Aumento de coroa clínica – relato de caso

Clinical crown lengthening - case report

Aneliese Holetz de Toledo Lourenço* Evandro de Toledo Lourenço Júnior** Viviane Cardoso da Silva***

Resumo

Objetivo: a Odontologia moderna busca corresponder às expectativas e às demandas estéticas atuais, garantindo, entretanto, a manutenção da saúde e da função. Alguns indivíduos têm um sorriso esteticamente comprometido pela excessiva exposição gengival, caracterizando o quadro de sorriso gengival. Relato de caso: o presente estudo revisa e discute a análise do sorriso gengival apresentando um caso clínico ilustrativo da técnica de aumento de coroa clínica por demanda estética. São abordados tópicos correlatos como: conceito de sorriso harmônico, diferentes técnicas de aumento de coroa clínica e sua indicação, medicação pré e pós-operatória, procedimentos técnicos cirúrgicos e controle pós-operatório. O resultado, demonstrado por fotografias clínicas e alcançado por meio da cirurgia periodontal, permitiu atingir o almejado pela demanda do paciente. Considerações finais: conclui-se que a técnica da cirurgia periodontal para aumento da coroa clínica e tratamento do sorriso gengival, quando oportunamente indicada e tecnicamente executada, proporciona um resultado positivo com relação aos anseios do paciente.

Palavras-chave: Estética. Periodontia. Sorriso gengival.

Introdução

A Odontologia moderna busca corresponder às expectativas e às demandas estéticas atuais, garantindo, entretanto, a manutenção da saúde e da função. Alguns indivíduos têm um sorriso esteticamente comprometido pela excessiva exposição gengival, caracterizando o quadro de sorriso gengival¹⁻⁶. Outros elementos essenciais da harmonia e simetria de um sorriso estético, como o zênite e o contorno gengival, podem estar também comprometidos. Um desequilíbrio nesse conjunto pode levar às alterações parciais ou no todo, interferindo na estética do sorriso⁷⁻¹⁶.

Este trabalho apresenta um relato de caso clínico ilustrativo da correção do sorriso gengival por meio da cirurgia plástica periodontal.

Relato de caso

Paciente do gênero masculino, 23 anos, procurou o serviço de Periodontia da Universidade Federal de Juiz de Fora em razão do descontentamento com seu sorriso, no qual ele percebia "uma grande quantidade de gengiva aparente e os dentes muito pequenos proporcionalmente". Fez-se o teste do sorriso máximo, solicitando-se que o paciente repetisse por várias vezes a vogal "i" (em português, em inglês "e") para percepção do sorriso máximo 17,18 (Figura 1).

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v22i3.7339

Professora Doutora das disciplinas Periodontia I e II e Clínica Integrada, Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontológia, Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Universitário, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Professor Doutor das disciplinas Periodontia I e II e Clínica Integrada, Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontológia, Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Universitário, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Acadêmica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.



Figura 1 – Visão inicial pré-cirúrgica

Fonte: elaboração dos autores.

Nota: detecção da linha do sorriso máximo, observando-se a grande quantidade de visualização gengival.

Após análise clínica e avaliação radiográfica, apresentou-se o plano de tratamento sugerido – retalho de espessura parcial com osteotomia/osteoplastia e reposição apical do retalho (gengiva espessa e osso próximo também com congruências vestibulares), que foi prontamente aprovado por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Prescreveu-se medicação pré-operatória no intuito de minimizar os inconvenientes cirúrgicos, a qual deveria iniciar 1 hora antes da cirurgia, após alimentação normal, seguida no pós-cirúrgico.

A medicação foi constituída de antibiótico de primeira escolha - Amoxicilina 500 mg com clavulanato 125 mg, a cada 8 horas por 7 dias (21 comprimidos), anti-inflamatório corticoesteroide - Dexametasona 4 mg ao dia por 3 dias (3 comprimidos), e analgésico – dipirona 500 mg a cada 8 horas (9 comprimidos), em caso de dor, por no máximo 3 dias. Instituiu-se também bochecho com Clorexidine a 0,12% por 7 dias, 2 vezes ao dia, após a escovação dental. O procedimento cirúrgico foi executado em consulta posterior, após anestesia troncular dos dois nervos infraorbitários direito e esquerdo e anestesia infiltrativa periférica na margem gengival palatina e vestibular. Utilizou-se, para tal manobra, lidocaína a 2% com vasoconstritor adrenérgico na diluição de 1/100.000.

Executou-se sondagem periodontal forçada da área dos dentes 13 a 23, de maneira a romper a inserção conjuntiva e demarcar, por pontos sangrantes, o nível ósseo.

A incisão inicial foi realizada com lâmina nº15 e em posição de bisel interno, desenhando um colarinho gengival que foi posteriormente retirado. Essa manobra diminuiu a necessidade de uma grande divisão do retalho para a reposição apical. Após a remoção do colar de gengiva, iniciou-se a divisão do retalho por meio de movimentos circulares de direcionamento ápico-lateral. No momento em que se percebeu movimento do complexo mucoso, cessou-se a divisão do retalho e iniciou-se a osteotomia e a

osteoplastia, com brocas diamantadas (3069, 1014 e 3118 – KG Sorensen^R – respectivamente). Esse conjunto de brocas permitiu reduzir a altura da crista óssea vestibular, bem como, amenizar a espessura da referida tábua óssea da área, permitindo uma anatomia mais delicada do osso.

Calculou-se o tamanho adequado da visualização dos dentes pela linha do sorriso máximo do paciente, e dessa posição, retirou-se 3 mm de osso em altura (brocas 1014 e 3069), com o objetivo de se preservar a distância biológica, sempre acompanhando o princípio do zênite gengival, com o clímax da curvatura em distal dos incisivos centrais e caninos e de maneira centralizada nos incisivos.

Uma pequena osteoplastia foi realizada em vestibular, de modo a afinar a espessura do osso dessa área (broca 3118). Na sequência, recolocou-se o retalho rente à crista óssea e procedeu-se com as suturas profundas que envolveram o periósteo não afastado (Figura 2).



Figura 2 – Cirurgia executada

Fonte: elaboração dos autores.

Nota: osteotomia e osteoplastia e sutura por meio de pontos periósticos. Diferença de altura gengival da área posterior em relação à anterior.

Por sobre área operada adaptou-se uma camada de cimento cirúrgico (Coe-Pak – Coe Laboratories Inc., Chicago, IL, USA). O controle pós-operatório foi realizado aos 7 dias, com a remoção do cimento e dos pontos. O paciente relatou que não foi necessária a segunda dose do analgésico (Figura 3).



Figura 3 – Pós-operatório 7 dias Fonte: elaboração dos autores.

Aos $14~{\rm dias},$ o paciente afirmou sua plena satisfação com o resultado (Figura 4).



Figura 4 – Pós-operatório 14 dias

Fonte: elaboração dos autores.

Nota: diferença da altura gengival dos dentes anteriores quando comparada à altura dos dentes posteriores.

Discussão

A análise das características faciais dos indivíduos produz uma tela dinâmica e tridimensional. O trabalho artístico dos dentistas pode combinar-se para produzir uma aparência natural e agradável, dependendo dos arranjos harmônicos¹⁹.

A composição de um sorriso considerado satisfatório envolve o equilíbrio entre dentes, lábios e gengiva, além do modo com que essas estruturas se relacionam e se harmonizam com a face dos pacientes^{10,12,14-16}.

Durante a análise dentogengival, deve-se observar: o sorriso espontâneo¹⁸ (no sorriso baixo até 75% dos dentes superiores anteriores são aparentes, sem exposição do tecido gengival; no sorriso médio 75% a 100% dos dentes anteriores superiores são visíveis e as pontas das papilas estão aparentes; já no sorriso alto, além dos dentes anteriores superiores aparentes, uma variável quantidade de gengiva está visível, entretanto, se a exposição ultrapassar 3 mm, o chamado sorriso gengival é caracterizado); o contorno do zênite^{3,4,7,8-14,19} (clímax do contorno gengival, que nos incisivos centrais e caninos superiores está localizado mais distalmente ao eixo central do dente, já nos incisivos laterais superiores o zênite normalmente coincide com seu longo eixo), as papilas gengivais^{3,4,7,8-14,19} (as papila interdentais devem preencher o espaço entre os dentes adjacentes, sendo influenciada pela altura do osso alveolar, a distância entre os dentes, e o ponto de contato interdental), a margem gengival3,4,7,8-14,19 (que deve ter a mesma altura em incisivos centrais e caninos), a condição periodontal (a presença de inflamação pode fornecer uma ideia errônea do contorno gengival), bem como o biotipo periodontal - gengivas mais espessas possibilitam mais manobras cirúrgicas e as gengivas festonadas, quando operadas recessionam demasiadamente^{3,4,7,8-14}.

O sorriso gengival está associado à erupção passiva alterada, presença de lábio superior curto, excesso maxilar anterior, extrusão dento-alveolar, hiperatividade do lábio superior, hiperplasia gengival e à combinação de vários fatores¹⁻¹⁶.

Alguns fatores locais podem contribuir para o aparecimento dos aumentos gengivais inflamatórios, como má posição dental, cavidades cariosas, dispositivos ortodônticos e o uso de drogas anticonvulsivantes ou imunossupressoras. A hiperplasia gengival é classificada em neoplásica, hereditária, medicamentosa e inflamatória. Sendo a última, um processo proliferativo não neoplásico que se desenvolve frente a fatores irritativos crônicos de baixa intensidade^{1,2,5,6}.

O tratamento do sorriso gengival tem sido executado com sucesso pela cirurgia plástica periodontal¹⁻¹⁴.

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 junção cemento-esmalte, o aumento de coroa clínica deve ser realizado por meio de gengivectomia/gengivoplastia. Entretanto, quando uma grande quantidade de mucosa ceratinizada está presente e o tecido ósseo está próximo à junção cemento-esmalte, há indicação para execução do aumento de coroa clínica por retalho dividido com reposição apical do retalho e osteotomia. Dessa forma, executa-se o afinamento da espessura gengival antes da redução óssea e reposição do retalho de maneira apical. Quando o tecido gengival é escasso e o osso se encontra distante, muitas vezes, uma simples raspagem dental permite uma recessão gengival com consequente aumento de coroa clínica, caso a manobra falhe, deve-se optar por retalho de espessura total com reposição apical. 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^{13,14}.

O caso em questão apresentava uma grande quantidade de mucosa ceratinizada e o tecido ósseo estava próximo à junção cemento-esmalte, portanto, para o aumento de coroa clínica, a escolha de técnica foi o retalho dividido com reposição apical e osteotomia, seguida de osteoplastia. Desse modo, o retalho parcial ficou mais fino, permitindo um posicionamento mais apical da gengiva após a redefinição óssea. Na execução de um novo teste do sorriso máximo, na pronúncia da vogal "i", os lábios acomodaram-se por sobre as cervicais dos dentes anteriores, não havendo mais a visualização do sorriso gengival observado 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 realização técnica da cirurgia propriamente dita. As cirurgias plásticas periodontais possibilitam resultados satisfatórios, desde que se respeitem as suas limitações. A opção pela utilização de um determinado tipo de técnica deve ser baseada na análise da estética facial e do sorriso, pois o correto diagnóstico leva ao planejamento integrado e ao sucesso.

Conclusão

A indicação da técnica cirúrgica, baseada no conhecimento de características inerentes à harmonia facial bem como o planejamento da manobra cirúrgica, calçado na anatomia óssea e gengival, permitiram atingir o objetivo da intervenção, sendo que o aval final se deu por meio do relato do paciente que referiu seu contentamento com a menor visualização de gengiva no seu sorriso. O mesmo procedimento foi, então, indicando para as áreas posteriores, de forma a gerar uma harmonia da estética facial da arcada superior, fato esse prontamente aprovado pelo paciente.

Abstract

Objective: odern dentistry seeks to meet expectations and current aesthetic demands, while ensuring the maintenance of health and function. Some individuals have a smile aesthetically compromised by excessive gingival exposure, characterizing the gingival smile picture. Case report: the present study reviews and discusses the analysis of the gingival smile presenting a clinical case illustrative of the technique of clinical crown augmentation by aesthetic demand. Approached topics are discussed such as: harmonic smile concept, different techniques of clinical crown increase and its indication, pre and postoperative medication, surgical technical procedures and postoperative control. The result, demonstrated through clinical photographs and achieved through periodontal surgery, allowed us to reach the patient's demand. Final considerations: it is concluded that the technique of periodontal surgery to increase the clinical crown and treatment of gingival smile, when appropriately indicated and technically performed, provides a positive result in relation to the patient's wishes.

Keywords: Aesthetics. Gingival smile. Periodontics.

Referências

- Araújo M, Kina S, Brugera A. Manejo do sorriso gengivoso. Rev Dental Press Periodontia Implantol 2007; 1(1):68-75.
- Pedron IG, Utumi ER, Tancredi ARC, Perella A, Peres FEG. Sorriso gengival: cirurgia ressectiva coadjuvante à estética dental. Odonto 2010; 18(35):87-95.
- Sousa SJB, Magalhães D, Silva GR, Soares CJ, Soares PFB, Santos-Filho PCF. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso gengival associada a restaurações em resina

- composta: relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central 2010; 19(51):362-6.
- França de Castro PHD, Lopes LPB, Crispin M, De Lima e Silva S, Westphal MRA. Planejamento reverso na correção de sorriso gengival. Rev Periodontia 2010; 20(3):42-6.
- Oliveira SAR, Venturim RTZ. Cirurgia periodontal ressectiva valorizando o sorriso gengival: relato de caso clínico. Colloquium vitae 2012; 4(2):118-28.
- Santos RSM, Gonçalves RD, Da Cruz GA, Camargo G. Correção do sorriso gengival. Rev Bras Odontol Mil 2012; 29(1 e 2):88-93.
- Da Silva RC, Carvalho PFM, Joly JC. Planejamento estético em periodontia. eBook Jubileu de Ouro Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo. In: 25º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo [on-line]; 2007; 299-341; São Paulo, Anais eletrônicos. São Paulo.
- Clavijo VGR, Pelegrine AA, Da Costa CES, Henriques PSG, De Oliveira Júnior OB, De Andrade MF. Correção da estética gengival e dentária – interação entre periodontia e prótese. Rev Dental Press Estet 2008; 5(3):29-44.
- Farias BC, Ferreira B, De Melo RSA, Moreira MF. Cirurgias periodontais estéticas: revisão de literatura. Int J Dent Rec 2009; 8(3):160-6.
- Silva DB, Zaffalon GT, Corazza PFL, Bacci JE, Steiner-Oliveira C, Magalhães JCA. Cirurgia plástica periodontal para otimização da harmonia dentogengival: relato de caso clínico. Braz J Health 2010; 1(1):31-6.
- 11. Mesquita de Carvalho PF, Da Silva RC, Joly JC. Aumento de coroa clínica estético sem retalho: uma nova alternativa terapêutica. Rev APCD 2010; (1):26-33.
- Marques L, Capuano A, Machado JG, Belmonte GC, Daher MCV. Reanatomização cosmética associada à cirurgia plástica periodontal, relato de caso clínico. Salusvita 2012; 31(2):169-81.
- Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia plástica periodontal. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Lourenço AHT, Lourenço Júnior ET, Vitral RWF. Cirurgia plástica periodontal: uma abordagem para ortodontia. Rev Dental Press Period Implantol 2007; 1(2):44-58.
- Rissato M, Trentin MS. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora- revisão de literatura. RFO UPF 2012; 17(2): 234-9.
- Flôres MMDZ, Tramontina RG. Aumento de Coroa Clínica: um conceito, uma realidade clínica ou uma verdade científica? RFO UPF 1996; 1(1): 31-7.
- Vig R, Brundo G. The kinetics of anterior tooth display. J Prosthet Dent 1978; 39(5):502-4.
- 18. Tjan AHL, Miller GD. The JGP: Some esthetic factors in a smile. J Prosthet Dent1984; 51(1):24-8.
- Morley J, Eubank J. Elementos macroestéticos da análise do sorriso. JADA – Brasil 2001; (4):7-12.

Endereço para correspondência:

Aneliese Holetz de Toledo Lourenço Rua tália Cautiero Franco, 650, Gran Ville CEP 36036-241 Juiz de Fora, MG, Brasil Telefone: (32) 3233-2346 E-mail: holetzlourenco@terra.com.br

Recebido: 19/09/17. Aceito: 29/11/17.