

**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMINAS CURSO DE
ODONTOLOGIA**

CRIZA DIAS SILVA

**ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR DAS RECESSÕES
GENGIVAIS ASSOCIADAS A LESÕES CERVICAIS NÃO
CARIOSAS: CRITÉRIOS PARA INDICAÇÕES DE
TRATAMENTO RESTAURADOR, CIRÚRGICO OU COMBINADO**

Muriaé

2026

CRIZA DIAS SILVA

**ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR DAS RECESSÕES GENGIVAIS
ASSOCIADAS A LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS: CRITÉRIOS PARA
INDICAÇÕES DE TRATAMENTO RESTAURADOR, CIRÚRGICO OU
COMBINADO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Odontologia
da FAMINAS MURIAÉ, como
requisito parcial para obtenção do
título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Quintão
Manhanini Souza.

Muriaé

2026

SILVA, Criza

ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR DAS RECESSÕES
GENGIVAIS ASSOCIADAS A LESÕES CERVICAIS NÃO
CARIOSAS: CRITÉRIOS PARA INDICAÇÕES DE TRATAMENTO
RESTAURADOR, CIRÚRGICO OU COMBINADO / Criza Silva;
Eduardo Quintão (orient.). - Muriaé, MG, 2026.
43p.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Quintão.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) –
Centro Universitário FAMINAS, 2026.

1. Recessão gengival;. 2. Lesões cervicais não cariosas;. 3.
Hipersensibilidade dentinária; . 4. Periodontia; . 5. Dentística
restauradora.. I. QUINTÃO, Eduardo, Prof. Dr., orient. II. Título.

Catálogo da Publicação

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica do Centro Universitário FAMINAS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a). Bibliotecária Cristina de Souza Maia CRB6- 2294

CRIZA DIAS SILVA

**ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR DAS RECESSÕES GENGIVAIS
ASSOCIADAS A LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS: CRITÉRIOS PARA
INDICAÇÕES DE TRATAMENTO RESTAURADOR, CIRÚRGICO OU
COMBINADO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Odontologia
da FAMINAS MURIAÉ, como
requisito parcial para obtenção do
título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Quintão
Manhanini Souza

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Quintão Manhanini Souza
Centro Universitário FAMINAS – Muriaé/MG

Profa. Dra. Alexa Magalhães Dias
UFJF – Campus Governador Valadares/MG

Profa. Dra. Adriana Aparecida Silva da Costa
Centro Universitário FAMINAS – Muriaé/MG

Muriaé, 30 de maio de 2026

AGRADECIMENTOS

A Deus e à espiritualidade, pela força, proteção, sabedoria e amparo ao longo de toda esta jornada. Nos momentos de incerteza e dificuldade, foi a fé que me sustentou e guiou meus passos, permitindo que eu chegasse até aqui com esperança e perseverança. À minha família, expressei minha mais profunda gratidão pelo amor incondicional, apoio constante e incentivo durante toda a trajetória acadêmica. Obrigada por compreenderem os desafios deste caminho, por acreditarem em mim mesmo nos momentos mais difíceis e por serem meu alicerce em cada etapa dessa caminhada. Aos meus amigos, agradeço a companhia, escuta, carinho e apoio sincero. Cada palavra de incentivo, cada gesto de cuidado e cada momento compartilhado tornaram esta trajetória mais leve, significativa e especial. Aos professores, deixo minha sincera gratidão pelos ensinamentos compartilhados, pela dedicação à formação acadêmica e profissional e pela contribuição tão importante para minha construção enquanto estudante e futura profissional. Seus conhecimentos, orientações e incentivo foram fundamentais para meu crescimento pessoal e acadêmico. Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, fizeram parte desta caminhada e contribuíram para a realização deste sonho.

RESUMO

As recessões gengivais e as lesões cervicais não cariosas (LCNC) constituem condições clínicas frequentes na prática odontológica, frequentemente associadas entre si e relacionadas a fatores de etiologia multifatorial. A recessão gengival caracteriza-se pela migração apical da margem gengival, resultando em exposição radicular, enquanto as LCNC correspondem à perda de estrutura dentária na região cervical sem envolvimento de atividade bacteriana. Essas alterações podem provocar comprometimento estético, hipersensibilidade dentinária e prejuízos funcionais, impactando diretamente a qualidade de vida dos pacientes. O presente estudo teve como objetivo analisar, por meio de revisão narrativa da literatura, os principais critérios clínicos relacionados à indicação de tratamentos restauradores, cirúrgicos periodontais ou combinados em casos de recessões gengivais associadas às LCNC. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e Google Scholar, utilizando artigos científicos e livros relacionados ao tema. Os resultados demonstraram que fatores mecânicos, químicos, biomecânicos e comportamentais atuam de forma integrada no desenvolvimento dessas condições, destacando-se a abrasão, erosão, abfração, escovação traumática e hábitos parafuncionais. Observou-se ainda que a escolha da abordagem terapêutica depende de fatores como profundidade da lesão, extensão da recessão gengival, presença de hipersensibilidade dentinária e demanda estética do paciente. Em casos mais complexos, a abordagem combinada entre dentística restauradora e periodontia apresenta resultados clínicos mais favoráveis. Conclui-se que o correto diagnóstico e o planejamento interdisciplinar são fundamentais para o sucesso terapêutico e para a manutenção da saúde periodontal e estética do paciente.

Palavras-chave: recessão gengival; lesões cervicais não cariosas; hipersensibilidade dentinária; periodontia; dentística restauradora.

ABSTRACT

Gingival recessions and non-carious cervical lesions (NCCLs) are common clinical conditions in dental practice, frequently associated with each other and related to multifactorial etiological factors. Gingival recession is characterized by the apical migration of the gingival margin, resulting in root exposure, while NCCLs correspond to the loss of dental structure in the cervical region without bacterial involvement. These alterations may cause esthetic impairment, dentin hypersensitivity, and functional damage, directly affecting patients' quality of life. The present study aimed to analyze, through a narrative literature review, the main clinical criteria related to the indication of restorative, periodontal surgical, or combined treatments in cases of gingival recessions associated with NCCLs. The research was conducted using the PubMed/MEDLINE, SciELO, and Google Scholar databases, including scientific articles and books related to the topic. The results demonstrated that mechanical, chemical, biomechanical, and behavioral factors act together in the development of these conditions, especially abrasion, erosion, abfraction, traumatic toothbrushing, and parafunctional habits. It was also observed that the choice of therapeutic approach depends on factors such as lesion depth, extent of gingival recession, presence of dentin hypersensitivity, and the patient's esthetic demands. In more complex cases, the combined approach involving restorative dentistry and periodontics showed more favorable clinical outcomes. It is concluded that proper diagnosis and interdisciplinary treatment planning are essential for therapeutic success and for maintaining the patient's periodontal health and esthetics.

Keywords: gingival recession; non-carious cervical lesions; dentin hypersensitivity; periodontics; restorative dentistry.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

LCNC - Lesões Cervicais Não Cariosas

NCCLs - Non-Carious Cervical Lesions

ETCS - Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial

CDD - Classificação Decimal de Dewey

PubMed - Public Medical Literature Analysis and Retrieval System

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

SciELO - Scientific Electronic Library Online

MMP - Matrix Metalloproteinase (Metaloproteinase da Matriz)

RG – Recessão Gengival

Prof.- Professor

Dr. – Doutor(a)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estratégia de busca e de seleção de estudo.....	15
Figura 2 – Classificação das recessões gengivais segundo Miller (1985)	17
Figura 3 – Classificação das recessões gengivais segundo Cairo (2011)	19
Figura 4 – Esquema ilustrativo da abrasão, erosão e abfração.....	23
Figura 5 – Aspecto inicial da recessão gengival (RG) e das lesões cervicais não cariosas (LCNC), com ênfase na região superior.....	34
Figura 6 – Mensuração da recessão gengival (RG) e restauração das lesões cervicais não cariosas (LCNC) com resina composta.....	35
Figura 7 – Procedimento cirúrgico periodontal para recobrimento radicular...	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 Recessão Gengival	16
4.2 Lesões Cervicais Não Cariosas (LCNC)	19
4.2.1 Abrasão	22
4.2.2 Erosão	22
4.2.3 Abfração	22
4.3 Associação entre Recessão Gengival e Lesões Cervicais Não Cariosas	24
4.3.1 Relação Com Fatores Oclusais e Comportamentais	24
4.3.2 Implicações Clínica	27
4.4 Fatores Biomecânicos E Multifatoriais	28
4.5 Perda De Suporte Cervical E Exposição Radicular	29
4.6 Hipersensibilidade Dentinária	30
4.7 Abordagens Terapêuticas	31
5 DISCUSSÃO	37
6 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

As recessões gengivais são caracterizadas pela migração apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte, resultando na exposição da superfície radicular. Trata-se de uma condição clínica frequente na prática odontológica, podendo acometer indivíduos de diferentes faixas etárias, com maior prevalência em adultos e idosos. Essa condição pode ocasionar comprometimentos estéticos, hipersensibilidade dentinária e maior suscetibilidade ao desenvolvimento de lesões cervicais, impactando diretamente a qualidade de vida dos pacientes (PINI-PRATO *et al.*, 2011; CAIRO *et al.*, 2011).

Paralelamente, as Lesões Cervicais Não Cariosas (LCNC) configuram-se como perdas de estrutura dentária na região cervical não associadas à atividade bacteriana. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo processos como abrasão, erosão e abfração, frequentemente relacionados a hábitos parafuncionais, técnicas inadequadas de escovação e fatores oclusais. A interação desses fatores contribui para a progressão das lesões e pode agravar o quadro clínico quando associadas às recessões gengivais (GRIPPO *et al.*, 2012; LITONJUA *et al.*, 2003).

A associação entre recessões gengivais e LCNC tem sido amplamente discutida na literatura, especialmente no que se refere à teoria da abfração, segundo a qual tensões biomecânicas geradas por forças oclusais podem promover concentração de estresse na região cervical do dente, favorecendo a perda estrutural. Além disso, a exposição radicular decorrente da recessão gengival pode facilitar o desenvolvimento ou agravamento dessas lesões, estabelecendo uma relação bidirecional entre ambas as condições (LEE; EAKLE, 1984; ZUCHELLI; MOUNSSIF, 2015).

Outro aspecto relevante está relacionado à hipersensibilidade dentinária, frequentemente associada tanto às recessões gengivais quanto às LCNC. A teoria hidrodinâmica proposta por Brännström explica esse fenômeno por meio da movimentação de fluidos nos túbulos dentinários expostos, desencadeando estímulos dolorosos frente a agentes térmicos, químicos ou táteis (BRÄNNSTRÖM, 1966).

Diante desse contexto, o manejo clínico dessas condições torna-se desafiador, exigindo uma abordagem interdisciplinar que envolva conhecimentos da Dentística e da Periodontia. As opções terapêuticas incluem tratamentos restauradores, procedimentos cirúrgicos periodontais ou a associação de ambos, sendo a escolha dependente de fatores como profundidade da lesão, extensão da recessão, demanda estética, presença de hipersensibilidade e características do biotipo gengival (ZUCCHELLI *et al.*, 2011; SANTAMARIA *et al.*, 2009).

Dessa forma, torna-se fundamental compreender os critérios que orientam a tomada de decisão clínica, a fim de estabelecer um plano de tratamento adequado e individualizado. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar, à luz da literatura científica, os principais critérios para indicação de abordagens restauradoras, cirúrgicas ou combinadas no tratamento das recessões gengivais associadas às LCNC.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar, com base na literatura científica, os critérios clínicos que orientam a indicação de tratamentos restauradores, cirúrgicos periodontais ou combinados em casos de recessões gengivais associadas às LCNC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais fatores etiológicos envolvidos no desenvolvimento das recessões gengivais e das LCNC;
- Descrever as características clínicas e os métodos de diagnóstico dessas condições;
- Avaliar a relação entre recessões gengivais e LCNC, considerando aspectos biomecânicos e funcionais;
- Analisar as diferentes abordagens terapêuticas disponíveis, incluindo tratamentos restauradores e cirúrgicos periodontais;
- Comparar as indicações, vantagens e limitações de cada abordagem terapêutica;
- Investigar os critérios clínicos que orientam a escolha entre tratamento restaurador, cirúrgico ou combinado;
- Discutir a importância da abordagem interdisciplinar no planejamento e execução do tratamento.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão de literatura, de natureza descritiva, desenvolvida com o objetivo de analisar os critérios clínicos relacionados à indicação de tratamentos restauradores, cirúrgicos periodontais ou combinados em casos de recessões gengivais associadas às LCNC.

A escolha da revisão narrativa justifica-se pela necessidade de reunir e discutir informações científicas provenientes de diferentes áreas da Odontologia, especialmente periodontia e dentística restauradora, permitindo uma análise ampla sobre etiologia, diagnóstico e abordagens terapêuticas dessas condições clínicas.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e Google Scholar, por meio da seleção de artigos científicos, livros e publicações relevantes relacionados ao tema. Foram utilizados os seguintes descritores em língua inglesa, isolados e combinados pelos operadores booleanos AND e OR: gingival recession, non-carious cervical lesions, abfraction, tooth abrasion, dental erosion, restorative treatment, periodontal surgery e combined treatment. Em português foram utilizadas as seguintes palavras combinadas E e OU: Recessão gengival; Lesões cervicais não cariosas; Abfração; Abrasão dentária; Erosão dentária; Tratamento restaurador; Cirurgia periodontal; Tratamento combinado.

Foram incluídos artigos publicados nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra, sem delimitação rigorosa de período de publicação, considerando a relevância de estudos clássicos e contemporâneos para a fundamentação teórica do trabalho. Também foram incluídas revisões de literatura, ensaios clínicos, estudos observacionais e livros acadêmicos relacionados ao tema proposto.

Foram excluídos artigos duplicados, publicações sem acesso ao texto completo, estudos sem relação direta com o objetivo da pesquisa e trabalhos com metodologia insuficientemente descrita.

Após a seleção do material bibliográfico, realizou-se leitura exploratória e análise descritiva das informações obtidas, organizando os dados de acordo com os principais tópicos abordados no estudo, incluindo recessões gengivais,

LCNC, fatores biomecânicos, hipersensibilidade dentinária e abordagens terapêuticas.

A análise das informações teve como finalidade identificar os principais critérios clínicos utilizados na tomada de decisão terapêutica, enfatizando a importância da abordagem interdisciplinar no planejamento e na execução do tratamento das recessões gengivais associadas às LCNC.

Ao final do processo de seleção, foram incluídas 24 publicações entre artigos científicos e 3 livros, consideradas relevantes para a fundamentação teórica do presente estudo. A seleção contemplou estudos clássicos e evidências científicas contemporâneas sobre recessões gengivais, LCNC e suas abordagens terapêuticas, permitindo uma análise abrangente do tema proposto.

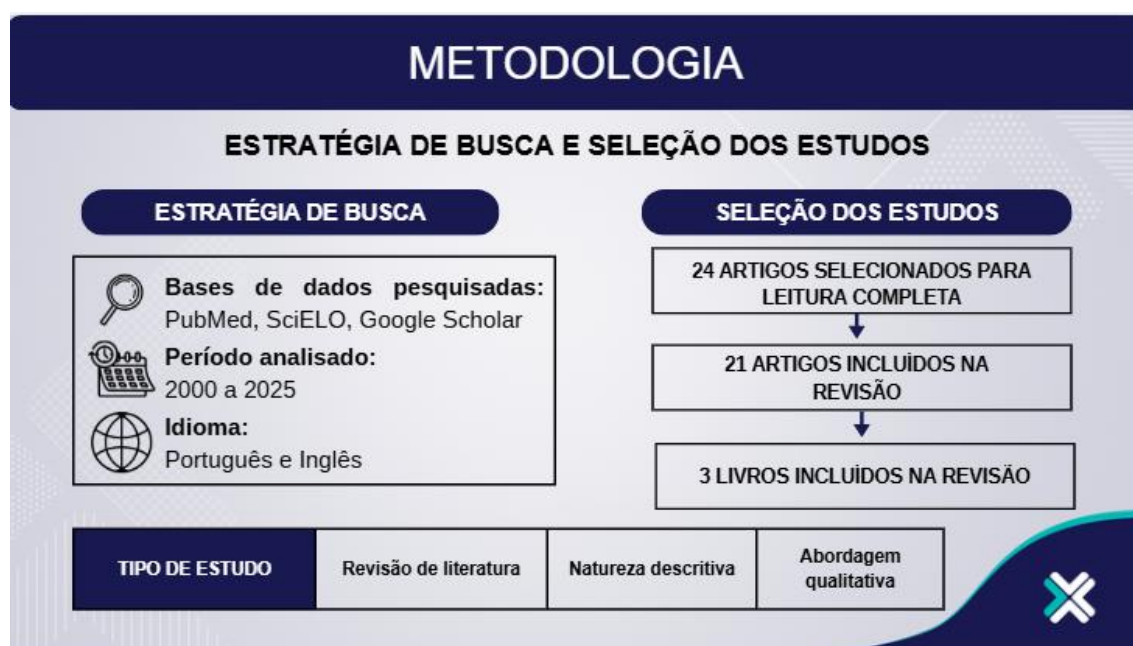


Figura 1- Elaborado pela autora 2026.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 RECESSÃO GENGIVAL

A recessão gengival é caracterizada pelo deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte, resultando na exposição da superfície radicular. Essa condição pode acometer dentes isolados ou múltiplos elementos dentários, sendo um achado clínico frequente na prática odontológica. Além do impacto estético, especialmente em regiões anteriores, a recessão gengival está frequentemente associada à hipersensibilidade dentinária, maior suscetibilidade ao desenvolvimento de LCNCs e dificuldade na manutenção da higiene oral, repercutindo negativamente na saúde bucal e na qualidade de vida dos pacientes (PINI-PRATO *et al.*, 2011).

Além disso, a presença de recessão gengival aumenta o risco de desenvolvimento de LCNC, em razão da maior vulnerabilidade da dentina exposta aos processos de abrasão, erosão e abfração. A exposição radicular também favorece o desenvolvimento de cárie radicular, uma vez que o cimento e a dentina apresentam menor grau de mineralização quando comparados ao esmalte, tornando-se mais suscetíveis à desmineralização e à ação do biofilme bacteriano. Adicionalmente, a alteração do contorno gengival pode dificultar a higienização adequada, favorecendo o acúmulo de biofilme dental e contribuindo tanto para a progressão das doenças periodontais quanto para o aumento do risco de cárie radicular (GRIPPO *et al.*, 2012; LITONJUA *et al.*, 2003; FEJERSKOV; NYVAD; KIDD, 2015)

A classificação mais amplamente utilizada para as recessões gengivais é a proposta por Miller (1985), que categoriza os defeitos em quatro classes, de acordo com a extensão da recessão e a presença de perda de tecido interproximal (**Figura 2**):

- **Classe I:** recessão que não atinge a linha mucogengival, sem perda de tecido interproximal;
- **Classe II:** recessão que ultrapassa a linha mucogengival, também sem perda interproximal;
- **Classe III:** recessão associada à perda parcial de tecido interproximal e/ou desalinhamento dentário;

- **Classe IV:** recessão severa com perda extensa de tecido interproximal.

Figura 2 - Classificação das recessões gengivais segundo Miller (1985).

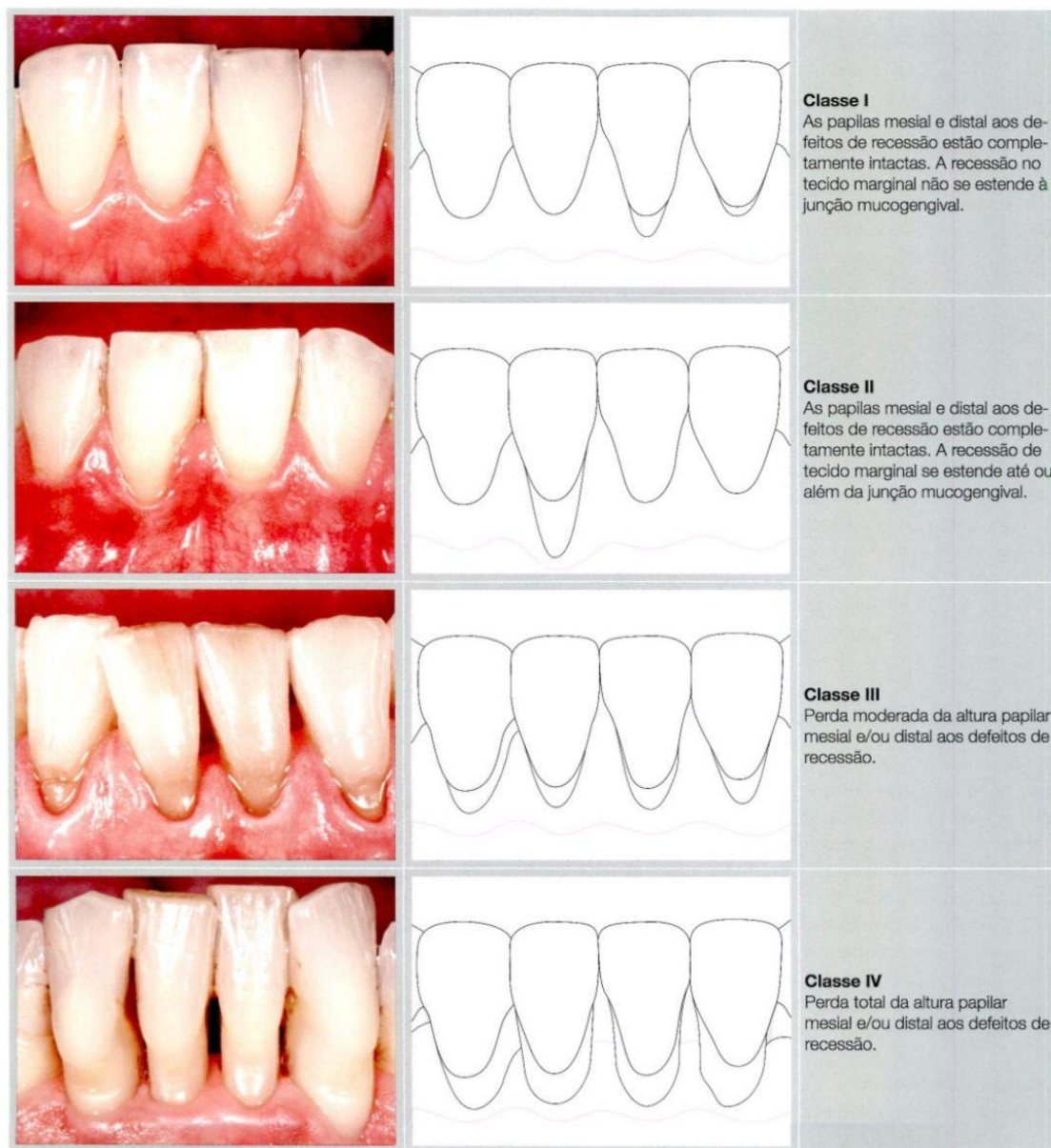


Figura 2 - Adaptado de Zuhr e Hürzeler (2012)

A **Figura 2** ilustra esquematicamente a classificação de Miller, evidenciando a relação entre a extensão da recessão gengival e a perda de tecido interproximal, fator determinante para o prognóstico do recobrimento radicular.

Essa classificação possui grande relevância clínica, uma vez que está diretamente relacionada à previsibilidade do recobrimento radicular, sendo os melhores prognósticos observados nas classes I e II. Já as classes III e IV apresentam limitações terapêuticas devido à perda de suporte periodontal interproximal (MILLER, 1985; CAIRO *et al.*, 2011).

A despeito da ampla utilização da classificação proposta por Miller (1985), atualmente a classificação de Cairo *et al.* (2011) vem sendo amplamente empregada por apresentar critérios baseados na perda de inserção clínica interproximal, tornando a avaliação mais objetiva e reprodutível. Nesse sistema, as recessões gengivais são classificadas em três categorias:

- **Recession Type 1 (RT1)**, caracterizada pela ausência de perda de inserção interproximal, permitindo elevada previsibilidade de recobrimento radicular;
- **Recession Type 2 (RT2)**, em que a perda de inserção interproximal é menor ou igual à perda de inserção na face vestibular;
- **Recession Type 3 (RT3)**, quando a perda de inserção interproximal é maior que a perda vestibular, indicando prognóstico menos favorável para o recobrimento radicular.

Essa classificação tem sido amplamente adotada na Periodontia contemporânea por favorecer o planejamento terapêutico e a estimativa do prognóstico clínico (CAIRO *et al.*, 2011).

Figura 3 - Classificação das recessões gengivais segundo Cairo (2011).

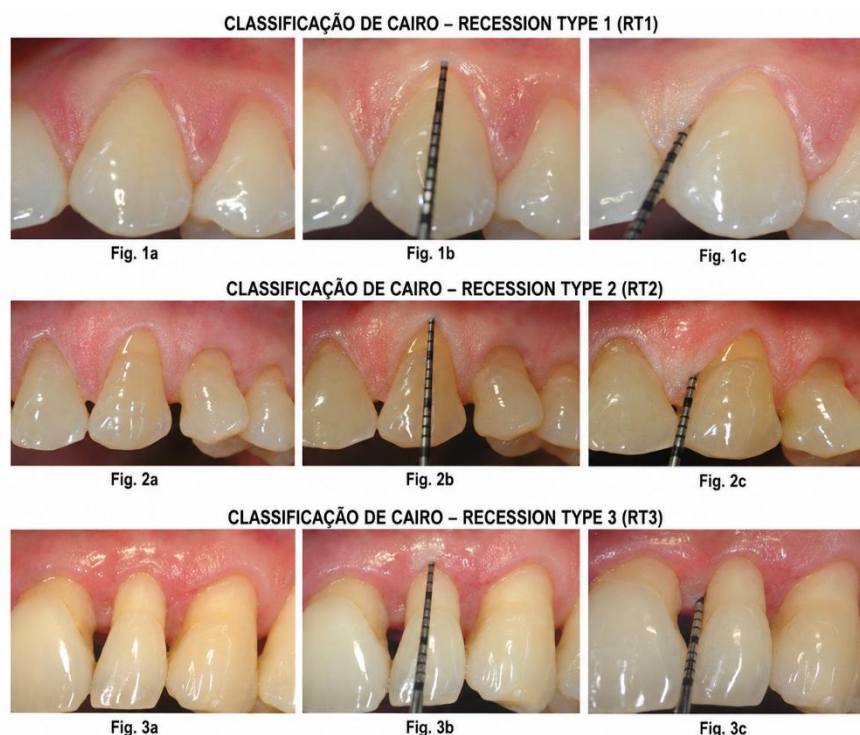


Figura 3 - Classificação das recessões gengivais segundo Cairo (2011).

Fonte: Adaptado de Cairo et al. (2011).

A **Figura 3** apresenta a classificação das recessões gengivais proposta por Cairo *et al.* (2011), atualmente amplamente utilizada na Periodontia por basear-se no nível de inserção clínica interproximal e por fornecer maior previsibilidade quanto aos resultados do recobrimento radicular. Nessa classificação, as recessões são divididas em três categorias: **RT1**, caracterizada pela ausência de perda de inserção clínica interproximal, apresentando elevado potencial para recobrimento radicular completo; **RT2**, em que a perda de inserção clínica interproximal é menor ou igual à perda de inserção na superfície vestibular, indicando prognóstico intermediário; e **RT3**, definida pela perda de inserção clínica interproximal maior que a perda de inserção vestibular, condição associada à menor previsibilidade de recobrimento radicular devido ao comprometimento dos tecidos de suporte. Essa classificação representa um importante avanço em relação aos sistemas anteriores, por utilizar critérios periodontais objetivos e auxiliar de forma mais precisa no diagnóstico, no

planejamento terapêutico e na estimativa do prognóstico clínico (CAIRO *et al.*, 2011).

A etiologia da recessão gengival é multifatorial, envolvendo a interação entre fatores mecânicos, inflamatórios e anatômicos. Entre os principais fatores etiológicos destacam-se a escovação traumática, caracterizada pelo uso excessivo de força ou técnica inadequada; a doença periodontal, que promove perda de inserção decorrente de inflamação crônica; e o fenótipo gengival fino, que apresenta maior suscetibilidade à retração tecidual. Além disso, a posição dentária inadequada, especialmente em dentes vestibularizados, pode predispor à ocorrência de deiscência óssea e consequente recessão gengival.

Fatores iatrogênicos também exercem influência significativa, incluindo restaurações cervicais mal adaptadas e movimentações ortodônticas realizadas fora dos limites do envelope ósseo. O trauma oclusal, embora não seja considerado um fator etiológico primário, pode atuar como coadjuvante na progressão da condição. A interação entre esses fatores frequentemente dificulta a identificação de uma causa isolada, reforçando o caráter multifatorial da recessão gengival (ZUCHELLI; MOUNSSIF, 2015).

Além dos fatores etiológicos diretos, existem condições predisponentes que aumentam a suscetibilidade ao desenvolvimento da recessão gengival, como inserção alta de freios e bridas, profundidade reduzida de vestibulo, acúmulo de biofilme dental, higiene oral deficiente e alterações relacionadas ao envelhecimento. Esses fatores devem ser cuidadosamente avaliados durante o exame clínico, uma vez que influenciam tanto a progressão da recessão quanto o prognóstico do tratamento (KASSAB; COHEN, 2003).

As recessões gengivais apresentam diversas repercussões clínicas relevantes. O comprometimento estético constitui, frequentemente, a principal queixa dos pacientes, sobretudo quando há envolvimento de dentes anteriores. A exposição da superfície radicular está diretamente associada à hipersensibilidade dentinária, resultante da exposição dos túbulos dentinários ao meio bucal (BRÄNNSTRÖM, 1966; PINI-PRATO *et al.*, 2011).

Além disso, a presença de recessão gengival aumenta o risco de desenvolvimento de LCNC, em razão da maior vulnerabilidade da dentina exposta aos processos de abrasão, erosão e abfração. A alteração do contorno gengival também pode dificultar a higienização adequada, favorecendo o

acúmulo de biofilme dental e contribuindo para a progressão das doenças periodontais (GRIPPO *et al.*, 2012; LITONJUA *et al.*, 2003).

Diante dessas implicações, o diagnóstico precoce e o planejamento terapêutico individualizado tornam-se fundamentais, frequentemente exigindo uma abordagem interdisciplinar envolvendo a Periodontia e a Dentística Restauradora (ZUCCHELLI *et al.*, 2011; SANTAMARIA *et al.*, 2009).

As abordagens contemporâneas em cirurgia plástica periodontal demonstram que a previsibilidade do recobrimento radicular está diretamente relacionada a fatores como o fenótipo gengival, a quantidade de tecido queratinizado e a técnica cirúrgica empregada. Nesse contexto, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado ao retalho coronariamente avançado é amplamente descrito na literatura como padrão-ouro para o tratamento das recessões gengivais, apresentando elevados índices de sucesso clínico e estabilidade dos resultados a longo prazo (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002; ZUHR; HÜRZELER, 2013; LINDHE; LANG, 2018).

4.2 LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS (LCNC)

As LCNC caracterizam-se pela perda de estrutura dentária na região cervical, próxima à junção cimento-esmalte, sem envolvimento de atividade bacteriana. Essas lesões possuem etiologia multifatorial, relacionada à interação entre fatores mecânicos, químicos e biomecânicos, podendo acometer esmalte e dentina (GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

Clinicamente, as LCNC apresentam-se como defeitos cervicais de diferentes formas e profundidades, frequentemente associados à hipersensibilidade dentinária, comprometimento estético e dificuldade de higienização. Sua progressão geralmente ocorre de forma lenta e está diretamente relacionada à persistência dos fatores etiológicos envolvidos (LITONJUA *et al.*, 2003).

O diagnóstico das LCNC deve ser realizado por meio de exame clínico detalhado e anamnese criteriosa, considerando aspectos como morfologia da lesão, profundidade, localização, presença de hipersensibilidade e hábitos do paciente. A identificação dos fatores etiológicos é fundamental para o planejamento terapêutico adequado (ZUCCHELLI; MOUNSSIF, 2015).

4.2.1 Abrasão

A abrasão corresponde ao desgaste mecânico da estrutura dentária provocado por agentes externos, sendo a escovação traumática um dos principais fatores associados. O uso de escovas com cerdas duras, aplicação excessiva de força durante a higiene oral e dentifrícios abrasivos contribuem para o desenvolvimento dessas lesões.

Clinicamente, as lesões por abrasão apresentam superfícies lisas e polidas, geralmente localizadas na face vestibular dos dentes, especialmente na região cervical (GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

4.2.2 Erosão

A erosão consiste na perda química da estrutura dentária causada por ácidos não bacterianos. Esses ácidos podem ter origem extrínseca, relacionada ao consumo frequente de alimentos e bebidas ácidas, ou intrínseca, associada a condições como refluxo gastroesofágico e vômitos recorrentes.

As lesões erosivas caracterizam-se por superfícies lisas, brilhantes e arredondadas, frequentemente associadas à hipersensibilidade dentinária devido à exposição da dentina (LITONJUA *et al.*, 2003).

4.2.3 Abfração

A abfração refere-se à perda de estrutura dentária associada à concentração de tensões biomecânicas na região cervical dos dentes. Segundo Lee e Eakle (1984), forças oclusais excêntricas podem provocar microfraturas no esmalte e na dentina cervical, favorecendo o surgimento de lesões em formato de cunha.

Embora a teoria da abfração seja amplamente discutida, atualmente considera-se que os fatores oclusais atuam em conjunto com abrasão e erosão no desenvolvimento das LCNC (GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).



Figura 4 - Elaborado por IA (NotebookLM), com base em Grippo, Simring & Coleman (2012).

As LCNC podem provocar diversas repercussões clínicas, como hipersensibilidade dentinária, comprometimento estético e progressão da perda estrutural dentária. Além disso, alterações morfológicas cervicais podem favorecer o acúmulo de biofilme e dificultar a higienização adequada.

Quando associadas às recessões gengivais, essas lesões tornam-se mais complexas, podendo exigir abordagem interdisciplinar envolvendo dentística restauradora e periodontia. Dessa forma, o correto diagnóstico e o controle dos fatores etiológicos são fundamentais para garantir estabilidade clínica e melhores resultados terapêuticos.

4.3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico das LCNC deve ser fundamentado em um exame clínico minucioso, associado a uma anamnese detalhada, permitindo a identificação dos fatores etiológicos e das características individuais de cada caso. A avaliação clínica deve contemplar aspectos morfológicos da lesão, como forma, profundidade e extensão, além da localização, com predomínio nas faces vestibulares dos dentes (GRIPPO *et al.*, 2012).

Além dos hábitos alimentares e de higiene oral, a anamnese deve contemplar a investigação de condições sistêmicas e comportamentais capazes de favorecer a perda química da estrutura dentária. Distúrbios alimentares, como

a bulimia nervosa, e condições gastrointestinais, especialmente a doença do refluxo gastroesofágico, promovem a exposição recorrente dos dentes ao ácido gástrico, favorecendo o desenvolvimento e a progressão das LCNC por erosão intrínseca (LUSSI; CARVALHO, 2014; SCHLUETER; LUSSI, 2020). Episódios de refluxo e vômitos também podem estar associados ao uso de agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1), popularmente conhecidos como "canetas emagrecedoras", em razão dos efeitos adversos gastrointestinais observados em alguns pacientes, o que reforça a importância da investigação do histórico medicamentoso durante a anamnese. Além disso, disfunções das glândulas salivares, com consequente redução do fluxo salivar, comprometem a capacidade tampão e remineralizadora da saliva, aumentando a suscetibilidade ao desgaste erosivo (LUSSI; CARVALHO, 2014). O uso contínuo de medicamentos com formulações ácidas, bem como o consumo de drogas ilícitas que promovem xerostomia, alterações do pH bucal ou episódios frequentes de vômito, também deve ser investigado, pois esses fatores podem contribuir para a etiologia multifatorial das LCNC e influenciar diretamente o planejamento terapêutico (SCHLUETER; LUSSI, 2020; LUSSI; CARVALHO, 2014).

A presença de hipersensibilidade dentinária deve ser investigada por meio de estímulos clínicos, uma vez que constitui um achado frequente e relevante na definição da conduta terapêutica. Adicionalmente, a análise dos hábitos do paciente, incluindo técnicas de higiene oral, tipo de escova e dentífrício utilizados, bem como a frequência de consumo de alimentos e bebidas ácidas, é essencial para a compreensão da etiologia das lesões (BRÄNNSTRÖM, 1966; LITONJUA *et al.*, 2003).

A investigação de hábitos parafuncionais, como bruxismo e apertamento dentário, também deve ser realizada, uma vez que esses fatores estão diretamente relacionados à concentração de tensões na região cervical. Da mesma forma, a avaliação das condições oclusais, incluindo a presença de interferências e contatos prematuros, é fundamental para identificar possíveis contribuições do estresse mecânico na gênese das LCNC (LEE; EAKLE, 1984; GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

O diagnóstico diferencial entre abrasão, biocorrosão (erosão) e abfração constitui etapa importante para o planejamento terapêutico. Entretanto, a

literatura demonstra que, na prática clínica, a coexistência desses mecanismos é frequente, reforçando o caráter multifatorial das LCNC. Dessa forma, o diagnóstico deve ser baseado na integração de múltiplos parâmetros clínicos, e não na atribuição isolada a um único fator etiológico (LITONJUA *et al.*, 2003; GRIPPO *et al.*, 2012).

Além disso, a associação com recessões gengivais deve ser cuidadosamente avaliada, considerando o fenótipo gengival, o nível de inserção clínica e a estabilidade dos tecidos periodontais. Essa análise integrada é fundamental para a definição de uma abordagem terapêutica adequada, especialmente em casos que demandam intervenção interdisciplinar (ZUCCHELLI; MOUNSSIF, 2015).

A complexidade e a natureza multifatorial podem ser observadas em diversos casos clínicos, nos quais há associação entre estresse oclusal, abrasão e biocorrosão. Dessa forma, torna-se inadequado atribuir a etiologia das LCNC a um único fator, sendo fundamental compreender sua natureza multifatorial para o correto diagnóstico e planejamento terapêutico (GRIPPO *et al.*, 2012; LITONJUA *et al.*, 2003).

4.3.1 Relação Com Fatores Oclusais E Comportamentais

Os fatores oclusais exercem papel significativo na etiologia e progressão das LCNC, especialmente quando associados a uma distribuição inadequada das forças mastigatórias. Interferências oclusais, contatos prematuros e padrões de carga não axiais podem gerar concentração de tensões na região cervical dos dentes, promovendo deformações estruturais e contribuindo para a perda progressiva de tecido dentário (LEE; EAKLE, 1984; GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

Sob o ponto de vista biomecânico, essas forças podem atuar de forma repetitiva, caracterizando estresse estático e cíclico (fadiga), o que favorece a ocorrência de microfraturas no esmalte e na dentina cervical, fenômeno descrito como abfração. Entretanto, a literatura destaca que tais fatores raramente atuam de forma isolada, sendo mais apropriado compreendê-los dentro de um modelo

multifatorial, no qual interagem com agentes abrasivos e químicos (LITONJUA *et al.*, 2003; GRIPPO, 2012).

Os hábitos parafuncionais, como o bruxismo e o apertamento dentário, intensificam a magnitude e a frequência dessas forças, aumentando o risco de desenvolvimento e progressão das LCNC. Esses comportamentos promovem sobrecarga funcional contínua, potencializando os efeitos deletérios do estresse mecânico sobre a estrutura dental.

Paralelamente, fatores comportamentais relacionados ao estilo de vida desempenham papel fundamental nesse processo. A ingestão frequente de alimentos e bebidas ácidas contribui para a desmineralização dos tecidos dentários, tornando-os mais suscetíveis ao desgaste mecânico. Da mesma forma, técnicas inadequadas de escovação, especialmente quando associadas ao uso de dentífrícios abrasivos, podem intensificar a perda de estrutura dentária por meio da abrasão.

A interação entre fatores oclusais e comportamentais evidencia o caráter multifatorial das LCNC, no qual diferentes mecanismos atuam de forma sinérgica. Nesse contexto, a compreensão integrada desses fatores é essencial para o diagnóstico preciso e para o planejamento de abordagens terapêuticas eficazes, que devem incluir não apenas o tratamento das lesões, mas também a modificação dos hábitos e o controle dos fatores etiológicos envolvidos (GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

4.3.2 Implicações Clínicas

As LCNC apresentam diversas repercussões clínicas que podem comprometer tanto a saúde bucal quanto a qualidade de vida do paciente. Uma das manifestações mais frequentes associadas a essas lesões é a hipersensibilidade dentinária, decorrente da exposição da dentina na região cervical. Esse fenômeno está relacionado à teoria hidrodinâmica proposta por Brännström, segundo a qual estímulos térmicos, químicos ou mecânicos promovem movimentação do fluido nos túbulos dentinários, desencadeando resposta dolorosa (BRÄNNSTRÖM, 1966).

Além da sintomatologia dolorosa, as LCNC podem provocar comprometimento estético significativo, principalmente quando acometem dentes anteriores. A presença de defeitos cervicais associados à exposição radicular pode alterar a harmonia do sorriso e impactar negativamente a percepção estética e a autoestima do paciente, tornando-se frequentemente motivo de procura por tratamento odontológico.

A morfologia dessas lesões também pode favorecer o acúmulo de biofilme dental, especialmente em casos em que apresentam margens irregulares ou cavitações mais profundas. Essa condição pode dificultar a higienização adequada e contribuir para alterações inflamatórias no tecido gengival adjacente, favorecendo a progressão de recessões gengivais e comprometendo a estabilidade periodontal (KASSAB; COHEN, 2003).

Outro aspecto clínico relevante refere-se à progressão da perda estrutural do dente. Quando não diagnosticadas e controladas precocemente, as LCNC podem evoluir, aumentando em profundidade e extensão, o que pode comprometer a resistência mecânica do dente e dificultar futuras intervenções restauradoras. Estudos clínicos demonstram que a abordagem restauradora adequada pode contribuir para a proteção da estrutura dentária remanescente e para o controle da sensibilidade dentinária (PERDIGÃO *et al.*, 2012; LOGUERCIO *et al.*, 2019).

A situação torna-se ainda mais complexa quando as LCNC estão associadas às recessões gengivais. Nesses casos, ocorre simultaneamente a perda de tecido dentário e de tecido periodontal, resultando em alterações funcionais, estéticas e biológicas. Essa associação representa um desafio clínico significativo, uma vez que a presença da lesão cervical pode dificultar a adaptação do tecido gengival e comprometer os resultados de procedimentos de recobrimento radicular.

Diante desse cenário, a literatura atual recomenda uma abordagem interdisciplinar para o manejo dessas condições, integrando procedimentos restauradores e periodontais conforme as características clínicas de cada caso. Em determinadas situações, o tratamento restaurador isolado pode ser suficiente para restabelecer a morfologia cervical e controlar a sensibilidade. Em outros casos, procedimentos de cirurgia plástica periodontal podem ser indicados para recobrimento radicular e melhora estética. Já em situações mais complexas, a

associação entre restauração cervical e cirurgia periodontal tem demonstrado resultados clínicos favoráveis na restauração da função, da estética e da saúde dos tecidos envolvidos (SANTAMARIA *et al.*, 2009; ZUCHELLI; MOUNSSIF, 2015; ZUHR; HÜRZELER, 2012).

Dessa forma, o correto diagnóstico das LCNC e a identificação dos fatores etiológicos envolvidos são fundamentais para a definição da estratégia terapêutica mais adequada, permitindo uma abordagem individualizada e baseada em evidências científicas.

4.4 FATORES BIOMECÂNICOS E MULTIFATORIAIS

A associação entre recessões gengivais e LCNC é considerada um processo de etiologia multifatorial, resultante da interação entre fatores mecânicos, químicos, biológicos e comportamentais. A literatura demonstra que essas condições frequentemente coexistem, especialmente em pacientes adultos, indicando uma relação complexa entre os diferentes mecanismos envolvidos no desgaste cervical e na exposição radicular (LITONJUA *et al.*, 2003; GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

Os fatores biomecânicos desempenham importante papel nesse processo, principalmente devido à ação das forças oclusais sobre a região cervical dos dentes. Segundo a teoria da abfração proposta por Lee e Eakle (1984), forças excêntricas e não axiais promovem concentração de tensões na região cervical, favorecendo microfraturas no esmalte e na dentina. Esse processo pode contribuir para o desenvolvimento das lesões cervicais, especialmente quando associado a hábitos parafuncionais, como bruxismo e apertamento dentário.

Entretanto, evidências científicas atuais indicam que os fatores oclusais isoladamente não são suficientes para explicar o surgimento das LCNC. A ação conjunta de abrasão, erosão e estresse biomecânico potencializa a degradação estrutural da região cervical, caracterizando o caráter multifatorial dessas lesões (GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

Além dos fatores biomecânicos, hábitos comportamentais exercem influência significativa na progressão das lesões. Técnicas inadequadas de

escovação, uso excessivo de força durante a higiene oral e consumo frequente de alimentos e bebidas ácidas favorecem o desgaste da estrutura dentária e aumentam a susceptibilidade à exposição dentinária. Paralelamente, o fenótipo gengival fino e a presença de biofilme podem contribuir para o desenvolvimento e progressão das recessões gengivais (KASSAB; COHEN, 2003).

A recessão gengival promove exposição da superfície radicular, tornando cemento e dentina mais vulneráveis à ação de agentes mecânicos e químicos. Em contrapartida, a presença de LCNC pode alterar a morfologia cervical do dente, dificultando a adaptação do tecido gengival e favorecendo a progressão da recessão. Dessa forma, estabelece-se uma relação bidirecional entre essas condições, na qual ambas tendem a se agravar mutuamente ao longo do tempo.

Diante desse contexto, torna-se fundamental compreender a interação entre os diferentes fatores etiológicos envolvidos, uma vez que o correto diagnóstico e o controle desses agentes são essenciais para o planejamento terapêutico adequado. A abordagem clínica deve ser individualizada e direcionada não apenas ao tratamento das lesões já estabelecidas, mas também à eliminação ou redução dos fatores responsáveis pela sua progressão.

4.5 PERDA DE SUPORTE CERVICAL E EXPOSIÇÃO RADICULAR

A recessão gengival caracteriza-se pelo deslocamento apical da margem gengival, resultando na exposição da superfície radicular. Diferentemente do esmalte, o cemento e a dentina radicular apresentam menor grau de mineralização e maior susceptibilidade à degradação mecânica e química, o que favorece o desenvolvimento de LCNC nessa região (KASSAB; COHEN, 2003).

A exposição radicular aumenta significativamente a vulnerabilidade aos agentes abrasivos, como a escovação traumática, e aos agentes químicos, como ácidos provenientes da dieta ou de origem endógena. Além disso, a redução da espessura e da qualidade do tecido gengival pode comprometer a capacidade de proteção e adaptação da margem gengival frente a essas agressões.

Em contrapartida, a presença de LCNC pode interferir na morfologia cervical do dente, dificultando a adaptação do tecido gengival e comprometendo a estabilidade da margem gengival. Alterações na topografia radicular podem

favorecer o acúmulo de biofilme e dificultar a higienização, contribuindo indiretamente para a progressão da recessão. Dessa forma, estabelece-se uma relação bidirecional entre recessão gengival e LCNC, na qual ambas as condições se influenciam mutuamente e tendem a se agravar ao longo do tempo.

4.6 HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA

A hipersensibilidade dentinária constitui uma das principais manifestações clínicas associadas às recessões gengivais e às LCNC, sendo caracterizada por dor aguda, de curta duração e desencadeada por estímulos térmicos, químicos, osmóticos ou táteis. Essa condição está diretamente relacionada à exposição da dentina, especialmente na região cervical, onde ocorre perda de esmalte ou exposição radicular decorrente da migração apical da margem gengival (BRÄNNSTRÖM, 1966; KASSAB; COHEN, 2003).

O mecanismo fisiopatológico mais aceito para explicar a hipersensibilidade dentinária baseia-se na teoria hidrodinâmica proposta por Brännström (1966). Segundo essa teoria, os estímulos externos promovem movimentação do fluido no interior dos túbulos dentinários expostos, gerando alterações de pressão que ativam terminações nervosas pulpares e desencadeiam a sensação dolorosa. A intensidade da dor está relacionada ao grau de exposição dentinária e à permeabilidade dos túbulos, podendo ser potencializada pela remoção da smear layer e pela ação de agentes mecânicos e químicos (BRÄNNSTRÖM, 1966; GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

Do ponto de vista clínico, a hipersensibilidade dentinária pode impactar significativamente a qualidade de vida do paciente, interferindo em hábitos alimentares, higiene oral e conforto diário. Além disso, a presença de dor frequentemente constitui um dos principais motivos de procura por tratamento odontológico, especialmente em pacientes com recessões gengivais associadas às LCNC (KASSAB; COHEN, 2003).

O controle da hipersensibilidade representa importante objetivo terapêutico, podendo envolver abordagens restauradoras, periodontais ou combinadas, de acordo com as características clínicas de cada caso. Dessa forma, o correto diagnóstico e a identificação dos fatores etiológicos envolvidos são fundamentais para a escolha da abordagem mais adequada e para a

obtenção de resultados clínicos estáveis e satisfatórios (ZUCCHELLI; MOUNSSIF, 2015).

4.7 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

O tratamento das recessões gengivais associadas às LCNC deve ser baseado em uma avaliação clínica individualizada, considerando fatores como profundidade da lesão, extensão da recessão gengival, presença de hipersensibilidade dentinária e demanda estética do paciente. As abordagens terapêuticas podem envolver tratamento restaurador, cirúrgico periodontal ou a associação entre ambos, de acordo com as características clínicas de cada caso (ZUCCHELLI; MOUNSSIF, 2015).

Em casos de LCNC superficiais e sem comprometimento periodontal significativo, o tratamento restaurador pode ser suficiente para restabelecer a anatomia cervical, reduzir a hipersensibilidade dentinária e melhorar a estética. As resinas compostas são amplamente utilizadas devido às suas propriedades estéticas e boa capacidade adesiva, enquanto os cimentos de ionômero de vidro apresentam vantagens relacionadas à adesão química e liberação de flúor, especialmente em situações com dificuldade de isolamento do campo operatório (PERDIGÃO *et al.*, 2012; LOGUERCIO *et al.*, 2019).

Nos casos em que há recessão gengival associada à exposição radicular e comprometimento estético, a abordagem cirúrgica periodontal pode ser indicada. Técnicas de recobrimento radicular, como o retalho posicionado coronariamente associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS), apresentam elevada previsibilidade clínica, principalmente em recessões gengivais classificadas como Miller Classe I e II (ZUCCHELLI *et al.*, 2011; LINDHE; LANG, 2018).

O ETCS é amplamente considerado o padrão-ouro no tratamento cirúrgico das recessões gengivais, especialmente quando associado ao retalho posicionado coronariamente. Essa técnica apresenta elevada previsibilidade clínica, proporcionando recobrimento radicular, aumento da espessura tecidual, melhora estética e maior estabilidade dos resultados em longo prazo (ZUCCHELLI *et al.*, 2011; ZUHR; HÜRZELER, 2013; LINDHE; LANG, 2018).

O princípio biológico do ETCS baseia-se na utilização de tecido conjuntivo autógeno, geralmente obtido da região palatina, com o objetivo de promover aumento do volume gengival e favorecer a vascularização da área receptora. O enxerto atua como suporte biológico para o tecido gengival, contribuindo para maior estabilidade da margem gengival e redução da suscetibilidade à recorrência da recessão, principalmente em pacientes com fenótipo periodontal fino (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

A técnica cirúrgica envolve inicialmente o preparo do leito receptor por meio de um retalho parcial ou total, preservando a irrigação sanguínea local. Em seguida, realiza-se a remoção do enxerto conjuntivo da região doadora palatina, respeitando espessura e dimensões adequadas para garantir viabilidade tecidual. Após a obtenção do enxerto, este é adaptado sobre a superfície radicular previamente instrumentada e estabilizado por meio de suturas delicadas. Posteriormente, o retalho é reposicionado coronariamente de forma a recobrir total ou parcialmente o enxerto, favorecendo proteção tecidual e adequada cicatrização (ZUHR; HÜRZELER, 2013).

A literatura demonstra que a associação do enxerto conjuntivo ao retalho coronariamente avançado apresenta melhores resultados clínicos quando comparada ao uso isolado do retalho, principalmente em relação à porcentagem de recobrimento radicular, ganho de tecido queratinizado e estabilidade longitudinal dos resultados. Zucchelli *et al.* (2011) observaram maior previsibilidade estética e melhor manutenção do recobrimento radicular em pacientes tratados com a técnica combinada.

Além do recobrimento radicular, o enxerto de tecido conjuntivo promove espessamento do fenótipo gengival, fator considerado importante para a manutenção da saúde periodontal e resistência frente a traumas mecânicos e inflamatórios. Esse aumento da espessura gengival reduz a probabilidade de recidiva da recessão e melhora a integração entre os tecidos periodontais e restauradores em casos associados às LCNC (ZUCHELLI; MOUNSSIF, 2015).

Nos casos em que as recessões gengivais estão associadas às LCNC, a técnica de enxerto pode ser integrada à abordagem restauradora. Nessas situações, a restauração prévia da lesão cervical favorece a adaptação do tecido gengival sobre a superfície radicular, proporcionando melhor contorno anatômico e maior previsibilidade cirúrgica. Santamaria *et al.* (2009) demonstraram que a

associação entre restauração cervical e enxerto conjuntivo apresenta resultados clínicos satisfatórios tanto do ponto de vista estético quanto funcional.

Em situações clínicas mais complexas, nas quais há associação entre recessão gengival e LCNC profundas, a abordagem combinada tem demonstrado melhores resultados clínicos e estéticos. Nesses casos, a restauração prévia da lesão cervical pode favorecer a adaptação do tecido gengival durante o procedimento cirúrgico, contribuindo para maior estabilidade do recobrimento radicular e melhor integração entre os tecidos duro e mole (SANTAMARIA *et al.*, 2009).

Além da correta indicação da abordagem combinada, o sucesso clínico depende da adequada execução dos procedimentos restauradores. Nesse contexto, o acabamento e o polimento das restaurações cervicais desempenham papel fundamental, uma vez que superfícies lisas e bem adaptadas favorecem menor acúmulo de biofilme, facilitam a higienização e contribuem para a manutenção da saúde periodontal. Em contrapartida, restaurações com excesso de material, irregularidades superficiais ou margens mal adaptadas podem aumentar a retenção de biofilme, favorecer a inflamação gengival e comprometer a estabilidade do tecido periodontal, reduzindo a previsibilidade dos procedimentos de recobrimento radicular. Dessa forma, a integração entre princípios restauradores e periodontais é indispensável para a obtenção de resultados funcionais, estéticos e biológicos duradouros (SANTAMARIA *et al.*, 2009; LOGUERCIO *et al.*, 2019).

Apesar das elevadas taxas de sucesso clínico, alguns fatores podem influenciar diretamente o prognóstico da técnica, incluindo controle de biofilme, ausência de trauma oclusal, técnica de escovação adequada, espessura do fenótipo gengival e cooperação do paciente no pós-operatório. Além disso, recessões classificadas como Miller Classe I e II apresentam prognóstico mais favorável, enquanto defeitos com perda interproximal significativa possuem previsibilidade reduzida (MILLER, 1985; CAIRO *et al.*, 2011).

Além da escolha da técnica terapêutica, o sucesso do tratamento depende do controle dos fatores etiológicos envolvidos, como escovação traumática, hábitos parafuncionais, dieta ácida e controle inadequado de biofilme. Dessa forma, o planejamento terapêutico deve priorizar não apenas a correção das alterações já estabelecidas, mas também a prevenção da progressão das lesões

e a manutenção da saúde periodontal a longo prazo (GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

Dessa forma, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial representa uma importante ferramenta terapêutica dentro da cirurgia plástica periodontal contemporânea, contribuindo para restabelecimento estético, funcional e biológico dos tecidos periodontais em casos de recessões gengivais isoladas ou associadas às LCNC.

Tratamento Combinado de Lesão Cervical Não Cariosa e Recessão Gengival: Relato de Caso.

Figura 5 – Aspecto inicial da recessão gengival (RG) e das lesões cervicais não cariosas (LCNC), com ênfase na região superior. (A) Vista do sorriso, evidenciando a inclusão dos pré-molares na linha do sorriso da paciente. (B) Vista intraoral. (C) Vista intraoral do lado direito da paciente. (D) Vista intraoral do lado esquerdo da paciente.



Figura 5 - Aspecto inicial.

Fonte: Adaptado de Azevedo et al. (2025).

Figura 6 – (A) Mensuração da recessão gengival (RG) com o auxílio de uma sonda periodontal milimetrada do tipo Williams. (B) Restauração das lesões cervicais não cariosas (LCNC) com resina composta. (C) Aspecto final dos dentes 14 e 15 após o procedimento restaurador.



Figura 6 - Mensuração e restauração.

Fonte: Adaptado de Azevedo et al. (2025).

Figura 7 - Procedimento cirúrgico periodontal para recobrimento radicular.

(A) Raspagem da superfície radicular exposta para remoção do cimento contaminado. (B) Incisão intrassulcular realizada com lâmina de bisturi nº 15C. (C) Enxerto de tecido conjuntivo já inserido por meio da técnica do túnel e estabilizado com sutura simples. (D) Margem gengival deslocada para posição coronal e estabilizada com o auxílio de suturas suspensórias. (E) Aspecto da área doadora palatina, onde foi realizada uma incisão linear para remoção do enxerto de tecido conjuntivo, seguida de sutura com pontos simples.



Figura 7 -Procedimento cirúrgico.

Fonte: Adaptado de Azevedo et al. (2025).

5 DISCUSSÃO

A associação entre recessões gengivais e LCNC constitui uma condição clínica frequente e desafiadora na prática odontológica contemporânea. A literatura científica demonstra que ambas apresentam etiologia multifatorial e frequentemente coexistem, exigindo abordagem diagnóstica criteriosa e planejamento terapêutico individualizado (KASSAB; COHEN, 2003; GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

Os estudos analisados evidenciam que fatores mecânicos, químicos e biomecânicos atuam de forma integrada no desenvolvimento dessas alterações. Escovação traumática, hábitos parafuncionais, fatores oclusais e exposição recorrente a agentes ácidos contribuem simultaneamente para a perda de estrutura dentária cervical e para a migração apical da margem gengival. Nesse sentido, Grippo, Simring e Coleman (2012) destacam que as LCNC devem ser compreendidas como resultado da interação entre abrasão, biocorrosão e estresse oclusal, e não como consequência de um único fator etiológico (GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

A teoria da abfração, proposta por Lee e Eakle (1984), representou importante avanço na compreensão biomecânica das LCNC ao sugerir que forças oclusais excêntricas promovem concentração de tensões na região cervical dos dentes. Entretanto, estudos mais recentes indicam que o estresse oclusal isoladamente não explica integralmente o desenvolvimento dessas lesões, sendo necessária a associação com fatores abrasivos e erosivos para potencializar a degradação estrutural da região cervical. Tal divergência evidencia que ainda não há consenso absoluto quanto à participação individual de cada fator etiológico no desenvolvimento das LCNC (LEE; EAKLE, 1984; LITONJUA *et al.*, 2003).

Além dos aspectos etiológicos, a associação entre recessões gengivais e LCNC apresenta importantes repercussões clínicas. A exposição radicular favorece maior suscetibilidade à hipersensibilidade dentinária, frequentemente explicada pela teoria hidrodinâmica proposta por Brännström (1966). A presença de dor frente a estímulos térmicos, químicos ou táteis pode comprometer significativamente a qualidade de vida do paciente, interferindo inclusive na

manutenção de hábitos adequados de higiene oral (BRÄNNSTRÖM, 1966; KASSAB; COHEN, 2003).

Do ponto de vista terapêutico, a escolha da abordagem clínica deve considerar múltiplos fatores, incluindo profundidade da lesão cervical, extensão da recessão gengival, presença de hipersensibilidade, fenótipo periodontal e demanda estética do paciente. Em lesões cervicais superficiais e assintomáticas, o controle dos fatores etiológicos pode ser suficiente para estabilização do quadro clínico. Entretanto, em situações de perda estrutural significativa, o tratamento restaurador torna-se necessário para restabelecimento anatômico da região cervical e proteção da estrutura dentária remanescente (ZUCCELLI; MOUNSSIF, 2015).

As resinas compostas destacam-se entre os materiais restauradores devido às propriedades estéticas e à capacidade adesiva à estrutura dentária. Estudos clínicos demonstram resultados satisfatórios em termos de retenção, adaptação marginal e controle da hipersensibilidade dentinária. Em contrapartida, os cimentos de ionômero de vidro apresentam vantagens relacionadas à adesão química e à liberação de flúor, sendo especialmente indicados em situações com dificuldade de isolamento absoluto e maior risco de cárie (PERDIGÃO *et al.*, 2012; LOGUERCIO *et al.*, 2019).

Em relação à abordagem cirúrgica periodontal, os procedimentos de recobrimento radicular apresentam elevada previsibilidade, principalmente em recessões gengivais classificadas como Miller Classe I e II. O retalho posicionado coronariamente associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é amplamente descrito como padrão-ouro, proporcionando melhora estética significativa, aumento da espessura gengival e maior estabilidade dos resultados a longo prazo (ZUCCELLI *et al.*, 2011; ZUHR; HÜRZELER, 2013).

Nos casos em que recessões gengivais estão associadas a LCNC profundas, a abordagem combinada entre dentística restauradora e periodontia tem demonstrado resultados clínicos superiores quando comparada às abordagens isoladas. Santamaria *et al.* (2009) observaram que a restauração prévia da lesão cervical favorece a adaptação do tecido gengival durante o procedimento cirúrgico, contribuindo para maior estabilidade tecidual e previsibilidade do recobrimento radicular (SANTAMARIA *et al.*, 2009).

Além disso, a qualidade da restauração exerce influência direta sobre o prognóstico periodontal, sendo indispensável que o material restaurador apresente adequado acabamento, polimento e adaptação marginal. Essas características reduzem a retenção de biofilme, favorecem a manutenção da saúde dos tecidos periodontais e contribuem para a estabilidade dos resultados clínicos obtidos a longo prazo (LOGUERCIO *et al.*, 2019).

Outro aspecto amplamente discutido refere-se à importância do controle dos fatores etiológicos para manutenção dos resultados terapêuticos. A persistência de hábitos traumáticos, dieta ácida, fatores parafuncionais e controle inadequado de biofilme pode comprometer tanto a longevidade das restaurações quanto a estabilidade periodontal, favorecendo recidivas e progressão das lesões (GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

Apesar dos avanços científicos relacionados ao diagnóstico e tratamento das LCNC associadas às recessões gengivais, ainda existem limitações metodológicas importantes nos estudos disponíveis. Observa-se significativa heterogeneidade nos critérios diagnósticos, nos protocolos terapêuticos empregados e nos métodos de avaliação clínica utilizados pelos diferentes autores. Além disso, a dificuldade em isolar individualmente os fatores etiológicos envolvidos limita a compreensão precisa da participação de cada mecanismo no desenvolvimento dessas alterações cervicais (LITONJUA *et al.*, 2003).

Outro ponto relevante refere-se à necessidade de estudos clínicos longitudinais que avaliem a estabilidade dos tratamentos restauradores, periodontais e combinados em longo prazo. Embora a literatura apresente resultados clínicos favoráveis, muitos estudos possuem tempo limitado de acompanhamento, dificultando conclusões definitivas acerca da previsibilidade terapêutica dessas abordagens (PERDIGÃO *et al.*, 2012; ZUCHELLI *et al.*, 2011).

Dessa forma, a literatura analisada reforça que o sucesso terapêutico no manejo das recessões gengivais associadas às LCNC depende de abordagem interdisciplinar e individualizada, envolvendo integração entre dentística restauradora e periodontia. Observa-se, portanto, que o êxito clínico não depende apenas da correção das alterações já estabelecidas, mas principalmente da identificação precoce e do controle contínuo dos fatores

etiológicos envolvidos, visando maior estabilidade clínica, funcional e estética a longo prazo (ZUCCHELLI; MOUNSSIF, 2015; GRIPPO; SIMRING; COLEMAN, 2012).

6 CONCLUSÃO

As recessões gengivais associadas às LCNC constituem alterações frequentes na prática odontológica, com etiologia multifatorial envolvendo fatores mecânicos, químicos, biomecânicos e comportamentais. Essas condições podem comprometer a estética, a função e a saúde periodontal, ocasionando hipersensibilidade dentinária, perda de estrutura dentária e impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto, o diagnóstico preciso e a identificação dos fatores etiológicos são essenciais para o planejamento terapêutico, sendo imprescindível o controle dos fatores causais para prevenir a progressão das lesões e favorecer a estabilidade clínica.

As evidências científicas demonstram que o tratamento restaurador contribui para o restabelecimento da anatomia cervical, proteção da estrutura dentária e controle da hipersensibilidade, enquanto a cirurgia periodontal apresenta elevada previsibilidade no recobrimento radicular e na recuperação estética. Nos casos de maior complexidade, a abordagem interdisciplinar entre Dentística Restauradora e Periodontia proporciona resultados funcionais, biológicos e estéticos mais favoráveis.

Conclui-se que a integração entre as especialidades, aliada à individualização do planejamento terapêutico, é fundamental para o manejo das recessões gengivais associadas às LCNC, favorecendo resultados clínicos previsíveis e duradouros.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, F. P.; PANTOJA, M. F.; FAILLACE, N. L. R.; GOMES, D. D. S. Combined treatment of non-carious cervical lesion and gingival recession: case report. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 4, p. 894-907, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n4p894-907.
- BRÄNNSTRÖM, M. Sensitivity of dentin. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 21, n. 4, p. 517-526, 1966.
- BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. **Cirurgia plástica periodontal**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CAIRO, F.; NIERI, M.; CINCINELLI, S.; MERVELT, J.; PAGLIARO, U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 38, n. 7, p. 661-666, 2011.
- CAIRO, F. *et al.* Root coverage esthetic score: a system to evaluate the esthetic outcome of the treatment of gingival recession. **Journal of Periodontology**, v. 82, n. 4, p. 547-553, 2011.
- FEJERSKOV, O.; NYVAD, B.; KIDD, E. **Dental Caries: The Disease and Its Clinical Management**. 3. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2015.
- GRIPPO, J. O.; SIMRING, M.; COLEMAN, T. A. Abfraction, abrasion, biocorrosion, and the enigma of noncarious cervical lesions: a 20-year perspective. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 24, n. 1, p. 10-23, 2012.
- KASSAB, M. M.; COHEN, R. E. The etiology and prevalence of gingival recession. **Journal of the American Dental Association**, v. 134, n. 2, p. 220-225, 2003.
- LEE, W. C.; EAKLE, W. S. Possible role of tensile stress in the etiology of cervical erosive lesions of teeth. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 52, n. 3, p. 374-380, 1984.
- LINDHE, J.; LANG, N. P. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- LITONJUA, L. A. *et al.* Noncarious cervical lesions and abfractions: a re-evaluation. **Journal of the American Dental Association**, v. 134, n. 7, p. 845-850, 2003.
- LOGUERCIO, A. D. *et al.* Clinical performance of different adhesion strategies in non-carious cervical lesion restorations: a four-year randomized clinical trial. **Journal of Dentistry**, v. 89, p. 103176, 2019.

LUSSI, A.; CARVALHO, T. S. Erosive tooth wear: a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. **Monographs in Oral Science**, v. 25, p. 1-15, 2014.

MILLER, P. D. A classification of marginal tissue recession. **International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry**, v. 5, n. 2, p. 8-13, 1985.

PERDIGÃO, J. *et al.* A 2-year randomized clinical trial of three bonding techniques in non-carious cervical lesions. **Journal of Dentistry**, v. 40, n. 10, p. 805-813, 2012.

PINI-PRATO, G. *et al.* The prevalence and distribution of gingival recession. **Journal of Periodontology**, v. 85, n. 8, p. 1161-1169, 2014.

SANTAMARIA, M. P. *et al.* Connective tissue graft and resin composite restoration in the treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesions. **Journal of Periodontology**, v. 80, n. 4, p. 621-628, 2009.

SANTAMARIA, M. P. *et al.* Two-year randomized clinical trial of different restorative techniques in non-carious cervical lesions and MMP activity in gingival crevicular fluid. **Clinical Oral Investigations**, v. 18, p. 125-133, 2014.

SCHLUETER, N.; LUSSI, A. Erosive tooth wear. **Monographs in Oral Science**, v. 28, p. 1-15, 2020.

SOUZA, F. H. *et al.* Evaluation of abfraction lesions restored with three dental materials: a comparative study. **Operative Dentistry**, v. 43, n. 3, p. 1-9, 2018.

SOUZA, G. S. *et al.* Randomized clinical trial of four adhesion strategies in non-carious cervical lesion restorations: five-year follow-up. **Journal of Dentistry**, v. 72, p. 54-60, 2018.

ZUCCHELLI, G.; MOUNSSIF, I. Periodontal plastic surgery. **Periodontology** 2000, v. 68, n. 1, p. 333-368, 2015.

ZUCCHELLI, G. *et al.* Coronally advanced flap with and without connective tissue graft. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 38, n. 3, p. 228-235, 2011.

ZUHR, O.; HÜRZELER, M. Plastic-esthetic periodontal and implant surgery: a microsurgical approach. Chicago: **Quintessence Publishing**, 2012.