

Aumento de coroa clínica estética superior

Increasing aesthetic clinical crown

DOI:10.34119/bjhrv3n6-061

Recebimento dos originais: 20/10/2020

Aceitação para publicação: 16/11/2020

Karina Sarno Paes Alves Dias

Mestre em Periodontia

Professora de Odontologia da Faculdade Independente do Nordeste (Fainor)

Endereço: Rua Amélia Moraes, Quadra C, n 03, Candeias, Vitória da Conquista/Ba. CEP-45.028-678

E-mail: karinasarnopad@gmail.com

Isadora Coelho Macedo Silva

Cirurgiã-dentista graduada pela Faculdade Independente do Nordeste (Fainor)

Endereço: Rua L, Quadra 22, n 20, Felícia, Vitória da Conquista/Ba. CEP- 45.055-400

E-mail: isacoelho09@gmail.com

Cristiano Ramos Rocha

Cirurgião-dentista graduado pela Faculdade Independente do Nordeste (Fainor).

Endereço: Avenida Leblon, Quadra 20, n 02, Zabelê, Vitória da Conquista/Ba. CEP-45.077-620

E-mail: cristianorrs@hotmail.com

Hiago Evangelista Freitas (In memorium)

RESUMO

Introdução: Em situações onde exista exposição de gengiva e coroas clínicas curtas, há indicação para execução do aumento de coroa clínica. **Objetivo:** Relatar um caso de aumento de coroa clínica da região de pré-maxila. **Método:** Paciente do sexo feminino, faioderma, sem alterações de saúde sistêmicas ou local, compareceu à clínica escola da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR) relatando insatisfação quanto a estética do sorriso. Após exame clínico e radiográfico diagnosticou-se sorriso gengival causado por erupção passiva alterada. Foi realizada, então, a cirurgia para aumento das coroas clínicas dos elementos 15 ao 25 através da técnica de gengivectomia associada à osteotomia. **Resultados:** Após o tratamento cirúrgico, foi notada a mudança da dimensão dos dentes anteriores e otimização dos resultados estéticos entre dentes e gengiva, proporcionando uma estética satisfatória do sorriso e preservando o espaço biológico. **Conclusão:** O aumento de coroa clínica com osteotomia, mostrou resultados estéticos e funcionais favoráveis com ótima adaptação marginal e contornos adequados.

Palavras-chave: Gengivectomia, Estética, Osteotomia.

ABSTRACT

Introduction: In situations where there is exposure of gums and short clinical crowns, there is indication for clinical crown augmentation. **Objective:** To report a case of clinical crown augmentation in the pre-maxilla region. **Method:** Female patient, faioderma, with no systemic or local health changes, attended the school clinic of the Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR) reporting dissatisfaction regarding smile aesthetics. After clinical and radiographic

examination, a gingival smile caused by an altered passive eruption was diagnosed. The surgery was then performed to increase the clinical crowns of elements 15 to 25 through the gingivectomy technique associated with osteotomy. Results: After the surgical treatment, a change in the size of the anterior teeth and optimization of the aesthetic results between teeth and gums were noted, providing a satisfactory smile aesthetics and preserving the biological space. Conclusion: The clinical crown augmentation with osteotomy showed favorable aesthetic and functional results with optimal marginal adaptation and adequate contours.

Keywords: Gingivectomy, Aesthetics, Osteotomy.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as cirurgias plásticas periodontais o aumento de coroa clínica tem sido um procedimento cada vez mais utilizado para melhorar a condição estética, especialmente na região ântero-superior em pacientes portadores de sorriso gengival. Os pacientes que apresentam esta condição, frequentemente, procuram o cirurgião-dentista, a fim de reduzir o desconforto estético (ELERATI; ASSIS; REIS, 2011).

Os principais fatores relacionados ao sorriso gengival são: crescimento vertical em excesso, extrusão dento-alveolar, lábio superior curto, hiperatividade do lábio superior, erupção passiva alterada e combinação de vários fatores (TREVISANI; MEUSEL, 2014).

Os casos de crescimento gengival frequentemente precisam ser tratados com intervenção cirúrgica. A gengivectomia é o procedimento mais comumente realizado para o tratamento de aumento gengival (NEWMAN et al., 2015), onde realiza-se apenas a remoção de uma faixa gengival, não necessitando do retalho mucoperiosteal devido ao não comprometimento do espaço biológico (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2009). No entanto, nas situações de erupção passiva alterada, em que há uma quantidade excessiva de gengiva, medida a partir da margem gengival livre até à junção mucogengival (GARBER, SALAMA, 1996) e, com localização da crista alveolar entre 1,5 a 2 mm distante da junção cimento-esmalte (JCE) é necessário realizar osteotomia/osteoplastia associada à gengivectomia (BATISTA et al., 2012).

Os procedimentos de osteotomia/osteoplastia dependem da elevação do retalho para a exposição da crista óssea. Isso é válido para casos com periodonto espesso, visto que, a osteoplastia (remoção óssea em espessura) se faz necessária para otimizar a arquitetura óssea e melhorar a adaptação do tecido mole na região cervical (BORGHETTI et al., 2002; LOURENÇO AHT, LOURENÇO JR, VITRAL, 2014).

Este trabalho apresenta um relato de caso clínico de correção do sorriso gengival, causado por erupção passiva alterada, por meio da cirurgia plástica periodontal, associando as técnicas de gengivectomia e osteotomia.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, faioderma, sem alterações de saúde sistêmicas ou local, compareceu à clínica escola da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR) relatando insatisfação quanto a estética do sorriso. No exame intraoral foi observado coroas dos dentes anteriores superiores muito curtas e excesso de exposição de gengiva, sendo diagnosticado sorriso gengival causado por erupção passiva incompleta (Figura 1). Assim, foi determinado aumento de coroa clínica nos dentes anteriores superiores, do 15 ao 25, através de gengivectomia com bisel interno e osteotomia para reestruturação do espaço biológico.

No procedimento cirúrgico foi realizada a assepsia extra oral com Iodopovidona 10% (RIODEINE®, Rioquímica S/A Ltda., São Paulo, Brasil) e bochecho com Digluconato de clorexidina 0,12% (PERIOGARD®, São Paulo, Brasil). O procedimento foi iniciado com anestesia por bloqueio dos nervos alveolares superior anterior e médio e, em seguida infiltrativa nas papilas gengivais circundantes a área a ser trabalhada com solução anestésica Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (ALPHACAINE®, Nova DFL Ltda., Rio de Janeiro, Brasil), sendo que a agulha utilizada foi a curta de 23mm de comprimento (AGULHA GENGIVAL®, Pro Care Ltda., São Paulo, Brasil). Através da sondagem periodontal foram observadas as profundidades dos sulcos e transferidas para a vestibular de cada dente, demarcando os pontos sangrantes e com o dorso da lâmina de bisturi foi marcado o contorno para o guia cirúrgico. As incisões iniciais foram realizadas com uma lâmina de bisturi 15C (LAMEDID®, Bunzl Saúde Ltda., São Paulo, Brasil) em bisel interno, iniciando do elemento 11 para o 15 e do 21 ao 25. Em seguida, foram feitas as incisões intra-sulculares e removido o colar gengival com cureta de Gracey 5-6 (GOLGRAN MILLENIUM®, Golgran Instrumentos Odontológicos Ltda., São Paulo, Brasil) (Figura 2). O descolamento dos tecidos adjacentes para reposicionamento da gengiva foi realizado com o descolador de periósteo Molt 2-4 (GOLGRAN MILLENIUM®, Golgran Instrumentos Odontológicos Ltda., São Paulo, Brasil) (Figura 3) e feita osteotomia utilizando broca esférica 1012 (KG SORENSEN® Medical Burs Ind. e Com. de Pontas e Brocas Cirúrgicas Ltda., São Paulo, Brasil) em alta rotação, a fim de devolver o espaço biológico periodontal, sempre com abundante irrigação com soro fisiológico (SORIMAX FARMAX®, Farmax Ltda., Minas Gerais, Brasil). Em seguida, o retalho foi reposicionado e feitas as suturas das papilas com pontos simples e fio de nylon 4.0 (Figura 4). Ao fim da cirurgia foram dadas as devidas instruções de higiene oral, cuidados pós-operatórios e prescrição de Amoxicilina 500mg de 8/8h por 7 dias e Paracetamol 750mg de 6/6horas por 3 dias. A paciente foi orientada a retornar após uma semana para remoção

dos pontos, não relatou complicações no pós-operatório e foi acompanhada 1 vez por semana durante 30 dias.

Figura 1 – Aspecto clínico inicial



Figura 2 – Ressecção gengival do primeiro hemiarco.



Figura 3 - Descolamento mucoperiosteal para osteotomia



Figura 4 –Reposicionamento tecidual e sutura final.



3 DISCUSSÃO

A estética periodontal ou estética vermelha tem sido muito discutida e valorizada em busca da harmonia do sorriso. A exposição excessiva da gengiva durante o sorriso, também denominada de sorriso gengival é diagnosticada nos casos em que durante o sorriso natural houver exposição gengival maior que 3 mm da margem gengival à borda inferior do lábio superior (BORGHETTI et al., 2002; SHAHABE, et al., 2012). No entanto, segundo Chujfi e Pereira (2007) este valor é apenas uma referência, porque como o sorriso gengival não é uma condição de doença, exceto nos casos de crescimento gengival, seu tratamento dependerá mais da insatisfação do paciente com a sua própria aparência, do que com a quantidade em milímetros de gengiva exposta.

O tratamento do sorriso gengival tem sido executado com sucesso pela cirurgia plástica periodontal (MESQUITA de CARVALHO; Da SILVA; JOLY, 2010). Porém, a correta indicação da técnica a ser utilizada varia de acordo com a situação clínica e com a etiologia do problema gengival. Quando há uma grande quantidade de mucosa ceratinizada presente e o tecido ósseo está distante da JCE, o aumento de coroa clínica deve ser realizado por meio de gengivectomia. Entretanto, quando o tecido ósseo está próximo à JCE, há indicação da gengivectomia associada à osteotomia (BORGHETTI et al., 2002; LOURENÇO AHT; LOURENÇO JR; VITRAL, 2014).

O processo de erupção dentária normal é considerado completo quando os dentes atingem o plano oclusal e entram em função. Os tecidos moles, por sua vez, seguem este movimento e, finalmente, a margem gengival livre migra apicalmente quase até a JCE. Quando isso não acontece e a gengiva continua a cobrir parte da coroa clínica dentária, é denominado erupção passiva alterada (LINDHE, 2010), como ocorrido no estudo apresentado.

Nesses casos, Trevisani e Meusel (2014) relatam que há indicação precisa para a execução de aumento de coroa clínica, ou seja, tratamento do sorriso gengival por meio de cirurgia periodontal. Da mesma forma, Garber e Salama (1996) afirmaram que nos casos de erupção passiva alterada, o tratamento ideal é o restabelecimento das distâncias biológicas por meio da osteotomia até que a distância entre a JCE e a crista óssea fique em torno de 3mm a 4mm.

Quanto a técnica de gengivectomia a ser realizada, vários aspectos devem ser levados em consideração. Dentre eles, o fenótipo periodontal. Das variadas classificações de fenótipo periodontal, a de De Rouck T, et al. (2009) é a mais utilizada, na qual o mesmo pode ser classificado em 03 grupos: fino-festonado, em que a gengiva se mostra fina e clara, geralmente encontrada no sexo feminino, plano-espesso, uma gengiva espessa e clara, encontrada no sexo masculino, e espesso-festonado. Junto a isso, o estudo de Arora R, et al. (2013) mensurou o crescimento tecidual após aumento de coroa clínica em cada um dos fenótipos periodontais, relacionando-o à necessidade de se preconizar uma região para acomodação da inserção conjuntiva, em que foi observado que no fenótipo fino-festonado, a mesma é de aproximadamente 2mm, espesso-festonado 3mm e plano-espesso 4mm. Desta forma, é de suma importância considerar o fenótipo periodontal quanto à quantidade de osso que deve ou não ser removida para propiciar a correta e devida acomodação da inserção conjuntiva.

A paciente do caso relatado apresentava fenótipo fino-festonado e uma quantidade adequada de mucosa ceratinizada (>3mm). Por apresentar estes aspectos, optou-se pela remoção do colarinho/gengivectomia com incisão primária em bisel interno e descolamento total do retalho

previamente à osteotomia de 2mm, corroborando com Arora R, et al. (2013), citados anteriormente.

As cirurgias plásticas periodontais restituem a forma e a função gengival. O sucesso clínico de tais procedimentos depende da correta indicação cirúrgica, do conhecimento da previsibilidade das diferentes técnicas, além da sua correta realização.

4 CONCLUSÃO

O tratamento do sorriso gengival causado por erupção passiva alterada realizado com as técnicas de gengivectomia e osteotomia mostrou resultados estéticos e funcionais favoráveis com ótima adaptação marginal e contornos adequados.

REFERÊNCIAS

ARORA R, et al. Supracrestal Gingival Tissue: Assessing Relation with Periodontal Biotypes in a Healthy Periodontium. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 2013; 33(6): 763-771.

BATISTA, E.L; MOREIRA, C.C; BATISTA, F.C; de OLIVEIRA, R.R; PEREIRA, K.K. Altered passive eruption diagnosis and treatment: a cone beam computed tomography-based reappraisal of the condition. *J Clin Periodontol*. Nov 2012; 39(11):1089–96.

BORGHETTI, A.; CORTI, V.M. *Cirurgia plástica periodontal*, ed. 1, Porto Alegre: Artmed, 2002.

CHUJFI, E. S.; PEREIRA, S. A. S. *Periodontologia: integração e resultados*. São Paulo: Artes Médicas, ed. 1, 2007.

DE ROUCK T, et al. The gingival biotype revisited: transparency of the periodontal probe through the gingival margin as a method to discriminate thin from thick gingiva. *Journal of Clinical Periodontology*, 2009; 36(5): 428–433.

DUARTE, C.A.; PEREIRA C.A; CASTRO M.V.M. Retalho Mucoperiosteal. In: DUARTE, C. A. *Cirurgia periodontal: pré-protética, estética e peri-implantar*. 3. ed. São Paulo (SP): Santos, 2009

ELERATI, E. L.; ASSIS, M. P; REIS, W. C. F. B. Aumento de coroa clínica na reabilitação estética do sorriso gengival. *Rev. Perionews*; v. 5, n. 2, p. 139-144, 2011.

GARBER, D.A; SALAMA, M.A. The aesthetic smile: Diagnosis and treatment. *Periodontol 2000* 1996; 11:18–28.

LINDHE, J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010

LOURENÇO, A.H.T; LOURENÇO JÚNIOR, E.T; VITRAL, R.W.F. Cirurgia plástica periodontal: uma abordagem para ortodontia. *Rev Dental Press Period Implantol* 2007; 1(2):44-58.

MESQUITA de CARVALHO, P.F; Da SILVA R.C; JOLY, J.C. Aumento de coroa clínica estético sem retalho: uma nova alternativa terapêutica. *Rev APCD* 2010; (1):26-33.

NEWMAN, M.G; TAKEI, H.H; KLOKKEVOLD P.R; CARRANZA F.A, editors. *Carranza's Clinical Periodontology*. 12th ed. Philadelphia: W.B. Saunders and Company; 2015. pp. 587–92.

SHAHABE, S.A, et al. Esthetic Crown Lengthening: Theoretical Concepts and Clinical Procedures. *International Journal of Contemporary Dentistry*, 2012; 3(3): 33–38.

TREVISANI, R.S; DAL ZOT VON MEUSEL, D.R. Aumento de coroa clínica em dentes anteriores – relato de caso clínico. *J Oral Invest*, 3(2): 19-24, 2014.