

Sorriso gengival: cirurgia ressectiva coadjuvante à estética dental

Gingival smile: resective surgery coadjuvant to the dental

RESUMO

Objetivo: relatar um caso de uma paciente que apresentou relação desarmônica entre o sorriso gengival - também causado pela presença da linha labial alta e, pela discrepância entre o comprimento curto das coroas clínicas dos dentes ântero-superiores.

Descrição do caso: foram discutidas as vantagens, desvantagens, benefícios, indicações, contra-indicações, descrição da técnica de gengivectomia e a relação de harmonia entre estética dental e gengival.

Conclusão: a cirurgia ressectiva gengival (gengivectomia) é um procedimento efetivo coadjuvante na adequação gengival em relação à estética dental, visando não apenas o resultado estético satisfatório, como também a manutenção salutar do periodonto.

Palavras-chave: Gengivectomia; Gengiva; Estética Dental.

ABSTRACT

Aim: report a case of the patient who presented relationship disharmonic between gingival smiles - also caused by presence of the high line lip - and discrepancy between the short lengths of the anterior superior teeth clinical crowns.

Case description: the advantages, disadvantages, benefits, indications, contraindications, description of the gingivectomy technique and the harmony relationship between dental and gingival esthetics were discussed.

Conclusion: gingival resective surgery (gingivectomy) is a co adjuvant effective procedure at the gingival conditioning reference to the dental esthetic, with purpose not only satisfactory esthetic results, how also the periodontal healthy maintenance.

Keywords: Gingivectomy; Gingiva; Dental Esthetics.

Irineu Gregnanin Pedron*
Estevam Rubens Utumi**
Ângelo Rafael Calábria Tancredi***
Andréia Perrella****
Flávio Eduardo Guillin Perez*****

*Periodontista e Mestre em Ciências Odontológicas – FO/USP. Tenente do Quadro de Oficiais Dentistas da Força Aérea Brasileira - Hospital de Aeronáutica de São Paulo (HASP).

**Cirurgião Bucomaxilofacial e Mestre em Ciências Odontológicas – FO/USP. Tenente do Quadro de Oficiais Dentistas da Força Aérea Brasileira - Hospital de Aeronáutica de São Paulo (HASP).

***Especialista em Estomatologista. Mestre em Diagnóstico Bucal – FO/USP.

****Especialista em Imagiologia e Radiologia Dento-maxilo-facial. Mestre e Doutora em Ciências Odontológicas – FO/USP.

*****Professor Doutor da Disciplina de Clínica Integrada da FO/USP.

Endereço para correspondência:

Irineu Gregnanin Pedron
Rua Flores do Piauí, 347 - CEP: 08210-200 - São Paulo - SP
E-mail: igpedron@usp.br

Recebimento: 9/11/2008

Aceito: 10/6/2009

INTRODUÇÃO

Atualmente, a busca pela excelência estética, funcional e biológica são pré-requisitos relevantes nos procedimentos odontológicos, enaltecida por pacientes exigentes e ansiosos, os quais depositam grandes expectativas no resultado do tratamento odontológico. O desenvolvimento de novas técnicas e materiais odontológicos busca acompanhar esse crescimento. Entretanto, pouca atenção ainda é dada ao periodonto como um dos componentes do sorriso¹³.

O sucesso da reabilitação bucal pode ser alcançado considerando-se vários fatores, dentre eles, os princípios biológicos (respeito e contribuição à preservação, manutenção e nutrição dos tecidos gengivais saudáveis, adjacentes às restaurações e próteses dentárias); mecânicos (retenção e adesão); e estéticos (dependendo de variáveis sócio-culturais)^{4,7,12-13}.

A reabilitação bucal não pode gerar agressões ao periodonto. Os preparos devem ser definidos e com margens acessíveis, permitindo ótima adaptação marginal, contornos adequados e fácil acesso à higienização. Entretanto, muitas vezes as situações clínicas são desfavoráveis e os preparos são inadequados, numa posição mais apical em relação à gengiva marginal, com margens subgengivais que invadem o espaço biológico, favorecendo o desenvolvimento e evolução da doença periodontal. Nessas situações as cirurgias ressectivas gengivais favorecem a adequada realização dos procedimentos restauradores, restabelecendo as características anatômicas e relações ideais entre os dentes e periodonto de proteção (gengiva)¹¹.

A gengivectomia é uma cirurgia ressectiva estética, que tem por objetivo o restabelecimento fisiológico do espaço biológico, permitindo que procedimentos restauradores sejam compatíveis com saúde periodontal, sendo necessários a existência de larga faixa de gengiva queratinizada, ausência de deformidades ósseas, natureza fibrótica e motivação pelo paciente no controle do biofilme dental^{11,13}. A gengivectomia é uma técnica de fácil execução apresentando resultados favoráveis e satisfatórios quando empregada coadjuvante aos procedimentos restauradores, otimizando a estética dental. Os procedimentos restauradores e saúde gengival estão intimamente relacionados, desempenhando papel significativo na integridade biológica dos tecidos, bem como na manutenção de restaurações com maior longevidade¹³. Pacientes com dentes curtos parecem não gostar do seu sorriso e necessitam de aumento de coroa clínica^{2,13}.

Contudo, o sucesso da reabilitação bucal não depende apenas de fatores estéticos localizados. A criação do arranjo dental deve estar em harmonia com a gengiva, lábios e o rosto do paciente; e a formulação de dentes, quando da sua reabilitação, em proporções intrínsecas agradáveis ao paciente e à sociedade, foram considerados princípios da estética em Odontologia. Os princípios de proporção e harmonia são fatores imprescindíveis no re-

conhecimento de fatores naturais, iatrogênicos ou patológicos que alteram a estrutura do sorriso, mas podem também auxiliar na solução restauradora¹³. É fundamental que haja o diagnóstico e o planejamento integrado das causas que alteram o sorriso, bem como o desenvolvimento de técnicas restauradoras adequadas à devolução da harmonia de conjunto dada pelos lábios, gengiva e dentes^{1-2,7,9,13}. Esses conceitos são muito importantes na indicação e realização da cirurgia periodontal ressectiva com finalidade de aumento de coroa clínica para estética. Nos procedimentos restauradores, deve-se manter a originalidade do formato, haja vista que a forma dental segue a forma da estrutura da face¹³.

Segundo Morley & Eubank⁶ (2001), a teoria da análise do sorriso pode ser baseada em estética facial, estética gengival, microestética e macroestética. Os componentes faciais e musculares são particularizados em cada paciente, e a avaliação fotográfica pode auxiliar na determinação do posicionamento dos lábios e dos tecidos moles durante a dinâmica do sorriso. Alterações no contorno, coloração e texturas gengivais depreciam o sorriso agradável. A microestética refere-se aos aspectos naturais dos dentes, tais como a anatomia, caracterização, translucidez e matiz. A macroestética representa os princípios aplicados na reabilitação do sorriso, conciliando harmonicamente os tecidos moles aos duros.

Já de acordo com outros autores¹³, diversos fatores influenciam na análise do sorriso, dentre eles a estrutura dos lábios que, por sua vez depende do grupo étnico (grossos, médios e finos), do comprimento e da curvatura durante a dinâmica do sorriso; linha do sorriso, que pode sofrer distorções com o desgaste acentuado ou sobre-contorno dos dentes; o contorno gengival, caracterizando o zênite (maior comprimento do dente) (Fig. 1); formato dos dentes, que podem ser de três formas (quadrada ou retangular, triangular e oval); e o formato da estrutura facial.

A exposição excessiva da gengiva durante o sorriso, conhecida por sorriso gengival, associada à coroa clínica curta dos dentes ântero-superiores, pode resultar em problemas estéticos. O planejamento da técnica cirúrgica para posicionar a margem gengival mais apicalmente, sem expor a superfície radicular, baseia-se na quantidade de gengiva queratinizada e na relação da junção cimento-esmalte com a margem gengival e com a

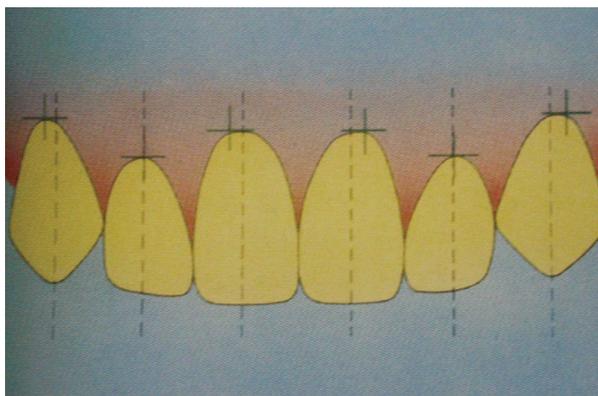


Figura 1. Contorno gengival caracterizado pelo zênite (extraído de Tumenas & Ishikiriama¹³, 2002).

crista óssea alveolar^{1-2,5,9}.

Diversas modalidades terapêuticas foram preconizadas para o sorriso gengival, de acordo com a causa. Dessa forma, o excesso vertical da maxila, possivelmente acarretado por componente esquelético e proporcionando ao paciente o perfil leptoprosópico, necessita de tratamento ortodôntico, cirurgia periodontal e ortognática. Hiperfunção dos músculos elevadores do lábio e comprimento curto do lábio superior também foram citados como causas do sorriso gengival e foi proposto a aplicação da enzima botulínica intra-muscular. No sorriso gengival, quando causado por excesso de tecido gengival recobrimo parcialmente a coroa anatômica dos dentes (também causada pela erupção passiva alterada), foi preconizada a cirurgia ressectiva gengival (gengivectomia)^{1,9,12}.

O propósito deste trabalho foi relatar um caso de uma paciente que apresentou relação desarmônica entre o sorriso gengival e a discrepância do comprimento curto das coroas clínicas dos dentes ântero-superiores.



Figura 2. Condição estética insatisfatória nos dentes anteriores, além da necessidade de substituição das restaurações nos dentes 11 e 21.

RELATO DO CASO

Paciente leucoderma, gênero feminino, 37 anos de idade, compareceu à clínica particular para avaliação odontológica.

A paciente apresentou condição bucal satisfatória, com adequada higiene bucal e saúde periodontal. Foram notadas restaurações comprometidas pela estética insatisfatória nos dentes 11 e 21 - classe III (Fig. 2). Adicionalmente, foi observada

relação desarmônica entre o comprimento de dente (curto), formato da face (leptoprosópica) e a estatura da paciente (longilínea). A paciente foi submetida à sondagem periodontal, verificando-se, particularmente na região anterior, a presença de sulcos profundos (maiores que 3 mm). A paciente não reportou alteração sistêmica.



Figura 3. Determinação dos pontos sangrantes.



Figura 4. Incisão primária, unindo-se os pontos sangrantes com o gengivótomo de Kirkland.

Foi sugerida à paciente a cirurgia ressectiva gengival (gengivectomia), com finalidade estética por aumento de coroa clínica, na respectiva região. Sob anestesia local infiltrativa foi realizada a determinação dos pontos sangrantes com sonda exploradora (Fig. 3), e a união desta demarcação utilizando-se o gengivótomo de Kirkland (Fig. 4). O fragmento gengival foi removido com o auxílio

de gengivótomo de Orban, na região interproximal (Fig. 5). Após a remoção do fragmento, foi procedido scrapping no sítio da cirurgia, com o propósito de melhorar a reparação gengival, favorecendo a estética. A região foi recoberta por cimento cirúrgico, permanecendo por 7 dias. Foi prescrita medicação analgésica (dipirona 50 mg), embora a paciente não tenha reportado sintomatologia dolorosa no período pós-operatório.

Foram realizadas as restaurações em resina composta nos dentes 11 e 21, posteriores a cirurgia. A paciente foi avaliada após 30 dias do procedimento cirúrgico, observando-se a melhora da harmonia dental (Fig. 6).

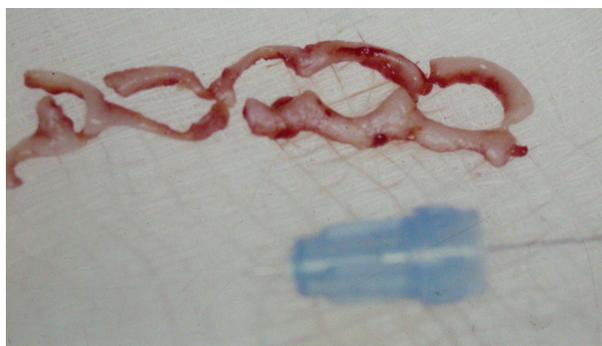


Figura 5. Fragmento removido.



Figura 6. Aspectos clínicos finais após 30 dias da realização da cirurgia gengival ressectiva e as restaurações nos dentes 11 e 21.

DISCUSSÃO

A cirurgia ressectiva gengival (gengivectomia) oferece ao cirurgião dentista a possibilidade da realização de procedimentos restauradores das regiões interproximais, com excelência na adaptação e retenção, angariando o contorno anatômico ideal, preservando o espaço biológico do periodonto e colaborando com o controle mecânico do biofilme dental pelo próprio paciente¹¹.

O espaço biológico é uma entidade anatômica representada pela união dos tecidos gengivais e superfície dental, estendendo-se do ápice da crista óssea até a base do sulco gengival, local onde ocorre a inserção conjuntiva e a aderência epitelial sobre a superfície dental¹¹. Sua integridade representa uma barreira de defesa entre a ação do biofilme dental e a crista óssea alveolar, além da relação fisiológica pré-estabelecida, assegurando a saúde periodontal. As medidas do espaço biológico, dentre o sulco gengival histológico (0,69 mm em média), a aderência do epitélio juncional (0,97 mm) e a inserção do tecido conjuntivo (1,07 mm) totalizam, no periodonto normal sadio, 2,04 mm. Quando a realização da cirurgia ressectiva gengival com a finalidade de aumento de coroa clínica for necessária para a restauração dental sem oferecer risco ao espaço biológico, deve existir a altura mínima de 3 mm entre a crista óssea e a gengiva marginal livre, pois esta medida adicional (1 mm) permitirá o restabelecimento e formação do sulco gengival adequado, sem expor riscos ao espaço biológico^{2,11,13}.

A indicação da cirurgia periodontal ressectiva (gengivectomia) depende de fatores como localização da margem gengival em relação à junção amelo-cementária, havendo 3 mm ou mais de profundidade do sulco gengival; tamanho e forma do lábio superior e sua localização durante a fonação e o sorriso; quantidade de gengiva queratinizada e consideração quanto às distâncias biológicas^{1,8,12}.

A cirurgia ressectiva gengival (gengivectomia) foi indicada, como no presente relato, na necessidade da remoção de tecido gengival excessivo ou irregular, o qual dificulta a realização de procedimentos restauradores, fornecendo o tamanho desejado da coroa dental e restabelecendo o espaço biológico¹⁰⁻¹². Esta técnica também foi indicada na remoção da hiperplasia gengival¹¹⁻¹²; erupção passiva alterada^{2-3,6,12}; nos pacientes com linha labial alta⁶; em dentes fraturados abaixo da margem gengival; perfurações radiculares em nível coronário; realização de restaurações ou próteses subgengivais que invadiram o espaço biológico; correção do plano oclusivo em dentes extruídos^{6,10-12}. Na região ântero-superior, a gengivectomia foi indicada para o aumento da exposição da coroa clínica, melhorando a estética em pacientes com exposição gengival excessiva^{6,12}, como foi apresentado neste relato. Segundo Todescan *et al.*¹² (2002), a gengivectomia é atenuante no tratamento do sorriso gengival.

Dentre as contra-indicações da realização da gengivectomia, destacam-se a presença de processo inflamatório; controle insatisfatório de biofilme dental; 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 inserida¹⁰⁻¹². Pela finalidade estética, a gengivectomia da região ântero-superior pode apresentar complicações pós-operatórias quando mal planejada, tais como abertura de frestas interproximais, com perda da papila gengival, prolongamento extremo das coroas clínicas, coroas clínicas desiguais e alterações fonéticas⁶.

Todescan *et al.*¹² (2002) preconizaram a instituição do tratamento periodontal básico (raspagem, alisamento e polimento corono-radiculares e orientação da higiene bucal) prévios à cirurgia ressectiva.

Dentre as técnicas preconizadas, podem ser empregadas as modalidades de bisel externo, interno e pelo laser (CO₂), sendo a primeira a mais utilizada como no presente relato, e descrita a seguir.

A priori, o sulco gengival deve ser mensurado (com sonda periodontal milimetrada), com o propósito de confirmar a indicação da técnica. Com o resultado positivo da sondagem e sob anestesia infiltrativa, a demarcação dos pontos sangrantes pode ser realizada com o valor da sondagem periodontal transpassada na face externa da gengiva queratinizada, como pode ser visualizado na figura 3. Ainda pode ser utilizada a pinça de Crane-Kaplan, na qual apresenta em uma das extremidades uma parte ativa que perfura a parede externa do tecido gengival na medida a ser executada (Fig. 7). A incisão primária é realizada com lâmina de bisturi (nº 11 ou 15) ou ainda com o gengivótomo de Kirkland, unindo-se os pontos sangrantes (Fig. 4). Normalmente é realizada a técnica do bisel externo, inclinando-se a lâmina 45° em direção à coroa dental, embora possa ser realizada a técnica do bisel interno, com a mesma inclinação



Figura 7: Pinça de Crane-Kaplan.

direcionada à porção radicular. Com o propósito de liberar o tecido gengival a ser removido, incisões secundárias devem ser realizadas nas regiões interproximais, utilizando-se o gengivótomo de Orban. Para melhorar a reparação estética, deve ser realizado a gengivoplastia ou scrapping, removendo tecido de granulação e proporcionando melhor contorno

gengival^{2,12,14}.

A proteção da ferida cirúrgica deve ser mantida por 7 a 10 dias, utilizando-se o cimento cirúrgico. A higiene bucal deve ser orientada e particularizada, a fim de evitar a remoção do cimento cirúrgico e controlar o biofilme dental. A prescrição de medicação analgésica e antiinflamatória pode tornar-se necessária, bem como anti-sépticos bucais neste período¹¹.

Pela seleção incorreta da técnica, problemas mucogengivais (retração gengival excessiva, exposição trans-cirúrgica de tecido ósseo, predisposição à doença periodontal e perda de dente) podem ser gerados nos casos em que exista pequena faixa de gengiva queratinizada.

Cuidados com a alimentação, higienização, manutenção do cimento cirúrgico e hábitos para-funcionais devem ser considerados no período pós-operatório.

CONCLUSÕES

- a cirurgia ressectiva gengival (gengivectomia) é um procedimento efetivo coadjuvante na adequação gengival em relação à estética dental;
- o conhecimento dos princípios biológicos norteia o tratamento restaurador devolvendo a harmonia entre as estéticas dental e facial;
- deve ser ressaltada ainda a importância da manutenção salutar do periodonto e não apenas a estética, por meio do adequado controle do biofilme dental e atenção à terapia periodontal de suporte (manutenção periodontal).

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, C.M.; VIEIRA, D. Sorriso gengival: diagnóstico e possibilidades de tratamento. *Só Técnicas Estéticas*. v. 1, n. 2, p. 57-60, 2004.
2. FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, R.; ARIAS-ROMERO J.; SIMONNEAU-ERRANDO, G. Erupción pasiva alterada. Repercusiones em la estética dentofacial. *RCOE*. v. 10, n. 3, p. 289-302, jun. 2005.
3. GARBER, D.A.; SALAMA, M.A. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontol 2000*. v. 11, p. 18-28, June 1996.
4. LOWE, R.A. Successful management of the gingival tissues for aesthetic restorative procedures. *Dent Today*. v. 16, n. 10, p. 40-48, Oct. 1997.
5. MONDELLI J.; SONOHARA, M.K.; LANZA, L.D. Cirurgia plástica periodontal para tratamento do "sorriso gengivoso". *JBD J Bras Dent Estet*. v. 1, n. 1, p. 28-32, jan. 2002.
6. MORLEY, J.; EUBANK J. Macroesthetic elements of smile design. *J Am Dent Assoc*. v. 132, n. 1, p. 39-45, Jan. 2001.
7. NEMCOVSKY, C.E.; ARTZI, Z.; MOSES, O. Preprosthetic clinical crown lengthening procedures in the anterior maxilla. *Pract Proced Aesthet Dent*. v. 13, n. 7, p. 581-588, Sept. 2001.
8. OBERG, 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.
9. PASCOTTO, R.C.; MOREIRA, M. Integração da odontologia com a medicina estética. **RGO.** v. 53, n. 3, p. 171-175, jul. 2005.
10. ROBBINS, J.W. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. **Pract Proced Aesthet Dent.** v. 11, n. 2, p. 265-272, Mar. 1999.
11. STOLL, L.B.; NOVAES, A.B. Importância, indicações e técnicas do aumento de coroa clínica. **Rev Assoc Paul Cir Dent.** v. 51, n. 3, p. 269-273, maio 1997.
12. 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. p. 317-328.
13. TUMENAS, I.; ISHIKIRIAMA, S.M. Planejamento estético integrado em Periodontia / Dentística. In: CARDOSO, R.J.A.; GONGALVES, E.A.N. **Estética.** São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 251-281.
14. 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. p. 502-541.