

CIRURGIA DE SORRISO GENGIVAL – RELATO CLÍNICO

CINGIVAL SMILE SURGERY – CLINICAL CASE REPORT

Rosana Queiroz Silva

DISCENTE DO CURSO DE ODONTOLOGIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ, USJ, RIO DE JANEIRO

Rosa Maria Jardim Rodrigues

DOCENTE DA DISCIPLINA PERIODONTIA-PRÉ-CLÍNICA NO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ, USJ, RIO DE JANEIRO

Luiz Fernando Passos da Costa

DOCENTE DA DISCIPLINA PERIODONTIA-PRÉ-CLÍNICA NO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ, USJ, RIO DE JANEIRO

Marcelo Gama

DOCENTE DA DISCIPLINA INTEGRADA UM NO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ, USJ, RIO DE JANEIRO

RESUMO

O sorriso gengival é caracterizado pela exposição exagerada de parte da gengiva superior, que fica mais evidente quando a pessoa sorri. Apesar de não causar danos à saúde bucal, o problema pode ser motivo de desconforto estético por comprometer a harmonia e simetria faciais. As causas que determinam a exposição gengival excessiva são múltiplas e podem envolver diversas estruturas anatômicas isoladamente ou combinadas. O diagnóstico do sorriso gengival deve acontecer precocemente, levando em consideração os parâmetros clínicos específicos, e o tratamento realizado através de uma investigação cautelosa dos fatores etiopatogenéticos e do grau de rigurosidade da intervenção. Um plano de tratamento eficaz deve considerar a viabilização de uma resposta terapêutica ortognática, ortopédica e/ou cirúrgica, relevando sempre a complexidade da exposição da gengiva, linha alta do sorriso, em conexão com a idade do indivíduo. Este artigo se propõe a relatar um caso clínico de erupção passiva alterada, onde a cirurgia plástica periodontal para a correção do sorriso gengival é indicada para posicionar as margens gengivais no nível da junção cimento-esmalte (JCE), proporcionando a reanatomização das coroas dentárias.

Palavras-chave: Diagnóstico, Cirurgia e Sorriso Gengival.

ABSTRACT

Gingival smile is characterized by exaggerated exposure of part of the upper gums, which is more evident when the person smiles. Although it does not harm oral health, the problem can be a reason for aesthetic discomfort because it compromises facial harmony and symmetry. The causes that determine excessive gingival exposure are multiple and may involve different anatomical structures, alone or in combination. The diagnosis of gummy smile must happen early, taking into account the specific clinical parameters, and the treatment must be carried out through a careful investigation of the etiopathogenetic factors and the degree of rigor of the intervention. An effective treatment plan must consider the feasibility of an orthognathic, orthopedic and/or surgical therapeutic response, always emphasizing the complexity of the exposure of the gingiva, the high line of the smile, in connection with the individual's age. This article aims to report a clinical case of altered passive eruption, where periodontal plastic surgery to correct the gummy smile is indicated to position the gingival margins at the level of the cemento-enamel junction (CEJ), providing the reanatomization of the dental crowns.

Key words: Diagnosis, Surgery and Gingival Smile

INTRODUÇÃO

Nas últimas quatro a cinco décadas, a chamada “Periodontia Cirúrgica” tem se direcionado para tratamentos periodontais com indicações funcionais (de acordo com a condição clínica de interesse), porém claramente com “vieses” cada vez mais estéticos. Um claro exemplo desta contextualização é o grande interesse associado ao tratamento das recessões gengivais em dentes anteriores, principalmente em pacientes que apresentam altas expectativas estéticas. (CHAMBRONE, L; PRATO, GPP, 2019) Estética é um ramo da filosofia que tem por objetivo o estudo da natureza, da beleza e dos fundamentos da Arte. Capacitando-se no sentimento que as coisas belas proporcionam ou despertam, dentro de cada ser humano. A composição de um sorriso considerado belo, atraente e saudável, envolve o equilíbrio entre a forma e simetria dos dentes, lábios e gengiva, além da maneira com que esses elementos se relacionam e se harmonizam com a face do paciente. (GARBER, DS; SALAMA, MA, 1996) O sorriso atrativo e agradável, gerando-se aumento da autoestima, ajuda no bom funcionamento dos sistemas cardiovasculares e imunológico. (TAN, AS; TAN, LG; LUKMAN, ST; BERK, LS, 2007; BENNETT, MP; ZELLER, JM; ROSENBERG, L; Mc CANN, 2003; BERK, LS; FELTEN, DL; TAN, SA; BITTMAN, BB; WESTENGARD, J, 2001). O sorriso esteticamente ideal e agradável são: exposição gengival mínima, simetria entre a linha gengival maxilar e o lábio superior, tecidos gengivais saudáveis preenchendo os espaços interproximais, harmonia entre o segmento anterior e o superior, dentes com anatomia e proporção corretas e com coloração adequada, lábio inferior paralelo com a borda incisal dos dentes anteriores superiores. (Khan S, Machado RC, Dias A, 2021) As causas que determinam a exposição gengival excessiva são múltiplas e podem envolver diversas estruturas anatômicas isoladamente ou combinadas. Como fatores etiológicos do sorriso gengival podemos destacar crescimento vertical da maxila, erupção passiva alterada, extrusão dentoalveolar, lábio superior curto, hiperatividade do lábio superior, além da combinação de vários fatores. O excesso vertical da maxila está associado a comprimento acima da média para o terço inferior da face, cujo tratamento envolve a Cirurgia ortognática e a Ortodontia, assim como nos casos de extrusão dentoalveolar. A erupção passiva alterada ocorre quando os dentes erupcionam totalmente, mas os tecidos periodontais falham em recuar ao nível apical normal (Zucchelli G., 2012; Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bourchard P et al., 2018), resultando em uma aparência de coroas clínicas curtas e grande exposição gengival cobrindo a coroa. Para Landsberg et al., (2006) ao analisar um sorriso é essencial considerar que uma pequena exposição gengival durante o sorriso é considerada esteticamente agradável, estando associada a um aspecto mais jovial que é, em muitos casos, desejável. De acordo com Monaco (2005), o diagnóstico do sorriso gengival deve acontecer precocemente, levando em consideração os parâmetros clínicos específicos, além do tratamento realizado através de uma investigação cautelosa dos fatores etiopatogênicos, e grau de rigorosidade da intervenção. Um plano de tratamento eficaz deve considerar a viabilização de uma resposta terapêutica ortognática, ortopédica e/ou cirúrgica, relevando sempre a complexidade da exposição da gengiva, linha alta do sorriso, e colocar em conexão com a idade do indivíduo. Este artigo se propõe a relatar um caso clínico de erupção passiva alterada, onde a cirurgia plástica periodontal para a correção do sorriso gengival é indicada (Garber DA, Salama MA, 1996) para posicionar as margens gengivais no nível da junção cimento-esmalte (JCE), proporcionando a reanatomização das coroas dentárias.

CASO CLÍNICO

Paciente JMRS, 18 anos de idade, leucodermo, procurou atendimento em um consultório particular para correção do sorriso gengival (Fig. 01).



Figura 01 – Foto inicial

Na anamnese foi verificado que a margem gengival dos centrais estava mais abaixo que o normal em relação aos caninos, não havendo harmonia entre eles. Segundo Cardoso P. et al (2015), considera-se uma condição harmônica, situações em que a margem gengival dos centrais e caninos estão no mesmo plano, ou a dos caninos posicionada levemente acima da margem dos centrais, com os incisivos laterais 1mm abaixo de ambos, embora nos pacientes com uma linha labial alta geralmente seja mais agradável ter a margem gengival do incisivo lateral igual à dos incisivos centrais e caninos. (Ref. 2"- Carranza Periodontia Clínica, Capítulo 63: Cirurgia Plástica e Estética Periodontal | Michael G. Newman, DDS, FACD, Henry H. Takei, DDS, MS, FACD, Perry R. Klokkevold, DDS, MS, FACD and Fermin A. Carranza, DR ODONT, FACD, <https://www.evolution.com.br/epubreader/9788535284188>). Além do tamanho reduzido dos dentes, observou-se que havia uma tração labial excessiva. Foi informado ao paciente, que somente a cirurgia para aumento de coroa clínica não solucionaria o caso por definitivo. Seria necessário fazer uma intervenção no lábio também. Devido a inserção baixa do freio labial superior, foi sugerido a sua remoção no mesmo tempo cirúrgico através de uma frenectomia com a remoção completa do freio, incluindo a sua inserção no osso subjacente. O fenótipo periodontal deve ser avaliado não só pelo periodontista, mas por todos os profissionais da Odontologia, pois é uma característica fundamental para o planejamento e a previsibilidade de qualquer tratamento cirúrgico, restaurado e ortodôntico (Kahn S e Dias AT, 2016). O fenótipo periodontal é avaliado mediante três parâmetros: espessura gengival, espessura óssea e faixa de gengiva inserida (p.ex.: através da transparência da sonda periodontal ou perfuração do tecido com a própria sonda), e da largura da faixa de tecido queratinizado (que pode ser medido igualmente com sonda periodontal). Esse paciente foi classificado como fenótipo tipo A 2 (Intermediário - espesso e festonado), segundo De Rouck et al. (2009). Outra ferramenta importante é a tomada de imagem. O exame periapical completo é um exame quantitativo com ênfase nas estruturas de suporte dentário, sendo o foco de avaliação o osso alveolar, lâmina dura, espaço periodontal e raiz, logo é um exame muito útil no planejamento do sorriso gengival. Onde podemos avaliar a altura da crista alveolar na região anterior. Entretanto, a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) permite visualizar e medir com precisão a relação entre o tecido duro e tecido mole do periodonto, sendo uma alternativa menos invasiva que a usada convencionalmente, como a sondagem transgengival, e mais precisa no planejamento de cirurgias periodontais. (BARRIVIEIRA, 2009). Nesse caso o exame periapical foi suficiente para o planejamento. Foi estimado uma distância de mais de 2 mm entre a JCE e a crista óssea, o que seria suficiente para fazer a cirurgia sem a remoção de tecido ósseo (Fig. 02)

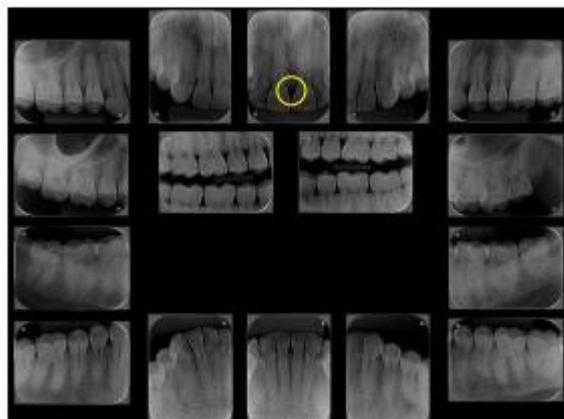


Figura 02. Exame periapical completo. Destaque para a distância entre a JCE e a crista óssea entre os incisivos centrais superiores.

A cirurgia foi realizada com anestesia infiltrativa local, sem sedação; O aumento da coroa cirúrgica foi feito pela excisão do tecido mole, sem cirurgia óssea. O que determina a escolha do procedimento cirúrgico, necessitando-se de deixar um mínimo de 3 mm de tecido marginal queratinizado. Caso contrário seria necessário um retalho posicionado apicalmente. Inicialmente foi realizado uma gengivectomia com uma lâmina de bisturi bader parker 15C (Fig. 03). Após terminado uma hemi arcada foi feita uma gengivolplastia com tesoura castroviejo reta. Repetido o mesmo procedimento da outra hemi arcada (Fig. 04). Concluída a gengivectomia e gengivolplastia, iniciou-se a realização da frenectomia. Com uma pinça hemostática inserida até a profundidade do vestibulo foi feita uma incisão ao redor da superfície superior da pinça hemostática, estendendo-se além da ponta. Uma incisão similar ao redor da parte de baixo da pinça hemostática. Remoção da parte triangular incisada do freio com a pinça hemostática, expõe a inserção fibrosa subjacente no osso. Feita uma incisão horizontal separando as fibras, e uma dissecação cega até o osso, a mucosa labial foi suturada no periósteo apical. Limpeza do campo cirúrgico com gaze até o sangramento parar (Fig. 05). A sutura foi removida após 10 dias, normalmente, um mês é o suficiente para a formação de uma mucosa intacta com o freio inserido em sua nova posição. (Ref. Carranza Periodontia Clínica, Capítulo 63: Cirurgia Plástica e Estética Periodontal | Michael G. Newman, DDS, FACD, Henry H. Takei, DDS, MS, FACD, Perry R. Klokkevold, DDS, MS, FACD and Fermin A. Carranza, DR ODONT, FACD, <https://www.evolution.com.br/epubreader/9788535284188>)



Figura 03 – Gengivectomia lâmina 15 C



Figura 04 – (A) Gengivectomia hemi arcada com lâmina de bisturi 15C. (B) Gengivoplastia com tesoura castroviejo. (C) Repetindo a técnica no lado oposto. (D) Concluída a gengivectomia e gengivoplastia.



Figura 05 – (A) Frenectomia. (B) Sutura. (C) Logo após a cirurgia.



Fig. 06 – (A) Inicial. (B) Após remoção da sutura (10 dias). (C) 30 dias pós-cirurgia. (D) 01 ano após a cirurgia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo, análise e a avaliação criteriosa da etiologia e do grau de severidade do sorriso gengival são determinantes na seleção do tratamento adequado para cada paciente. Por se tratar de um problema que envolve grande complexidade é fundamental realizar exames clínicos bem como devemos solicitar exames de imagem como exame periapical completo e, se possível, uma tomografia computadorizada para chegar ao diagnóstico correto. É de grande importância levar em consideração o biótipo gengival para melhor indicação e condução dos casos que muitas vezes terão resolução cirúrgica. Em muitas situações serão necessário intervenções de outras especialidades além da periodontia. A utilização das orientações propostas nesse artigo serve como um norte no diagnóstico e planejamento, levando à correção do sorriso gengival dentro das técnicas de tratamento cirúrgicas periodontais atuais.

REFERÊNCIAS

CHAMBRONE, L; PRATO, PPP. Clinical insights about the evolution of root coverage procedures: The flap, the graft, and the surgery. *J Periodontol*. 90(1):9-15, 2019.

GARBER, DA; SALAMA, MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontology* 2000, 11(1):18-28, 1996.

TAN, AS; TAN, LG; LUKMAN, ST; BERK, LS. Humor, as an adjunct therapy in cardiac rehabilitation, attenuates catecholamines and myocardial infarction recurrence. *Adv Mind Body Med*, 22(3-4):8-12, 2007.

BENNETT, MP; ZELLER, JM; ROSENBERG, L; Mc CANN, J. The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Altern Ther Health Med*, 9(2):38-45, 2003.

BERK, LS; FELTEN, DL; TAN, SA; BITTMAN, BB; WESTENGARD, J. Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful laughter. *Altern Ther Health Med*, 7(2):62-72, 2001.

KAHN, S; MACHADO, RC; DIAS, A. Aumento de Coroa Clínica com Objetivo Estético. In Araújo M. *Perioline cirúrgico*. São Paulo: Santos Publicações, p.11-29, 2021.

ZUCHELLI, G. *Cirurgia Estética Mucogengival*. São Paulo: Quintessence, 2016. JEPSEN, S; CATON, JG; ALBANDAR, JM; BISSADA, NF; BOURCHARD, P et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 45(Suppl 20):S219-S229, 2018. Landsberget al., (2006).

Monaco (2005).

Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: Diagnosis and treatment. *Periodontal* 2000. 1996;11:18-28.