

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS  
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**STEFANIA LEULIANI APARECIDA DA SILVA  
ÚRSULA RODRIGUES DE OLIVEIRA**

**CLASSIFICAÇÃO ATUAL DAS RECESSÕES GENGIVAIS: aspectos clínicos e  
diagnóstico**

**PATOS DE MINAS  
2021**

**STEFANIA LEULIANI APARECIDA DA SILVA  
ÚRSULA RODRIGUES DE OLIVEIRA**

**CLASSIFICAÇÃO ATUAL DAS RECESSÕES GENGIVAIS: aspectos clínicos e  
diagnóstico**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Me. Eduardo Moura Mendes

**PATOS DE MINAS  
2021**

FACULDADE PATOS DE MINAS  
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**STEFANIA LEULIANI APARECIDA DA SILVA  
ÚRSULA RODRIGUES DE OLIVEIRA**

**CLASSIFICAÇÃO ATUAL DAS RECESSÕES GENGIVAIS: aspectos clínicos e  
diagnóstico**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora do Curso de  
Bacharelado em Odontologia, composta em 25 de novembro de 2021:

Orientador: Prof. Me. Eduardo Moura Mendes  
Faculdade Patos de Minas

Examinadora 1: Profa. Esp. Elisabete Aparecida Rosario de Sousa  
Faculdade Patos de Minas

Examinadora 2: Profa. Esp. Juliana Nithiele Oliveira Freitas  
Faculdade Patos de Minas

**CLASSIFICAÇÃO ATUAL DAS RECESSÕES GENGIVAIS: aspectos clínicos e diagnóstico**

**CURRENT CLASSIFICATION OF GINGIVAL RECESSIONS: clinical aspects and diagnosis**

Stefania Leuliani Aparecida da Silva<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de bacharelado em Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM), na cidade Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil. Email: [ursula3mrg@gmail.com](mailto:ursula3mrg@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6513-2616>

Úrsula Rodrigues de Oliveira<sup>2</sup>:

<sup>2</sup> Acadêmica do curso de bacharelado em Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM), na cidade Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil. Email: [stefania.11073@alunofpm.com.br](mailto:stefania.11073@alunofpm.com.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7730-9597>

Eduardo Moura Mendes<sup>3</sup>:

<sup>3</sup> Professor adjunto da disciplina de Periodontia do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Patos de Minas - Patos de Minas - MG – Brasil. Email: [eduardo.mendes@faculdadepatosdeminas.edu.br](mailto:eduardo.mendes@faculdadepatosdeminas.edu.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6183-391X>

Eduardo Moura Mendes:

Rua Major Gote, número 1408, Bairro Centro - Patos de Minas - MG CEP: 38700-190.  
Email: [eduardo.mendes@faculdadepatosdeminas.edu.br](mailto:eduardo.mendes@faculdadepatosdeminas.edu.br) Telefone: (34) 3818-2300.

## CLASSIFICAÇÃO ATUAL DAS RECESSÕES GENGIVAIS: aspectos clínicos e diagnóstico

### RESUMO

A recessão gengival ou retração gengival é definida como o deslocamento da margem gengival no sentido apical do dente. As antigas classificações das recessões gengivais eram utilizadas para predizer o prognóstico dos tratamentos, enquanto que a atual leva em consideração algumas variáveis que o influenciam. O objetivo deste trabalho é apresentar a atual classificação das recessões gengivais através da apresentação de seus aspectos clínicos e sua importância para o diagnóstico, além de compará-la com a classificação de Miller. A pesquisa possui caráter descritivo e qualitativo, e foi realizada por meio de uma revisão de literatura nas bases de dados Lilacs e Pubmed. Através deste trabalho, é possível entender que a classificação atual das recessões gengivais representa a linguagem diagnóstica periodontal atual, além de melhorar a qualidade da pesquisa clínica.

**Descritores:** Retração Gengival. Classificação. Diagnóstico.

### ABSTRACT

Gingival recession or gingival retraction is defined as the displacement of the gingival margin in the apical direction of the tooth. The old classifications of gingival recessions were used to predict the prognosis of treatments, while the current one takes into account some variables that influence it. The aim of this work is to present the current classification of gingival recessions through the presentation of its clinical aspects and its importance for diagnosis, in addition to comparing it with the Miller classification. The research has a descriptive and qualitative character, and was carried out through a literature review in the Lilacs and Pubmed databases. Through this work, it is possible to understand that the current classification of gingival recessions represents the current periodontal diagnostic language, in addition to improving the quality of clinical research.

**Keywords:** Gingival Retraction. Classification. Diagnosis.

### INTRODUÇÃO

A recessão gengival ou retração gengival é definida como o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte, estando associada à perda de inserção e à exposição da superfície radicular ao ambiente bucal <sup>1</sup>.

Os defeitos de recessão gengival (RG) são altamente prevalentes em diferentes populações e podem afetar até 100% dos indivíduos, independentemente

das condições de higiene bucal<sup>2</sup>. A literatura destaca que a sua etiologia é multifatorial, mas fatores como doença periodontal ativa ou tratada, trauma mecânico de escovação, trauma oclusal e hábitos parafuncionais, se destacam como os principais<sup>2</sup>. Além disso, são considerados fatores de risco, o fenótipo periodontal fino, a ausência de gengiva inserida e uma espessura reduzida do osso alveolar devido à posição dentária anormal no arco<sup>1</sup>. As queixas estéticas e de hipersensibilidade dentária (HD) são problemas comuns relacionados à recessão gengival, os quais motivam os pacientes a procurar tratamento para esta condição<sup>1</sup>.

Do ano 2000 a 2017, um número considerável de estudos foi publicado visando avaliar as melhores modalidades de tratamento para os defeitos de recessão gengival<sup>3</sup>. Todavia, independentemente do tipo de tratamento cirúrgico escolhido para o recobrimento, é fundamental saber identificar o tipo de fator causal bem como realizar um correto diagnóstico e classificação das recessões<sup>3</sup>.

Ao longo dos anos, a classificação da doença periodontal evoluiu para refletir nosso conhecimento e compreensão desta doença e sua progressão<sup>4</sup>. O Workshop Mundial de 2017 sobre a classificação de doenças e condições periodontais e peri-implantares, reestruturou completamente o conhecimento em Periodontia<sup>5</sup>.

Novas classificações foram introduzidas para categorizar a periodontite e outras doenças e condições periodontais e peri-implantares, incluindo a recessão gengival que foi reestruturada e melhor classificada<sup>4,6</sup>. Uma nova classificação de fenótipos e recessões gengivais foi introduzida durante o Workshop Mundial de 2017 e aprovada tanto pela Academia Americana de Periodontologia (AAP) quanto pela Federação Europeia de Periodontologia (EFP) para seu uso oficial<sup>1,5</sup>.

Pela primeira vez, uma única classificação integrou fatores relacionados à recessão, incluindo fatores relacionados tanto ao fenótipo gengival como os relacionados aos dentes, favorecendo inclusive a compreensão do prognóstico dos tratamentos<sup>1,3</sup>.

Apesar das vantagens significativas que a nova classificação de recessão gengival possui em relação às classificações anteriores, seu uso parece ter sido aceito de forma mais lenta na literatura de cirurgia plástica periodontal, a qual ainda costuma relatar classificações anteriores. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é apresentar a nova classificação das recessões gengivais, explicando suas características e vantagens em relação à classificação de Miller, destacando seus

principais avanços e a necessidade de ser adotada oficialmente nos protocolos de pesquisa e atendimento clínico. A metodologia utilizada para o trabalho foi uma revisão de literatura de caráter descritivo e qualitativo de artigos das bases de dados Lilacs e Pubmed. O critério de inclusão levou em consideração artigos de 2004 a 2021 associados aos descritores “Retração Gengival” AND “Classificação” AND “Diagnóstico”. Os artigos que não incluíam os três descritores foram excluídos.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Recessão gengival**

O Glossário da Academia Americana de Periodontologia define RG como uma migração apical da margem gengival além da junção cimento-esmalte (JCE)<sup>4,7</sup>. Os danos aos tecidos moles levam à exposição da raiz subsequentemente a perda de inserção e perda óssea<sup>1</sup>. A RG pode acarretar efeitos esteticamente desfavoráveis, dificultar o controle do biofilme oral, ampliando a susceptibilidade à cárie radicular e também à hipersensibilidade dentária<sup>1</sup>.

Os fatores etiológicos da RG são diversos, dentre eles destacam-se: acúmulo de biofilme, hábitos parafuncionais, trauma mecânico durante a escovação, problemas oclusais, movimentação ortodôntica, etc<sup>1</sup>. A realização de escovações empregando um método “inadequado”, é considerado como o fator mecânico mais importante, o qual contribui para o desenvolvimento de recessões gengivais<sup>1,9,8</sup>. Outro ponto a ser destacado é o fato de que dependendo do tipo de movimentação ortodôntica e da espessura vestibulo-lingual dos tecidos periodontais, poderá ocorrer a formação ou o aumento da RG<sup>1</sup>. Portanto, em locais onde a espessura de tecido mole é menor que 2 milímetros, ou seja, fenótipo delgado, há uma maior probabilidade de ocorrer recessões<sup>1</sup>.

O consenso atual é que cerca de 2 mm de tecido queratinizado e cerca de 1 mm de gengiva inserida são desejáveis em torno dos dentes para manter a saúde periodontal e prevenir recessões, embora, uma quantidade mínima de tecido queratinizado não seja necessário para evitar a perda de inserção quando o controle ideal da placa está presente e satisfatório<sup>1,9</sup>.

As recessões gengivais apresentam uma elevada prevalência na população adulta, apresentando-se de forma localizada, generalizada, ou em um grupo de dentes específicos<sup>2</sup>. Estudos sugerem que os dentes mais afetados por essa condição são, os incisivos inferiores, os molares superiores e inferiores e os pré-molares, sendo estes os mais afetados<sup>2</sup>.

Diante de uma condição tão prevalente, a busca por protocolos cirúrgicos periodontais mais previsíveis, e que sejam capazes de garantir uma melhor estabilidade dos tecidos periodontais, bem como um bom prognóstico a longo prazo, é bem descrita na literatura<sup>1</sup>. Os objetivos dos procedimentos de cirurgia plástica periodontal de cobertura radicular são, melhorar as condições estéticas dos pacientes e outros resultados clínicos como o nível de inserção clínica e largura do tecido queratinizado<sup>1</sup>.

Várias técnicas cirúrgicas, tem se mostrado eficientes no tratamento das recessões gengivais ao longo dos anos, sendo o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (sCTG) considerado “padrão ouro”, por apresentar uma alta previsibilidade<sup>7,2</sup>. Recentemente, com o intuito de melhorar os resultados dos recobrimentos, novos recursos relacionados com a otimização da regeneração periodontal, vem sendo associados aos enxertos, sendo a proteína derivada da matriz de esmalte (EMD) uma dos principais<sup>10</sup>.

A previsibilidade da terapia de recobrimento radicular está diretamente relacionada com o correto diagnóstico da etiologia da recessão gengival, sendo assim possível classificar corretamente o grau da recessão e conseqüentemente estruturar planos de tratamentos com os melhores prognósticos<sup>10,11</sup>.

### **Classificação do fenótipo gengival e recessão gengival**

A classificação de fenótipo e recessão gengival de 2017, é considerada como o sistema de classificação mais atualizado e inclusivo até hoje sobre recessões gengivais na literatura plástica periodontal e foi baseada em três componentes definidos a seguir: características de recessão, registradas como avaliação da extensão média da recessão vestibular juntamente com a avaliação da região interproximal; características da superfície radicular definida como detecção da junção cimento- esmalte e presença de lesões cervicais ou degraus na superfície radicular

e características fenotípicas, entendidas como profundidade da recessão gengival, espessura gengival e largura do tecido queratinizado<sup>12,3</sup>.

### **Características da recessão**

A classificação foi proposta baseada na avaliação do nível de inserção clínica, vestibular e interproximal, como um critério de identificação<sup>1</sup>. Esta abordagem é fundamentada na observação de que o nível de inserção clínica é um dos critérios mais utilizados na literatura, pertinente para avaliar as condições periodontais, podendo ser considerado uma ferramenta confiável para avaliar indiretamente a presença de perda óssea<sup>4,14</sup>.

**Recessão Tipo 1 (RT1):** recessão gengival sem perda de inserção interproximal. A JCE interproximal não é clinicamente detectável nos aspectos mesial e distal do dente (Figura 1)<sup>1,15</sup>.

Figura 1 - Representação RT1:



Nota-se que o nível de inserção clínica vestibular foi de 3 mm, a junção cimento-esmalte interproximal não é detectável.

**Fonte:** (6)

**Recessão Tipo 2 (RT2):** recessão gengival associada à perda de inserção interproximal. A quantidade de perda de inserção interproximal (medida a partir da junção cimento-esmalte interproximal até a profundidade do sulco interproximal/bolsa) é menor ou igual à perda de inserção vestibular (medida da JCE vestibular até a extremidade apical do sulco bucal/bolsa) (Figura 2)<sup>1,15</sup>.

Figura 2 - Representação RT2:



Percebe-se que o nível de inserção clínica vestibular foi de 4 mm, o nível de inserção clínica Interproximal foi de 3 mm.

Fonte: (6)

**Recessão Tipo 3 (RT3):** recessão gengival associada à perda de inserção interproximal. A quantidade de perda de inserção interproximal (medida a partir da JCE interproximal até a extremidade apical do sulco/bolsa) é maior do que a perda de inserção vestibular (medida a partir da JCE vestibular até a extremidade apical do sulco bucal/bolsa) (Figura 3)<sup>1,15</sup>.

Figura 3 - Representação RT3:



Observa-se que o nível de inserção clínica vestibular foi de 6 mm, o nível de inserção clínica interproximal foi de 8 mm

Fonte: (6)

Para os casos nos quais os sítios mesial e distal apresentarem uma JCE com perda de inserção associada, o local interproximal com a maior perda de inserção foi considerado para a identificação do tipo de recessão<sup>1,15</sup>.

Nessa classificação, recessões gengivais sem perda de inserção interproximal, foram consideradas defeitos de RT1, representando defeitos mais provavelmente associados à escovação traumática apenas em tecido periodontal saudável<sup>1</sup>. As recessões gengivais associadas à presença de perda clínica de inserção foram divididas nas classes RT2 e RT3, agrupando assim os defeitos associados à doença periodontal<sup>1</sup>.

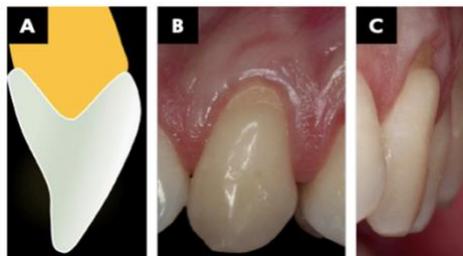
#### Características da superfície radicular

Os defeitos da superfície dentária em áreas de RG foram classificados para facilitar o diagnóstico e possibilitar a formulação de um plano de tratamento adequado (Figura 4)<sup>12,16</sup>. Essa classificação foi baseada na presença ou ausência de uma junção cimento-esmalte (JCE) visível (classes A e B, respectivamente) e na presença (+) ou ausência (-) de lesão cervical não cariosa (LCNC) (subclasses + e -, respectivamente).

Portanto, a classificação possui quatro categorias<sup>1,7</sup>:

Classe A -: apresenta JCE visível com a superfície da raiz apresentando defeito raso < 0,5 mm (Figura 4-A-C)<sup>1,7</sup>.

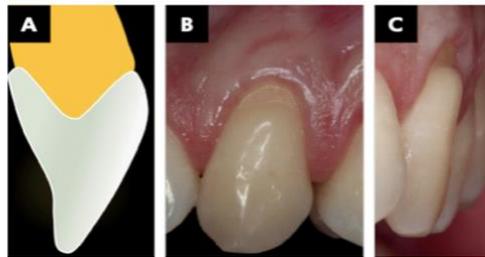
Figura 4



Fonte: (7)

Classe A +: apresenta uma LCNC > 0,5 mm e uma JCE visível, o que significa que apenas a superfície radicular foi afetada pela LCNC e o esmalte continua intacto (Figura 5-A-C)<sup>1,7</sup>.

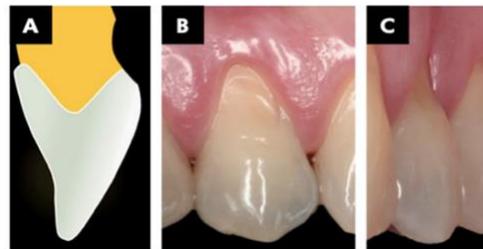
Figura 5



Fonte: (7)

Classe B -: JCE não identificável e sem degrau, o que significa que a LCNC atinge a superfície da raiz e da coroa (Figura 6-A-C) <sup>1,7</sup>.

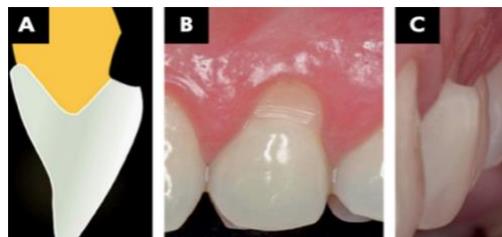
Figura 6



Fonte: (7)

Classe B +: JCE não identificável com uma LCNC em degrau ou mais profunda (> que 0,5 mm) afetando as superfícies da raiz e da coroa (Figura 7-A-C) <sup>1,7</sup>.

Figura 7



Fonte: (7)

**Características fenotípicas: profundidade da recessão gengival, espessura gengival e largura do tecido queratinizado**

As implicações clínicas para o registro do fenótipo periodontal, dependem dos resultados esperados de cobertura total da raiz <sup>12,17</sup>.

A espessura gengival pode ser avaliada a partir de uma sonda periodontal inserida no sulco, observando-a por transparência<sup>3</sup>. Se a sonda se apresentar visível, o tecido gengival é fino ( $\leq 1$  mm) e do contrário ( $> 1$  mm), o tecido gengival é mais espesso<sup>3,16</sup>.

A profundidade da recessão é medida com uma sonda periodontal posicionada entre a JCE e a margem gengival<sup>3,12</sup>. Quanto mais profunda a recessão, menor a previsibilidade do recobrimento, o que deixa claro a importância da detecção da JCE, já que ela é o limite para o recobrimento radicular<sup>3,12</sup>.

### **Diagnóstico da recessão gengival e condições de superfícies radiculares**

A nova classificação da recessão gengival é um conjunto de fatores já descritos anteriormente, reunidos em uma “matriz”, com o objetivo de orientar o planejamento do tratamento a ser realizado (Figura 8)<sup>1</sup>. A presença de recessão e a gravidade da perda de inserção interdental, são fatores que determinam o resultado do recobrimento à medida que as características da superfície da raiz orientam a necessidade ou não de reconstrução da junção cimento-esmalte<sup>1,18</sup>. Já as características do fenótipo, são importantes para avaliar a estabilidade do tecido gengival a curto e a longo prazo após o tratamento<sup>1,19,20</sup>. As Figuras 9 A-B exemplificam um caso clínico com o preenchimento da matriz com o objetivo de guiar o plano de tratamento. O sextante anterior superior direito (Figura 9 A) apresenta com fenótipo gengival espesso, recessões estreitas e rasas, altura de inserção interdental preservada, junção cimento-esmalte identificável e negativo para degraus radiculares. Na análise dos dados da matriz preenchida (Figura 9 B) o plano de tratamento para o referido exemplo seria somente a realização de um retalho deslocado coronalmente.

Figura 8 - Matriz para planejamento

2017 Classification of Phenotype and Gingival Recession					
Gingival site			Tooth site		
	REC Depth	GT	KTW	CEJ (A/B)	Step (+/-)
No Recession					
RT1					
RT2					
RT3					

(REC Depth) profundidade da recessão; (GT) espessura gengival; (KTW) largura de tecido queratinizado.

Fonte: (12)

Figura 9 A- sextante anterior superior direito



Fonte: (12)

Figura 9 B- Matriz para planejamento preenchida

2017 Classification of Phenotype and Gingival Recession					
Gingival site			Tooth site		
	REC Depth	GT	KTW	CEJ (A/B)	Step (+/-)
No Recession					
RT1	1.5 mm	Thick	≥ 2mm	A	-
RT2					
RT3					

Fonte: (12)

## DISCUSSÃO

No contexto do Workshop Mundial de 2017, Cortellini et al<sup>1</sup>, foram convidados a propor um sistema de classificação mais abrangente e atualizado, que fosse capaz de orientar, de forma clara, todos os fatores importantes para diagnosticar, além do tipo de recessão, a etiologia da sua formação. O objetivo principal era introduzir um sistema que melhorasse a homogeneidade na pesquisa, facilitasse a comunicação entre os profissionais, bem como guiasse o planejamento do tratamento e o prognóstico esperado.

Muitas classificações de recessões gengivais foram propostas na literatura<sup>13-16</sup>, mas a maioria delas foi usada para prever o prognóstico dos tratamentos utilizando o enxerto gengival livre em recessões, não considerando a indicação do enxerto de tecido conjuntivo, como “padrão ouro” para o recobrimento radicular. Sullivan e Atkins (1968)<sup>13</sup> forneceram uma descrição anatômica simplificada da recessão que foi usada até a proposta da Classificação de Miller em 1985<sup>15</sup>. As quatro classes da recessão propostas por Miller, tinham como objetivo prever o resultado do recobrimento radicular através da técnica do enxerto gengival livre. Este sistema de classificação enfatiza que a altura do tecido interproximal, é um fator de prognóstico importante

podendo-se acrescentar também, os movimentos ortodônticos de extrusão e de rotação dentária, os quais poderiam influenciar os resultados do tratamento da recessão diferenciando-o dos sistemas anteriores.

Do ano 2000 a 2017, a classificação de Miller se tornou uma abordagem muito popular na identificação de recessões gengivais. Todavia é importante entendermos o fato de que além de avaliarmos a relação da posição da margem gengival com o osso e papila interdentais, outros fatores, como tabagismo, profundidade de recessão, tecido queratinizado residual e perda de estrutura radicular, podem afetar o prognóstico do tratamento<sup>12</sup>.

Décadas de pesquisa intensiva em cirurgia plástica periodontal descobriram que o deslize coronal de retalho associado com enxerto de tecido conjuntivo é o padrão ouro para cobertura radicular, enquanto o uso enxerto gengival livre permanece limitado para o aumento da largura do tecido queratinizado<sup>21</sup>.

Uma pesquisa intensa esclareceu como o prognóstico após o tratamento de recobrimento radicular seria influenciado por variáveis adicionais, como profundidade de recessão<sup>19</sup>, anomalias da superfície da raiz<sup>20</sup>, espessura do tecido<sup>21</sup> entre outras<sup>22-24</sup>.

Apesar do uso mundial da classificação de Miller de 1985, várias desvantagens levantaram a necessidade de um sistema de classificação mais abrangente<sup>25</sup>. Em relação ao prognóstico, a possibilidade de cobertura radicular de 100% para dentes com altura de tecido interdental preservada como descrito na classificação de Miller, não garante realmente uma cobertura radicular completa.

Recentemente o uso da classificação foi revisado, observando-se que alguns tipos de recessões não se encaixam em nenhuma das classes de Miller, sendo necessário então que mais informações estejam presentes durante a avaliação e planejamento dos casos, com o intuito melhorar a previsibilidade do tratamento<sup>25</sup>. Por exemplo, recessões palatinas não podem ser classificadas porque não existe junção muco gengival na palatina. Além disso, recessões que não se estendem até a junção muco gengival associadas a perda óssea interproximal são impossíveis de serem classificadas de acordo com a classificação de Miller. A dificuldade em detectar a junção mucogengival também dificulta a classificação, já que muitas vezes a mucosa queratinizada corresponde apenas à gengiva livre<sup>25</sup>. Miller afirma que o recobrimento

de recessões classe 3 é parcial, mas vários estudos comprovam que é possível recobrimento total nesses tipos de recessões<sup>26</sup>.

Segundo Pini Prato et al<sup>12</sup>, a classificação de fenótipo e recessão gengival de 2017, representa o sistema diagnóstico de recessão mais atualizado e abrangente da literatura em cirurgia plástica, sendo que ela não contradiz as classificações anteriores de recessões, mas as reúne em um novo sistema que identifica melhores características de cada uma.

## CONCLUSÃO

A classificação de fenótipo e recessão gengival de 2017, é o sistema de classificação mais atualizado e inclusivo até hoje sobre recessões gengivais na literatura plástica periodontal. Este novo sistema forneceu pela primeira vez uma visão geral das muitas variáveis que devem ser levadas em consideração ao diagnosticar e tratar deformidades e condições mucogengivais. Esta classificação é uma ferramenta significativa para reduzir a heterogeneidade de informações utilizadas para classificar os tipos de recessão gengival e também facilitar os critérios de previsibilidade na prática clínica destes tratamentos.

A partir desta revisão conclui-se que as significativas vantagens relacionadas com a adoção da nova matriz de diagnóstico da recessão gengival, mostraram que a mesma é um instrumento didático e que facilita tanto o diagnóstico como a escolha dos tratamentos. Portanto, este novo sistema de classificação deve fazer da literatura atual, pois melhora a qualidade da pesquisa clínica sobre o tema e representa a linguagem diagnóstica periodontal atual, devendo ser implementado para classificar os tipos de recessão gengival, ao invés de se usar a classificação de Miller.

## REFERÊNCIAS

1. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. J Periodont. [periódico na internet] 2018 [acesso em 20 set 2021];89(1):204-13. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926948/>
2. Susin C, Haas AN, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. J Periodont. [periódico na internet] 2004 [acesso em 13 out.

- 2021];75(10):1377-86. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1902/jop.2004.75.10.1377>
3. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodont.* [periódico na internet] 2018 [acesso em 20 set 2021];89(1):237-48. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926943/>
  4. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodont.* [periódico na internet] 2018 [acesso em 20 set 2021];89(1):173-82. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926951>
  5. Moreira TC. Classificação das doenças periodontais 1999 versus 2017. [Trabalho de conclusão de curso] [internet]. Maringá: Centro Universitário de Maringá; 2020. [acesso em 01 nov 2021]. Disponível em:  
<http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/7814>
  6. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol* [periódico na internet] 2018 [acesso em 20 set 2021];45(20):286-91. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926491/>
  7. Santamaria MP, Mathias-Santamaria IF, Ferraz LFF, Casarin RCV, Romito GA, Sallum EA, Pini-Prato GP, Casati MZ. Rethinking the decision-making process to treat gingival recession associated with non-carious cervical lesions. *Braz Oral Res* [periódico na internet]. 2021 [acesso em 20 set 2021]; 35(2):1-15. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/bor/a/HbnqMFqCfDx7yvnDTM5Cdyg/?format=pdf&lang=en>
  8. Zehrath F, Priya K, Muhammed H, Kumar H, Santosh VC. A miscellany of classifications of gingival recessions of the twenty first century till date: Review. *Dent Bit* [periodical on the Internet]. 2018 [acess in 01 nov 2021];5(1):11-20. Available in:  
<https://www.kmctdentalcollege.org/wp-content/uploads/2021/04/jan-march-2018.pdf#page=12>
  9. Mahajan A, Asi KS, Rayast D, Negi M. n-making in classifying gingival recession defects—A systematic review. *Nati j max surg* [periodical on the Internet]. 2019 [acess in 01 nov 2021]; 10(2):206-11. Available in:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6883887/>
  10. Bizzaria VD, Lima GP, Pereira L B, Teixeira DNR, Mendonça MB, Andrade RS et al. The association of subepithelial connective tissue graft and enamel-derived matrix in the covering of gingival recessions. *Research, Society and Development* [periódico na internet]. 2021 [acesso em 20 set 2021]; 10(13):1-

9. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21417>. Acesso em: 28 oct. 2021.
11. Caldato KMB, Luize DS, Nassar CA, Busato MA. Avaliação do biotipo periodontal em áreas acometidas por recessão gengival em acadêmicos de Odontologia. Braz J Periodont [Periódico da internet] 2018 [acesso em 01 nov 2021];28(1):19-27. Disponível em: [http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2018/marco/REVPERIO\\_MAR%C3%87O\\_2018\\_PUBL\\_SITE\\_PAG-19\\_A\\_27-10-04-2018.pdf](http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2018/marco/REVPERIO_MAR%C3%87O_2018_PUBL_SITE_PAG-19_A_27-10-04-2018.pdf)
12. Plni Prato GP, Di Gianfilippo R. On the value of the 2017 classification of phenotype and gingival recessions. J Periodont. [periódico na internet]. 2021 [acesso em 20 set 2021];92(5):613-18. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33098573/>
13. Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. Rev odontol UNESP (Online). [Periódico da internet] 2018 [acesso em 01 nov 2021];47(4):189-97. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/F9F6gnVnNm6hFt6MBrJ6dHC/?format=html&lang=pt&stop=previous>
14. Costa RP. Nova classificação das doenças e condições periodontais-um algoritmo de diagnóstico. [Dissertação]. Porto: a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. 2019. [acesso em 01 nov 2021]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/121763/2/345013.pdf>
15. Barbosa MDS, Tunes UR. Nova classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares. J public health dent. [Periódico da internet] 2018 [acesso em 01 nov 2021]; 9(3):184-86. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/download/2122/1920>
16. Garcia BM. Classificação das doenças periodontais 1999 versus 2017. um guia didático para prática clínica. [Trabalho de conclusão de curso] [internet]. Maringá: Universidade Cesumar; 2020. [acesso em 01 nov 2021]. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/7646>
17. Fonseca PA. Periodontite agressiva e a nova classificação das doenças periodontais. [Dissertação] [internet]. Almada: Instituto Universitário Egas Moniz. 2020. [acesso em 01 nov 2021]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/35424>
18. Araújo LCD, Vilaça CMM. Recessão Gengival: Etiologia, características clínicas e tratamento—uma revisão de literatura. [Trabalho de conclusão de curso] [internet]. Manhauçu: Centro Universitário referência em Manhauçu. 2021. [acesso em 01 nov 2021]. Disponível em: <http://www.pensaracademico.facig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/view/3243>

19. Gabri LM, Mattos VGG, Barreto LPD, Santos MMS. Fenótipo Periodontal: uma Visão Clínica e Atual. Rev Nav Odontol On Line. [Periódico da internet] 2021 [acesso em 01 nov 2021]; 48(2):26-36. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.marinha.mil.br/index.php/odontoclinica/article/view/2487>
20. Braga LL. Alternativas terapêuticas de lesões cervicais não cariosas associadas às recessões gengivais. [Trabalho de conclusão de curso] [internet]. São Luís: Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco. 2020. [acesso em 01 nov 2021]. Disponível em: <http://repositorio.undb.edu.br/handle/areas/278>
21. Chambrone L, Salinas Ortega MA, Sukekava F, et al. Root coverage procedures for treating localised and multiple recession-type defects. Cochrane Database Syst Rev [periódico na internet]. 2018 [acesso em 20 set 2021];10:(1)1-139 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6517255/>
22. Tavelli L, Barootchi S, Cairo F, Rasperini G, Shedden K, Wang HL. The effect of time on root coverage outcomes: A network meta-analysis. J Dent Res [periódico na internet]. 2019 [acesso em 20 set 2021];98(11):1195-203. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31381868/>
23. Santamaria MP, Silveira CA, Mathias IF, et al. Treatment of single maxillary gingival recession associated with non-carious cervical lesion: Randomized clinical trial comparing connective tissue graft alone to graft plus partial restoration. J Clin Periodont [periódico na internet]. 2018 [acesso em 20 set 2021];45(8):968-76. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29681059/>
24. Cairo F, Cortellini P, Pilloni A, et al. Clinical efficacy of coronally advanced flap with or without connective tissue graft for the treatment of multiple adjacent gingival recessions in the aesthetic area: A randomized controlled clinical trial. J Clin Periodontol [periódico na internet]. 2016 [acesso em 20 set 2021];43(10):849-56. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27329829/>
25. Pini-Prato G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. J Clin Periodont [periódico na internet]. 2011 [acesso em 20 set 2021];38(3):243-45. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21158897/>
26. Aroca, S., Keglevich, T., Nikolidakis, D., Gera, I., Nagy, K., Azzi, R. & Etienne, D. Treatment of class III multiple gingival recessions: randomized clinical trial. Journal of Clinical Periodontology [periódico na internet]. 2010 [acesso em 20 set 2021];37(1):88-97. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19968743/>

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir concluir parte desse sonho, o meu mais profundo agradecimento ao meu Papai Milton, Mamãe Raquel e Irmã Vitoria, meu irmão Pablo aos meus tios Bores, Dinho, Vandinha, pois sem eles não conseguiria, ao Namorado, companheiro e amigo Marcos Bilharinho de Mendonça pelos ensinamentos, incentivos, paciência, conversas, brigas para me motivar a fazer sempre o melhor obrigada! a amiga Daniella Cristina Borges pela paciência, carinho, pelas conversas relacionadas ao tema do trabalho, minha dupla Stefania obrigada por sempre acreditarem que eu conseguiria!!! Úrsula Rodrigues de Oliveira

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir viver essa conquista, a minha mae Adriana, que sempre esteve presente nos momentos difíceis, aos meus filhos e meu esposo pelo companheirismo, aos mestres pela paciência de nos instruir com os seus conhecimentos, a minha dupla Úrsula, pela cumplicidade. Stefania Leuliane Aparecida da Silva

Obrigada a todos que vibraram e se alegraram por cada passo, por cada conquista, todos que viveram esse sonho junto com essa dupla incrível, aos mestres que não medem esforços para nos ensinar e aos colegas em geral, muito obrigada!!!

## DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Patos de Minas, 25 de novembro de 2021

---

Stefania Leuliani Aparecida da Silva

---

Eduardo Moura Mendes

## **DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA**

Eu Stefania Leuliani Aparecida da Silva, matriculado sob o número 11073 da FPM, DECLARO que efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública do meu TCC intitulado: **CLASSIFICAÇÃO ATUAL DAS RECESSÕES GENGIVAIS: aspectos clínicos e diagnóstico.**

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Patos de Minas.

---

**Stefania Leuliani Aparecida da Silva**  
**Graduanda Concluinte do Curso**

**DECLARO**, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está **AUTORIZADO** a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

---

**Eduardo Moura Mendes**  
**Professor(a) Orientador(a).**

## DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Patos de Minas, 25 de Novembro de 2021

---

Úrsula Rodrigues de Oliveira

---

Eduardo Moura Mendes

**DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA  
PÚBLICA**

Eu Úrsula Rodrigues de Oliveira, matriculado sob o número 07115 da FPM, DECLARO que efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública do meu TCC intitulado: **CLASSIFICAÇÃO ATUAL DAS RECESSÕES GENGIVAIS: aspectos clínicos e diagnóstico.**

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Patos de Minas.

---

**Úrsula Rodrigues de Oliveira**  
**Graduanda Concluinte do Curso**

**DECLARO**, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está **AUTORIZADO** a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

---

**Eduardo Moura Mendes**  
**Professor(a) Orientador(a).**