície vestibular dos dentes como o local acometido com maior frequência pelas alterações no tecido gengival marginal (Marini *et al.*, 2004). Na pesquisa de Souza *et al.* (2016), 61,65% dos dentes apresentaram retração na face vestibular.

García-rubio *et al.*, (2016) acompanharam a progressão da retração gengival em pacientes com idade média de 39 anos no início da pesquisa e em 6, 12 e 18 meses. Inicialmente, 37,5% apresentavam recessões do tipo I, e 62,5%, do tipo II. 6 meses depois, 35% apresentavam recessões do tipo I, 52,5% do tipo ii e 12,5% do tipo III. 12 e 18 meses depois, não foram

encontradas novas alterações. Marini *et al.* (2004) observaram que retrações do tipo IV foram mais prevalentes em pessoas mais velhas. Junto a isso, na análise de Souza *et al.* (2016), apenas 2 de 136 dentes foram classificados como tipo II e todo o restante como tipo I. Os autores consideraram que esta é uma característica de uma população jovem, uma vez que se tratava do grupo estudado nesta ocasião. Ademais, foi possível notar uma média de 1 a 2 mm de tamanho da retração em pacientes jovens (Maroso *et al.*, 2015; Souza *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Os estudos selecionados mostraram que os agentes etiológicos mais frequentemente associados à retração gengival são a doença periodontal, o uso de tabaco e o biótipo gengival fino. Além disso, foi possível observar que esse problema periodontal é mais comum na superfície vestibular dos dentes e, embora seja frequentemente observado com o avanço da idade, também tem se mostrado prevalente em pessoas jovens. Com o passar do tempo, as retrações evoluíram e a classificação de Miller aumentou concomitantemente. Em indivíduos jovens, a classe I prevaleceu.

Embora haja controvérsias, pesquisas têm apontado o tratamento ortodôntico e os hábitos de higiene bucal como fatores consideráveis na causa da retração gengival. Não foi possível identificar quais dentes são mais afetados, e ainda há dúvidas a respeito de qual gênero apresenta maior prevalência desses casos. Isso chama a atenção para a necessidade de mais estudos que investiguem esses aspectos.

Uma avaliação odontológica focada na análise dessas características permite que o diagnóstico da retração gengival seja feito de maneira precoce.

REFERÊNCIAS

AROWOJOLU, M. O. Gingival recession at the University College Hospital, Ibadan - prevalence and effect of some aetiological factors. **Afr. J. Med. Med. Sci.**, [S.l.], v. 29, n. 3-4, p. 259 - 263, set./dez. 2000.

BERGLUNDH, T. *et al.* **Lindhe's Clinical Periodontology and Implant Dentistry**. 7. ed. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2022, 3 p.

CAIRO, F. *et al.* The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. **J. Clin. Periodontol.**, Florence, v. 38, p. 661–666, jul. 2011.

- DOMINIAK, M.; GEDRANGE, T. New perspectives in the diagnostic of gingival recession. **Adv. Clin. Exp. Med.**, [S.l.], v. 23, n. 6, p. 857–863, nov./dec. 2014.
- GÁRCIA-RUBIO, A.; BUJALDÓN-DAZA, A. L.; RODRÍGUEZ-ARCHILLA, A. Clinical and periodontal predictive factors of severity in gingival recession (GR). **Gac. Med. Mex.**, [S.l.], v. 152, p. 44-50, 2016.
- MARINI, M. G. *et al.* Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. **J. Appl. Oral Sci.**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 250-5, sep. 2004.
- MAROSO, F. B. *et al.* Correlation between gingival thickness and gingival recession in humans. **Acta Odontol. Latinoam.**, [S.l.], v. 28, n. 2, 2015.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm., Florianópolis**, v. 17, n. 4, p. 758-64, out./ dez. 2008.
- MILLER, P. D. A classification of marginal tissue recession. **Int. J. Periodontics Restorative Dent.**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 8-13, 1985.
- NIEMCZYK, W. *et al.* Etiology of gingival recession – a literature review. **Wiad. Lek.**, [S.l.], v. 77, n. 5, p. 1080-1085, may. 2024.
- ROCHA, J. M.; RAMAZINI, C.; RÖSING, C. K. Analysis of gingival margin esthetic clinical conditions by dental students. **Acta Odontol. Latinoam.**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 279-282, 2011.
- SILVA, A. R. P.; SOUSA, B. G.; HASSUMI, M. Y. Prevalência de recessão gengival e sua correlação com fenótipo gengival em acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade de Gurupi - UnirG. **Rev. Amazônia Sci. Health**, [S.l.], v. 12, n. 3, 2024.
- SILVA, R. N.; BRANDÃO, M. A. G.; FERREIRA, M. A. Integrative review as a method to generate or to test nursing theory. *Nurs. Sci. Q.*, **Baltimore**, v. 33, n. 3, p. 258-263, jul. 2020.
- SILVEIRA, C. A. *et al.* Nova abordagem no tratamento de recessões gengivais associadas à lesão cervical não cariada. **ImplantNewsPerio**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 725-730, jul./ago. 2017.
- SOUZA, L. F. *et al.* Prevalência de recessão gengival em alunos de Odontologia da Unigranrio – RJ – Brasil. **Braz. J. Periodontol.**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 24-28, dez. 2016.
- VITOR, G. P. Recessão Gengival: Uma Revisão Narrativa. **Rev. Bras. Multidiscip.**, [S.l.], v. 22, n. 2, 2019.
- YARED, K. F. G.; ZENOBIO, E. G.; PACHECO, W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. **Rev. Dent. Press. Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 11, p. 45-51, nov./dez. 2006.
- YARED, K. F. G.; ZENOBIO, E. G.; PACHECO, W. Projeção ortodôntica de incisivos inferiores: um risco à recessão periodontal? **Rev. Dent. Press. Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 11, n. 5, p. 35-41, set./out. 2006.