

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

ARISTONY VINÍCIUS SOARES CRISTÓVAM

**CORREÇÃO DE CONTORNO GENGIVAL PELAS TÉCNICAS DE
GENGIVECTOMIA CONVENCIONAL E MINIMAMENTE INVASIVA**

PATOS-PB

2018

ARISTONY VINÍCIUS SOARES CRISTÓVAM

**CORREÇÃO DE CONTORNO GENGIVAL PELAS TÉCNICAS DE
GENGIVECTOMIA CONVENCIONAL E MINIMAMENTE INVASIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa

PATOS-PB

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

C933c

Cristóvam, Aristony Vinícius Soares

Correção de contorno gengival pelas técnicas de gengivectomia convencional e minimamente invasiva / Aristony Vinícius Soares Cristóvam. – Patos, 2018.

45f.:il.:color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2018.

“Orientação: Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa”

Referências.

1. Periodonto. 2. Gengivectomia. 3. Sorriso. I. Título.

CDU 616.311.2

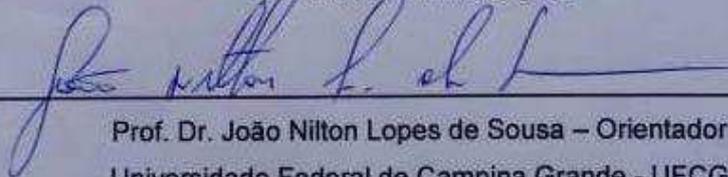
ARISTONY VINÍCIUS SOARES CRISTÓVAM

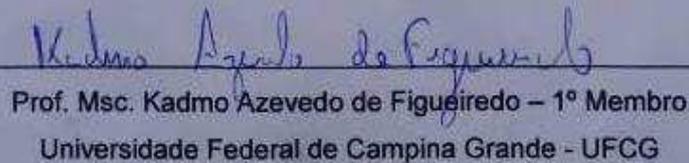
**CORREÇÃO DE CONTORNO GENGIVAL PELAS TÉCNICAS DE
GENGIVECTOMIA CONVENCIONAL E MINIMAMENTE INVASIVA**

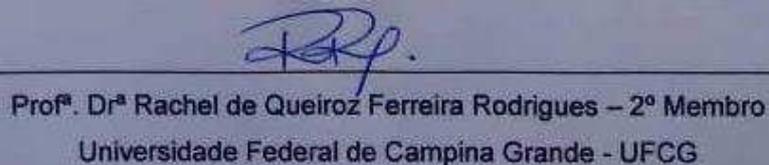
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Federal de
Campina Grande - UFCG, como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 18/09/2018

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG


Prof. Msc. Kadmo Azevedo de Figueiredo – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG


Profª. Drª Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

*Dedico este trabalho a minha Esposa Rafaella Mirelly, aos meus pais, a minha irmã
e a todos que de alguma forma contribuíram para este dia*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar forças e coragem pra recomeçar o curso de Odontologia;

Agradeço a minha esposa Rafaella por ter me apoiado em minhas viagens e pela distância sofrida;

Agradeço aos meus pais Antonio e Francineide e a minha irmã por ter me incentivado a fazer este curso e me apoiado;

Agradeço aos meus avôs por me ajudar a continuar na luta por uma formatura;

Agradeço ao meu orientador João Nilton por ter disponibilizado do seu tempo e conhecimento para realização desse relato de caso;

Aos mestres que dedicam suas vidas a docência e de coração nos conduzem na realização do sonho de exercer a odontologia;

Aos funcionários e amigos que tornam essa batalha mais leve e nos pequenos gestos se eternizam em minha memória.

***“O que é que um trabalhador ganha com todo o seu esforço?
Ele fez tudo belo a seu tempo. Pôs até mesmo eternidade no coração deles; no
entanto, a humanidade nunca compreenderá plenamente o trabalho do
verdadeiro Deus”.***
(Eclesiastes 3:9,11)

RESUMO

A busca por procedimentos odonto-cirúrgicos devido às desarmonias dento gengivais é freqüente. Para se obter um resultado de excelência no tratamento, é necessário além de um correto diagnóstico, um planejamento adequado fazendo uso de uma ou mais técnicas melhor indicadas para o caso. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de correção do sorriso por meio de cirurgia plástica periodontal. A paciente J.D.S.M, 25 anos, gênero feminino, relatava queixas de insatisfação estética no contorno gengival. Na avaliação clínica e periodontal observou-se posição labial normal, ausência de perda de inserção, biótipo periodontal espesso e coroas clínicas dos elementos anterossuperiores desproporcionais. Os elementos 11, 12 e 13 apresentavam coroas clínicas menores que os dentes correspondentes. Optou-se por fazer a correção do contorno gengival pela técnica de gengivectomia em bisel externo nos elementos 11 (1 mm), 12 (2 mm) e 13 (1 mm) com gengivoplastia em todos os dentes do sextante. Após uma reavaliação de 21 dias observou-se que as coroas clínicas dos elementos 12 e 13 apresentavam-se diminuídas em decorrência de sua etiologia de erupção passiva alterada. Assim, o procedimento cirúrgico para estes elementos foi uma cirurgia plástica periodontal do tipo gengivectomia e osteotomia minimamente invasiva sem rebatimento de retalho. Após o procedimento cirúrgico e um reparo completo do tecido periodontal, constatou-se que o tamanho das coroas clínicas estava harmonioso garantindo um resultado estético satisfatório. Diante do exposto, podemos concluir que a utilização de mais de uma técnica de cirurgia plástica periodontal é de suma importância para um bom resultado.

DESCRITORES: Gengivectomia; Periodonto; Sorriso.

ABSTRACT

The search for odonto-surgical procedures due to gingivitis dento disharmony is frequent. In order to obtain a result of excellence in treatment, it is necessary besides a correct diagnosis, an adequate planning making use of one or more techniques better indicated for the case. The objective of this work is to re-establish a clinical case of smile correction through periodontal plastic surgery. The patient J.D.S.M, 25 years old, female, reported complaints of aesthetic dissatisfaction in the gingival contour. Clinical and periodontal evaluation showed normal labial position, absence of insertion loss, thick periodontal biotype and clinical crowns of the disproportionate antero-posterior elements. The elements 11, 12 and 13 had smaller clinical crowns than the corresponding teeth. The gingival contour was corrected by the technique of external bevel gingivectomy on eleven (1 mm), 12 (2 mm) and 13 (1 mm) elements with gingivoplasty on all teeth of the sextant. After a reassessment of 21 days, it was observed that the clinical crowns of elements 12 and 13 were diminished due to their etiology of altered passive eruption. Thus, the surgical procedure for these elements was a periodontal plastic surgery of the gingivectomy type and minimally invasive osteotomy without flap bending. After the surgical procedure and a complete repair of the periodontal tissue, it was verified that the size of the clinical crowns was harmonious guaranteeing a satisfactory aesthetic result. In view of the above, we can conclude that the use of more than one technique of periodontal plastic surgery is of paramount importance for a good result.

KEYWORDS: Gingivectomy, Periodontol, Smile

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1A	Dentes em máxima intercuspidação e a estética do contorno gengival.....	26
Figura 1B	Formato e o tamanho das coroas clínicas dos elementos anterossuperiores e a linha dos zênites gengivais.....	26
Figura 2	Radiografias periapicais dos elementos 13 ao 23.....	27
Quadro1	Exame Periodontal Detalhado (Periograma).....	27
Figura 3A	Aspecto final da gengivectomia e gengivoplastia.....	28
Figura 3B	Pós-operatório de 21 dias.....	28
Figura 4A	Profundidade de sondagem	29
Figura 4B	Marcação do zênite gengival cirúrgico.....	29
Figura 4C	Sondagem transgengival.....	29
Figura 4D	Contorno da linha de incisão.....	29
Figura 5	Coroas clínicas e contorno gengival cirúrgico imediatamente após a gengivectomia.....	30
Figura 6	Avaliação da posição da COA em relação à JCE.....	30
Figura 7A	Posicionamento do Cinzel Mini-Ochsenbein N°2. Posição do cinzel e da osteotomia (fonte do autor).....	31
Figura 7B	Posicionamento do Cinzel Mini-Ochsenbein N°2, visão frontal.....	31
Figura 7C	Posicionamento do Cinzel Mini-Ochsenbein N°2, visão intrassucular.....	31
Figura 8A	Avaliação da profundidade da osteotomia (2 mm).....	32
Figura 8B	Remoção dos fragmentos ósseos e RAR em 1 mm subgengival.....	32
Figura 9	Pós-operatório imediato.....	32
Figura 10	Pós-operatório de 26 dias.....	33
Figura 11	Pós-operatório de 9 meses.....	33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

COA: Crista Óssea Alveolar

CSTR: Centro de Saúde e Tecnologia Rural

DV: disto vestibular

GI: gengiva inserida

JCE: Junção Cimento-esmalte

MC: mucosa ceratiniza

MV: mesio vestibular

R: recessão gengival

S: profundidade de sondagem

UFCG: Universidade Federal de Campina Grande

V: vestibular

LISTA DE SÍMBOLOS

mm: Milímetros

%: Por cento

°: Grau

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3 REFERÊNCIAS	20
4 ARTIGO	22
5 REFERÊNCIAS	36
ANEXO A: NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGO- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PERIODONTOLOGIA	39
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	45

1 INTRODUÇÃO

O ambiente social em que estamos, tem-se mostrado rigoroso no que tange a estética bucal, devido a isso, ocorre um aumento na procura por procedimentos odontológicos que favoreçam um sorriso harmônico (SOUZA; GARZON; SAMPAIO, 2003). Observa-se um número maior de pacientes que procuram procedimentos estéticos, levando os cirurgiões dentistas a melhorarem as técnicas utilizadas para esses fins (BERTHOLDO; SILVEIRA; CAPOROSSO, 2015).

A estética do sorriso promove expressões faciais diferentes, sendo o tecido gengival de real importância nesta avaliação (DUTRA; RITTER; BORGATTO, 2011). Vários são os fatores que podem interferir numa estética satisfatória de um sorriso considerado não gengival. Entre eles podemos citar: erupção dentária passiva alterada, coroa clínica dental diminuída, crescimento exagerado da maxila no sentido vertical e diminuição da espessura do lábio superior (SOUSA; MAGALHÃES; SILVA, 2010).

Tanto os especialistas quanto os pacientes, relatam que a estética do sorriso é prejudicada quando existe uma exposição gengival excessiva ao sorrir, que está associada à posição do lábio superior em relação à margem gengival, sendo influenciada pelo sexo e a idade dos indivíduos (SEIXAS; COSTA-PINTO; ARAÚJO, 2011). A posição anatômica dentária em relação com a gengiva, o lábio e o padrão facial de cada paciente, sugere um formato e contorno dos dentes, específicos para uma melhor estética da linha do sorriso (PEDRON et al., 2010).

Diante de tantos fatores que influenciam na estética do sorriso, é imprescindível um correto planejamento da linha do sorriso para resolução do sorriso gengival. A técnica de gengivectomia convencional e minimamente invasiva tem sido amplamente descrita por seus resultados satisfatórios (PIRES; DE SOUSA; MESEZES, 2010).

O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de correção de contorno gengival pela técnica gengivectomia e osteotomia minimamente invasiva.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O periodonto é formado por tecidos que têm a função de proteção e sustentação do elemento dentário. O de sustentação é formado por ligamento periodontal, cemento e osso alveolar. O de proteção, é formado por gengiva marginal e inserida, que tem por finalidade proteger as estruturas ao seu redor e garantir impermeabilidade e imobilidade. A gengiva marginal junto com a inserção de tecido conjuntivo, epitélio juncional e sulco gengival compõem o espaço biológico. Todas essas estruturas são primordiais para um diagnóstico periodontal adequado (CARRANZA et al 2016).

As características de um periodonto saudável são: cor rosa-pálido, superfície pontilhada e fosca (chamado de aspecto casca de laranja), consistência firme, na sondagem profundidade de até três milímetros e sangramento ausente. Um dos passos primordiais para o tratamento do periodonto se dá por exame detalhado de sondagem, associado com radiografias (CARRANZA et al., 2016).

Além de todos os aspectos clínicos já citados, conforme Sousa et al. (2010), também deve ser considerado o ponto de vista dos pacientes em relação ao que anseiam sobre o seu próprio sorriso. A estética que esses buscam pode ser influenciada pelo ambiente social e cultural em que estão inseridos; entretanto, a odontologia busca restaurar a melhor harmonia da face, dos dentes e conseqüentemente a beleza de um sorriso equilibrado e harmonioso e que se adapte as necessidades de cada indivíduo.

Pedron et al. (2010) ressaltaram que apesar da estética ser o principal fator para os pacientes é importante que seja mantido a saúde do periodonto. Para isso o conhecimento dos princípios biológicos deve nortear o tratamento para devolver harmonia entre estética facial e dental. Sendo assim, a gengivectomia é um procedimento efetivo coadjuvante na adequação gengival em relação à estética dental.

Suziki; Machado; Bittencourt, (2011) manipularam fotografias de sorrisos para verificar a aceitação das pessoas de acordo com o nível de exposição gengival milimetrada em 0mm, 1m, 3mm, 5mm e 07mm. A exposição gengival de 0 a 2mm mostrou um grau de satisfação médio, sendo assim considerada um nível aceitável esteticamente. Entretanto os que tinham exposição gengival maior ou igual a 3mm

receberam uma avaliação menor, considerado menos estético. Da mesma forma, Pedron et al. (2010) mostraram que uma exposição gengival até 3 milímetros promove para o paciente uma estética favorável e maior que 3 milímetros pode o incomodar psicologicamente. Portanto a cirurgia gengival ressectiva proporciona uma ótima estética facilitando o convívio social do indivíduo.

A linha do sorriso corresponde a uma linha que o lábio superior faz quando um indivíduo sorri. Quando a altura da coroa clinica dos dentes anteriores superiores são expostos em cerca de setenta e cinco por cento ou menos, tem-se uma linha do sorriso baixa; quando ao sorrir os dentes são exibidos por completo, considera-se uma linha do sorriso média e quando todo o dente é visto por completo no momento do sorriso e com uma gengiva nítida com mais de três milímetros, considera-se uma linha do sorriso alta. Esta última, por sua vez, é classificada como um sorriso gengival (PIRES; DE SOUSA; MESEZES, 2010).

Embora possa se mostrar com aspecto saudável, o excesso de gengiva exposta ao sorrir não é estético nem harmonioso. Alguns fatores podem estar relacionados à exposição excessiva de gengiva ao sorrir. Dentre eles, podem-se destacar: crescimento maxilar anterior exagerado, crescimento gengival e erupção passiva alterada, podendo ser incompleta ou atrasada (BORGHETTI; LABORDE, 2002).

Para Dutra et al. (2011), a quantidade de exposição de gengiva e a altura vertical diminuída dos dentes anteriores podem ser causados pelo tamanho vertical da maxila, a quantidade de elevação labial superior, espaço entre os lábios superior e inferior que fica exposto com a boca entreaberta, mordida profunda e mordida projetada para frente.

Uma erupção dentária é encerrada quando os elementos dentários atingem o plano da oclusão e estão em função. Assim, geralmente os tecidos moles adjacentes acompanham esse processo. Ao final, a gengiva marginal migra em sentido apical para assim aproximar-se da junção cimento-esmalte, sendo denominado de erupção passiva. Por algum motivo quando esta gengiva marginal não vai para este local esperado, é denominado de erupção passiva alterada, causando modificações na linha do sorriso (SEIXAS; COSTA-PINTO; ARAÚJO, 2011).

Entretanto, a importância de um exame detalhado do paciente antes desse tratamento é vital; pois, o procedimento se não for bem operado pode trazer

algumas intercorrências, dentre elas podemos citar: diminuição ou perda da papila da gengiva, aumento demasiado da coroa clínica, discrepância estética das coroas clínicas e alterações na fonética. Além disso, podem ocorrer outras complicações mucogengivais como a retração gengival, exposição de tecido ósseo, aumento das chances de doença periodontal, mobilidade e perda do elemento dental. Apesar dessas possíveis complicações a gengivectomia é o tratamento de escolha para casos onde há uma grande quantidade de gengiva inserida afetando a estética do sorriso (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2009).

Servilha et al. (2011) destacaram que a toxina botulínica está cada vez mais inserida nos tratamentos odontológicos diversos como: bruxismo, apertamento, disfunções temporo-mandibular (DTMs), hipertrofia do masseter, sorriso assimétrico, sorriso gengival, dor nos músculos da face e produção excessiva de saliva. Nos casos de contração muscular excessiva, a exemplo do lábio superior, que ocasiona uma exposição de tecido gengival em excesso, essa toxina pode ser uma alternativa de tratamento melhorando o sorriso gengival e assimetria do sorriso.

Um dos tratamentos estéticos realizados no tecido gengival para correção desse tipo de sorriso é a gengivectomia. De acordo com Carranza et al. (2012), gengivectomia é quando se realiza uma excisão na gengiva através de uma remoção da parede da bolsa, onde se oferece um acesso visível para remoção do cálculo e um alisamento da raiz, proporcionando uma cicatrização do tecido gengival favorecendo um contorno gengival fisiológico.

A importância de diagnosticar as alterações do sorriso para a correta utilização da toxina botulínica tipo A (BTX-A), a saber, as relações existentes entre lábio, dentes e gengiva. Assim, quando existe uma hiperatividade de elevação do músculo superior do lábio e quando existe uma exposição gengival maior que 5 mm ao sorrir, então, a BTX-A pode ser um tratamento alternativo para o sorriso gengival (DALL´MAGRO et al., 2015).

Em 2014, Clozza; Suzuki; Mohajer trataram uma paciente com diagnóstico de sorriso gengival em decorrência de erupção passiva alterada com o objetivo de melhorar a estética do sorriso. A técnica cirúrgica utilizada foi a gengivectomia com osteotomia minimamente invasiva de 2 mm nos elementos 12 e 13. Os autores afirmam que, quando se observa que não existe espaço entre a junção cimento-esmalte e a crista óssea alveolar após a gengivectomia, é necessário realizar

osteotomia de 2 mm para restabelecer o espaço biológico e corrigir a erupção passiva alterada.

Trevisani; Meuseu (2014), também trataram um paciente que apresentava um sorriso gengival decorrente de uma erupção passiva alterada, do tipo incompleta, fazendo com que os dentes ântero-superiores apresentassem uma coroa clínica diminuída. Foram utilizadas as duas técnicas para um resultado satisfatório, a saber, a gengivectomia e a osteotomia minimamente invasiva.. Foi feito um adequado planejamento e a cirurgia plástica periodontal do tipo gengivectomia nos elementos 13 ao 23. Após a retirada do excesso gengival observou que a profundidade de sondagem desses elementos estava em 2 mm, tendo então que remover 1 mm de osso para devolver o espaço biológico do paciente para a manutenção de um periodonto saudável. Logo a osteotomia minimamente invasiva mostrou-se eficaz.

Num tratamento realizado por Rosetti; Sampaio; Zuza (2006), em dois pacientes com assimetria dento-gengival, a técnica de gengivectomia associada a gengivoplastia nos elementos 13 ao 23 foi a escolhida para correção do sorriso gengival. Após anestesia, foi demarcado o tecido gengival em excesso para orientação da incisão e em seguida a mesma foi realizada com gengivótomo de Kirkland com angulação de 45 graus em relação aos dentes. Logo após, foi feita a incisão secundária com gengivótomo de Orban em movimento de serra para remoção do tecido interproximal. Por fim, o tecido incisado foi removido com uma cureta e regularizado, completando a plástica gengival. Com esse procedimento, a estética gengival foi restabelecida, possibilitando um sorriso mais harmônico e devolvendo a auto-estima para os pacientes do caso. Esses procedimentos cirúrgicos foram bem aceitos e são considerados de fácil manuseio.

Numa revisão de literatura feita por Dantas; Silva; Sako (2012) sobre os tipos de cirurgias periodontais para aumento de coroa clínica, dentre as mais citadas estavam a gengivectomia, gengivoplastia, cirurgia com retalho e osteotomia. Este estudo mostrou também que a estética periodontal está cada vez mais prestigiada e que as cirurgias propostas no planejamento visam um tratamento que aumentem a dimensão dos dentes anteriores e que posteriormente possibilitem mudar contorno e forma dos dentes com restaurações na coroa dental.

Brito et al. (2016), trataram um paciente com sorriso gengival que tinha como etiologia a hiperfunção do lábio superior. Nesse caso uma exposição de gengiva de dois milímetros já seria suficiente para uma alteração visual do sorriso, por causa dessa musculatura do lábio superior alterada, deixando exposto uma grande quantidade de tecido gengival. Diante do planejamento um dos tratamentos escolhidos foi a gengivectomia e gengivoplastia para remoção do tecido gengival. Verificou-se que o objetivo de devolver o contorno gengival, por meio desses procedimentos cirúrgicos melhorou a harmonia entre dente, gengiva e face do paciente.

Sousa; Garzon; Sampaio (2003), atenderam uma paciente com comprometimento estético devido ao sorriso gengival. Após ser constatado a profundidade de sondagem entre 3 e 4 mm e nível de inserção adequados, a cirurgia foi feita demarcando-se os pontos sangrantes correspondentes a profundidade da sondagem. Essa por sua vez, orientou a incisão inicial na gengiva dos elementos dentários 13, 12, 11, 21, 22, 23. O excesso de tecido gengival removido favoreceu um aumento da coroa clínica dos elementos melhorando a linha do sorriso. Isso mostra a eficácia da gengivectomia e gengivoplastia para o tratamento do excesso de tecido gengival. Vale salientar que conforme Romero (2009) sempre é necessário manter um espaço biológico de no máximo 3mm, pois, quando o espaço biológico é invadido poderá proporcionar uma inflamação nos tecidos gengivais adjacentes.

. Uma busca por um sorriso harmônico, faz com que um maior número de pacientes procure procedimentos estéticos, com isso os cirurgiões- dentistas tendem a melhorar as técnicas utilizadas para esses fins. Como o sorriso gengival em excesso pode apresentar várias etiologias, deve-se identificar a causa para assim indicar a melhor técnica de tratamento. Uma das etiologias é a erupção passiva alterada. O desenvolvimento da erupção passiva alterada se dá quando a junção entre dente e gengiva não migra em direção apical quando o dente começa sua erupção no plano oclusal, deixando-o à quem a região entre cimento e esmalte. (BRAGA et al., 2015).

Diante do exposto percebe-se a importância do planejamento para a correção de um sorriso gengiva. Faria et al. (2015) corroboram com isso ao tratar um caso de um paciente com erupção passiva alterada. Nesse caso observaram-se vários possíveis fatores para se chegar a um diagnóstico preciso do que estava causando

o sorriso gengival. Foi analisada a exposição dentária durante o repouso, a saúde do periodonto, a musculatura do lábio superior bem como sua dimensão, o tamanho das coroas clínicas de incisivo a canino superior nos dois lados da arcada, e qual era a interação oclusal anterior e posterior dos elementos dentais. Analisado estes aspectos o paciente foi diagnosticado com erupção passiva alterada, mostrando um excesso de tecido gengival. Assim, optou-se por um tratamento cirúrgico de gengivectomia, osteotomia e osteoplastia no sextante anterior superior.

Braga et al. (2015) trataram uma paciente com diagnóstico de sorriso gengival por erupção passiva alterada. Após planejamento, o tratamento foi realizado por meio de um procedimento cirúrgico com a técnica de gengivectomia associada com osteotomia e osteoplastia do sextante dois (anterior superior). No pós-operatório não houve relatos de dor, edema, infecção, ocasionando uma boa cicatrização e ótimos resultados. Verificou-se que para um bom tratamento é necessário um bom diagnóstico para que se escolha a melhor técnica cirúrgica.

Alvarenga et al. (2018) atenderam um paciente onde existia uma grande discrepância dento gengival devido a erupção passiva alterada. A jovem paciente queixava-se dos dentes anteriores superiores muito curtos, causando-lhe uma insatisfação estética. Após os exames clínicos e complementares e autorização da paciente, foi feito um planejamento detalhado. O tratamento proposto foi uma cirurgia plástica periodontal do tipo gengivectomia em bisel interno e osteotomia para estabelecer a estética e todos os parâmetros de espaço biológico. Após a recuperação cirúrgica, foi realizado um enceramento diagnóstico para posterior ajuste da anatomia dental com resina composta. O resultado foi uma correção do sorriso gengival, harmonização dento-gengival e um elevada auto estima da paciente. A utilização de conhecimentos de mais de uma especialidade odontológica, como a dentística com realização de restaurações estéticas, contribui muito pra melhorar a estética após a correção gengival.

Pedron et al. (2010) trataram um paciente onde existia uma discrepância entre o tamanho reduzido das coroas clínicas dos dentes em relação com a gengiva. A harmonia da estética de um sorriso tem haver com a anatomia do dente, gengiva, face e até a estrutura corpórea do paciente, assim, para se obter resultados que vão trazer satisfação estética e funcional é necessário realizar o planejamento analisando todos esses aspectos. A gengivectomia associado com a gengivoplastia

têm-se mostrado um procedimento cirúrgico eficiente para se obter uma adequação harmônica em pacientes que apresentam sorriso gengival.

Sousa et al. (2010) atenderam um paciente que tinha uma insatisfação com seu sorriso por apresentar um sorriso considerado gengival. Para um melhor resultado do tratamento proposto, optou-se em uma interação entre as especializações dentística e periodontia. Após o planejamento optou-se pela cirurgia de gengivectomia com bisel interno. Após a recuperação do pós-operatório foram realizadas restaurações estéticas de resina composta nos dentes anteriores superiores, conseguindo dessa forma superar as expectativas do paciente.

Para Pedron (2015), a toxina botulínica tipo A (BTX-A) é um complemento a cirurgia gengival ressectiva no manejo para o tratamento do sorriso gengival. Em seu relato de caso uma paciente de 21 anos com queixa de sorriso gengival foi proposto sobre o tratamento cirurgico com gengivoplastia e aplicação posterior de toxina botulínica, pois, uma das etiologias de seu sorriso gengival era uma hiperfunção do lábio superior. Mesmo que o efeito da aplicação da toxina botulínica seja temporário, em média seis meses, mostrou-se eficaz junto com a gengivoplastia, elevando a autoestima do paciente e melhorando seu estilo de vida.

3 REFERÊNCIAS

ALVARENGA, D.V. et al. Interrelação na periodontia/dentística na correção de sorriso gengival: relato de caso clínico. **Braz J Periodontol.**v. 28, n. 2 , p.7-13. Jun. 2018.

BERTHOLDO, G. et al. Estética integrada: Reestabelecendo a harmonia do sorriso. **Prosthes. Lab. Sci.** v. 4, n. 16, p. 341-344, 2015.

BORGHETTI, A.; LABORDE, G. Contribuição da cirurgia plástica periodontal à dentística restauradora em pilares naturais. In: **Cirurgia plástica periodontal**. São Paulo: Artemed, 2002, cap.19, p.333-339.

BRAGA, M. S., et al. Cirurgia plástica para correção de erupção passiva alterada. **Braz J Periodontol. Belo Horizonte.**v. 24, n. 4, p. 64-68. Dez. 2015.

BRITO, E. C., et al. Gengivectomia/Gengivoplastia à associada a toxina botulínica para correção de sorriso gengival. **Bras J Periodontol.** v. 26, n. 3, p. 50-56. Setember. 2016.

CARRANZA, F. A., et al. **Periodontia Clínica**. 11 Ed. Rio de Janeiro: Elsevir Editora Ltda, 2012, cap.62, p. 912.

CARRANZA, F.A. et al.**Periodontia clínica**.10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1286 p., cap. 4, p. 45, 2007.

CLOZZA, E.; SUZUKI, T.; MOHAJER, K. A. Tratamento de erupção passiva alterada para melhorar a estética do sorriso. **Dicas.** v. 3, n. 1, p. 36-41, jan. 2014.

DANTAS, A. A.; SILVA, E. R. C.; SAKO, J. S. Tratamento estético periodontal: Revisão de literatura sobre alguns tipos de cirurgia. **Rev. Odontol. Uni. Cid. SãoPaulo.** v. 24, n. 3, p. 226-234. Set-Dez. 2012.

DUARTE, C.A.; PEREIRA C.A; CASTRO M.V.M. Gengivectomia e gengivoplastia. In: DUARTE, C. A. **Cirurgia periodontal: pré-protética, estética e peri-implantar**. 3. ed. São Paulo (SP): Santos, p.37-62, 2009.

- DUTRA, M.B., RITTER, D.E., BORGATTO, A., et al. Influência da exposição gengival na estética do sorriso. **Dental Press J Orthod.**v.16, n.5, p.111-118, Sept-Oct. 2011.
- FARIA, G. J. et al. A importância do planejamento multidisciplinar para correção do sorriso gengival: **Relato de caso. Rev. Fac. Odontol. Lins.**v. 25, n. 1.. Maringá, vol.16, n. 2, abr. 2015.
- PEDRON, I.G. Aplicação da toxina botulínica associada à cirurgia gengival ressectiva no manejo do sorriso gengival. Passo Fundo. **RFO.** v. 20, n. 2, p. 243-247, maio/ago. 2015.
- PEDRON, I.G., UTIMI, E.R., TANCREDI, A.R.C., et al. Sorriso gengival: cirurgia ressectiva coadjuvante à estética dental. **Odonto.** v. 18, n. 35, p. 87-95. 2010.
- PIRES, C.V.; DE SOUSA, C.G.L.G.; MENEZES, S.A.F. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival – relato de caso. **R. Periodontia.**v.20, n. 1, p. 48-53. 2010.
- ROMERO, F.G. Alargamiento de corona y gingivoplastia. **Kiru.** v. 6, n. 1, p. 57-63. 2009.
- ROSETTI, E. P.; SAMPAIO, L. M.; ZUZA, E. P. Correção de assimetria dentogengival como finalidade estética: relato de caso. **Rgo, Porto Alegre.** v.54; n. 4; p. 384-387. Out-dez. 2006.
- SEIXAS, M.R. ; COSTA-PINTO, R.A.; ARAUJO, T.M de. Checklist dos aspectos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. **Dental Press J Orthod.** v.16, n.2, p.131-157, Mar-Apr. 2011.
- SERVILHA. et al. Toxina botulínica tipo A, uma alternativa para tratamentos odontológicos. **Braz. J. Periodontol.**, v.21, n.2, p.12-17, jun. 2011.
- SOUSA, S. J. B.; MAGALHÃES, D.; SILVA, G.R. et al. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso gengival associado à restaurações em resina composta: Relato de caso clínico. **Rev.OdontolBras Central.** v. 19, n. 51, p. 362-366. 2010.
- SOUZA, P.C. ;GARZON, A.C. da M.; SAMPAIO, J.E.C. Estética Periodontal: Relato de um caso. **RevBrasCir Periodontia.**v.1, n.4, p. 262-267, abril. 2003.
- SUZUKI, L.; MACHADO, A.W.; BITTENCOURT, M.A.V. Avaliação da influência da quantidade de exposição gengival na estética do sorriso. **Dental Press J Orthod.** v.16, n. 5, p.1-10. Sept-Oct. 2011.
- TREVISANI, R. S.; VON MEUSEL, D. R. D. Z. Aumento de coroa clínica em dentes anteriores - relato de caso clínico. **J Oral Invest.** v. 3, n. 1, p. 19-24. 2014.

4 ARTIGO

**CORREÇÃO DE CONTORNO GENGIVAL PELAS TÉCNICAS DE
GENGIVECTOMIA CONVENCIONAL E MINIMAMENTE INVASIVA**
CORRECTION OF GENGIVAL CONTOUR FOR THE TECHNIQUES OF CONVEN-
TIONAL AND MINIMALLY INVASIVE GENGIVECTOMY

Aristony Vinícius Soares Cristóvam¹, Joana Darc Silva Medeiros¹, Rafaella Mirelly Leite Vasconcelos Brito², Kadmo Azevedo de Figueiredo³, Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues³ João Nilton Lopes de Souza³,

¹Graduando em Odontologia pela UFCG, Universidade Federal de Campina Grande, Campus Patos, Paraíba-Brasil.

²Graduada em Odontologia pela FIP, Faculdade Integrada de Patos, Campus Patos, Paraíba-Brasil.

³Professores Doutores da Disciplina de Periodontia– UFCG, Universidade Federal de Campina Grande, Campus Patos, Paraíba-Brasil.

Endereço para correspondência:

João Nilton Lopes de Sousa

Universidade Federal de Campina Grande,

Graduação em Odontologia

Avenida Universitária, s/n - Jatobá, Patos – PB - Brasil

CEP: 58708-110

Fone: (083) 3511-3000

e-mail: jnlopesodonto@gmail.com

Este artigo será submetido à revista Sociedade Brasileira de Periodontologia (SOBRAPE), cujas normas para publicação estão no anexo A.

Resumo

Introdução: A busca por procedimentos cirúrgicos devido às desarmonias dento gengivais é freqüente. Para um excelente resultado, é necessário um correto diagnóstico, um planejamento adequado, fazendo uso de uma ou mais técnicas melhor indicadas para o caso. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de correção do sorriso por meio de cirurgia plástica periodontal. **Relato do caso:** Participou do estudo a paciente J.D.S.M, 25 anos, gênero feminino, com queixas de insatisfação estética no contorno gengival. Após a avaliação clínica e periodontal, observou-se que a paciente apresentava posição labial normal, ausência de perda de inserção, fenótipo periodontal espesso e coroas clínicas dos elementos ântero-superiores desproporcionais. Os elementos 11, 12 e 13 apresentavam coroas clínicas menores que os dentes correspondentes. Optou-se por fazer correção do contorno gengival pela técnica de gengivectomia em bisel externo nos elementos 11 (1 mm), 12 (2 mm) e 13 (1 mm) com gengivoplastia em todos os dentes do sextante. **Resultado:** Após reavaliação de 21 dias observou-se que as coroas clínicas dos elementos 12 e 13 apresentavam-se diminuída em decorrência de sua etiologia de erupção passiva alterada. Assim, o procedimento cirúrgico para os elementos 12 e 13 foi uma cirurgia plástica periodontal do tipo gengivectomia e osteotomia minimamente invasiva sem rebatimento de retalho. **Conclusão:** Após o procedimento cirúrgico e um reparo completo do tecido periodontal, a paciente estava com tamanho das coroas clínicas harmônicas. Portanto, podemos concluir que a utilização de mais de uma técnica de cirurgia plástica periodontal é satisfatória para um resultado final. **Palavras- Chave:** Sorriso. Estética Dentária. Gengivectomia.

Abstract

Introduction: The search for surgical procedures due to gingival tooth dissonance is frequent. For an excellent result, a proper diagnosis is required, an adequate planning, making use of one or more techniques best suited for the case. **Objective:** The objective of this study is to report a clinical case of smile correction through periodontal plastic surgery. **Case report:** The patient J.D.S.M, 25 years old, female, participated in the study, with complaints of aesthetic dissatisfaction in the gingival contour. After clinical and periodontal evaluation, the patient had normal labial position, absence of insertion loss, thick periodontal phenotype and clinical crowns of the disproportionate anterosuperior elements. Elements 11, 12 and 13 presented smaller clinical crowns than the corresponding teeth. We chose to correct the gingival contour by means of external bevel gingivectomy in the 11 (1 mm), 12 (2 mm) and 13 (1 mm) elements with gingivoplasty on all teeth of the sextant. **Results:** After a reassessment of 21 days, it was observed that the clinical crowns of elements 12 and 13 were decreased due to their etiology of altered passive eruption. Thus, the surgical procedure for elements 12 and 13 was a periodontal plastic surgery of the gingivectomy type and minimally invasive osteotomy without flap resting. **Conclusion:** After the surgical procedure and a complete repair of the periodontal tissue, the patient had clinical crown size harmonics. Therefore, we can conclude that the use of more than one periodontal plastic surgery technique is satisfactory for a final result.

Keywords: Smile. Aesthetic Dentistry. Gingivectomy.

Introdução

O ambiente social em que estamos, tem-se mostrado rigoroso no que tange a estética bucal, devido a isso, ocorre um aumento na procura por procedimentos odontológicos que favoreçam um sorriso harmônico (Souza et al., 2003). Observa-se um número maior de pacientes que procuram procedimentos estéticos, levando os cirurgiões dentistas a melhorarem as técnicas utilizadas para esses fins (Bertholdo et al., 2015).

A estética do sorriso promove expressões faciais diferentes, sendo o tecido gengival de real importância nesta avaliação (Dutra et al., 2011). Vários são os fatores que podem interferir numa estética satisfatória de um sorriso considerado não gengival. Entre eles podemos citar: erupção dentária passiva alterada, coroa clínica dental diminuída, crescimento exagerado da maxila no sentido vertical e diminuição da espessura do lábio superior (Sousa et al., 2010).

Tanto os especialistas quanto os pacientes, relatam que a estética do sorriso é prejudicada quando existe uma exposição gengival excessiva ao sorrir, que está associada à posição do lábio superior em relação à margem gengival, sendo influenciada pelo sexo e a idade dos indivíduos (Seixas et al., 2011). A posição anatômica dentária em relação com a gengiva, o lábio e o padrão facial de cada paciente, sugere um formato e contorno dos dentes, específicos para uma melhor estética da linha do sorriso (Pedron et al., 2010).

Diante de tantos fatores que influenciam na estética do sorriso, é imprescindível um correto planejamento da linha do sorriso para resolução do sorriso gengival. A técnica de gengivectomia convencional e minimamente invasiva tem sido amplamente descrita por seus resultados satisfatórios (Pires et al., 2010).

O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de correção de contorno gengival pela técnica gengivectomia convencional e osteotomia sem deslocamento de retalho.

Relato de caso

✓ Exame clínico e periodontal

Este estudo tratou-se de um relato de um caso clínico de uma paciente J. D. S. M, 25 anos, gênero feminino, leucoderma, sem alterações sistêmicas e com saúde periodontal e ausência de hiperplasia gengival, que procurou o Projeto de Extensão em Periodontia Clínica e Cirúrgica (PROEPECC) da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CSTR com queixas de insatisfação estética no contorno gengival. Após a avaliação clínica e periodontal, observou-se que a paciente apresentava posição labial normal, ausência de perda de inserção, fenótipo periodontal espesso com larga faixa de mucosa queratinizada, linha cervical assimétrica (linha dos zênites gengivais) e coroas clínicas dos elementos anterossuperiores desproporcionais ao comparar com os dentes homólogos. Os elementos 11, 12 e 13 apresentavam coroas clínicas menores que os dentes correspondentes do lado esquerdo (Figura 1). Foi realizado o exame radiográfico, constatando que não havia perda óssea ou qualquer alteração no periodonto de sustentação e exibindo dentes hígidos, sem tratamento endodôntico e restaurador (Figura 2).

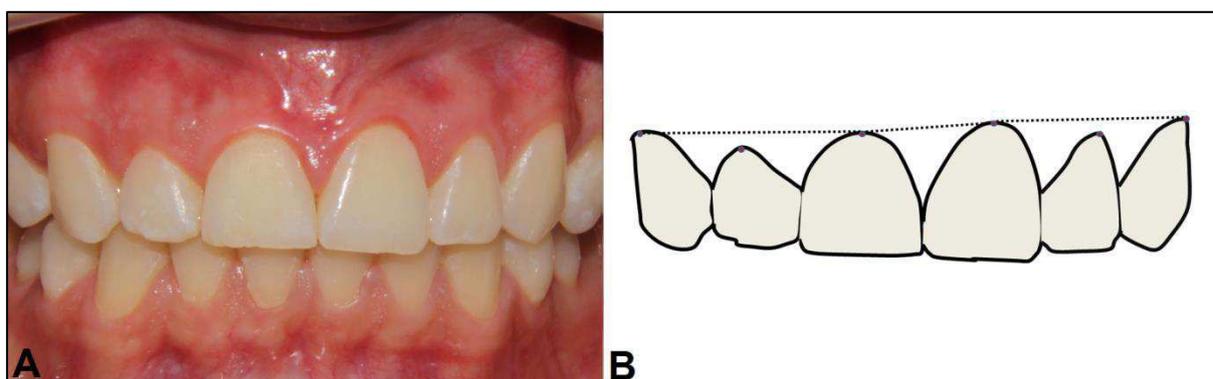


Figura 1 -Em A, Observa-se a imagem dos dentes em máxima intercuspidação habitual (MIH) e a estética do contorno gengival; em B, o formato e o tamanho das coroas clínicas dos elementos anterossuperiores e a linha dos zênites gengivais

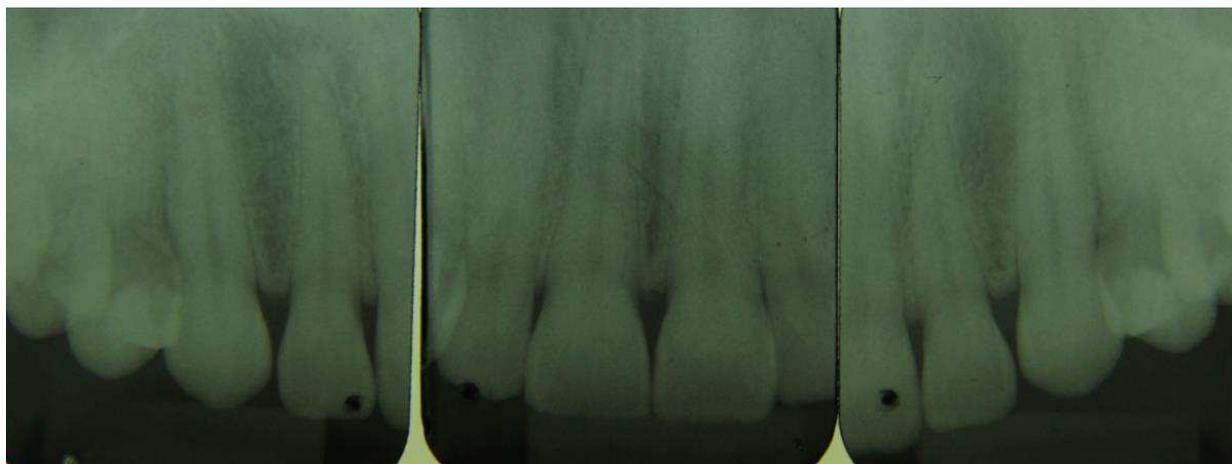


Figura 2 – Radiografias periapicais dos elementos 13 ao 23.

Durante exame periodontal detalhado, foram avaliados os seguintes parâmetros clínicos: profundidade de sondagem, recessão gengival, mucosa ceratinizada e gengiva inserida. Após estas avaliações, constatou-se profundidades de sondagem inferior a 3 mm, ausência de sangramento a sondagem e de recessões, caracterizando a inexistência de perda de inserção clínica, conforme observado no quadro 1.

Quadro 1: Exame Periodontal Detalhado (Periograma)

DENTE	Coroa clínica	MV		V		DV		MC mm	GI mm
		R	S	R	S	R	S		
13	8 mm	0	2	0	2	0	2	9	6
12	5.5 mm	0	2	0	2	0	2	9	6
11	7 mm	0	2	0	2,5	0	3	7	5
21	8 mm	0	2	0	1.0	0	2	8	5
22	7,5 mm	0	2	0	2	0	2	9	6
23	9mm	0	2	0	0,5	0	3	10	4

R – recessão gengival; S – profundidade de sondagem; MV – mesio vestibular; V – vestibular DV – disto vestibular; MC – mucosa ceratiniza; GI – gengiva inserida

Este caso clínico faz parte de um projeto maior não financiado e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos-PB

(CAAE: 59592016.8.0000.5181). O plano de tratamento foi explicado para a paciente, a qual assinou um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), autorizando a realização do procedimento cirúrgico e publicação deste caso clínico (APÊNDICE A).

✓ **Planejamento Cirúrgico**

Como se observou uma maior profundidade de sondagem no lado direito do sextante 2, optou-se inicialmente por fazer a correção do contorno gengival pela técnica de gengivectomia em bisel externo nos elementos 11 (1 mm), 12 (2 mm) e 13 (1 mm) com gengivoplastia em todos os dentes do sextante (figura 3 A). Na reavaliação de 21 dias, observou-se que o elemento 11 apresentava um contorno gengival compatível com o 21, porém os elementos 12 e 13 ainda apresentavam coroas clínicas menores que seus homólogos do lado esquerdo, persistindo a alteração do contorno gengival nos dentes 12 e 13 (Figura 3B). Esta alteração no contorno gengival destes elementos estava relacionada à erupção passiva alterada, havendo a necessidade de osteotomia para posicionar a margem gengival mais apicalmente e aumentar suas coroas clínicas.



Figura 3 – Em A, aspecto final da gengivectomia e gengivoplastia e, em B, pós-operatório de 21 dias.

O procedimento cirúrgico escolhido para correção da erupção passiva alterada nos elementos 12 e 13 foi uma cirurgia plástica periodontal do tipo gengivectomia e osteotomia suficientemente invasiva sem rebatimento de retalho.

No procedimento cirúrgico, realizou-se antissepsia extra e intrabucal com digluconato de clorexidina 2% (DENTSCARE LTDA, JOINVILLE-SC, BRASIL) e

0,12% (RIOQUÍMICA LTDA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP, BRASIL), respectivamente. Em seguida, anestesia com Articaína 2% com vasoconstritor (DFL INDÚSTRIA E COMÉRCIO S.A., RIO DE JANEIRO-RJ, BRASIL), utilizando a técnica infiltrativa no fundo de sulco vestibular e nas papilas vestibulares e palatinas.

Com uma sonda periodontal do tipo williams(GOLGRAN, SÃO CAETANO DO SUL-SP, BRASIL), foi realizada a marcação, por meio de sondagem transgengival, da faixa de gengiva a ser removida na gengivectomia de um 1 mm nos dentes 12 e 13 (Figura 4 A e B). A partir de cada ponto marcado, na altura do futuro zênite gengival, foi planejado o contorno da linha de incisão com a ponta da lâmina de bisturi 15C, penetrando superficialmente no tecido gengival e formando uma linha fina visualizada devido ao sangramento (Figura 4 C e D).

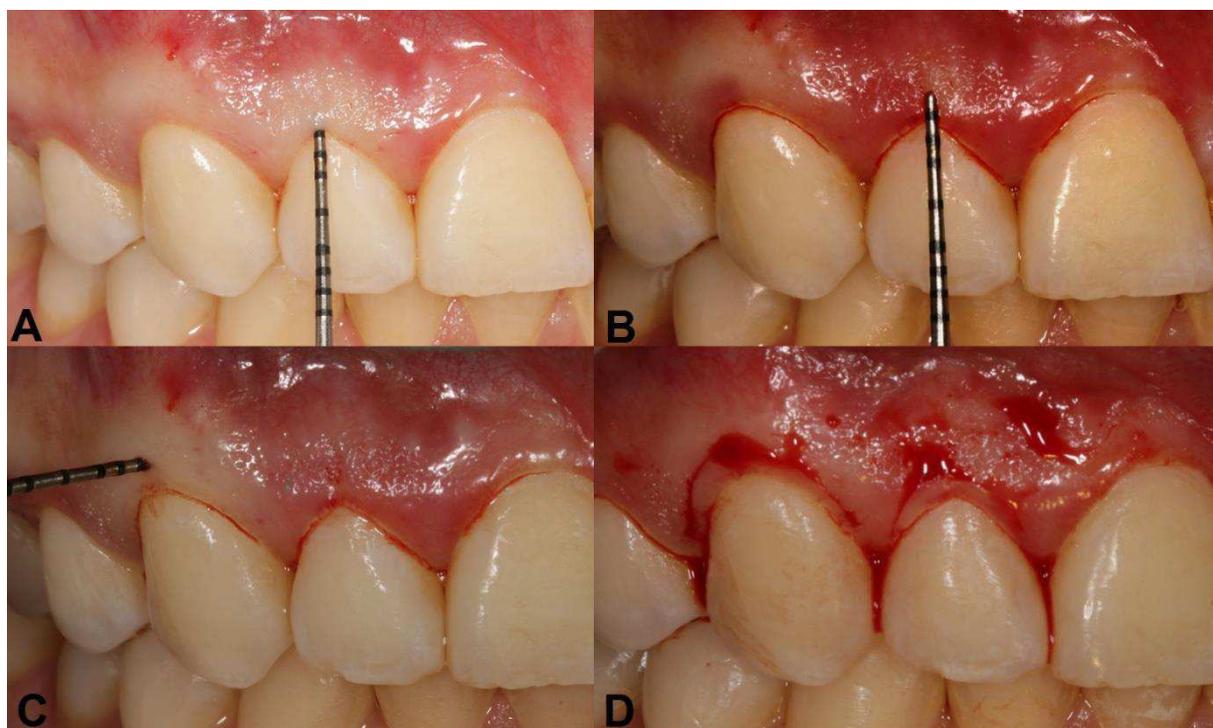


FIGURA 4 – Planejamento da gengivectomia nos elementos 12 e 13: profundidade de sondagem (A); marcação do zênite gengival cirúrgico (B); sondagem transgengival (C) e contorno da linha de incisão (D).

Para um contorno adequado, alinhou-se o zênite do canino para distal. As incisões para remoção do excesso gengival foram realizadas com uma lâmina de bisturi 15C (LAMEDID COMERCIAL E SERVIÇOS LTDA, BARUERI-SP, BRASIL) posicionada a 90° em relação ao tecido periodontal. Imediatamente após as incisões, o tecido gengival foi removido com auxílio de cureta periodontal de Gracey 5-6

(GOLGRAN, SÃO CAETANO DO SUL-SP, BRASIL). A margem gengival cirúrgica ficou posicionada ao nível a junção cimento-esmalte (Figura 5).



Figura 5 – Coroas clínicas e contorno gengival cirúrgico imediatamente após a gengivectomia.

Ao remover o tecido gengival incisado, uma sonda periodontal do tipo HWO OMS (GOLGRAN, SÃO CAETANO DO SUL-SP, BRASIL) foi utilizada para avaliar a distância da crista óssea alveolar (COA) à junção cimento esmalte (JCE), que foi 0 mm nos dois elementos, confirmando clinicamente a erupção passiva alterada (Figura 6).



Figura 6 – Avaliação da posição da COA em relação à JCE

Em seguida foi realizada osteotomia com Cinzel Mini-Ochsenbein N°2. Sua lamina ativa foi posicionada a uma angulação de aproximadamente 5° em relação ao longo eixo do dente (Figura 7).

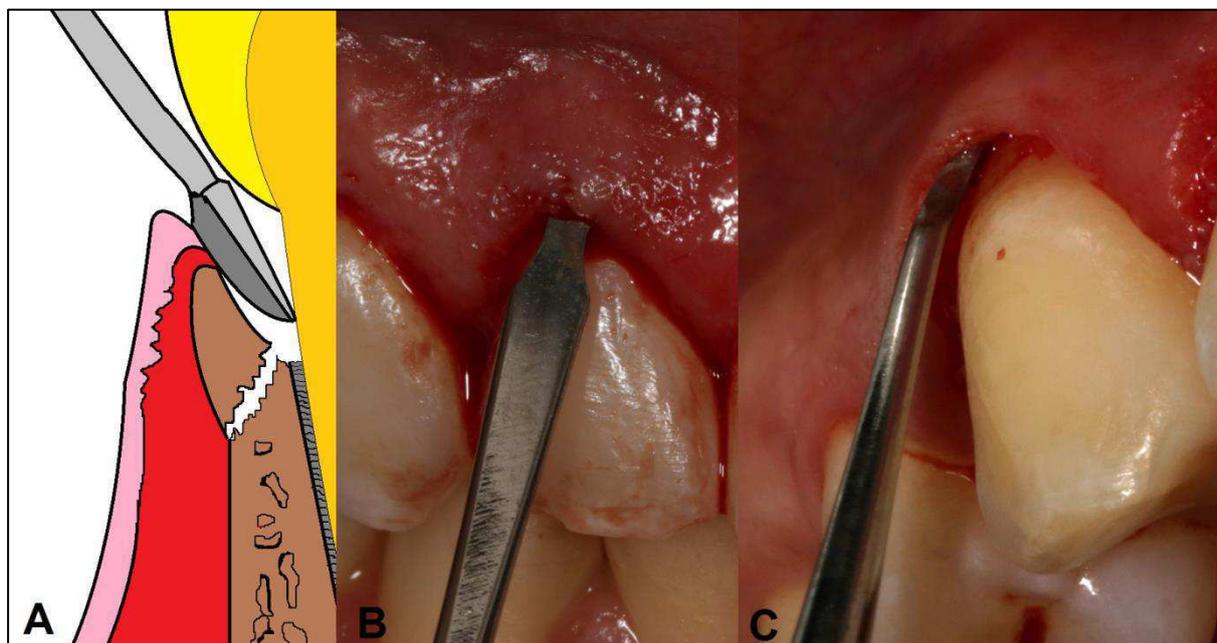


Figura 7 – Posicionamento do Cinzel Mini-Ochsenbein N°2. Em A, observa-se uma figura ilustrativa da posição do cinzel e da osteotomia (fonte do autor); em B, visão frontal e, em C, visão intrassucular.

Movimentos leves apicais e de rotação foram realizados no cinzel para remover a crista óssea alveolar, distanciando-a em 2mm a da margem gengival cirúrgica, aumentando as coroas clínicas dos elementos e restabelecendo as distâncias biológicas periodontais. Após esta etapa, realizou-se remoção dos fragmentos ósseos, raspagem e alisamento em 1 mm subgengival da superfície radicular e irrigação copiosa com soro fisiológico (Figura 8).

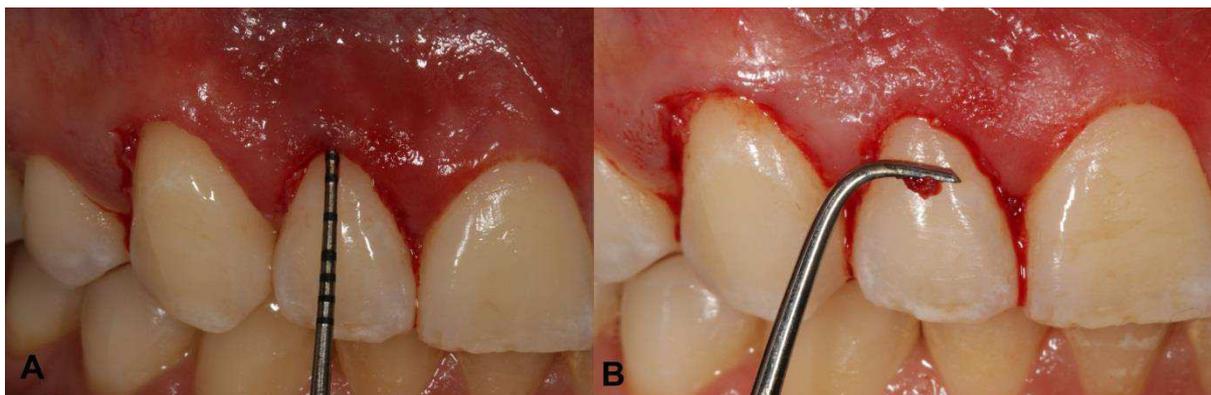


Figura 8 – Em A, avaliação da profundidade da osteotomia (2 mm) e, em B, remoção dos fragmentos ósseos e RAR em 1 mm subgengival.

Após a osteotomia e osteoplastia, foi realizada irrigação abundante com solução salina a 0,9 % (EUROFARMA LABORATÓRIOS LTDA, SÃO PAULO-SP, BRASIL) e não realizou sutura (Figura 9). Em seguida, a paciente foi orientada com relação às instruções de higiene oral e cuidados pós-operatórios. Foi prescrito Dipirona 500 mg de 6/6horas por 48 horas apenas em caso de dor.



Figura 9 – Pós-operatório imediato

No pós-operatório de 26 dias, a paciente apresentava um quadro de saúde periodontal, ausência de sangramento gengival, contornos gengivais simétricos, com

aspecto de casca de laranja (Figura 10). A paciente relatou satisfação com o resultado.



Figura 10 - Pós-operatório de 26 dias

No pós-operatório de 9 meses, observou-se que a paciente apresentou um sorriso mais agradável e harmônico (Figura 10) e a mesma relatou melhora de sua autoestima.



Figura 11 - Pós-operatório de 9 meses

Discussão

A estética periodontal ou estética vermelha tem sido muito discutida e valorizada em busca da harmonia do sorriso (Trevisani&Meuseu, 2014), fazendo com que um maior número de pacientes procure procedimentos estéticos, levando os cirurgiões-dentistas a melhorarem as técnicas utilizadas para esses fins (Bertholdo et al., 2015). A erupção passiva alterada é uma condição que interfere na

estética do sorriso, por originar coroas clínicas curtas e estar associada ao sorriso gengival (Bertolini et al., 2011; Carvalho et al., 2013; Braga et al., 2015; Faria et al., 2015) ou ao contorno inadequado (Pontes et al., 2016). Neste caso clínico, a paciente procurou o tratamento periodontal para corrigir alteração no contorno gengival que lhe causava desconforto ao sorrir, corroborando com os estudos citados acima.

Em situações de erupção passiva alterada, ou seja, existência de grande exposição de gengiva acompanhada de coroas clínicas curtas, há indicação precisa para a execução de aumento de coroa clínica: tratamento do sorriso gengival através de cirurgia periodontal (Trevisani&Meuseu, 2014). Assim como relatado por Faria et al. (2015), a paciente deste estudo foi diagnosticada com erupção passiva alterada nos elementos 12 e 13. Avaliaram-se a exposição dentária durante o repouso, a saúde do periodonto, a musculatura do lábio superior bem como sua dimensão e do tamanho das coroas clínicas de incisivo ao canino superior nos dois lados da arcada.

O tratamento de escolha para corrigir as alterações estéticas do sorriso, depende da gravidade do caso (Bertolini et al., 2011; Braga et al., 2015). A dificuldade de diagnóstico deste caso ocorreu devido ao fato da erupção passiva estar relacionada a dentes isolados. Por isso, realizou-se inicialmente gengivectomia/gengivoplastia para corrigir a alteração contorno gengival, porém as coroas clínicas dos elementos 12 e 23, que apresentavam erupção passiva alterada, não foram aumentadas como planejado. Assim, não foi possível corrigir o defeito estético por esta técnica, havendo a necessidade de se realizar osteotomia nestes elementos, para restabelecer o espaço adequado e para acomodar as estruturas periodontais quem fazem parte do espaço biológico (Fernandes et al., 2014).

O correto diagnóstico da causa e a adequada seleção da técnica cirúrgica para a correção do sorriso gengival são de fundamental importância para o sucesso do tratamento, sendo este previsível e satisfatório (Braga et al., 2015). Na correção de erupção passiva alterada relacionada à estética do sorriso, o periodontista pode optar por duas técnicas para restabelecer as distâncias biológicas e aumentar as coroas clínicas dos elementos: gengivectomia e osteotomia com cinzeis e brocas após deslocamento total do retalho mucogengival (Clozza et al., 2014; Alvarenga et al., 2018) ou gengivectomia e osteotomia sem deslocamento de retalho, também

denominada de minimamente traumática (Trevisani&Meuseu, 2014) ou minimamente invasiva (Pontes et al., 2016).

Em ambas as técnicas, as distâncias biológicas são estabelecidas distanciando a crista óssea alveolar em 3 mm da junção cimentoesmalte por meio de osteotomia (Clozza et al., 2014). No presente caso clínico, a osteotomia foi realizada em 2 mm pela técnica minimamente traumática, sem deslocamento de retalho, com o cinzel Mini-Ochsenbein N°2 que apresenta a lâmina ativa pequena e delicada, o que favoreceu ressecção óssea sem danos a mucosa. Nesta técnica é fundamental a utilização de microcinzeis, pois a remoção óssea é via sulco gengival (Fernandes et al., 2014). Esta técnica foi escolhida, pois se verificou, durante na sondagem, que a paciente apresentava uma espessura de tecido ósseo vestibular possível de ser removida via sulco, sem necessidade de retalho aberto. Para Pontes et al. (2016), quando se tratar de um caso de fenótipo ósseo espesso e/ou exostoses ósseas, será necessário utilizar a técnica convencional, com retalho aberto, para exposição do tecido ósseo e osteoplastia, com a remoção de osso não apenas no sentido coronário-apical, como também em espessura na região vestibular.

A escolha de uma determinada técnica para aumento de coroa clínica é dependente de inúmeros fatores, incluindo a quantidade de tecido gengival queratinizado e ósseo remanescente (Pontes et al., 2016). Neste caso, a incisão marginal e a remoção do “colar” gengival estavam indicadas, pois a paciente apresentava uma adequada faixa de tecido gengival queratinizado.

A técnica de gengivectomia com osteotomia sem deslocar retalho pode ser indicada em vários casos de correção da estética do sorriso (Trevisani&Meuseu, 2014). Apesar desta técnica não necessitar de sutura, o sangramento pós-operatório não foi significativo e a paciente relatou que em poucas horas foi cessado totalmente. Nas avaliações de controle, observaram-se uma boa recuperação do tecido periodontal, com o mínimo desconforto pós-operatório para o paciente e sem necessidade de consumo de analgésico para sintomas de dor. Estes resultados podem ser em virtude do procedimento não causar prejuízos ao suprimento sanguíneo da região operada; não danificar os tecidos moles, minimizando assim a morbidade trans e pós-operatória; não necessitar de elevação de retalho e de suturas (Lobo, 2011; Carvalho et al., 2013).

No resultado final do caso, observaram-se a correção do contorno gengival, harmonização dentogengival e melhora da auto estima da paciente, verificando que a técnica de osteotomia minimamente invasiva mostrou-se eficaz. Resultado semelhante ao encontrado por (Trevisani&Meuseu, 2014). Em geral, os resultados demonstraram que esta técnica minimamente invasiva proporciona sucesso em relação ao aumento das coroas clínicas dos elementos anteriores superiores, melhora na harmonia do sorriso, além de satisfação estética (Pontes et al., 2016). Corroborando com Alvarenga et al. (2018), a paciente deste estudo também relatou melhora na autoestima após a correção cirúrgica da estética vermelha do sorriso.

Conclusão

A técnica de gengivectomia e osteotomia minimamente invasiva pode ser uma excelente opção para tratar os casos de alterações estéticas em virtude da exposição gengival excessiva ao sorrir e o inadequado contorno da margem gengival, restabelecendo a harmonia do sorriso.

Referências

- 1- Souza PC .Garzon AC da M, Sampaio JEC. Estética Periodontal: Relato de um caso. RevBrasCir Periodontia 2003;1(4):262-267.
- 2- Bertholdo G, Silveira I, Caporossi L, Albino LGB. Estética integrada: Reestabelecendo a harmonia do sorriso. Prothes. Lab. Sci 2015;4(16):341-344.
- 3- Dutra MB, Ritter DE, Borgatto A, Derech CDA, Rocha R. Influência da exposição gengival na estética do sorriso. Dental Press J Orthod 2011; 16(5):111-8.

- 4- Sousa SJB, Magalhães D, Silva GR et al. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso gengival associado à restaurações em resina composta: Relato de caso clínico. Rev.OdontolBras Central 2010;19(51):362-366.
- 5- Seixas MR, Costa-Pinto RA, Araújo TM. Checklist dos aspectos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. Dental Press J Orthod 2011;16(2):131-157.
- 6- Pedron IG, Utime ER, Tancredi ARC, et al. Sorriso gengival: cirurgia ressectiva coadjuvante à estética dental. Odonto 2010;18(35):87-95.
- 7- Pires CV, De Sousa CGLG, Menezes SAF. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival – relato de caso. R. Periodontia 2010;20(1):48-53.
- 8- Trevisani RS, Von Meusel DRDZ. Aumento de coroa clínica em dentes anteriores - relato de caso clínico. J Oral Invest 2014;3(1):19-24.
- 9- Bertholdo G, Silveira I, Caporossi L, Albino LGB. Estética integrada: Reestabelecendo a harmonia do sorriso. Prothes. Lab. Sci 2015;4(16):341-344.
- 10-Bertolini PFR, Biondi Filho O, Kiyari VH, Saraceni CHC. Recuperação da estética do sorriso: cirurgia plástica periodontal e reabilitação protética. Ver Ciênc Méd 2011;20(5):137-143.
- 11-Carvalho P A, Alfaya T A, Costa R C, Bussadori S K; Vieira É O; Gouvêa C V D. Correção de erupção passiva alterada por meio de cirurgia plástica periodontal. PerioNews 2013;7(5):505-9.
- 12-Braga MS, et al. Cirurgia plástica para correção de erupção passiva alterada. Braz J Periodontol. Belo Horizonte 2015; 24(4):64-68.

- 13-Faria GJ, Barra SG, Vieira TR, Oliveira PAD. A importância do planejamento multidisciplinar para correção do sorriso gengival: Relato de caso. Rev. Fac. Odontol. Lins 2015;25(1):61-65.
- 14-Pontes A, Duarte P M, Oliveira A C G, Coelho E F, Esteves F M, Mello G B R et al. Aumento de Coroa Clínica Estético Minimamente Invasivo: Relato de Caso de 12 Meses. Revista Saúde 2016;10(3):55-64.
- 15-Fernandes TV, Chaves EAL, Souza-Júnior EJ. Integração periodontia/dentística na restauração estética anterior. Fulldent. Sci 2014;6(21):7-15.
- 16-Clozza E, Suzuki T, Mohajer KA. Tratamento de erupção passiva alterada para melhorar a estética do sorriso. Dicas 2014;3(1):36-41.
- 17-Alvarengua DV, Santana CLV, Oliveira FRDTS, Rodrigues RQF, Ribeiro RA, Souza JNL. Interrelação na periodontia/dentística na correção de sorriso gengival: relato de caso clínico. Braz J Periodontol 2018;28(2):7-13.
- 18-Lobo M. Aumento de coroa anterior estético minimamente traumático: caso clínico selecionado. Brasil Dentistry Clínica 2011:()19-26.

ANEXO A: NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS –REVISTA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PERIODONTOLOGIA

NORMAS PARA PREPARAÇÃO DE ARTIGOS

Os artigos para a publicação na REVISTA PERIODONTIA da SOBRAPE deverão ser inéditos e redigidos em português, inglês ou espanhol. Artigos originais de pesquisa terão prioridade para apreciação, mas artigos de revisão e relatos de casos ou técnicas, de interesse na Periodontia, também poderão ser incluídos. A REVISTA PERIODONTIA reserva todos os direitos autorais do trabalho publicado. As informações contidas nos originais e publicadas na revista são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente, a opinião do Corpo Editorial da revista ou a posição da SOBRAPE.

ENVIO DO MATERIAL

Os seguintes arquivos deverão ser enviados exclusivamente por e-mail (revistasobrape@unitau.br) no momento da submissão do artigo a Revista Periodontia.

- Artigo (Seguir o item “Apresentação do material”)
- Declaração de conflito de interesses (Disponível no site – Formulários)
- Lista de conferência pré-submissão (Disponível no site – Formulários)

APRESENTAÇÃO DO MATERIAL

Os artigos deverão ser digitados em Word para Windows, com fonte Arial, tamanho 12, justificado, em folhas de papel A4 numeradas consecutivamente. Deve ser usado espaço duplo com margem de 2,5 centímetros de todos os lados. As

laudas deverão ter em média 1.600 toques (26 linhas de toques), perfazendo no máximo 20 páginas (excluindo gráficos, figuras e tabelas).

SELEÇÃO DE ARTIGOS

A seleção dos artigos enviados à REVISTA PERIODONTIA será realizada pelo Conselho Editorial, que dispõe de autoridade para decidir sobre sua aceitação. No processo de revisão e aprovação, que será realizado em pares, serão avaliados: originalidade, relevância metodologia e adequação às normas de publicação

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Estudos que envolvam seres humanos deverão estar de acordo com a RESOLUÇÃO 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e terem sido aprovados pela Comissão de Ética da Unidade /Instituição em que foram realizados. As mesmas considerações são feitas para estudos em animais. O número de aprovação do comitê deverá estar presente no artigo.

ESTRUTURA DO ARTIGO

O trabalho deverá ser numerado (canto inferior direito) e dividido conforme os itens abaixo:

Primeira página (página 1):

– Página de título (Português e Inglês ou Espanhol e Inglês): deverá conter o título do artigo em negrito, o nome dos autores numerados de acordo com a filiação (instituição de origem, cidade, país), a principal titulação dos autores de forma resumida (sem nota de rodapé) e endereço do autor correspondente (**contendo o endereço eletrônico – e-mail**). As demais páginas devem ser na forma de texto contínuo.

Exemplo:

Associação do PDGF e IGF na Regeneração Periodontal – Revisão de Literatura

Fernando Hayashi¹, Fernando Peixoto¹, Chistiane Watanabe Yorioka¹,
Francisco Emílio Pustiglioni²

¹Mestrandos em Periodontia da FOU SP

2Professor titular de Periodontia da FOU SP

Segunda página (página 2):

- **Resumo:** deve fornecer uma visão concisa e objetiva do trabalho, incluindo objetivos, material e métodos, resultados e as conclusões. Deve conter no máximo 250 palavras (incluindo pontos, vírgulas etc).
- **Palavras-chave:** são palavras ou expressões que identificam o conteúdo do texto. Para sua escolha, deverá ser consultada a lista “Descritores em Ciências de Saúde – DECS”, da BIREME. Número de palavras-chave: máximo 6.

Terceira página (página 3):

- **Abstract e Keywords:** cópia precisa e adequada do resumo e palavras-chave em Inglês. Deverá ser consultada a lista “Medical subjectheadings”. Disponível em www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html. Número de Keywords: máximo 6.

Quarta e demais páginas (página 4 e demais):

- **Introdução:** é o sumário dos objetivos do estudo, de forma concisa, citando as referências mais pertinentes. Também deve apresentar as hipóteses em estudo e a justificativa do trabalho.
- **Material e Métodos:** devem ser apresentados com suficientes detalhes que permitam confirmação das observações encontradas, indicando os testes estatísticos utilizados, quando existirem.
- **Resultados:** as informações importantes do trabalho devem ser enfatizadas e apresentadas em sequência lógica no texto, nas figuras e tabelas, citando os testes estatísticos. As tabelas e figuras devem ser numeradas (algarismo arábico) e citadas durante a descrição do texto. Cada tabela deve conter sua respectiva legenda, citada acima, em espaço duplo, em página separada, no final do artigo depois das referências. As figuras também devem estar

localizadas em páginas separadas, no final do texto, porém, as legendas devem estar localizadas a baixo.

– **Discussão**: os resultados devem ser comparados com outros trabalhos descritos na literatura, onde também podem ser feitas as considerações finais do trabalho.

– **Conclusão**: deve responder objetivamente aos questionamentos propostos.

– **Agradecimentos (quando houver)**: apoio financeiro de agências governamentais, assistências técnicas, laboratórios, empresas e colegas participantes.

–**Referências Bibliográficas**:Essa seção será elaborada de acordo com as Normas Vancouver (disponíveis em: www.icmje.org), devendo ser numeradas seqüencialmente conforme aparição no texto. E, as abreviações das revistas devem estar em conformidade com o Index Medicus/ MEDLINE.

Todos os autores da obra devem ser mencionados.

Exemplos – Normas Vancouver:

Artigo de Revista:

1. Lima RC, Escobar M, Wanderley Neto J, Torres LD, Elias DO, Mendonça JT et al. Revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea: resultados imediatos. RevBrasCirCardiovasc 1993; 8: 171-176.

Instituição como Autor:

1. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 116:41-42.

Sem indicação de autoria:

1. Cancer in South Africa. [editorial]. S AfMed J 1994; 84-85.

Capítulo de Livro:

1. Mylek WY. Endothelium and its properties. In: Clark BL Jr, editor. New frontiers in surgery. New York: McGraw-Hill; 1998. p.55-64.

Livro:

1. Nunes EJ, Gomes SC. Cirurgia das cardiopatias congênitas. 2a ed. São Paulo: Sarvier; 1961. p.701.

Tese:

1. Brasil LA. Uso da metilprednisolona como inibidor da resposta inflamatória sistêmica induzida pela circulação extracorpórea [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1999. 122p.

Eventos:

1. Silva JH. Preparo intestinal transoperatório. In: 45° Congresso Brasileiro de Atualização em Coloproctologia; 1995; São Paulo. Anais. São Paulo: Sociedade Brasileira de Coloproctologia; 1995. p.27-9.
2. Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research; 1984 Sep 6-10. Proceedings. Toronto: AMA; 1984;25:293-4.

Material eletrônico:

Artigo de revista:

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Livros:

1. Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996. [cited 1999 May 27]. Disponível em : URL: <http://www.sinuses.com>

Capítulo de livro:

1. Tichenor WS. Persistent sinusitis after surgery. In: Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996. [cited 1999 May 27]. Disponível em: URL: <http://www.sinuses.com/postsurg.htm>

Tese:

1. Lourenço LG. Relação entre a contagem de microdensidadevasal tumoral e o prognóstico do adenocarcinoma gástrico operado [tese online]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999. [citado 1999 Jun 10]. Disponível em: URL:<http://www.epm.br/cirurgia/gastro/laercio>

Eventos:

1. Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online].; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. [citado 1999 Jan 17]. Disponível em: <http://www.abrasco.com.br/epirio98>

Informações adicionais podem ser obtidas no seguinte endereço eletrônico:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Citações no texto: Ao longo do texto, deve ser empregado o sistema autor-data. Segundo as normas Vancouver, apenas a primeira letra do sobrenome do autor é grafada em maiúscula, sendo o ano da publicação apresentado entre parênteses. Trabalhos com até dois autores, tem ambos os sobrenomes mencionados no texto, separados por “&”. Trabalhos com três ou mais autores, terão ao longo do texto mencionado apenas o primeiro seguido da expressão “et al”.

Se um determinado conceito for suportado por vários estudos, para a citação desses, deverá ser empregada a ordem cronológica das publicações. Nesse caso, o ano de publicação é separado do autor por vírgula (“,”) e as diferentes publicações separadas entre si por ponto e vírgula (“;”).

Figuras e Tabelas

As tabelas e figuras deverão ser apresentadas em folhas separadas após a secção: Referências Bibliográficas (uma tabela/figura por folha com a sua respectiva legenda).

Figuras em formato digital (arquivo JPG ou TIFF): Resolução de 300 DPIs.

As imagens serão publicadas em preto e branco. Caso haja interesse dos autores há possibilidade de impressão colorida das imagens, havendo custo adicional de responsabilidade dos autores.

APENDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL – CSTR
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS – UACB
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento, para a realização dos exames necessários ao diagnóstico das lesões bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, JOANA DARC SILVA DE MEDEIROS, abaixo assinado, autorizo a retenção e utilização de radiografias, fotografias, resultados de exames e outras informações desta ficha clínica como material didático ou de publicação científica. Declaro estar ciente que, em caso de acidente perfuro-cortante, me submeterei ao teste rápido para HIV e colaborarei com o que for necessário dentro das normas estabelecidas por esta instituição de ensino.

Patos, 03 de JULHO de 2017

Joana Darc Silva de Medeiros, RG: 3163302
Assinatura do paciente ou responsável CPF: 028.501.864-47