



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

LARISSA VICENTE BELIEIRO

**CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA AUMENTO DE
COROA CLÍNICA: RELATO DE CASO**

LONDRINA – PR
2015

LARISSA VICENTE BELIEIRO

**CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA AUMENTO DE
COROA CLÍNICA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Ms. Eloisa Helena Aranda Garcia de Souza

LONDRINA – PR
2015

LARISSA VICENTE BELIEIRO

**CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA AUMENTO DE
COROA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial à obtenção do título de graduação em Odontologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Eloisa Helena Aranda Garcia de Souza
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dra. Fernanda Akemi Nakanishi Ito
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de _____ de ____

Dedico esse trabalho à minha avó, Ivete Vicente (*in memoriam*), quem sempre torceu por meu sucesso e acreditou em mim. Meu maior exemplo como pessoa, sempre amorosa e dedicada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre estar ao meu lado e me encorajar, permitindo a realização desse sonho.

À minha Mãe, Andressa Vicente, por me apoiar e não me deixar desistir diante das dificuldades, sendo meu maior exemplo de determinação. Obrigada por estar ao meu lado, sempre tornando as coisas mais fáceis e fazendo com que eu me tornasse uma pessoa melhor.

Ao meu namorado, Gabriel Merlini, por sua compreensão, carinho e apoio. Por me incentivar a melhorar sempre e fazer com que eu acreditasse em mim.

Agradeço á professora Eloisa Helena Aranda Garcia de Souza, por sua prontidão, paciência, compreensão e disposição em orientar esse trabalho.

À professora Fernanda Akemi Nakanishi Ito, sempre paciente e zelosa,, dividindo seus conhecimentos e contribuindo muito para a finalização e enriquecimento desse trabalho.

Ao professor Antônio Carrilho Neto, sendo exemplo de caráter e postura profissional. Por sua dedicação e comprometimento com a docência, contribuindo muito para minha formação profissional e amadurecimento pessoal .

Agradeço em especial aos meus pacientes, pela confiança depositada em minhas mãos, tornando meu aprendizado e aprimoramento possível.

Agradeço aos funcionários da Clínica Odontológica Universitária, pela atenção e disponibilidade em ajudar, tornando o dia-a-dia em clínica mais tranquilo.

Aos meus amigos, que estiveram sempre por perto, me ajudando nos momentos difíceis e compartilhando alegrias.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

(Carl Jung)

BELIEIRO, Larissa Vicente. **Cirurgia plástica periodontal para aumento de coroa clínica: Relato de caso**. 2015. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

RESUMO

A harmonia do sorriso pode ser alcançada através da união de vários fatores, como a anatomia dentária, labial e gengival do paciente. Atualmente, a estética periodontal tem recebido bastante atenção para construção do sorriso harmônico. Muitas abordagens terapêuticas estão sendo sugeridas, visando atingir uma estética mais harmônica e favorável. O intuito do presente trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente do gênero feminino, leucoderma, brasileira, 21 anos, insatisfeita com seu sorriso e contorno gengival. Ao exame clínico apresentava relação desarmônica entre o aspecto gengival e o comprimento curto das coroas clínicas dos dentes ântero-superiores. Foi sugerida gengivectomia na região dos dentes anteriores superiores. Sob anestesia local infiltrativa fez-se a determinação dos pontos sangrantes com sonda exploradora, em seguida realizou-se a união destes pontos com lâmina 15c pela técnica do bisel externo e posterior remoção do fragmento gengival (colar gengival), em seguida como auxílio do gengivótomo de Orban foram removidos os fragmentos localizados na região interproximal. Após a completa remoção dos fragmentos realizou-se a gengivoplastia do sítio cirúrgico, com o propósito de otimizar a reparação gengival, favorecendo a estética. O local foi recoberto com cimento cirúrgico, permanecendo por 7 dias. No 7º dia, o tecido gengival encontrava-se em processo inicial de cicatrização. Aos 15 dias, o tecido gengival encontrava-se nos períodos finais da cicatrização, já apresentando as características normais. Aos 30 dias, foi observada completa cicatrização dos tecidos gengivais, sem exposição clínica das superfícies radiculares. Conclui-se que a gengivectomia, quando bem planejada, é uma técnica efetiva na adequação do contorno gengival em relação aos elementos dentários, objetivando não só a satisfação estética, como também a preservação do periodonto saudável.

DESCRITORES: Gengivoplastia, Estética Dentária, Aumento de Coroa Clínica.

BELIEIRO, Larissa Vicente. **Periodontal Plastic Surgery for Crown Lengthening: A case report.** In 2015. 30fls. Completion of course work (Undergraduate Dentistry) - State University of Londrina, Londrina, 2015.

ABSTRACT

The harmony of smile can be achieved through the combination of several factors such as dental anatomy, lip and gum of the patient's anatomy. Currently, periodontal aesthetics has received extensive attention for creating harmonious smile. Many therapeutic approaches are suggested in order to reach a more harmonious and favorable aesthetics. The aim of this study is to report the case of a female patient, leucoderma, Brazilian, 21, unsatisfied with her smile and gum line. The clinical examination showed disharmonious relationship between the gingival aspect and the short length of the clinical crowns of the maxillary anterior teeth. Gingivectomy was suggested in the region of the upper front teeth. Under local anesthetic infiltration was made to determine the bleeding points with explorer, then held the union of these points with blade 15c by the technique of external bezel and subsequent removal of the gingival fragment (gum paste). Then with the help of gengivótomo of Orban, fragments located in the interproximal region were removed. After complete removal of the fragments the gingivoplasty of the surgical site was carried out, in order to optimize gingival repair by favoring aesthetics. The site was covered with a surgical cement for 7 days. On the 7th day, the gum tissue was in the initial healing process. On the 15th day, the gingival tissue was in the final periods of healing, already showing the normal characteristics. On the 30th day, it shows complete healing of gingival tissues without clinical exposure of the root surfaces. Thus this study concludes that the gingivectomy, if well planned, is an effective technique in the adaptation of the gingival contour in relation to dental elements, aiming not only the aesthetic satisfaction, but also the preservation of periodontal health.

KEY WORDS: Gingivoplasty, Dental Aesthetics, Clinical Crown Lengthening.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
3 CASO CLÍNICO	15
4 DISCUSSÃO	23
5 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1 INTRODUÇÃO

Em virtude da posição de destaque em que a estética se encontra nos dias de hoje, cada vez mais pacientes chegam aos consultórios odontológicos com o desejo de aperfeiçoar o sorriso. Porém, estabelecer critérios de beleza torna-se uma missão realmente complexa, visto à infinidade de fatores envolvidos com o tema, entre eles o contorno gengival e tamanho da coroa clínica, que serão abordados nesse trabalho (CAROLI et al., 2008).

A análise do sorriso deve ser fundamentada na estética facial, estética gengival, micro e macro estética. O aspecto facial é individual em cada paciente e pode ser melhor avaliado com o auxílio de fotografias, determinando posição e relacionamento entre lábios e tecidos moles durante o sorriso (MORLEY; EUBANK, 2001; PEDRON et al., 2010).

A estética gengival é fundamental na construção de um belo sorriso, e deve ser trabalhada em união com a estética dental para que seja possível proporcionar ao paciente um sorriso harmônico (PASCOTTO; MOREIRA, 2005).

Contorno, coloração e aspecto gengivais são características que quando alteradas comprometem e desvalorizam o sorriso (CAROLI et al., 2008; PEDRON et al., 2010).

Quando o tamanho dos dentes em relação à gengiva não apresenta uma boa relação, o paciente pode mostrar-se bastante descontente e esteticamente insatisfeito. Um dos propósitos da Periodontia é restabelecer estas necessidades por meio de cirurgias que proporcionem ao paciente um sorriso mais agradável, aumentando sua auto-estima e muitas vezes melhorando também suas relações sociais (ROSETTI; SAMPAIO; ZUZA, 2006).

Vários tipos de terapia são preconizados para a correção do sorriso gengival, conforme sua causa. Nos casos de sorriso gengival, causado por excesso de tecido gengival com recobrimento parcial da coroa anatômica dos dentes (também causada pela erupção passiva alterada), é preconizada a cirurgia ressectiva gengival. (PASCOTTO; MOREIRA, 2005)

Contudo, para que bons resultados estéticos sejam alcançados é indispensável que se faça um diagnóstico adequado e planejamento integrado, com seleção de técnicas que visem não somente a harmonia entre os dentes, mas objetivem também estabelecer o equilíbrio destes com os lábios e gengiva (PEDRON et al., 2010).

O propósito do presente trabalho é relatar a fase cirúrgica do caso clínico de uma paciente da Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Londrina (COU/UEL) insatisfeita com seu sorriso. A queixa principal da paciente era referente ao contorno gengival irregular tamanho e forma dos dentes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A procura por tratamentos estéticos vem crescendo a cada dia, em razão disso, um dos desafios da odontologia contemporânea é o aperfeiçoamento de técnicas e pesquisas que possam alcançar resultados cada vez melhores no que diz respeito a beleza do sorriso (CAROLI et al., 2008).

Segundo Morley e Eubank (2001) e Obradovic-Djuricic, Kostic e Martinovic (2005) a quantidade de elementos envolvidos no assunto é grande, o que torna difícil determinar padrões estéticos. Um desses elementos é o contorno gengival, sua arquitetura e interferência no tamanho da coroa clínica. A saúde periodontal e o contorno do zênite gengival (maior comprimento do dente) devem ser analisados no visual estético do sorriso.

De acordo com Tumenas e Ishikiriama (2002) a estrutura labial (lábios grossos, médios e finos) comprimento e curvatura durante a dinâmica do sorriso; linha do sorriso; o contorno gengival, caracterizando o zênite; formato dos dentes (quadrado ou retangular, triangular e oval); e o formato da estrutura facial são fatores que influenciam na análise do sorriso.

Fredeani (2006) afirma que o contorno da margem gengival deve ser paralelo à linha incisal e acompanhar a orientação das linhas horizontais de referência. Deve também mostrar um desenho festonado, contornando pela região cervical a partir da posição correta do zênite gengival, e interproximalmente a partir das papilas dentárias. Quando há perda de suporte, esse contorno tende a mudar.

O contorno da margem gengival, como delineado pelos níveis cervicais dos caninos superiores e dos incisivos centrais, deve ser paralelo à borda incisal e à curvatura do lábio inferior. A margem gengival dos incisivos centrais e caninos deve ser simétrica e ter uma posição mais apical quando comparada à dos incisivos laterais. O zênite é o ponto mais apical do contorno gengival, e nos dentes superiores, está localizado mais distalmente que o eixo central do dente. (Fredeani, 2006)

A arquitetura gengival tipicamente festonada é paralela tanto a crista óssea subjacente quanto à junção esmalte-dentina, e é caracterizada pela presença de papilas que preenchem os espaços interdentários. A papila entre os dois incisivos centrais apresenta-se mais longa que a dos dentes adjacentes. Entre dentes onde existe grande proximidade, a papila pode parecer mais alongada, porque seu desenvolvimento é guiado pelo contorno dental interproximal. Entretanto, uma distância menor de 0,3 mm freqüentemente resulta no seu desaparecimento, devido à falta de um pico ósseo subjacente. Por outro lado, se as raízes estão completamente separadas e distantes, a papila parecerá mais plana, e um espaço desagradável surgirá entre os dentes: diastema. (Fredeani, 2006)

Fredeani (2006) afirma que o tecido gengival saudável é firmemente aderido às camadas subjacentes e geralmente róseo, conquanto exista uma relevante variação entre os indivíduos. Também é firmemente unido às camadas subjacentes.

Segundo Morais et al., (2010) o excesso gengival sobre os dentes que deixam a aparência da coroa clínica curta, o contorno gengival irregular e assimétrico estão entre os problemas estéticos gengivais mais comuns, junto com as recessões e ausências de papilas interdentais.

A exposição de gengiva em excesso durante o sorriso, conhecida como sorriso gengival, junto à coroa clínica curta dos dentes ântero-superiores, resulta em depreciação da estética. O planejamento cirúrgico para reposicionar a margem gengival em posição mais apical, sem que haja exposição radicular, fundamenta-se na quantidade de gengiva queratinizada e na relação da junção cimento-esmalte com a margem gengival e crista óssea alveolar (MONDELLI; SONOHARA; LANZA, 2002; ANDRADE; VIEIRA, 2004; FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ; ARIAS-ROMERO; SIMONNEAU-ERRANDO, 2005).

Pascotto e Moreira (2005), vários tipos de terapia são preconizados para a correção do sorriso gengival, conforme sua causa. Assim, quando diagnosticado o excesso vertical da maxila, provavelmente em decorrência de componente esquelético, acarretando perfil dólico-facial ao paciente, há a necessidade de tratamento ortodôntico, cirurgia periodontal e ortognática associadas. Quando da presença de hiperfunção dos músculos elevadores do lábio e lábio superior com comprimento curto, causa também do sorriso gengival, a terapia proposta é a aplicação da enzima botulínica intra-muscular. Já no sorriso gengival, causado por excesso de tecido gengival com recobrimento parcial da coroa anatômica dos dentes (também causada pela erupção passiva alterada), é preconizada a cirurgia ressectiva gengival.

O aumento de coroa clínica com finalidade estética é indicado quando a aparência da coroa clínica dos dentes anteriores é curta ou tem exposição excessiva de tecido gengival durante o sorriso ou quando o contorno gengival é irregular (SUZUKI et al., 2008).

Ainda de acordo com os estudos de Stoll e Novaes (1997) e Tumenas e Ishikiriama (2002), a gengivoplastia é uma cirurgia ressectiva com objetivo estético, seu propósito é o restabelecimento do espaço biológico, permitindo que procedimentos restauradores sejam executados sem que interfiram e prejudiquem o periodonto. Para que a cirurgia possa ser realizada com segurança é necessário que haja larga faixa de gengiva queratinizada, ausência de deformidades ósseas, tecido de natureza fibrótica e também motivação do paciente para controle do biofilme.

A gengivoplastia é uma técnica de fácil execução apresentando resultados favoráveis e satisfatórios e quando são realizados procedimentos restauradores adjunto à ela, resultados ainda mais satisfatórios podem ser alcançados. Os procedimentos restauradores e a saúde gengival estão

intimamente relacionados, desempenhando papel significativo na integridade biológica dos tecidos, bem como na manutenção de restaurações com maior longevidade. Pacientes com dentes curtos parecem não gostar do seu sorriso e necessitam de aumento de coroa clínica (FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ; ARIAS-ROMERO; SIMONNEAU-ERRANDO, 2005).

O aumento de coroa clínica é realizado para alterar a dimensão dos dentes e otimizar o resultado estético de procedimentos restauradores, como novas restaurações coronárias, reanatomização dental, fechamento de diastemas e outros cuidados estéticos dentais (DANTAS; SILVA; SAKO, 2012).

De acordo com Cavijo et al., (2008) e Pimentel et al., (2010) a cirurgia de aumento de coroa clínica é um dos meios usados pela periodontia para alcançar a otimização estética, através da busca de equilíbrio entre forma e simetria dos dentes, lábios, gengiva, arquitetura gengival, linha do sorriso, forma, posição e tamanho da coroa clínica, de modo que se harmonizem com a face.

Para a determinação da altura da margem gengival adequada devemos levar em consideração a altura média dos dentes (incisivos centrais e caninos, entre 11 e 13mm e incisivos laterais de 9 a 11mm) com proporção entre comprimento e largura de 10:8 e a coincidência entre a linha gengival (zênite) e o lábio, sendo que as margens gengivais dos incisivos centrais e caninos deve tocar a borda do lábio superior (CAVIJO et al., 2008).

É primordial que exista o diagnóstico e o planejamento integrado da etiologia que altera o sorriso, como também a composição de técnicas restauradoras adequadas à devolução do equilíbrio do conjunto lábios, gengiva, e dentes. Esses conceitos são de grande significância na indicação e planejamento da cirurgia periodontal ressectiva para aumento de coroa clínica com finalidade estética (TUMENAS; ISHIKIRIAMA, 2002).

Pedron et al., (2010) diz que cirurgia ressectiva gengival é um procedimento eficaz coadjuvante na adequação gengival em relação à estética dentária, visando não apenas o resultado estético satisfatório, como também a manutenção do periodonto saudável.

A cirurgia de gengivoplastia é utilizada na busca pela estética, e que quando planejada e empregada adequadamente traz resultados estéticos e funcionais excelentes (Pimentel et al., 2010).

Para Pedron et al., (2010) a gengivoplastia é um procedimento efetivo na adequação gengival e além de cumprir com seus objetivos estéticos, é também salutar aos tecidos periodontais.

Ainda segundo Pedron et al., (2010) a cirurgia para aumento de coroa clínica é contraindicada quando existe processo inflamatório agudo, controle de placa insuficiente pelo paciente e proporção entre coroa e raiz desvantajoso.

3 CASO CLÍNICO

Paciente, gênero feminino, leucoderma, brasileira, 21 anos. Compareceu a Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Londrina com a queixa principal relacionada ao contorno gengival, tamanho e forma dos incisivos laterais superiores. Durante o exame clínico observou-se presença de linha média desviada, elementos 12 e 22 conóides e contorno gengival irregular.

Após exame clínico, diagnóstico e planejamento foi sugerida à paciente a cirurgia ressectiva gengival (gengivectomia) para aumento de coroa clínica em toda extensão da margem gengival compreendida dos dentes 13 a 23, e a paciente mostrou-se bastante receptiva ao planejamento.

Em relação às condições periodontais, observou-se inflamação crônica dos tecidos gengivais e durante a sondagem foi observado profundidade de sondagem de 4mm nos elementos 12 e 22, devido a presença de restauração em resina composta com sobrecontorno, nos demais elementos a profundidade de sondagem variou entre 1 e 2mm. Os elementos também apresentavam contorno gengival inadequado e desarmonia entre o tamanho das coroas dentárias. A paciente negou quaisquer comprometimentos sistêmicos.

Sob anestesia local infiltrativa fez-se a determinação dos pontos sangrantes com sonda exploradora (Figura 4), em seguida a união destes pontos com lâmina 15c pela técnica do bisel externo e posterior remoção do fragmento gengival (colar gengival), removendo 1mm do elemento 13, 3mm do elemento 12, 1mm do elemento 11, 1mm do elemento 21, 3mm do elemento 22 e 2mm do elemento 23, determinando o comprimento das coroas clínicas e altura da margem gengival (Figura 5). Em seguida com o auxílio do gengivótomo de Orban foram removidos os fragmentos na região interproximal (Figura 6). Após a completa remoção dos fragmentos, realizou-se a gengivoplastia do sítio cirúrgico (Figura 7), com o propósito de melhorar a reparação gengival, favorecendo a estética. Concluída a cirurgia, o local foi recoberto com cimento cirúrgico, e realizada a prescrição pós-operatória de analgésico (Dipirona sódica 500mg, de 6 em 6 horas em caso de dor) e

antiséptico bucal (Clorexedina 0.12%, bochechos de 2 minutos, 3 vezes ao dia, por 7 dias), bem como os demais cuidados locais.

No 7º dia, o cimento cirúrgico foi removido e o tecido gengival encontrava-se em processo inicial de cicatrização (Figura 9). A paciente relatou que o pós operatório foi tranquilo, sem sintomatologia dolorosa ou qualquer complicação. Aos 15 dias, o tecido gengival se apresentava nos períodos finais da cicatrização, já com as características normais (Figuras 10, 11 e 12). Após 30 dias, foi observada completa cicatrização dos tecidos gengivais, sem exposição clínica das superfícies radiculares (Figuras 13, 14 e 15).



Figura 1 - Aspecto inicial



Figura 2 - Sondagem dente 13 (4mm)



Figura 3 - Sondagem dente 23 (4mm)



Figura 4 - Marcação dos pontos sangrantes



Figura 5 – Colar gengival



Figura 6 – Remoção de fragmentos com gengivótomo de Orban



Figura 7 – Plastia do sítio cirúrgico



Figura 8 – Imediatamente após a cirurgia



Figura 9 – Pós operatório de 7 dias



Figura 10 – Pós operatório de 15 dias



Figura 11 – PO 15 dias (vista lateral esquerda)



Figura 12 – PO 15 dias (vista lateral direita)



Figura. 13 – Pós operatório de 30 dias



Figura 14 – PO 30 dias (vista lateral esquerda)



Figura 15 – PO 30 dias (vista lateral direita)



Figura
16 – Comparação aspecto inicial e aspecto final

4 DISCUSSÃO

A linha do sorriso é determinada pela posição do lábio inferior, e o sorriso médio é considerado como o mais estético, tendo da margem gengival até a borda inferior do lábio superior (BORDIN et al., 2010). Quando essas medidas são alteradas a estética fica comprometida, por exposição excessiva de tecido gengival durante o sorriso. Touati (1998) já afirmava que sorrisos equilibrados e em harmonia com as estruturas da face são considerados mais estéticos.

De acordo com Bordin et al., (2010), as coroas clínicas apresentam certa proporção entre a largura mesio-distal (MD) e a altura cervico-incisal (CI), onde a MD representa 75% a 80% da CI. A altura é determinada pela margem gengival livre, que se localiza coronalmente à 1mm da junção amelocementária, no adulto jovem. No caso relatado, a paciente apresentava a dimensões mesio-distal semelhante à cervico-incisal, dando um aspecto quadrangular a coroa clínica dos elementos.

O espaço biológico é a união dos tecidos gengivais com a superfície do dente, estendendo-se da porção mais apical da crista óssea até a base do sulco gengival, onde acontece a inserção conjuntiva e a união epitelial à superfície dental (STOLL; NOVAES, 1997). A preservação do espaço biológico representa uma barreira de defesa entre o biofilme e a crista óssea alveolar, além da relação fisiológica que assegura a saúde periodontal (TUMENAS; ISHIKIRIAMA, 2002; FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ; ARIAS-ROMERO; SIMONNEAU-ERRANDO, 2005). Ainda segundo Tumenas e Ishikiriama, (2002) e Fernández-González, Arias-Romero e Simonneau-Errando, (2005) no periodonto normal, quando há saúde periodontal, as medidas do espaço biológico totalizam 2,04 mm, sendo 0,69 mm em média de sulco gengival histológico, 0,97 mm de epitélio juncional e 1,07 mm de inserção conjuntiva, sendo recomendado pelo menos 3mm entre a margem gengival e a crista óssea sendo 2mm da crista óssea até a junção amelocementária e 1mm de sulco gengival.

A cirurgia ressectiva gengival (gingivectomia) proporciona ao dentista o contorno gengival ideal, preservando o espaço biológico e facilitando o

controle mecânico do biofilme dental pelo paciente (STOLL; NOVAES, 1997). Oberg et al., (2001), Todescan, Pustiglioni e Carneiro (2002) e Andrade e Vieira (2004) concordam que as indicações da gengivectomia são dependentes de alguns fatores como a localização da margem gengival em relação à junção amelo-cementária, devendo existir 3 mm ou mais de profundidade do sulco gengival, tamanho e forma do lábio superior e sua posição durante a fala e o sorriso, quantidade de gengiva queratinizada, (está deve ser de pelo menos 3mm após o procedimento cirúrgico).

A gengivectomia é indicada na remoção da hiperplasia gengival (STOLL; NOVAES, 1997; TODESCAN; PUSTIGLIONI; CARNEIRO, 2002) aumento da coroa clínica para melhorar a estética em pacientes com excesso de exposição gengival (MORLEY; EUBANK, 2001; TODESCAN, PUSTIGLIONI; CARNEIRO, 2002) em casos de erupção passiva alterada, (GARBER; SALAMA, 1996; MORLEY; EUBANK, 2001; TODESCAN, PUSTIGLIONI; CARNEIRO, 2002; FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ; ARIAS-ROMERO; SIMONNEAUE-ERRANDO, 2005) em pacientes com a linha do sorriso alta (MORLEY; EUBANK, 2001) dentes com fraturas abaixo da margem gengival; perfurações de raiz ao nível coronário; realização de procedimentos restauradores ou protéticos que desrespeitaram o espaço biológico; correção do plano oclusivo em dentes extruídos (ROBBINS, 1999; MORLEY; EUBANK, 2001; TODESCAN; PUSTIGLIONI; CARNEIRO, 2002). No presente caso a gengivectomia foi indicada para a remoção do excesso de tecido gengival e restabelecimento do contorno gengival, que prejudicava a estética e dificultava a realização de procedimentos restauradores. Após a cirurgia o tamanho desejado da coroa dental foi alcançado respeitando o espaço biológico.

Dentre as técnicas preconizadas, podem ser realizadas as de bisel externo, interno, eletrocirurgia (bisturi elétrico) e laser de CO₂, sendo a técnica do bisel externo a mais executada (PEDRON et al., 2010). No caso da atual paciente, optou-se pela técnica do bisel externo, devido à quantidade suficiente de tecido queratinizado.

Quanto à execução da técnica, o sulco gengival deve ser mensurado com sonda periodontal milimetrada, objetivando confirmar a indicação da cirurgia, sendo o resultado positivo, sob anestesia local infiltrativa, a

demarcação dos pontos sangrantes (nas medidas da sondagem periodontal) pode ser transferida para a face externa da gengiva queratinizada, podem ser utilizadas a sonda exploradora ou ainda a pinça de Crane-Kaplan, que possui uma das extremidades com ponta ativa que perfura a parede externa do tecido gengival. A incisão é realizada com lâmina de bisturi (nº 11 ou 15) ou com o gengivótomo de Kirkland, fazendo a união dos pontos sangrantes. Geralmente utiliza-se a técnica do bisel externo, inclinando a lâmina 45° em direção à coroa do dente, embora possa ser realizada a técnica do bisel interno, com a mesma inclinação direcionada à porção radicular. Com o propósito de desprender o tecido gengival que será removido, incisões secundárias devem ser realizadas nas regiões interproximais, utilizando-se o gengivótomo de Orban. Deve-se então realizar a gengivoplastia ou scraping do sítio cirúrgico, removendo tecido de granulação e proporcionando melhor contorno gengival favorecendo a reparação estética (WENNSTROM; HEIJL; LINDH, 1999; TODESCAN; PUSTIGLIONI; CARNEIRO, 2002; FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ; ARIAS-ROMERO; SIMONNEAUE-ERRANDO, 2005). A proteção do tecido cruento, com cimento cirúrgico, deve ser mantida por 7 a 10 dias. A prescrição de analgésicos e antiinflamatórios podem tornar-se necessárias. (STOLL; NOVAES, 1997).

Para que resultados satisfatórios e previsíveis sejam alcançados é necessário que a gengivectomia seja realizada de acordo com a técnica adequada e sem que suas contraindicações sejam negligenciadas, sendo elas a presença de processo inflamatório agudo, controle insuficiente de biofilme por parte do paciente, proporção coroa-raiz desfavorável, risco de exposição de furcas em dentes multi-radiculares, possibilidade da criação de desníveis marginais, em casos da necessidade de deslocamento apical da crista óssea alveolar ou da faixa de gengiva inserida (ROBBINS, 1999; TODESCAN; PUSTIGLIONI; CARNEIRO, 2002). Quando mal indicada e planejada a gengivectomia da região ântero-superior pode causar complicações pós-operatórias, como perda de papilas com abertura de frestas na região interproximal, desigualdade no tamanho das coroas clínicas, alongamento excessivo das coroas clínicas, e alterações fonéticas (MORLEY; EUBANK, 2001).

Ao final da cirurgia o paciente deve ser orientado quanto aos cuidados pós-operatórios, como escovação leve do local operado associada à bochechos com clorexidina 0,12%, de forma que ele consiga manter o controle do biofilme sem que haja remoção do cimento cirúrgico. O controle de placa se faz necessário para que o tecido marginal não sofra alterações (STOLL; NOVAES, 1997; BORDIN et al., 2010).

5 CONCLUSÃO

A cirurgia plástica periodontal direcionada somente aos tecidos de revestimento apresentou-se conveniente e efetiva no restabelecimento do contorno gengival. Pôde-se concluir que um diagnóstico correto associado a um planejamento bem estabelecido e execução adequada da técnica são fundamentais para que resultados estéticos previsíveis e satisfatórios em áreas comprometidas esteticamente sejam alcançados, e o controle de placa por parte do paciente é de suma importância para o sucesso do caso a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, C. M.; VIEIRA, D. Sorriso gengival: diagnóstico e possibilidades de tratamento. **Só Técn. Estét.**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 57-60, 2004.

BORDINI D.M et al. **Aumento de coroa clínica com objetivo estético**. Rev. PerioNews 2010; 4 (3) 225-31.

CAROLI, A. et al. Avaliação do contorno gengival na estética do sorriso. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.242-245, 2008.

CAVIJO, V. G. R. et al. Correção da estética gengival e dentária: interação entre periodontia e prótese. **R. Dental Press Estét.**, Maringá, v. 5, n.3, p. 29-44, jul./set., 2008.

DANTAS, A. A. R.; SILVA, E. R. C, SAKO, J. S. Tratamento estético periodontal: revisão de literatura sobre alguns tipos de cirurgia. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 3, set./dez., 2012.

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, R.; ARIAS-ROMERO, J.; SIMONNEAU-ERRANDO, G. Erupción pasiva alterada: repercusiones en la estética dentofacial. **RCOE**, Madrid, v. 10, n.3, p. 289-302, 2005.

FREDEANI, M. Análise gengival. In: FRADEANI M. **Análise estética: uma abordagem sistemática para o tratamento protético**. São Paulo: Quintessence, 2006. v.1

GARBER, D. A.; SALAMA, M. A. **The aesthetic smile**: diagnosis and treatment. **Periodontol. 2000**, Oxford, v. 11, p. 18-28, jun. 1996.

MONDELLI, J.; SONOHARA, M..K; LANZA L.D. Cirurgia plástica periodontal para tratamento do “sorriso gengivoso”. **JBD J. Bras. Dent. Estet.**, Curitiba, v.1,n.1, p. 28-32, jan./mar. 2002.

MORAIS, A. Cirurgia plástica periodontal para otimização de resultados estéticos na região anterior. **R. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 104-111, mar./abr, 2010.

MORLEY, J.; EUBANK, J. Macroesthetic elements of smile design. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 132, n. 1, p. 39-45, Jan. 2001.

BERG, C.; SARTORI, R.; PILATTI, G.L.; GOMES, J.C. **Cirurgia periodontal estética inter-relação com a odontologia restauradora**. Rev Paul odontol. v. 23, n. 3, p. 39-41, maio 2001.

OBRADOVIC-DJURICIC, K; KOSTIC L.; MARTINOVIC, Z. Gingival and dental parameters in evaluation of esthetic characteristics of fixed restorations. **Srp Arh Celok Lek**, v. 133, n. 3-4, p. 180-187, Mar./Apr. 2005.

PASCOTTO, R. C; MOREIRA, M. Integração da odontologia com a medicina estética. **RGO**, Porto alegre, v. 53, n. 3, p.171-175, jul./set. 2005

PEDRON, I. G. et al. Cirurgia gengival ressectiva no tratamento da desarmonia do sorriso. **Robrac. R. Odontol. Bras. Central**, Goiania, v. 18, n. 48, p. 87-91, 2010.

PIMENTEL, S. P. et al. Abordagem integrada para tratamento de lesão pigmentada e coroas clínicas curtas. **R. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 134-138, mar./abr. 2010.

ROBBINS, J. W. **Differential diagnosis and treatment of excess gingival display**. Pract Proced Aesthet Dent. v. 11, n. 2, p. 265-272, Mar. 1999.

ROSETTI, E. P.; SAMPAIO, L. M.; ZUZA, E. P. Correção de assimetria dentogengival com finalidade estética: relato de caso. **RGO**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 384-387, out./dez. 2006.

STOLL, L. B.; NOVAES A. B. Importância, indicações e técnicas do aumento de coroa clínica. **R. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 269-273, maio/jun. 1997.

SUZUKI, P. H. et AL. Valorizando o sorriso gengival: Relato de caso clínico. **R. Inpeo Odontol.** Cuiabá, v. 2, n. 2, p. 41-56, 2008.

TODESCAN, F. F.; PUSTIGLIONI, F. E.; CARNEIRO, S. R. S. Aumento de coroa clínica com finalidade estética e terapêutica. In: CARDOSO, R. J. A.;

GONGALVES, E. A. N. **Estética.** São Paulo: Artes Médicas, 2002. v. 3.

TOUATI B. **Defining form and position.** Pract Periodontics Aesthet Dent. 1998;10:800-7.

TUMENAS, I.; ISHIKIRIAMA, S. M. Planejamento estético integrado em Periodontia / Dentística. In: CARDOSO, R. J. A., GONÇALVES, E. A. N. **Estética.** São Paulo: Artes Médicas; 2002. v. 3.

WENNSTRÖM, J.; HEIJL, L.; LINDHE J. Cirurgia periodontal: acesso cirúrgico. In: LINDHE J.; KARRING, T.; LANG, N.P. **Tratado de periodontia e implantologia oral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.