

CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL UNILATERAL BIMAXILAR – ATUAÇÃO EM CLÍNICA INTEGRADA: RELATO DE CASO

Márcio Klug da Cruz¹, Klécio de Andrade Alves¹

1.Odontoclínica de Aeronáutica de Recife (OARF), Pernambuco, Brasil.

RESUMO

A estética do sorriso tem sido cada vez mais valorizada. O aprimoramento das técnicas reabilitadoras e dos procedimentos cirúrgicos tem por um lado permitido que o Cirurgião-Dentista (CD) consiga alcançar resultados muito satisfatórios, e por outro exigido que o mesmo esteja constantemente atualizando seus conhecimentos e interagindo com as demais especialidades Odontológicas, prática cada vez mais comum na clínica. Assim, o objetivo desse artigo é relatar um caso de correção de sorriso gengival, tendo seu planejamento e execução baseados nas especialidades de Ortodontia, Periodontia e Prótese.

Palavras-chave: gengivoplastia, estética, sorriso, periodontia, prótese, ortodontia.

INTRODUÇÃO

A busca por inovação científica e prática em Odontologia tem aumentado as possibilidades de tratamento e feito com que a interação entre as diversas especialidades odontológicas ocorra cada vez mais frequentemente¹.

Solucionar um caso que envolva estética, sobretudo, exige muito mais do que simplesmente por em prática o conhecimento e ter boa habilidade manual. Para obter êxito também é de extrema importância que seja levada em consideração a opinião do paciente, pois se sabe que os conceitos de beleza variam de indivíduo para indivíduo, e

muitas vezes divergem entre leigos e profissionais².

Para chegar nesse objetivo, isto é, devolver a estética do sorriso, é necessário que haja harmonização entre dentes e gengiva³. Esse equilíbrio entre as estéticas branca e vermelha só é conseguido através da realização de um correto diagnóstico e planejamento, em que todas as etapas do tratamento ocorram no seu devido tempo⁴.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de correção do sorriso gengival no qual para atingir a meta proposta, fez-se necessário o trabalho em conjunto das especialidades de Ortodontia, Periodontia e Prótese Dentária.

RELATO DE CASO

Paciente P.D.C.S. do sexo masculino, 23 anos de idade, etnia branca, procurou a Odontoclínica de Aeronáutica de Recife (OARF) com as queixas de ter seus dentes mais curtos do lado esquerdo, tanto na arcada superior quanto na inferior (Figuras 1 e 2), e do escurecimento do dente 21.



Figura 1: Paciente na consulta inicial.



Figura 2: Encurtamento das coroas clínicas do lado esquerdo e a deficiência estética do elemento 21.

Na primeira consulta o paciente utilizava o aparelho ortodôntico fixo em ambas as arcadas dentárias. Nesse momento entrou-se em contato com o ortodontista, o qual confirmou a existência de assimetria gengival prévia ao ajuste funcional e que este se encontrava em fase final. Decidiu-se então aguardar essa finalização do tratamento ortodôntico para dar prosseguimento ao plano de correção estética, tanto do sorriso gengival quanto do elemento 21.

Ao retornar à OARF após um mês, sem o aparato ortodôntico fixo, o

paciente utilizava uma contenção de Hawley na arcada superior e uma contenção fixa de canino a canino, por lingual, na arcada inferior. Dadas as devidas explicações sobre o tratamento proposto, o paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido.

Durante a anamnese o paciente negou apresentar alterações sistêmicas e disse ser não fumante. No exame clínico, na análise do sorriso, verificou-se a diferença de tamanho das coroas clínicas entre os lados direito e esquerdo, tendo a maxila do lado esquerdo exposição da margem gengival de pelo menos 3mm, caracterizando uma linha do sorriso alta unilateral. O elemento 21 tinha o canal adequadamente tratado e apresentava escurecimento coronário com ampla restauração em resina composta, sem atingir o espaço biológico, com tamanho e formato insatisfatórios.

Na checagem dos parâmetros periodontais, constatou-se presença de gengivite generalizada leve. Após adequação do meio e instrução de higiene bucal, pode-se planejar o procedimento baseado no diagnóstico de erupção passiva alterada do tipo I (junção mucogengival apical à crista óssea), subtipo A (pelo menos 2 mm entre a junção cimento-esmalte -JCE- e a crista óssea)⁵, a qual causava o encurtamento dos dentes no lado esquerdo (Figura 3).



Figura 3: Sondagem para avaliação do espaço biológico.

O procedimento escolhido foi a gengivectomia realizada após avaliar os exames laboratoriais solicitados, nos quais não foram constatados impedimentos ao ato cirúrgico.

Para o aumento de coroa clínica foi realizada a anestesia dos nervos infraorbitário e mental do lado esquerdo (Mepivacaína 2% com Epinefrina 1:100.000, DFL, Brasil). Iniciando pela maxila, com a sonda periodontal, fez-se a identificação da JCE e da distância entre essa e a crista óssea, bem como a marcação dos pontos sangrantes na região vestibular do elemento dentário 21 ao 23 (Figura 4), referentes à linha da primeira incisão, em bisel interno (Figura 5). Logo em seguida uma segunda incisão intrassulcular de mesma extensão foi realizada. O tecido entre as incisões feitas com lâmina de bisturi 15c foi removido com o uso de cureta Gracey 5/6. Não houve necessidade de osteotomia, conforme já havia sido previsto durante a sondagem. A distância de pelo menos 2mm foi mantida entre a JCE e a crista óssea, preservando o espaço biológico. Finalizou-se o procedimento com a confecção dos zênites gengivais semelhantes aos dentes homólogos (Figura 6). Logo em seguida, o mesmo procedimento foi realizado na arcada inferior para os dentes 31, 32 e 33.



Figura 4: Demarcação das coroas anatômicas do lado esquerdo. Do dente 21 ao 23.



Figura 5: Incisões.



Figura 6: Pós-operatório imediato.

Após 15 dias de pós-operatório, passou-se à fase protética com confecção de provisório para o elemento 21 com pino intrarradicular em fibra de vidro nº 2, cimentado com cimento resinoso (U200® – 3M/ESPE) e núcleo de preenchimento em resina composta (Z350® – 3M/ESPE) (Figuras 7 e 8). No trigésimo dia foi realizada moldagem com silicona de adição (Express XT® - 3M ESPE) e enviada ao laboratório para confecção de coroa total, livre de metal, com coping em zircônia e cobertura de porcelana feldspática (Figura 9). O paciente demonstrou estar satisfeito com o resultado (Figura 10).



Figura 7: Cimentação de pino de fibra de vidro e núcleo de preenchimento em resina composta, seguida do preparo dental para posterior confecção de coroa provisória.



Figura 8: Coroa provisória em resina acrílica autopolimerizada.



Figura 9: Coroa em zircônia cimentada com cimento resinoso U200 – 3M – ESPE.



Figura 10: Vista final do caso

DISCUSSÃO

O paradigma de ser uma área estritamente técnica vem sendo mudado em Odontologia. Esta vem se transformando em um campo de atuação da saúde que necessita de uma visão global do paciente. Resultados satisfatórios são alcançados quando uma adequada prática é aliada à constante atualização científica e aos anseios dos cada vez mais exigentes pacientes⁶.

A procura por tratamentos estéticos tem aumentado consideravelmente¹, sendo a exposição excessiva da gengiva ao sorrir, um dos

frequentes motivos a levar o paciente ao consultório em busca de uma solução⁴. Alterações dentais e periodontais que afetam a harmonia do sorriso, exigem que haja uma atuação na clínica odontológica envolvendo diversas especialidades, tanto para que haja um correto diagnóstico e tratamento, quanto para a tomada de decisão do correto momento de intervir³⁻⁶. Neste caso, houve a necessidade de estarem em contato os Cirurgiões Dentistas especialistas em Ortodontia, Periodontia e Prótese.

A erupção passiva alterada no lado esquerdo foi diagnosticada, neste caso, baseado na presença de coroas clínicas bem mais curtas em relação ao lado direito, sem desgaste incisal, associada ao posicionamento coronário da margem gengival em relação à JCE e sem ocorrência de inflamação gengival à sondagem. A ampla faixa de tecido queratinizado e uma distância mínima de 2mm entre a JCE e a crista óssea, permitiram a indicação da técnica cirúrgica de gengivectomia, mantendo o espaço biológico preservado, situação que é indispensável para a manutenção da saúde periodontal, independente do objetivo e da técnica cirúrgica a ser realizada⁷⁻⁸.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir com este relato de caso clínico que a interdisciplinaridade tornou o resultado mais previsível, ratificando assim, a grande importância do conhecimento e da integração das diversas especialidades odontológicas, o que traz inúmeros benefícios tanto para os pacientes quanto os profissionais da área.

ABSTRACT

The aesthetics of the smile has been increasingly valued. The improvement of rehabilitative techniques and surgical procedures has, on one hand, allowed Dentist Surgeons to achieve very satisfactory results. On the other hand, it has required a constant updating of their knowledge and interaction with other dental specialties, which has become more and more common in clinical practice. Therefore, the aim of this article is to report a case of gingival smile correction with its planning and execution based on Orthodontics, Periodontics and Prosthodontics.

Key-words: gingivoplasty, esthetics, smiling, periodontics, prosthodontics, orthodontics.

REFERÊNCIAS

1. Corazza C, Kampits C, Provensi SD, Donassollo TA, Donassollo SH. A importância da interdisciplinaridade no restabelecimento da função e da estética: relato de caso. *Int J Braz Dent.* 2016; 12(1): 78-83.
2. Pires CV, Souza CGLG, Menezes SAF. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival: relato de caso. *R Periodontia.* 2010; 20(01): 48-53.
3. Bertolini PFR, Filho OB, Kiyari VH, Saraceni CHC. Recuperação da estética do sorriso: cirurgia plástica periodontal e protética. *Rev Ciênc Méd.* 2011; 20(5-6): 137-143.
4. Braga MS, Nascimento JMQ, Camargo EB, Filho JMCSV, Falcão EP, Zuza EP, et al. Cirurgia plástica periodontal para correção de erupção passiva alterada. *Braz J Periodontol.* 2014; 24(04): 64-68.
5. Borghetti A, Monne-Corti V. Cirurgia plástica periodontal. Porto Alegre: Artmed; 2002.
6. Coelho-de-Souza FH, Piva F, Klein-Júnior CA. Atuação em clínica integrada. In: Coelho-de-Souza. Tratamentos clínicos integrados em Odontologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2012.
7. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. *J Periodontol.* 1961; 32: 261—267.
8. Cruz, MK, Martos J, Poliana, Silveira LF, César Neto JB. Odontoplasty associated with clinical crown lengthening in management of extensive crown destruction. *J Conser Dent.* 2012; 15: 56-60.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:

Marcio Klug da Cruz

Avenida Beira Mar 606, Piedade, Jaboatão dos Guararapes, PE CEP: 54.400-010; marciokc1979@gmail.com

