

## TRATAMENTO ESTÉTICO PERIODONTAL: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE ALGUNS TIPOS DE CIRURGIA.

### *PERIODONTAL AESTHETIC TREATMENT: A LITERATURE REVIEW ABOUT SOME TYPES OF SURGERY.*

Andréa Abi Rached Dantas\*  
 Eloá Rafele Cardoso da Silva\*\*  
 Jaqueline Sayuri Sako\*\*\*

#### RESUMO

Atualmente, a estética periodontal tem sido bastante valorizada para harmonia do sorriso. O aumento de coroa clínica, por excesso gengival ou erupção passiva alterada, é efetivamente corrigido por meio de cirurgias periodontais. A proposta do presente trabalho é mostrar, por meio de uma revisão de literatura, alguns tipos de cirurgias sobre aumento de coroa clínica e recobrimento radicular. Aumento de coroa clínica é realizado para mudar a dimensão dos dentes anteriores e otimizar o resultado estético do tratamento com novas restaurações coronárias e outros cuidados estéticos dentais. Em geral, o plano de tratamento e a escolha da técnica a ser empregada iniciam-se com cuidadoso exame clínico. As recessões teciduais podem ser definidas como um deslocamento da margem gengival em direção à junção mucogengival expondo a superfície radicular. Estas, quando presentes, têm repercussão no conforto do paciente por proporcionar a ocorrência de hipersensibilidade dentinária cervical e, no comprometimento estético, pela alteração do contorno gengival. O sucesso do tratamento das recessões baseia-se no conhecimento de sua etiologia e na avaliação de previsibilidade das técnicas cirúrgicas que visam o recobrimento radicular. Por meio da revisão de literatura realizada, pode-se concluir que os tipos de cirurgia mais utilizados são: 1) para aumento de coroa clínica: gengivectomia, gengivoplastia e cirurgia a retalho com osteotomia; e 2) para recobrimento radicular: a técnica vai depender da quantidade de gengiva queratinizada e, principalmente, da classificação de Miller.

**Descritores:** Aumento da coroa clínica • Gengivectomia • Retração gengival • Estética dentária

#### ABSTRACT

Currently, periodontal aesthetics has been prized for harmony of the smile. The clinical crown lengthening, gingival excess or altered passive eruption, is effectively corrected by periodontal surgery. The purpose of this paper is to show, through a literature review, some types of surgery on clinical crown lengthening and root coverage. Clinical crown lengthening is done to Change the size of the anterior teeth and to optimize the cosmetic result of treatment with new coronal restoration and other cosmetic dental care. In general, the treatment plan and the choice of operative technique begin with careful clinical examination. Recessions tissue can be defined as a displacement of the gingival margin toward the junction mucogingival exposing the root surface. These, when present, impacting on patient comfort by providing the occurrence of cervical dentin hypersensitivity, and the esthetic, the amendment of the gum line. Successful treatment of recessions is based on knowledge of its etiology and assessment of predictability of surgical techniques that aim to root coverage. Through literature review, we can conclude that the types of surgery most often used are: 1) to increase the clinical crown, gingivectomy, flap surgery and gingivoplasty osteotomy, and 2) for root coverage, the use will depend on the amount of gum keratinized and especially the classification of Miller.

**Descriptors:** Crown lengthening • Gingivectom • Gingival recession • Esthetics, dental

\* Professora Assistente Doutora na disciplina de Dentística da Faculdade de Odontologia de Araraquara - Unesp, e-mail: aarached@yahoo.com.br

\*\* Cirurgiã Dentista graduada pelo Centro Universitário de Araraquara - Uniara, e-mail: eloarafaele@hotmail.com

\*\*\* Cirurgiã Dentista graduada pelo Centro Universitário de Araraquara - Uniara, e-mail: jaquelines.odonto@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Em relação à periodontia dos últimos anos, maior atenção tem sido dada para manutenção não apenas da saúde, mas também da harmonia e simetria do contorno, arquitetura e coloração dos tecidos gengivais. Entre os problemas estéticos gengivais mais comuns estão as recessões, ausências de papilas interdentais, contorno gengival irregular e assimétrico e excessos gengivais sobre as superfícies dentais, que ocasionam a aparência de coroa clínicas curtas (Morais *et al.*<sup>1</sup>, 2010).

Nesse sentido, a cirurgia para aumento de coroa clínica para criar simetria das margens gengivais é uma das ferramentas da periodontia na busca pela estética que é cada vez mais utilizada, sendo que o seu correto planejamento e execução traz ótimos resultados estéticos e funcionais. (Pimentel *et al.*<sup>2</sup>, 2010)

O sorriso considerado padrão deve mostrar o comprimento total dos dentes anteriores superiores, expondo até os pré-molares (Rosetti *et al.*<sup>3</sup>, 2006).

Durante a determinação da altura adequada da margem gengival deve-se levar em consideração: (1) a altura média dos dentes (incisivos centrais e caninos de 11 a 13mm e incisivos laterais de 9 a 11mm), com proporção comprimento / largura de 10:8, e (2) a coincidência da linha gengival (zênite) com o vermelho do lábio, sendo que as margens gengivais dos incisivos centrais e caninos superiores devem tocar a borda do lábio superior (Cavijo *et al.*<sup>4</sup>, 2008).

Gengivectomia, geralmente, está indicada para redução da parede do tecido mole de uma bolsa periodontal supraóssea, quando há quantidade suficiente de gengiva inserida. Essa técnica está bem indicada para remoção de hiperplasias gengivais, aumento de coroa clínica ou para correção de sequelas gengivais nos casos de gengivite ulcerativa necrosante. As técnicas de gengivectomia e de gengivoplastia, em alguns casos, são utilizadas em associação para remoção do excesso de tecido e remodelação gengival (Rosetti *et al.*<sup>3</sup>, 2006).

As recessões teciduais podem ser definidas como um deslocamento da margem

gengival em direção à junção mucogengival, expondo a superfície radicular, e representam uma condição comum na periodontia. Podem ocorrer em áreas isoladas ou múltiplas na cavidade bucal, com diferentes graus de extensão (Fontanari *et al.*<sup>5</sup>, 2009).

O principal objetivo do tratamento cirúrgico de recessão gengival é recobrir a raiz exposta e, conseqüentemente, melhorar a aparência estética. Entretanto, existem outros objetivos como parar a progressão da recessão, aumentar a largura da gengiva inserida e reduzir ou eliminar a sensibilidade dentinária. Muitas técnicas têm sido propostas, como a do enxerto gengival livre, retalho posicionado lateral, retalho posicionado coronal e enxerto de papila dupla (Bon *et al.*<sup>6</sup>, 2005).

A presença de recessões na população é relativamente frequente. Mesmo em estudos mais antigos, essa preocupação já era evidente e presente em, aproximadamente, 70% da população (Greggi<sup>7</sup>, 1997).

Múltiplos são os fatores que podem estar envolvidos no aparecimento das recessões, sendo algumas vezes de fácil diagnóstico, mas em muitas situações o processo se instala pela somatória de agressores locais de pouca intensidade, portanto sem uma ação clara, assim dificultando sua identificação (Greggi<sup>7</sup>, 1997).

Esses fatores têm sido relatados na literatura como fatores predisponentes e fatores precipitantes tais como: processo inflamatório, ação de freios ou bridas, trauma oclusal, quantidade e/ou qualidade insuficiente de mucosa queratinizada, escovação imprópria, tábuas ósseas finas ou ausentes, posição do dente na arcada etc (Greggi<sup>7</sup>, 1997), sendo que a solução desses problemas é demonstrada exaustivamente na literatura por meio das técnicas cirúrgicas plásticas periodontais (Guimarães<sup>8</sup>, 2007).

Clinicamente, as recessões gengivais podem ser divididas em 4 classes, denominadas Classificação de Miller: Classe I – A recessão não atinge a linha mucogengival e não apresenta perda de tecido interdentário; Classe II – A recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, sem

DANTAS AAR  
SILVA ERC  
SAKO JS

TRATAMENTO  
ESTÉTICO  
PERIODONTAL:  
REVISÃO DE  
LITERATURA  
SOBRE ALGUNS  
TIPOS DE  
CIRURGIA.



perda de tecido interdentário; Classe III – Há perda de tecido ósseo interdentário e o tecido gengival proximal está apical à junção cimento-esmalte e coronário à recessão; e Classe IV – Há perda de tecido interdentário e o tecido gengival proximal está ao nível de base da recessão (Fontanari *et al.*<sup>5</sup>, 2009).

O sucesso do tratamento das recessões baseia-se no conhecimento de sua etiologia e na avaliação de previsibilidade das técnicas cirúrgicas que visam o recobrimento radicular (Fontanari *et al.*<sup>5</sup>, 2009).

Diante do que foi relatado, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre aumento de coroa clínica e recobrimento radicular em dentes anteriores, em relação a alguns tipos de cirurgias que podem ser empregadas para tratamento dessas situações, com finalidades estéticas.

#### REVISÃO DE LITERATURA

##### Aumento de coroa

Milián Isea *et al.*<sup>9</sup> (2007) realizaram trabalho com a proposta de descrever um aumento coronário e remodelamento ósseo como tratamento estético periodontal. Paciente jovem, 18 anos de idade, sexo feminino, teve como queixa principal “querer melhorar o seu sorriso”. Em sua anamnese, relatou que, aproximadamente há 2 anos, recebe tratamento ortodôntico e que, desde os cinco anos, apresenta crescimento gengival e dentes com coroas clínicas pequenas. Em exames radiográficos, não se constataram lesões aparentes. Diante disso, os autores determinaram, como plano de tratamento, a instrução de higiene bucal, com educação e motivação sobre escovação dentária, uso de fio dental, enxaguatório bucal, profilaxia, seguida de gengivectomia e osteoplastia. Após 15 dias, a paciente foi informada de que a cirurgia obteve resultados favoráveis e os tecidos já se encontravam em etapa de cicatrização. Concluiu-se que a modificação cirúrgica da relação dentogengival se consegue mediante a denominada cirurgia de aumento coronário da coroa clínica com finalidade estética, baseada, principalmente, em gengivectomia e remodelação óssea.

Rosetti *et al.*<sup>3</sup>, em 2006, descreveram a técnica de gengivectomia associada à gengivoplastia, indicadas quando há assimetria da proporção do tamanho do elemento dental em relação à gengiva, por meio de dois casos clínicos. Caso 1: Paciente do sexo masculino, 19 anos, leucoderma, compareceu ao consultório odontológico, com queixa principal de que não gostava de seus dentes, por achá-los “curtos”. Durante o exame clínico periodontal, foi observado que as profundidades de sondagem variavam entre 3 a 4mm na região dos dentes 13 ao 23, com características de hiperplasia gengival e com ausência de perda óssea. O procedimento cirúrgico foi realizado com demarcação do tecido gengival que se encontrava em excesso para auxiliar a gengivectomia e, depois, procedeu-se à plástica gengival. Caso 2: Paciente de 25 anos, sexo masculino, leucoderma, compareceu ao consultório odontológico com queixa principal de insatisfação em relação ao seu sorriso, por apresentar “um dente menor que outro”. Foram realizados os mesmos procedimentos descritos no caso anterior para realização da cirurgia estética nos dentes 11 e 12. Nos casos apresentados, foi devolvida aos pacientes harmonização da assimetria do sorriso dentogengival, promovendo-lhes uma vida mais saudável e com melhor bem-estar.

Cavijo *et al.*<sup>4</sup>, em 2008, descreveram a transformação estética de um sorriso gengival, por meio da associação interdisciplinar entre as especialidades de periodontia e prótese dental. Paciente do gênero masculino, 36 anos, apresentou-se à clínica insatisfeito com a estética do seu sorriso. Suas queixas principais estavam relacionadas ao sorriso gengival, presença de diastema e alteração da coloração dos elementos dentais. Foi planejada gengivectomia, para correção do contorno gengival e confecção de coroa cerâmica livre de metal nos dentes 11, 21 e 22. Previamente à cirurgia para aumento de coroa foi realizada sondagem da junção cimento-esmalte e sondagem óssea dos elementos dentais. Decorridos 3 meses de pós-operatório, com os novos provisórios e por meio do condicionamento das papilas, conseguiu-se o fechamento do espaço



interdental, criando-se, assim, um excelente contorno gengival e papilar. Com um correto planejamento clínico e laboratorial foi possível o estabelecimento de uma harmonização do sorriso do paciente com contorno gengival, fechamento dos diastemas e correção dos contornos e coloração dentais.

Em 2010, Martins *et al.*<sup>10</sup> realizaram trabalho com o objetivo de relatar um caso clínico de retalho posicionado apicalmente com osteotomia para correção estética do sorriso. Paciente T.M.M., gênero masculino, leucoderma, 21 anos, compareceu à Clínica de Pós-Graduação em Periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, com queixa principal de apresentar dentes curtos. Ao exame clínico intrabucal, notou-se inflamação gengival e profundidade de sondagem que alcançava 5mm em determinada região, como a mesial do elemento 12. Observou-se a presença de excesso de material restaurador na margem gengival livre dos incisivos centrais superiores. Radiograficamente, constatou-se ausência de perda óssea alveolar e aspecto de normalidade das restaurações interproximais. O paciente, inicialmente, foi submetido a procedimentos de raspagem e alisamento radicular. Em seguida, realizou-se a técnica cirúrgica de retalho posicionado apicalmente com osteotomia, visando aumentar a coroa clínica aparente dos incisivos superiores. Segundo os autores, o caso clínico apresentado possibilitou demonstrar a importância da escolha da técnica cirúrgica adequada, a qual contribuiu para resolução estética e funcional, devolvendo a autoestima para o paciente.

Pedron *et al.*<sup>11</sup> (2010) relataram o caso de uma paciente que apresentou relação desarmônica entre o sorriso gengival e a discrepância do comprimento curto das coroas clínicas dos dentes ântero-superiores. Paciente leucoderma, gênero feminino, 37 anos de idade, compareceu à clínica particular para avaliação odontológica. A condição bucal encontrava-se satisfatória, com adequada higiene bucal e saúde periodontal. Realizou-se sondagem periodontal, verificando-se, particularmente na região anterior, a presença de sulcos profundos (maiores que 3mm). Foi sugerida

à paciente a cirurgia ressectiva gengival (gengivectomia), com finalidade estética, para aumento de coroa clínica. Os autores sugeriram que a gengivectomia é um procedimento efetivo coadjuvante na adequação gengival, visando não apenas o resultado estético satisfatório, como também a manutenção salutar do periodonto.

Martos *et al.*<sup>12</sup> (2010) tiveram como proposta num trabalho descrever um tratamento cirúrgico periodontal associado ao clareamento dentário na arcada dentária superior. Paciente do sexo feminino, leucoderma, 18 anos de idade, procurou atendimento clínico para resolução estética nos dentes anteriores devido a uma pigmentação dental decorrente do crescimento de sua gengiva marginal. Ao exame clínico intraoral, observou-se uma gengiva hiperplasiada e esteticamente insatisfatória, se estendendo coronalmente na cervical dos dentes, na região do 13 ao 23. A paciente estava com a saúde periodontal plenamente satisfatória, apresentando ausência de placa visível e uma gengiva marginal isenta de sangramento à sondagem. Após a identificação diagnóstica, sendo evidenciada a extensão coronal da hiperplasia gengival e também o grau de coloração dentária, à qual a paciente denotava insatisfação, o planejamento clínico do caso envolveu a reconstituição do contorno gengival por meio da gengivectomia, possibilitando, dessa forma, a posterior reabilitação cromática de todos os elementos dentários envolvidos. O pós-operatório de sete dias mostrou aspecto clínico favorável evidenciado pela ausência de sangramento à sondagem periodontal. Dada a adequada cicatrização dos tecidos gengivais, a paciente foi orientada em relação ao início do tratamento estético com a realização de clareamento dos dentes envolvidos.

Morais *et al.*<sup>1</sup>, em 2010, apresentaram caso clínico que descreve protocolo multidisciplinar para a reabilitação de dentes anteriores por meio de cirurgia plástica periodontal, em que foi realizada gengivoplastia para remoção de excessos e melhora do contorno gengival e restaurações cerâmicas adesivas. Paciente V.M. compareceu à Clínica de Estudos Avançados em Odontologia da Universidade de Gua-



DANTAS AAR  
SILVA ERC  
SAKO JS

TRATAMENTO  
ESTÉTICO  
PERIODONTAL:  
REVISÃO DE  
LITERATURA SOBRE  
ALGUNS TIPOS DE  
CIRURGIA.

•• 230 ••

rulhos, queixando-se da forma e cor dos dentes ântero-superiores durante o sorriso. Em relação aos aspectos periodontais, notou-se inflamação dos tecidos gengivais e durante a sondagem foi observado excesso de tecido em relação à junção cimento-esmalte de, aproximadamente, 2-3 mm, especialmente nos incisivos centrais. Além disso, esses dentes apresentavam contornos insatisfatórios e discrepância nos tamanhos das coroas. O primeiro passo foi a realização de raspagem supra e subgengivais, bem como a instrução de higiene bucal. Instalada a saúde gengival, foi realizada a gengivoplastia aumentando a altura dos incisivos centrais e corrigindo a assimetria e harmonia do contorno gengival e tornou-se necessária a realização de osteoplastia. Após duas semanas, foi observado um aumento das coroas clínicas dos incisivos e harmonia do contorno gengival. Após noventa dias, iniciou-se a fase restauradora com a confecção de coroas totais em cerâmica nos dentes 21 e 22 e facetas laminadas nos dentes 12 e 11. Na finalização desse caso, pôde-se concluir que um diagnóstico bem estabelecido associado a uma abordagem multidisciplinar são procedimentos fundamentais para obtenção de resultados estéticos previsíveis em áreas comprometidas esteticamente e que a adequada manutenção por parte do paciente por meio de um adequado controle de placa é de extrema importância para o sucesso a longo prazo.

#### Recobrimento radicular

Casati *et al.*<sup>13</sup> (2001) realizaram um estudo com o objetivo de demonstrar, por meio de uma série de casos clínicos, o uso da técnica do posicionamento coronário do retalho semilunar em recessões gengivais associadas à hipersensibilidade dental. No estudo, todos os pacientes que receberam as cirurgias de recobrimento radicular mantinham bom controle de placa bacteriana e ausência de inflamação gengival e não apresentavam contraindicação que impossibilitasse o procedimento cirúrgico. Receberam, também, orientação de escovação previamente à realização da cirurgia, no intuito de eliminar hábitos traumáticos devidos ao uso da escova dental. Foram tratadas 20 recessões gengivais com uma extensão média

pré-cirúrgica de 2,15mm. Os autores obtiveram uma média de recobrimento radicular de 98,8%, com recobrimento total em 95% dos casos. Diante dos excelentes resultados clínicos obtidos com essa técnica no tratamento de recessões gengivais, da facilidade técnica na execução desse procedimento e do mínimo desconforto pós-operatório, acreditam que o retalho semilunar posicionado coronariamente pode ser considerado uma das técnicas de escolha para tratamento de recessões gengivais rasas, na presença de tecido gengival queratinizado.

Ricaldi *et al.*<sup>14</sup> (2003) relataram um caso clínico de cirurgia plástica periodontal por meio da técnica de enxerto conjuntivo subepitelial para correção de defeito de rebordo alveolar. Paciente E.E.A., de 49 anos, chileno, foi encaminhado para atendimento no ambulatório de Pós-Graduação em Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil para tratamento de defeito de rebordo alveolar na região dos dentes 11 e 12. O paciente consentiu em realizar enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Previamente aos procedimentos cirúrgicos, recebeu controle de placa supra e subgengivais e orientação de higiene oral. A área de remoção desse tipo de enxerto esteve situada entre a última rugosidade palatina e a área do canal palatino posterior. Um mês após a remoção da sutura, o paciente foi novamente avaliado e orientado quanto à necessidade de nova intervenção cirúrgica, em vista da limitação do enxerto para o tamanho e extensão do defeito apresentado. Segundo os autores, para que se obtenha sucesso, tanto o profissional quanto o paciente devem estar conscientes da eficiência, previsibilidade, controle e da possibilidade de ter que haver mais de um procedimento cirúrgico para um resultado estético mais satisfatório.

Segundo e Alves<sup>15</sup> (2006) realizaram um trabalho com o objetivo de utilizar o emprego do enxerto gengival epitélio-conjuntivo sem condicionamento ácido no recobrimento radicular. Paciente T.A.A.F, sexo feminino, 12 anos de idade, branca, apresentou-se na Clínica do Curso de Especialização em Periodontia da FUNSAP. O exame clínico intrabucal revelou uma



recessão gengival nos elementos 31 e 41, com muito depósito de cálculo, diastema entre esses dentes, mobilidade grau I, profundidade de sondagem de 2mm e perda de inserção clínica de 7mm. Também foram encontrados mais segmentos com presença de gengivite associada à placa, além de mordida aberta anterior. O exame radiográfico não mostrou perda óssea interdentária. Realizou-se terapia periodontal, com raspagem supra e sub-gengival e orientação sobre técnica de escovação e controle de placa. Os autores concluíram em seu estudo que o enxerto gengival epitélio-conjuntivo, além de aumentar o tecido queratinizado, conseguiu o recobrimento radicular.

Zanicotti *et al.*<sup>16</sup> (2009) descreveram o uso de retalho posicionado coronalmente associado a enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, para o recobrimento de recessões gengivais Classe I de Miller. Paciente com 22 anos de idade, saudável, compareceu à Clínica de Periodontia da Faculdade de Odontologia da Dental School of Positivo University relatando problemas com a estética. Durante o exame clínico, foi observada a presença de recessões gengivais múltiplas e adjacentes dos dentes 11 ao 24. A escolha do tratamento para recobrimento radicular foi o retalho posicionado coronalmente e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Após 11 semanas, a maioria das recessões apresentou bom resultado, com 100% de recobrimento e ganho de tecido queratinizado. Os autores mostraram que a técnica utilizada pode ser um procedimento seguro e previsível para o tratamento de recessões múltiplas para casos considerados Classe I de Miller, além de a paciente ter-se mostrado muito satisfeita com o resultado estético final.

Ribeira *et al.*<sup>17</sup> (2010) apresentaram um trabalho com o objetivo de relatar um caso de recobrimento de recessões gengivais múltiplas para obtenção da estética, promovendo mínima mobilidade e desconforto ao paciente. Paciente do gênero feminino, 37 anos, não fumante e sem alterações sistêmicas, procurou a Clínica de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, queixando-se de hipersensibilidade den-

tinária e comprometimento estético devido à alteração do contorno gengival de alguns dentes. Clinicamente, foram observadas múltiplas recessões gengivais entre os dentes 14 e 24 e, também, que o freio labial superior apresentava-se inserido muito próximo à margem gengival dos incisivos centrais. Foi realizada terapia periodontal inicial e raspagem gengival. Após dois meses foi feita a cirurgia para recobrimento das recessões entre os dentes 14 e 24 por meio do retalho posicionado. Segundo os autores, a técnica utilizada nesse caso tem a vantagem de promover mínimo desconforto e reduzida morbidade, pelo fato de todas as recessões serem tratadas concomitantemente em um único procedimento cirúrgico e sem enxertos provenientes de outras regiões, evitando-se incisões relaxantes verticais, otimizando-se, portanto, a estética.

#### DISCUSSÃO

Durante a execução deste trabalho, foram encontradas, por meio de revisão de literatura, algumas técnicas para aumento de coroa clínica e recobrimento radicular.

Segundo Cavijo *et al.*<sup>5</sup> (2008) e Pimentel *et al.*<sup>2</sup> (2010) a cirurgia para aumento de coroa clínica é uma das ferramentas da Periodontia para se atingir a excelência estética, graças à busca pelo equilíbrio entre formas e simetrias de dentes, lábios, gengiva, linha do sorriso, arquitetura gengival, tamanho da coroa clínica, forma e posição, que se harmonizem com a face.

Morais *et al.*<sup>1</sup> (2010) mostraram, por meio de um procedimento, que a cirurgia de aumento de coroa não tem apenas o objetivo de promover distâncias biológicas coerentes, como também o de promover contornos e tamanhos de dentes mais harmônicos.

Milián Isea *et al.*<sup>9</sup> (2005), Cavijo *et al.*<sup>4</sup> (2008), Moraes *et al.*<sup>1</sup> (2010) e Pedron *et al.*<sup>11</sup> (2010) descrevem estudos clássicos sobre as dimensões do espaço biológico. Estes sugerem que uma distância de 3 a 5mm da crista óssea alveolar à margem da coroa deve ser mantida para acomodar o complexo gengival supraósseo e, assim, expor o tamanho de coroa desejada após aumento de coroa clínica.





Pedron *et al.*<sup>11</sup> (2010) relatam, também, que a forma, o tamanho e a localização dos lábios são fatores de grande importância para se determinar o tamanho e o posicionamento dos dentes anteriores, pois o contorno labial deve ser utilizado como guia para obtenção de uma aparência natural e agradável.

De acordo com Gusmão *et al.*<sup>18</sup> (2006) e Stefani *et al.*<sup>19</sup> (2008), o sorriso é considerado moderado quando não há exposição gengival ou quando há uma exposição de até 3mm de tecido gengival (sorriso gengival).

Martos *et al.*<sup>12</sup> (2010) relatam que a cirurgia de aumento de coroa clínica por remoção de tecido gengival hiperplásico, por meio de gengivectomia, é uma método cirúrgico altamente resolutivo, que permite uma reabilitação quase que imediata ao paciente.

Já para alguns autores como Rosetti *et al.*<sup>3</sup> (2006) e Pedron *et al.*<sup>11</sup> (2010), a gengivectomia é conceituada e indicada para reduzir a parede do tecido mole de bolsas gengivais quando se tem quantidade suficiente da gengiva inserida. Essa técnica também seria indicada para aumento de coroa clínica ou para correção de sequelas gengivais nos casos de gengivite ulcerativa necrosante e erupção passiva alterada.

Entretanto, para Pedron *et al.*<sup>11</sup> (2010), há contraindicações para a realização de gengivectomia, destacando-se a presença de processo inflamatório, controle insatisfatório de biofilme dental, proporção coroa-raiz desfavorável, risco de exposição de furcas em dentes multirradiculares, possibilidade de deslocamento apical da crista óssea alveolar ou da faixa de gengiva inserida.

Rosetti *et al.*<sup>3</sup> (2006) e Pedron *et al.*<sup>11</sup> (2010) mostraram que a gengivoplastia é uma cirurgia indicada para a remodelação do tecido gengival, criando um melhor contorno tecidual e diminuindo a espessura de gengiva inserida, remodelando as papilas interdentais, para estabelecer forma anatômica adequada, visando à estética.

A recessão gengival é caracterizada pelo deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-

-esmalte (Fontanari *et al.*<sup>5</sup>, 2009, RIBEIRA *et al.*<sup>17</sup>, 2010).

Casati *et al.*<sup>13</sup> (2001) e Fontanari *et al.*<sup>5</sup> (2009) relatam que as recessões gengivais têm repercussão no conforto do paciente por estarem relacionadas com o comprometimento estético e a ocorrência de hipersensibilidade dentinária, provocada por diversos fatores como: escovação traumática, doença periodontal, inserção anormal de freios e bridas.

Segundo Fontanari *et al.*<sup>5</sup> (2009), as recessões gengivais são classificadas, segundo Miller, em 4 classes: Classe I – A recessão não atinge a linha mucogengival e não apresenta perda de tecido interdentário; Classe II – A recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, sem perda de tecido interdentário; Classe III – Há perda de tecido ósseo interdentário e o tecido gengival proximal está apical à junção cimento-esmalte e coronário à recessão; e Classe IV – Há perda de tecido interdentário e o tecido gengival proximal está ao nível de base da recessão.

Para essa patologia existem diversas técnicas cirúrgicas para a cobertura das raízes desnudas, como os enxertos de tecido conjuntivo subepitelial, técnica de retalho posicionado coronariamente, técnica de reconstrução de papila e deslize lateral de retalho. (Fontanari *et al.*<sup>5</sup>, 2009, Greggi<sup>7</sup>, 1997).

Segundo Ricaldi *et al.*<sup>14</sup> (2003) e Fontanari *et al.*<sup>5</sup> (2009), o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é a técnica de eleição, por possibilitar melhores resultados estéticos e mínimo desconforto pós-operatório.

Ricaldi *et al.*<sup>14</sup> (2003) observaram, por meio de caso clínico, uma desvantagem do enxerto subepitelial, quando na colocação de um tecido em quantidade equivalente ou menor, que pode acarretar reabsorção devido à contração que o mesmo sofre desde o ato cirúrgico até a incorporação funcional ao leito receptor. Da mesma forma, o trabalho de Casati *et al.*<sup>13</sup> (2001) demonstra que essa técnica possui algumas contraindicações, como necessidade de duas áreas cirúrgicas e desconforto pós-operatório.

Casati *et al.*<sup>13</sup> (2001) e Ribeira *et al.*<sup>17</sup> (2010) relataram a técnica do retalho po-

sicionado coronariamente, com altos índices de previsibilidade de cobertura radicular, estabilidade de resultados a longo prazo, mínimo desconforto e a reduzida morbidade, devido à ausência de enxertos provenientes de outras regiões, além das vantagens em relação à excelente combinação de cor, textura e contorno, simplicidade da técnica, pouca dor e desconforto pós-operatório.

Gregghi<sup>7</sup> (1997) salienta a importância do conhecimento dos eventos biológicos para que se possa ter as perspectivas de um possível tratamento cirúrgico e, uma vez indicado, saber eleger a técnica mais adequada, observando-se alguns fatores importantes como: quantidade e qualidade da mucosa queratinizada, a área da recessão, posição do dente na arcada e qualidade de superfície radicular.

Dessa forma, diante da revisão realizada, deve-se sempre buscar resultados confortáveis e esteticamente favoráveis ao paciente, por meio das técnicas cirúrgicas

mais comuns e descritas amplamente na literatura, melhorando o aspecto bucal e diminuindo a hipersensibilidade quando houver.

### CONCLUSÃO

De acordo com a revisão de literatura realizada, pode-se concluir que as alternativas cirúrgicas comumente utilizadas em dentes anteriores são:

para aumento de coroa clínica: Gengivectomia, Gengivoplastia e Cirurgia a retalho com osteotomia;

para recobrimento radicular: enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, técnica de retalho semilunar posicionado coronariamente, técnica de reconstrução de papila e deslize lateral de retalho. O uso dessas técnicas vai depender da quantidade de gengiva queratinizada e, principalmente, da classificação de Miller, pois o nível do tecido ósseo vai influenciar na nutrição do enxerto.

### REFERÊNCIAS

1. Morais A, Esteves CM, Dias RO, Rodrigues JA, Reis AF, Duarte PM. Cirurgia plástica periodontal para otimização de resultados estéticos na região anterior *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2010 mar.-abr,64(2):104-11.
2. Pimentel SP, Girlanda FF, Villalpando KT, Cirano FR, Dib LL, Casati MZ. Abordagem integrada para tratamento de lesão pigmentada e coroas clínicas curtas *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2010 mar.-abr,64(2):134-8.
3. Rosetti EP, Sampaio LM,, Zuza EP. Correção de assimetria dentogengival com finalidade estética: relato de caso *RGO (Porto Alegre)* 2006 out.-dez,54(4):384-7.
4. Cavijo VGR, Pelegrine AA, Costa CES, Henriques PSG, Júnior Oliveira OB, Andrade, MF. Correção da estética gengival e dentária: interação entre Periodontia e Prótese *Rev dental press estét* 2008 jul.-set,5(3):29-44.
5. Fontanari L, Rodrigues M, Scremin E, Kitano M, Sampaio J, Trevisan JrW. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial: uma alternativa em cirurgia plástica periodontal. *Rev PerioNews* 2009 3(2):131-5.
6. Bom C, Molina G,, Franken J, Rech M, Gaidzinski P. Emprego de matriz dérmica acelular para recobrimento radicular. *RGO (Porto Alegre)* 2005 53(2):85-164.
7. Gregghi S. Recobrimento radicular: fatores biológicos envolvidos no sucesso da recomposição estética e funcional: relato de caso. *POPE* 1997 1(3):123-32.





8. Guuimarães GM. Recobrimento radicular: apresentação de técnica *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2007 jan.-fev,61(1):74-6.
9. Millán Isea RE, Salinas Millán YJ, MaestreLP, Paz Gudiño M. Alargamiento coronario y remodelado óseo como tratamiento estético periodontal: reporte de un caso clínico *Acta odontol venez* 2007 45(1):93-5.
10. Martins T, Fernandes L, Mestreiner S, Saito C, Nobrega F, Bosco A. Apically positioned flap: reestablishment of esthetics and integrity of the dentogingival unit. *Perspect Oral Sci* 2010 2(1):43-7.
11. Pedron IG, Utumi ER, Tancredi ARC, Perrella A, Perez FEG. Sorriso gengival: cirurgia ressectiva coadjuvante à estética dental *Odonto (São Bernardo do Campo)* 2010 jan.-jun,18(35):87-95.
12. Martos J, Cruz L, Silveira L. Cirurgia periodontal estética associado ao clareamento dentário empregando o sistema Twist Pen: relato de caso. *FULL Dent Scienc* 2010 1(2):129-34.
13. Casati MZ, Nociti Jr FH, Sallum EA, Nogueira Filho GR, Sallum AW. Tratamento de retrações gengivais pela técnica de retalho semilunar posicionado coronariamente *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2001 maio-jun,55(3):169-72.
14. Ricaldi A, Troger B, Chapper A, Chiapinotto G. Enxerto conjuntivo subepitelial para correção de defeito de rebordo alveolar: relato de caso. *Stomatos* 2003 9(17):21-8.
15. Segundo T, Alves R. Emprego do enxerto gengival epitélio-conjuntivo no recobrimento radicular. *RGO (Porto Alegre)* 2006 54(1):81-3.
16. Zanicotti D, Deliberador T, Zielak J, Giovanini A, Urban C. Coronally advanced flap and subepithelial connective tissue graft in the treatment of multiple recession: type defects. *Perspect Oral Sci* 2009 1(1):35-8.
17. Ribeira FV, Sallum EA, Nociti Jr FH, Casati MZ, Sallum AW. Tratamento de recessões múltiplas em região com alta demanda estética *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2010 JAN.-FEV,64(1):22-7.
18. Gusmão E, Coelho R, Cedr, I, Santos R. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso. *Odont Cin-Cientif* 2006 5(4):345-8.
19. Stefani A, Siqueira JrS, Chan D, Giannini M. Restaurações Estéticas de resina composta com intervenção cirúrgica periodontal. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2008 62(4):268-73.

Recebido em: 08/11/2011

Aceito em: 09/04/2012

