

A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO PELA CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL: RELATO DE CASO

THE IMPORTANCE OF PLANNING THE SMILE AESTHETIC REHABILITATION THROUGH PLASTIC PERIODONTAL SURGERY: CASE REPORT

LISSA YUKA MENEZES SATO*, NAIR PRISCILLA DA SILVA PAES*, MIRIAM RAQUEL ARDIGÓ WESTPHAL**, SAMUEL LUNGAREZE***, FIKRIYE VİGA YURTSEVER****

RESUMO: A estética é uma ciência que nos dias de hoje está cada vez mais presente e almejada no tratamento odontológico. Nesse contexto, o planejamento é uma ferramenta essencial para a obtenção de um resultado favorável para harmonia estética do sorriso. O presente artigo tem por objetivo relatar um caso clínico de planejamento de cirurgia plástica periodontal empregada na correção do sorriso gengival, com um auxílio de um guia cirúrgico, no qual foi possível contribuir para sucesso do tratamento e a estética do sorriso.

Palavras-chave: Planejamento, guia cirúrgico, sorriso gengival, erupção passiva alterada, cirurgia plástica periodontal.

ABSTRACT: The aesthetic is a science that, currently, it is more present and desired in the dental treatment. In this context, the planning is an essential tool to obtain a favorable result to the aesthetic harmonic smile. This article aims to report a case of periodontal plastic surgery planning, using a surgical template, used in the correction of the gummy smile, that contributed to improve the success of the treatment and the smile aesthetics.

Keywords: planning, surgical template, gummy smile, delayed passive eruption, periodontal plastic surgery.

INTRODUÇÃO

A Periodontia mudou o enfoque nos últimos anos, deixando de preocupar-se exclusivamente com a prevenção e tratamento das doenças, e passando a buscar alternativas efetivas para reconstrução de uma estética dos tecidos periodontais perdidos¹. No século 21, para o sucesso dos tratamentos odontológicos, os cirurgiões-dentistas deverão ter a destreza de acompanhar os avanços científicos e novas tecnologias, assim como compreender aspectos culturais e hábitos do paciente, proporcionando-lhe os cuidados necessários para melhoria de sua condi-

ção de saúde bucal, sem comprometer sua expectativa em relação à estética².

Condições estéticas relacionadas à saúde gengival são componentes essenciais para a imagem e alguns dos parâmetros estéticos envolvidos no que se diz «sorriso ideal» estão incorporados à estética facial e gengival, macroestética e microestética^{3, 4}.

Numerosas situações podem comprometer as características normais da gengiva influenciando a condição estética dentofacial, dentre elas podemos destacar os processos infecto-inflamatórios, hiperplasias, alterações de cor e recessões gengivais⁵. Uma das alterações a ser destacada é

* Acadêmicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas

** Professora titular da Disciplina de Periodontia – FO-Ufam, especialista em Endodontia e Periodontia, mestranda em Periodontia – SLMandic/SP

*** Professor substituto da Disciplina de Periodontia – FO-Ufam, especialista em Periodontia, mestrando em Patologia Tropical – Ufam

**** Professora substituta da Disciplina de Periodontia – FO-Ufam, especialista em Periodontia

definida como a exposição de mais de 3mm de gengiva durante um sorriso moderado constituindo o sorriso gengival⁶. Este artigo, embasado em evidências científicas, tem como objetivo o relato de caso clínico ressaltando a importância do planejamento cirúrgico para o sucesso da correção do sorriso gengival.

REVISÃO DE LITERATURA

Mudanças atuais nos paradigmas clínicos do tratamento periodontal têm criado um ambiente no qual os procedimentos estéticos periodontais são, muitas vezes, tão comuns como as terapias ressectivas realizadas anteriormente. Pode notar-se na população a tendência em direção ao reconhecimento da estética gengival e a comercialização de saúde em benefício próprio, por isso a demanda torna-se mais sofisticada e exigente aos profissionais em relação aos procedimentos odontológicos^{4, 7}.

Primordialmente, os elementos que contribuem para a estética do periodonto do segmento anterior estão relacionados no plano facial e labial e dependem da disposição dentária e da gengiva; no entanto, é importante correlacionar conjuntamente todos esses elementos para obter uma harmonia estética global⁸.

No “design” do sorriso, o ponto de partida para o plano de tratamento estético é a linha sagital mediana, pois esta referência é utilizada como guia estético facial porque, além de coincidir com a linha interincisiva, permitindo sua localização, também avalia as discrepâncias transversais nas posições dos dentes. Vale salientar que sua verticalidade é mais importante do que seu eventual afastamento lateral^{3, 4}.

A linha do sorriso, um dos fatores de grande influência da estética dos dentes e da face, define-se pelo paralelismo na curvatura entre as linhas incisal e labial inferior. Este fator estético é classificado em três categorias: alta, representada pela extensão coronária dos dentes anteriores superiores e uma faixa contínua de gengiva; média, que compreende os dentes anteriores superi-

ores e gengiva interproximal; e baixa, que corresponde somente aos dentes anteriores superiores, assim determinando a orientação da linha do sorriso, o profissional pode projetar sua curvatura e forma⁸.

No entanto, quando as bordas incisais dos incisivos centrais superiores localizam-se abaixo dos caninos superiores, a linha do sorriso tem um design convexo, ocasionando um aspecto harmônico com a linha do lábio inferior. Entretanto, quando a borda oclusal dos caninos e pré-molares superiores está localizada além da borda incisal dos incisivos centrais superiores, define-se a «linha do sorriso reversa» resultando na desarmonia dentofacial⁴.

De acordo com os fatores estéticos abordados, a observação do tipo de sorriso é de fundamental importância no planejamento estético dos casos clínicos¹. Há dois padrões aceitáveis de sorriso classificados de acordo com relação à altura da margem gengival em áreas estéticas: 1) a margem gengival dos incisivos centrais superiores (ICS) e caninos (CS) devem estar com a margem dos incisivos laterais (ILS) posicionada à incisal de 1 a 2mm (Classe I); e 2) o ICS, ILS e CS na mesma altura (Classe II). Outro aspecto fundamental para o planejamento estético compreende o zênite gengival, o qual corresponde à porção mais apical da margem gengival. Em função da inclinação dos dentes ser mesial em relação à linha média e interincisiva, o zênite gengival no segmento anterior é levemente distal ao eixo axial dos dentes. Isso é válido para o ICS e CS; já nos ILS o zênite é normalmente coincidente com seu longo eixo, provavelmente pela diminuta largura do seu diâmetro cervical⁹.

No entanto, comumente os cirurgiões-dentistas se depararam com os desvios da normalidade que podem ocasionar no colapso estético periodontal, por isso a necessidade de o profissional estar apto a diagnosticar alterações acometidas ao periodonto, dentre elas destaca-se o sorriso gengival o qual é considerado um achado antiestético pelos pacientes. Este tipo de sorriso pode ser definido como a exposição de mais de

3mm de gengiva durante um sorriso moderado. Erupção passiva alterada, aumento do volume de gengiva pelo acúmulo de biofilme dental ou uso de medicamentos, excesso vertical de maxila, lábio superior curto e extrusão dentoalveolar estão dentre os fatores etiológicos desta condição^{1, 6}.

A erupção passiva alterada (EPA) desenvolve quando a margem gengival encontra-se incisalmente da coroa anatômica em indivíduos adultos e não migra apicalmente para uma posição próxima do limite amelocementário (LAC)¹⁰. A EPA foi classificada correlacionando a quantidade de gengiva queratinizada à crista óssea. Esta classificação abrange dois tipos e subtipos, sendo que o tipo I possui a margem gengival coronária a LAC, considerável largura gengival e junção mucogengival (JMG) geralmente apical à crista óssea e o tipo II determina que a JMG e LAC são geralmente concordantes e a largura gengival diminuída em relação à média e localizada na coroa anatômica. Os subtipos são os seguintes: subtipo A envolve 1,5mm entre o LAC e a crista óssea, e o subtipo B define que a distância entre a LAC e a crista óssea está no mesmo nível^{8, 11}.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente A. P. B, gênero feminino, leucoderma, 32 anos, compareceu à Clínica de Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas para a realização de um exame semiológico de rotina. No exame físico extra-oral, foi observada linha alta do sorriso, a qual proporcionava o aparecimento de mais de 3mm de gengiva. No exame intrabucal foi constatado que a paciente apresentava periodonto espesso no segmento superior anterior com características de hiperplasia gengival (Fig. 1). No exame periodontal obteve-se 34% do Índice Gengival (IG) de Aimano e Bay, 94% do Índice de Placa (IP) de O'Leary, e no Nível de Inserção Clínico (NIC) a média obtida foi de 3-4mm, sendo comprovado pelas radiografias.

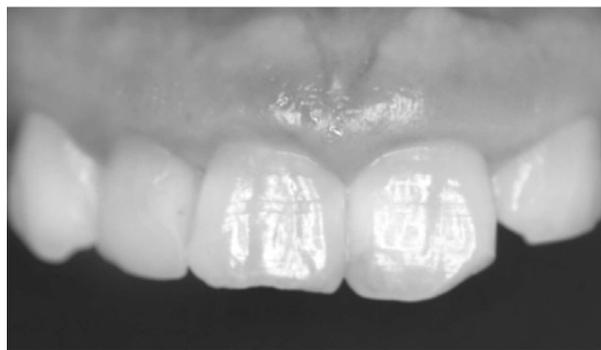


Figura 1 – Aspecto Clínico Inicial

Após análise dos achados clínicos e radiográficos, foi diagnosticado que a paciente apresentava sorriso gengival em função de uma alteração no desenvolvimento dos processos de erupção, denominada como erupção passiva alterada, sendo classificada em tipo I – subgrupo A. O tratamento preconizado foi o periodontal básico de suporte, alisamento radicular, controle da higiene bucal, orientação da técnica de escovação de Bass e motivação. A reavaliação foi executada após 15 dias e foi verificada que o IG e IP reduziram para 32 e 47%, respectivamente; entretanto, não houve a remissão do quadro hiperplásico.

No planejamento da correção do sorriso gengival, primeiramente foi confeccionado um modelo de gesso para auxiliar o estudo do caso. Em seguida, foi realizada a demarcação dos pontos nas medidas do NIC da paciente, sendo que em cada dente foram demarcados três pontos, localizados na mesial, vestibular e distal (Fig. 2). Após a demarcação dos pontos, foi confeccionado o traçado da altura desejada da margem gengival (Fig. 3).

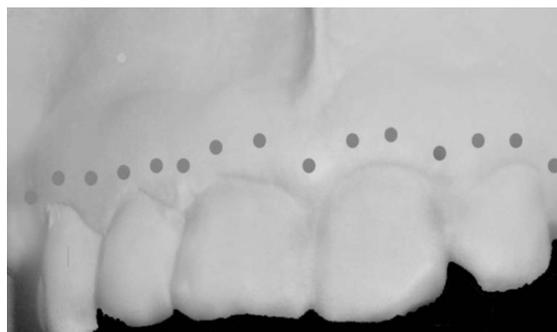


Figura 2 – Mapeamento do NIC

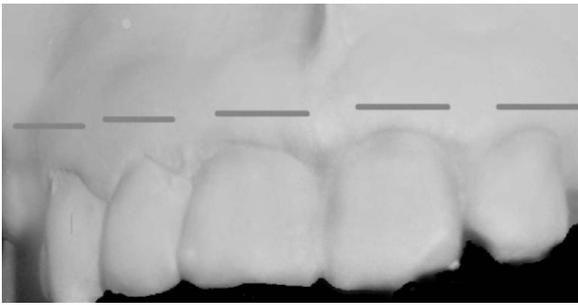


Figura 3 – Traçado da altura da margem gengival

O seguinte passo do planejamento foi a demarcação dos zênites de cada dente para servir de base na confecção do guia cirúrgico (Fig. 4), sendo que os zênites dos elementos dentários 13, 11 e 21 foram dispostos para a distal e dos elementos 12 e 23 direcionou-se para a eixo axial dos respectivos elementos. Entretanto, é preconizado que o zênite dos CS seja deslocado para a distal, sendo que, neste relato de caso, o zênite do 23 foi deslocado para sua linha média, pois em razão da ausência do elemento 22, este se reposicionou no lugar do ILS. A alteração do zênite do CS para ILS permitiu a transformação do CS em ILS reabilitando a paciente para obtenção de um sorriso harmônico e esteticamente aceitável.

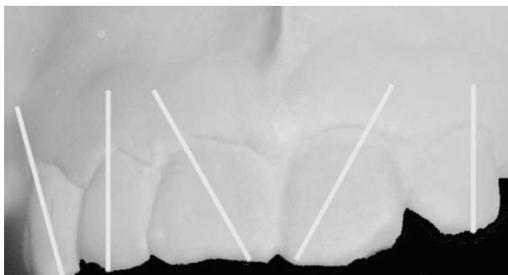


Figura 4 – Demarcação dos zênites

Conforme as marcações realizadas, o guia cirúrgico foi confeccionado em resina composta fotopolimerizável, a qual foi colocada sobre as superfícies dos dentes a serem cirurgicamente tratados (Fig. 5).



Figura 5 – Confeção do guia cirúrgico

Após a seqüência do planejamento descrito, foi possível a realização da cirurgia plástica periodontal, proposta para a correção do sorriso gengival da paciente deste caso clínico.

A técnica cirúrgica adotada foi de gengivectomia com osteoplastia utilizando o retalho de Widman Modificado, sendo que o guia cirúrgico foi utilizado para a demarcação dos pontos sangrantes. Em seguida, foram realizadas as incisões do retalho de Widman Modificado para a remoção do colarinho gengival (Fig. 6 e 7). Subseqüentemente, o retalho total foi descolado removendo o tecido de granulação, o que viabilizou a remodelação do recontorno ósseo com a osteoplastia, a fim de promover o restabelecimento do espaço biológico e conseqüentemente a melhoria da estética periodontal (Fig. 8).



Figura 6 – Incisões do Retalhe de Widman Modificado



Figura 7 – Remoção do colarinho gengival



Figura 8 – Recontorno ósseo com aparecimento do LAC

Concluindo a cirurgia periodontal, depois da devida irrigação com soro fisiológico e limpeza da área cirúrgica, reposicionou-se o retalho para a realização da sutura em colchoeiro vertical e ponto simples na região das papilas (Fig. 9). Após 7 dias, foram retiradas as suturas e pôde observar-se o aspecto clínico final com a reanatomização do CS em ILS (Fig. 10). As recomendações pós-operatórias dadas foram que a paciente deveria evitar a escovação na região da área cirúrgica e somente fazer a higienização com digluconato de clorexidina 0,12%.



Figura 9 – Sutura em colchoeiro vertical



Figura 10 – Aspecto clínico final com reanatomização do CS em ILS

DISCUSSÃO

Com a evolução das técnicas plásticas periodontais e o melhor entendimento dos aspectos ligados à estética do sorriso, diversas alternativas estão disponíveis no arsenal terapêutico para contribuir numa abordagem multidisciplinar do tratamento odontológico. A obtenção do sucesso estético requer um planejamento criterioso que envolva a avaliação detalhada de todos os fatores que interfiram na harmonia e simetria dos elementos que compõe o sorriso¹.

Os planejamentos dos procedimentos odontológicos clínicos ou cirúrgicos devem ser baseados em evidências científicas comprovadas que irão promover o sucesso do tratamento¹². Sem antecipar potenciais falhas, qualquer expectativa almejada e satisfação imediata do paciente são limitadas e ignora futuros acidentes que possam vir a ocorrer durante o trans- e pós-operatório dos procedimentos. Baseado no modelo de gesso para estudo, pôde fazer-se o criterioso planejamento estético para a correção do sorriso gengival da paciente, sendo que o excesso gengival não causa somente problemas estéticos, mas também funcionais, como a proteção diminuída ao traumatismo da função mastigatória ou colaborando com a doença periodontal.

Certos autores preconizam o planejamento estético periodontal deve-se avaliar a forma, cor e disposição dos dentes anteriores e o seu relacionamento com os tecidos moles que determinam o sorriso, conferindo um contexto de harmonia em relação à face do paciente, além de avaliar a condição periodontal, biótipo periodontal, linha do sorriso e exposição gengival, contorno e zênite gengival^{1,3}. De acordo com a paciente do caso em questão, ela se enquadra nos padrões antiestéticos em relação ao contorno gengival, pois, quando sorri, fica evidente mais de 3mm de gengiva caracterizando o sorriso gengival.

A erupção passiva alterada é caracterizada pela presença de coroa clínica curta com um excesso de gengiva que cobre parte da coroa anatômica, sendo que o diagnóstico pode realizar-se verificando a distância entre a margem gengival e o limite amelocementário em relação à borda incisal, altura de gengiva queratinizada, localização da crista alveolar, posição dos dentes, situação do freio, nível de inserção clínica e grau de inflamação⁵. As características clínicas do periodonto e dente da paciente eram condizentes com as características supracitados, o que nos sugeriu o diagnóstico de erupção passiva alterada.

A linha estética gengival pode ser defini-

da como uma linha que une as tangentes dos zênites gengivais marginais dos ICS e dos CS e o ângulo desta linha é formado pela intersecção desta linha com a linha interincisiva.³ Partindo dos valores normais da relação comprimento/largura, da anatomia, da posição e do alinhamento do segmento dentário anterior, a melhor escolha estética para paciente foi a classificação tipo II da linha estética gengival, a qual é definida que localização dos elementos dentários ICS, ILS e CS estão na mesma altura, formando o ângulo de 90° com a linha interincisiva. Entretanto, a classificação tipo I da linha estética gengival é considerada a mais aceitável no padrão estético, porém, em função da ausência do elemento dentário 22 e com concomitante migração do CS para a distal ICS, a classificação do tipo I não foi considerada estética para a paciente deste caso, optando-se assim pela utilização da classe II também considerada esteticamente aceitável.

O zênite gengival, fator necessário para o planejamento estético, é caracterizado por ser a porção mais apical da margem gengival, sendo que nos ICS e CS está deslocado para a distal em relação à linha média e interincisiva, e nos ILS o zênite normalmente coincide com seu longo eixo, provavelmente pela diminuta largura do seu diâmetro cervical^{1,8}. A marcação dos zênites da paciente foi baseada neste dado direcionando os zênites dos elementos dentários 11 e 13 para a distal, e do 12 e 23 para linha média do dente em questão.

O planejamento cirúrgico com o uso do guia de resina no sextante anterior permite que o cirurgião-dentista possa visualizar com exatidão a posição da margem gengival em relação à coroa, principalmente quando estão envolvidos múltiplos dentes¹³. Neste caso, o uso do guia cirúrgico inserido no planejamento auxiliou na alteração do zênite do CS para o ILS, o que contribuiu para a melhoria estética periodontal após a reabilitação da paciente.¹³

Em um sorriso gengival, foi utilizado a técnica de gengivectomia com osteoplastia dando ênfase que a localização precisa da junção amelocementária é essencial para atingir uma

melhora estética significativa¹⁴. Em um trabalho mais recente, os autores relatam que no manejo de um caso de sorriso gengival realizaram procedimentos de frenectomia, gengivectomia interna, osteotomia, osteoplastia e confecção de facetas de porcelana, alcançando dessa forma a estética almejada⁶. No atual relato de caso, foi utilizada a técnica de gengivectomia com o recontorno ósseo pela osteoplastia, a fim de esculpir arquitetura gengival desejada e restabelecer o espaço biológico, já que a crista alveolar estava acima da JAC, o que nos possibilitou realizar o diagnóstico conclusivo de erupção passiva alterada.

Portanto, o estudo do caso e aplicação de um planejamento, embasado em evidências científicas, para a correção do sorriso gengival, permitiu que o resultado estético final fosse almejado, sendo de suma importância a expectativa positiva do paciente e do profissional, visto que as mudanças provocadas por esses procedimentos cirúrgicos são irreversíveis.

CONCLUSÃO

O planejamento estético depende do entendimento pleno dos conceitos periodontais, procurando inter-relacioná-los com informações relevantes de outras especialidades odontológicas afins. A importância desta ferramenta está relacionada ao sucesso do resultado final dos procedimentos odontológicos, além de concretizar a expectativa do paciente no restabelecimento de suas condições estéticas. Em suma, o procedimento cirúrgico obteve êxito, pois foi alcançado o padrão estético proposto no planejamento para a correção do sorriso gengival.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, R. C., CARVALHO, P. F. M., JOLY, J. C. «Planejamento Estético Em Periodontia». In: Macedo M. C. S., Filho R. B. *Book 25º Ciosp-APCD*. São Paulo, p. 299-341, 2007.

2. CHESTER, W. D., CHERILYN, G. S. «Patients' Expectations for Oral Health Care in The 21st Century». *Journal of American Dental Association*, v. 131, p.3s-7s, june, 2000.
3. BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. «Cirurgia Plástica Periodontal». In: *Estética do Periodonto*. Porto Alegre: Editora Artmed, cap. 3, p. 99-116, 2002.
4. MORLEY, J., EUBANK, J. «Macroesthetic elements of smile design». *Journal of American Dental Association*, v. 132, p. 39-45, january, 2001.
5. FERNÁNDEZ, R. G.; ARIAS, J. R.; SIMONNEAU, G. E. «Erupción pasiva alterada. Repercusiones em la estética dentofacial». *Revista del Consejo de Odontólogos y Estomatólogos*, v. 10, n. 3, p. 289-302, maio-junho, 2005.
6. ARAÚJO, M.; KINA, S.; BRUGERA, A. «Manejo do sorriso gengivoso». *Revista Dental Press de Periodontia Implantologia*, v. 1, n.º 1, p. 68-75, janeiro-março, 2007.
7. REDDY, M. S. «Achieving gingival esthetics». *Journal of American Dental Association*, v. 134, p. 295-304, march, 2003.
8. DUARTE, C. A. «Cirurgia Periodontal Pré-Protética e Estética». In: *Cirurgia Periodontal Estética*. 2.ª ed. São Paulo: Editora Santos, cap. 9, p. 341-406, 2003.
9. CHICHE, G., PINAULT, A. *Artistic and scientific principles applied to esthetic dentistry*. Chicago: Quintessence Books, p. 13-32, 1994.
10. BALDA, I. G.; HERRERA, J. U.; FRÍAS, M. L.; CARASOL, M. C. «Erupción pasiva alterada. Implicaciones estéticas y alternativas terapêuticas». *Revista del Consejo de Odontólogos y Estomatólogos*, v. 11, n.º 5-6, p. 563-571, setembro-dezembro, 2006.
11. COSLET, J., VARNARSDALL, R., WEISGOLD, A. «Diagnoses and Classification of Delayed Passive Eruption of the Dentogingival Junction in the Adults». *Alpha Omega*, v. 70, n.º 3, p. 24-28, 1977.
12. NOWZARI, H. «Aesthetic periodontal therapy: introduction». *Periodontology 2000*, v. 27, p. 7, 2001.
13. WALKER, M., HANSEN, P. «Template for Surgical Crown Lengthening: Fabrication Technique». *J Prosthodont.*, v. 7, n.º 4, p. 265-267, December, 1998.
14. REDLICH, M., MAZOR, Z., BREZNIAK, N. «Severe high angle Class II Division 1 malocclusion with vertical maxillary excess and gummy smile: A case report». *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.*, v. 116, n.º 3, p. 317-320, september, 1999.