



Correção de Desnível de Margem Gengival: Interação Periodontística no Restabelecimento do Sorriso

Correction of unevenness of the gingival margin: interaction periodontal dentistry in restoring the smile

Luiz Rafael Calixto *
Tarcísio Luiz M. R. dos Anjos **
Guilherme José P. Lopes de Oliveira ***
Victor Grover Rene Clavijo ****
Lucas Amaral Fontanari *****
Marcelo Ferrarezi de Andrade *****

* Especialista, Mestre e Doutorando em Dentística Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araraquara – FOAr – UNESP

** Especialista em Periodontia, Associação Brasileira de Odontologia (ABO) – Seção Alagoas

*** Especialista e Mestre em Periodontia, Faculdade de Odontologia de Araraquara – FOAr – UNESP

**** Mestre, Doutor e Livre Docente em Dentística Restauradora; Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araraquara – FOAr – UNESP

Luiz Rafael Calixto
Rua Santos Dumont, 494, V. Tibério, Ribeirão Preto/SP 14050-060
e-mail: lrcalixto@hotmail.com

Data de recebimento: 22/06/2010
Data de aprovação: 11/08/2010

RESUMO

O planejamento multidisciplinar é fundamental no restabelecimento da harmonia do sorriso. Nesse contexto, a integração dentística-periodontia tem sido importante para obtenção de resultado mais satisfatório para os pacientes. O presente artigo mostra um caso clínico em que a paciente apresentava diastemas na região ântero-superior, além de desnível gengival anterior notável no lado direito. Foi planejada uma cirurgia periodontal para correção desse desnível, e, em uma segunda etapa, após correta cicatrização gengival, o procedimento restaurador com resina composta foi executado, de modo que se restabeleceu, assim, o sorriso da paciente.

PALAVRAS-CHAVE

Diastemas. Periodontia. Gengivoplastia.

ABSTRACT

The multidisciplinary planning is essential to restoring the harmony of the smile. In this context, the integration dentistry/periodontics has been fundamental in achieving a more satisfactory outcome to patients. This article shows a case where the patient had diastema in the anterior-superior, and a notable gap in the gingival margin above the right side. Periodontal surgery was planned to correct this gap, and in a second step, after the correct gingival healing, the restorative procedure was performed with composite resin, thus restoring the patient's smile.

KEYWORDS

Diastema. Periodontics. Gengivoplasty.

INTRODUÇÃO

A demanda pela estética em odontologia é fenômeno já bem estabelecido na sociedade atual. Esse fato influenciou a pesquisa de sistemas adesivos, materiais restauradores e de

moldagem, para melhorar a reprodução dos tecidos dentários.¹ Porém, apenas a realização de restaurações dentárias nem sempre promove o resultado estético desejado, pois a transição harmoniosa entre restauração e tecido gengival adjacente também é importante.²

Nesse aspecto, a periodontia também evoluiu, e atualmente tem como um de seus objetivos a estética do paciente. O tratamento periodontal, que tinha como objetivo apenas a remoção de bolsas periodontais, o que, por vezes, proporcionava pobres resultados estéticos, não é mais justificado.³ A correção de defeitos na morfologia gengival passou a ser um dos grandes objetivos em periodontia, dessa forma, várias técnicas foram desenvolvidas para correção de defeitos mucogengivais, sorriso gengival e hiperplasias gengivais.⁴

Para a obtenção de sorriso harmônico, alguns fatores, como linha de sorriso, arquitetura gengival, tamanho de coroa clínica, forma dos dentes, posição dos dentes e cor, devem ser considerados, pois eles têm papel importante para se alcançar dentição com aspecto natural.⁵ Além disso, na execução de restaurações estéticas diretas em dentes anteriores, é necessário compreender todos os parâmetros referentes ao grau de translucidez, opacidade e opalescência da estrutura dental.⁶⁻⁷ Fiel reprodução da textura, forma e anatomia também é necessária.⁸

O presente caso clínico evidencia uma interação periodontística, em que a paciente foi submetida a diagnóstico, e houve necessidade de se realizar tratamento periodontal cirúrgico para correção da morfologia gengival, previamente ao tratamento restaurador.

REVISÃO DA LITERATURA

Em 2002 pesquisadores⁹ realizaram correções na margem gengival em dois casos clínicos. Em um deles, foi realizada gengivectomia, pois foi verificada a presença de erupção passiva alterada. No segundo caso clínico, foi verificada a presença de alterações na morfologia óssea, com proximidade da junção cimento-esmalte com a crista óssea alveolar (menor do que 2mm). Dessa forma, foi executado um retalho com incisão em bisel interno e osteotomia, para corrigir a morfologia óssea, e essa correção foi executada apenas nas faces livres, preservando-se o tecido papilar. Os autores concluíram que os procedimentos cirúrgicos como a gengivectomia e o retalho em bisel interno, que removem o excesso gengival, posicionando-se a margem gengival no nível da junção cimento-esmalte ou ligeiramente coronal a ela, dependem da quantidade de gengiva inserida e da localização da crista óssea.

Em 2006, avaliou-se o tratamento de sorriso gengival com a técnica de gengivectomia, mediante um relato de caso

clínico. Os autores¹⁰ concluíram que essa técnica foi eficaz no tratamento de sorriso gengival em paciente com erupção passiva alterada, contudo, ressaltaram a importância do correto diagnóstico antes de sua aplicação.

Outros,¹¹ em 2007, mostraram dois casos clínicos nos quais os pacientes apresentavam coroa clínica curta, com mal posicionamento dos zênites gengivais. A técnica de gengivoplastia, associada a frenectomia ou não, foi eficiente para a obtenção de boa estética dentogengival. Os autores concluíram que a gengivectomia e a gengivoplastia são técnicas cirúrgicas de fácil execução e bem aceitas pelos pacientes. Se as corretas indicações forem seguidas, elas corrigem problemas estéticos satisfatoriamente e harmonizam a assimetria do sorriso dento-gengival.

RELATO DO CASO

A paciente L.A.S., 25 anos, do sexo feminino, chegou à clínica relatando como queixa principal desnível gengival (Fig. 1). No exame clínico, foram avaliados profundidade de bolsa, nível clínico de inserção e nível gengival, e foi confirmado desnível de 2mm da margem gengival associado aos incisivos superiores (11, 12), do antímero direito em relação ao antímero esquerdo (Fig. 2-4).

A área gengival queratinizada associada aos dentes 11, 12 e 13 foi marcada 2mm abaixo da margem gengival, com auxílio de sonda periodontal milimetrada (Golgran, São Paulo, Brasil) (Fig. 5 e 6). Incisões em bisel externo foram executadas com auxílio de bisturi de Kirkland (Golgran) (Fig. 7 e 8), e as incisões sulculares foram executadas com lâmina 15 (Free-Bac, China) (Fig. 9 e 10). O colar gengival foi removido com auxílio de cureta universal (MacCal 13-14, Golgran) (Fig. 11 e 12). Um retalho de espessura total foi rebatido com auxílio de descolador de Molt (Golgran), e, logo após, foi feita avaliação da relação do tecido ósseo com a margem gengival definida cirurgicamente (Fig. 13). Foi executada osteotomia, com auxílio de microcinzel de Ochsenbein (Golgran), e se removeu 1mm de tecido ósseo (Fig. 14-16). Suturas interrompidas simples foram executadas nas papilas interdentárias com fios de náilon 5 (Johnson & Johnson, Brasil) (Fig. 17).

Como cuidados pós-operatórios, foram prescritos ao paciente analgésicos por dois dias e bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12% (Colgate-Palmolive, Brasil) duas vezes ao dia, por sete dias. As suturas foram removidas sete dias após a cirurgia, e a paciente não relatou incômodo ou efeito colateral. Após a cirurgia, foi observada a regulação do desnível gengival, e a paciente se disse satisfeita com os resultados obtidos. Sessenta dias após o procedimento (Fig. 18), a paciente foi sub-

metida ao tratamento restaurador com resina composta, para fechamento dos diastemas (Fig. 19-24). As figuras de 25 a 27 mostram o sorriso final da paciente.

DISCUSSÃO

A busca pela perfeição estética pelos pacientes tem sido alvo de muita pesquisa e aperfeiçoamento técnico na área da odontologia. O sorriso harmônico deve ser o mais natural possível, e, dessa forma, os materiais utilizados para reconstruí-lo de-



Figura 1: Caso clínico inicial – a paciente queixava-se de desnível gengival.



Figura 2: Caso clínico inicial – visão intra-oral, em que se pode observar uma coroa clínica curta associada aos dentes 11 e 12.

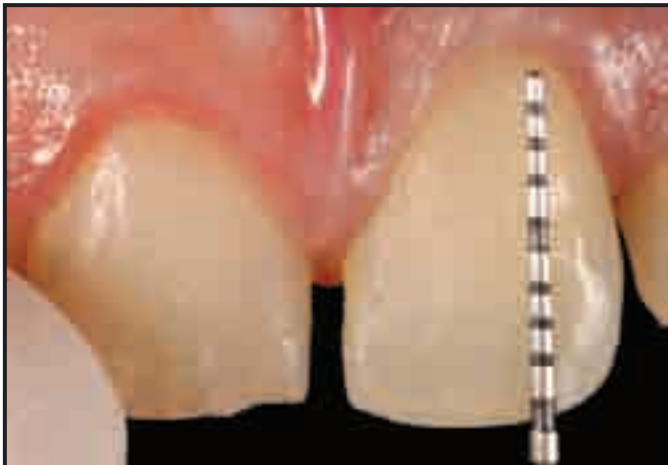


Figura 3: Mensuração da coroa clínica do dente 21. A coroa clínica desse dente apresentava 10mm de comprimento.

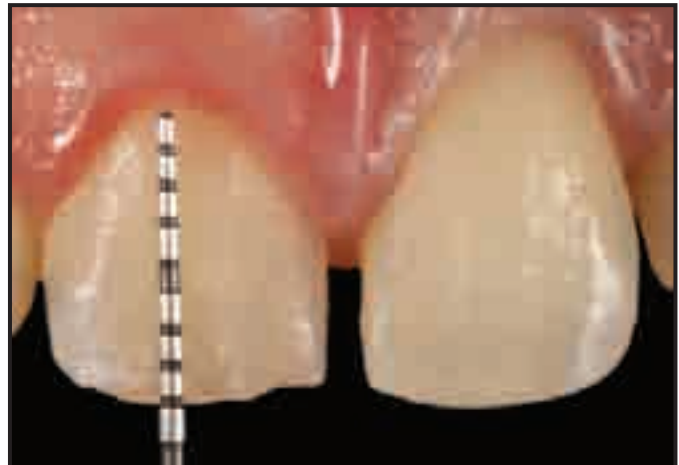


Figura 4: Mensuração da coroa clínica do dente 11. A coroa clínica desse dente apresentava 8mm de comprimento.

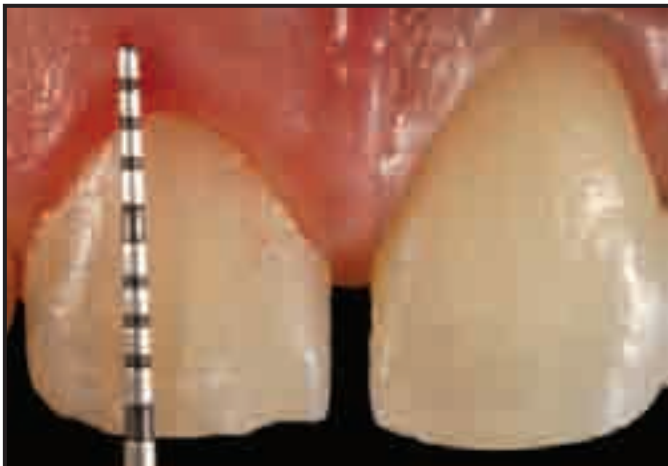


Figura 5: Mensuração da quantidade de tecido gengival que deveria ser removido para nivelar a margem gengival do dente 11 em relação ao dente 21. Observou-se necessidade de remover 2mm de tecido gengival.



Figura 6: Mensuração da profundidade de sondagem. Foi verificado que o sulco gengival tinha 2mm de profundidade à sondagem.



Figura 7: Incisão primária em bisel externo com auxílio de bisturi de Kirkland, 2mm abaixo da margem gengival.



Figura 8: Incisão em bisel externo que envolveu as faces vestibulares dos dentes 11 e 12. Essa incisão foi executada 2mm abaixo da margem gengival, em ângulo aproximado de 45° em relação ao longo eixo dos dentes.



Figura 9: Incisão sulcular realizada com lâmina de bisturi 15, montada em cabo de bisturi 3, no ângulo distal do dente 13.



Figura 10: Incisão sulcular na margem gengival da face vestibular no dente 12.



Figura 11: Remoção do colar gengival com auxílio de uma cureta universal.



Figura 12: Vista frontal após remoção do colar gengival. As margens gengivais dos antímeros direito e esquerdo estão niveladas.



Figura 13: Retalho de espessura total rebatido do dente 13 ao dente 23.



Figura 14: Remoção de tecido ósseo com microcinzel. Foi removido 1mm de tecido ósseo associado aos dentes 11, 12 e 13.



Figura 15: Avaliação da crista óssea após osteotomia.



Figura 16: Avaliação da crista óssea após osteotomia, em que foi observado o nivelamento ósseo entre as cristas ósseas dos antímeros direito e esquerdo.



Figura 17: Suturas interrompidas simples, executadas nas papilas interdentárias.



Figura 18: Período pós-operatório após 45 dias. Note-se a excelente cicatrização gengival.



Figura 19: Isolamento do campo com fio retrator, aplicação do ácido fosfórico e sistema adesivo.



Figura 20: Aplicação de uma fina camada de uma resina opaca nas regiões proximais e incisal dos elementos 11 e 21, para reproduzir a dentina perdida.



Figura 21: Aplicação de uma resina de alta translucidez para reproduzir a região de opalescência nos elementos 11 e 21.



Figura 22: Finalização do procedimento restaurador com resina translúcida para esmalte. Essas camadas foram aplicadas em todas as proximais dos quatro incisivos centrais.



Figura 23: Aspecto imediatamente após as restaurações.



Figura 24: Aspecto final após os procedimentos de acabamento e polimento das restaurações, mostrando a excelente estética com os tecidos dentais.



Figura 25, 26 e 27: Sorriso final da paciente. Note a integração entre dentes, gengiva e lábios, os quais se mostram em harmonia no sorriso.



Figura 26.



Figura 27.

vem reproduzir os tecidos dentários. Além disso, outros fatores, como a forma, posição e proporção dos dentes, de acordo com as características de cada paciente, também devem ser levados em consideração, no momento da reconstrução de um sorriso.¹⁰

Os aspectos do tecido gengival também são levados em consideração na formulação do diagnóstico para planejar o tratamento.⁹ O tratamento interdisciplinar para a reabilitação oral é de extrema importância, pois todo tratamento restaurador tem sérias implicações sobre o periodonto, bem como o tratamento periodontal modifica as características do tecido gengival, o que conseqüentemente produz impactos sobre o sorriso do paciente.¹²

A localização da margem gengival é determinante para a altura da coroa clínica. Quando tal coroa localiza-se mais de 2mm acima da junção cimento-esmalte, o resultado é a presença de uma coroa clínica curta,⁹ dessa forma, o procedimento cirúrgico é necessário para se remover o excedente gengival, a depender da quantidade de gengiva inserida e do nível da crista óssea.³

As incisões em bisel invertido, normalmente utilizadas para remoção do "colarinho" gengival nas cirurgias de aumento de coroa clínica, visam a determinar a localização da futura margem gengival. Entretanto, para manutenção dessa margem na

altura almejada, em muitas situações clínicas, torna-se necessária a execução de osteotomia, já que, para se preservar um espaço biológico que comporte os tecidos responsáveis pela união dentogengival, distância de cerca de 3mm deve ser mantida entre o início da crista óssea e a margem gengival.¹³

O caso clínico exposto é um exemplo direto da importância do diagnóstico e do plano de tratamento interdisciplinar, em que a queixa principal da paciente era o diastema entre os incisivos centrais. Todavia, durante o exame clínico, observou-se o desnivelamento da margem gengival entre os antímeros direito e esquerdo, com posição anormal dos zênites. Dessa forma, a intervenção periodontal cirúrgica via técnica de retalho de bisel invertido com osteotomia ou osteoplastia foi indicada.

No procedimento restaurador, para reproduzir o elemento dental de forma natural e estética, devem-se utilizar resinas que se comportem de forma semelhante à dos diferentes tecidos do elemento dental. As resinas opacas devem ser utilizadas para reconstruir a dentina, enquanto as resinas translúcidas reconstroem o esmalte.¹⁴

É importante efetuar uma avaliação clínica de cada caso, para o correto planejamento da aplicação das diferentes camadas de resina no procedimento restaurador direto. No caso clínico relatado, foram aplicadas apenas resinas translúcidas para reprodução do esmalte dental e dos efeitos incisais. Essa escolha ocorreu, devido aos diastemas presentes serem de tamanho pequeno e a face vestibular de alguns dentes ser de pequena espessura, para aplicação de resina, não havendo a necessidade de se colocar resina mais opaca (dentina) nessas regiões.

Além disso, para se obter naturalidade nas restaurações em fechamento de diastemas, é necessário conhecimento apurado dos princípios estéticos dentogengivais, tais como proporção altura-largura dos dentes, proporção interdental, posicionamento correto dos pontos de contato, papilas gengivais, abertura de ameias incisais, forma e textura dos dentes.

CONCLUSÃO

As restaurações diretas em dentes anteriores necessitam de correto diagnóstico e, principalmente, planejamento interdisciplinar, em que se verifique a correta relação entre dentes, gengiva e lábios, para não só devolver dentes bonitos, como também sorrisos mais naturais e harmoniosos aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Pena CE, Viotti RG, Dias WR, Santucci E, Rodrigues JA, Reis AF. Esthetic rehabilitation of anterior conoid teeth: comprehensive approach for improved and predicable results. *Eur J Esthet Dent*. 2009 Autumn;4(3):210-24.

2. Clavijo VGR, Pelegrine AA, Costa CES, Henriques PSG, Oliveira Jr OB, Andrade MF. Correção de estética gengival e dental-Interação perio-prótese. *Rev Dental Press Estét*. 2008 Jul-Set;5(3):29-44.
3. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontol* 2000. 1996 Jun;11:18-28.
4. Chu SJ, Karabin S, Mistry S. Short tooth syndrome: diagnosis, etiology, and treatment management. *J Calif Dent Assoc*. 2004 Feb;32(2):143-52.
5. Pena CE, Viotti RG, Ferreira LA, Rodrigues JA, Reis AF. Reabilitação estética de dentes anteriores com restaurações cerâmicas adesivas. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2009 Jul-Ago;63(4):280-7.
6. Dietschi D. Free-hand composite resin restorations: a key to anterior aesthetics. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1995 Sep;7(7):15-25.
7. Dietschi D. Layering concepts in anterior composite restorations. *J Adhes Dent*. 2001 Spring;3(1):71-80.
8. Cesar Jr WA, Giroto EM, Fávaro SL, Radovanovic E. Integrando ciência e arte com resinas compostas: reabilitação estética anterior, aspectos químicos e análise em MEV - Microscopia Eletrônica de Varredura. *Rev Dental Press Estét*. 2006 Abr-Jun;3(2):70-87.
9. Mondelli J, Sonohara MK, Lanza LD. Cirurgia plástica periodontal para tratamento de sorriso gengivoso. *JBD:J Brás Dent Estet*. 2002;1(1):28-32.
10. Gusmão ES, Coelho RS, Cedro IR, Santos RL. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso. *Odontol Clín -Cientif*. 2006 Out-Dez;5(4):345-8.
11. Rosetti EP, Sampaio LM, Zuza EP. Correção de assimetria dentogengival com finalidade estética: relato de caso. *RGO*. 2006 Out-Dez;54(4):384-7.
12. Lourenço AHT, Lourenço Jr ET, Vitral RWF. Cirurgia plástica periodontal: uma abordagem para ortodontia. *Rev Dental Press Periodontia Implantol*. 2007 Abr-Jun;1(2):44-58.
13. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. *J Periodontol*. 1961;32:261-7.
14. Fahl Jr N, Denehy GE, Jackson RD. Protocol for predictable restoration of anterior teeth with composite resins. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 2005 Oct;7(8):13-21.