

Larissa Carla Rodrigues

Artifícios técnicos odontológicos para um sorriso
harmônico

Araçatuba-SP

2013

Larissa Carla Rodrigues

Artifícios técnicos odontológicos para um sorriso harmônico

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Prof. Dr. Sandra Rahal Mestreiner

Araçatuba-SP

2013

Dedicatória

A DEUS por ser presente em minha vida e em todos os momentos aos quais sou abençoada com seu amor, aos meus pais que diante de todos os esforços da vida nunca deixaram desistir do meu sonho, e hoje, na conclusão de mais uma etapa das nossas vidas, a minha irmã que com o amor no qual exerce sua profissão inspirou-me a encontrar a carreira que não apenas tivesse retorno financeiro mas também a satisfação em ajudar o próximo, aos meus professores que me ensinaram que nunca nosso conhecimento já está bem profundo, estamos enganado pois o conhecimento é algo que está sempre se renovando. Obrigada a todos!

Agradecimentos

A Prof. Dr. Sandra Rahal Mestreiner, pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação.

À Universidade Estadual Paulista, pela oportunidade de realização do curso de Odontologia.

Epígrafe

“Não é um lábio ou um olho o que chamamos de beleza, / Mas a força global e o resultado final de todas as partes.” **Alexander Pope**

Resumo

A busca pelo sucesso estético associado à prática clínica de procedimentos que visam aperfeiçoar a cosmética dentária tem sido um tema de interesse na odontologia. Este trabalho (artigo) tem como objetivo apresentar o caso clínico de um paciente do sexo feminino, 31 anos, que apresentava sorriso gengival, alterações de simetria, proporção dentária e diastemas na região anterior. A opção clínica eleita foi a reanatomização cosmética associada à cirurgia plástica periodontal, com a técnica de retalho posicionado apicalmente. Onde se observou a importância do planejamento clínico integrado envolvendo a Periodontia e a Dentística Restauradora.

Palavras-chave: Estética. Sorriso gengival. Cirurgia plástica periodontal. Reanatomização cosmética.

Abstract

Technical devices for dental harmonious smile

The search for aesthetic success associated with the clinical practice of procedures aimed at improving the cosmetic dentistry has been a topic of interest in dentistry. This work (article) aims to present the clinical case of a female patient, 31, who had gummy smile, changes in symmetry, proportion and tooth spacing in the anterior region. The option chosen was the clinical reanatomização cosmetic periodontal plastic surgery associated with the apically positioned flap technique. Where noted the importance of planning involving the integrated clinical Periodontics and Restorative Dentistry.

Keywords: Aesthetics. Gummy smile. Periodontal plastic surgery. Reanatomização cosmetic.

Lista de Figuras

Figura 1 linha mediana	14
Figura 2 ameia incisal	16
Figura 3 inclinações axiais	18
Figura 4 proporção luminosidade	19
Figura 5 proporção áurea	20
Figura 6 espaços negativos	22
Figura 7 diastema dental	23
Figura 8 linha do sorriso	24
Figura 9 linha do sorriso convexa	25
Figura 10 linha sorriso reversa	26
Figura 11 excesso crescimento maxilar vertical grau I	29
Figura 12 excesso crescimento maxilar vertical grau II	29
Figura 13 excesso crescimento maxilar vertical grau III	29
Figura 14 crescimento gengival induzido por medicamento	30
Figura 15 lábio superior curto	31
Figura 16 sorriso gengival em paciente portadora lábio curto	31
Figura 17 lábio superior hiperativo	32
Figura 18 correção sorriso gengival com uso toxina botulínica	32
Figura 19 foto inicial da paciente	40
Figura 20 exame clínico	40
Figura 21 modelo com enceramento diagnóstico	41
Figura 22 profundidade de sondagem	41
Figura 23 demarcação bolsa	42
Figura 24 bisel interno	42
Figura 25 recontorno gengival	43

Figura 26 descolamento do periósteeo	43
Figura 27 dissecção em espessura parcial do retalho	44
Figura 28 retalho em espessura total e parcial	44
Figura 29 osteotomia e osteoplástica com instrumento rotatório	45
Figura 30 osteotomia com instrumento manual	45
Figura 31 sutura do retalho	46
Figura 32 fixação do retalho ao periósteeo	46
Figura 33 finalização da sutura do retalho	47
Figura 34 proteção ferida cirúrgica	47
Figura 35 ensaio restaurador	48
Figura 36 guia orientação desgaste	49
Figura 37 profilaxia pedra pomes	49
Figura 38 condicionamento ácido	50
Figura 39 esmalte com aspecto giz	50
Figura 40 resina composta com guia de silicone	51
Figura 41 resina composta relativa ao esmalte vestibular	51
Figura 42 remoção excessos	52
Figura 43 finalização forma dental	52
Figura 44 polimento com tiras de lixas Soft-Lex	52
Figura 45 tratamento concluído aspecto sorriso da paciente	53
Figura 46 Aspecto sorriso da paciente após 6 meses	53

Sumário

1. Introdução	11
2. Cirurgia plástica periodontal	13
3. Linha mediana	14
4. Ameia incisal	16
5. Conectores	17
6. Inclinações axiais	18
7. Progressão luminosidade	19
8. Proporção áurea	20
9. Linha entre comissuras e posicionamento lábio inferior	21
10. Espaços negativos	22
11. Diastemas dentais	23
12. Sorriso	24
13. Linha do sorriso	24
14. Exposição gengival excessiva- sorriso gengival	27
15. Excesso maxilar anterior	29
16. Terapia medicamentosa predispõe crescimento gengival	30
17. Lábios superiores curtos ou hiperativos	31
18. Erupção passiva alterada	33
19. Gengivectomia	35
20. Retalho posicionamento apical	37
21. Caso clínico	40
22. Conclusão	54
23. Referência bibliográfica	55

Introdução

O crescente interesse de pacientes que procuram tratamentos odontológicos por motivos estéticos retrata a necessidade que a estética tem gerado no convívio social, mesmo sendo considerada subjetiva por muitos, está diretamente associada aos conceitos de determinada sociedade. O sorriso é considerado estético quando apresenta relação harmônica entre anatomia e as cores dos elementos dentários, boa proporção entre lábio e mucosa gengival, e assim considerando quando o indivíduo apresenta linha do sorriso desviada pode apresentar entre diversos fatores, aspecto psicológico modificado, dificuldade nas relações pessoais, timidez excessiva e envelhecimento SOUSA ¹.

É evidente a expectativa do paciente em solucionar sua estética, reforçando que essa modificação deve sempre ser adotada de acordo com sua vontade, e sempre procurar seguir os desejos e anseios, sendo de responsabilidade do Cirurgião Dentista lançar mãos de conhecimentos clínico e científico e padrões estéticos para cada paciente proporcionando o sorriso mais harmônico possível.

A Odontologia tem procurado suprir essas necessidades buscando novos materiais e técnicas, como alternativas para o tratamento odontológico com objetivo estético. Na Periodontia, técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas para este tipo de terapia, pois um sorriso agradável é uma composição importante na construção do aspecto geral do indivíduo. O equilíbrio da relação dentogengival tem grande importância na constituição de um sorriso estético e pode estar relacionado com a extensão do tecido gengival MESTRENER².

A estética do sorriso depende da harmonia de diversos fatores, dentre eles destacam-se contorno facial, cor, textura e forma dos dentes, além da arquitetura e coloração do tecido gengival aparente. Também a linha média, a linha bipupilar e a intercomissural devem ser avaliadas e, ainda, o tipo do lábio do paciente e a relação dos incisivos centrais superiores com o lábio inferior.

ZANETTI G. R. et al¹⁴ a íntima relação entre Periodontia e a Dentística não se restringe à necessidade de saúde periodontal para a instalação do trabalho definitivo, estende-se à avaliação estética do caso. Deste modo, observa-se a exposição gengival durante o sorriso, o contorno, o fenótipo do tecido, a posição zênite gengival e a presença da papila interdentária.

Quanto à posição das margens gengivais os incisivos centrais e caninos devem estar na mesma altura e acima da margem do incisivo lateral. Estudos relataram que 68% dos elementos estudados possuíam algum tipo de assimetria maior ou igual a 1mm, entre o dente e seu colateral ou entre o canino superior e o central ipsilateral PEDRON I. G. et al³.

De acordo com BORGHETTI A.¹⁷, Spear, Kokich e Mathews afirmam ainda que, para determinar as alturas gengivais ideais, é necessário estabelecer uma correta relação entre

largura e comprimento dos dentes superiores anteriores, determinando também a quantidade desejada de exposição gengival e estabelecendo a simetria entre os hemi-arcos superiores.

Em casos que envolvem áreas estéticas, nos quais o nível gengival encontra-se assimétrico ou com desenho indesejado, o profissional deve tomar algumas decisões para corrigi-lo. Entretanto, antes é necessário identificar a causa desta assimetria e estabelecer a altura gengival desejada.

A correção dos níveis gengivais pode ser conseguida com cirurgias periodontais de gengivectomia ou gengivoplastia, ou com cirurgias ósseas ressectivas, como aumento de coroa clínica. Pode-se, ainda, corrigir o nível gengival por meios ortodônticos, extruindo os elementos envolvidos. São fatores determinantes para a escolha do método de correção a ser utilizado: a profundidade do sulco, a localização da junção amelocementaria em relação ao nível ósseo, a relação coroa-raiz dos elementos envolvidos, a forma da raiz e, ainda, a estrutura coronária remanescente, além da exposição gengival durante o sorriso.

A associação de cirurgia plástica periodontal em tratamentos restauradores estéticos constitui uma alternativa de grande valor na busca de um sorriso harmônico.

Cirurgia Plástica Periodontal

“Procedimentos cirúrgicos realizados para prevenir ou corrigir defeitos de gengiva, mucosa alveolar, ou osso causados por fatores anatômicos, de desenvolvimento, traumáticos ou induzidos por doença” (Condução do World Workshop in Periodontics, 1996).

BORGHETTI A.¹⁷ As diversas técnicas cirúrgicas periodontais com finalidade estética, em especial, o retalho com posicionamento apical e osteotomia é um procedimento cirúrgico de remodelamento plástico da mucosa gengival, restabelecendo uma forma anatômica e contorno fisiológico adequados, tem sido uma opção às possibilidades estéticas, para os casos de excesso do tecido gengival em que não há presença de doença periodontal. Muitas vezes, a opção desta técnica requer associação de técnicas cirúrgicas periodontais sendo uma técnica com aplicação restrita. Este procedimento tem indicação para eliminação de bolsas supra ósseas ou falsas bolsas, crateras interproximais gengivais, aumento de coroa clínica, eliminação de margens espessas e remoção de crescimento gengival causado por processos inflamatórios, hormonais, congênitos ou induzidos por medicamentos (Ramfjord, Ash, 1982; Townsend, 1993).

MORAIS A. et al.¹⁴, os profissionais especializados em Periodontia apresentam maior previsibilidade dos tratamentos que envolvem cirurgia plástica periodontal por meio do grande corpo de evidência clínica e científica. Diversas evidências na literatura podem ajudar a identificar com boa precisão em quais situações clínicas as cirurgias plásticas periodontais podem alcançar bons resultados. De modo geral, as cirurgias de aumento de coroa possuem boa previsibilidade, pois se executa a remoção de tecido e os pacientes candidatos a esse tratamento apresentam periodonto espesso ou intermediário, favorecendo a execução das técnicas. Assim as cirurgias plásticas periodontais estão cada vez mais previsíveis, desde que o planejamento esteja bem realizado e as referências anatômicas (junção esmalte-cimento e crista óssea) sejam identificadas e respeitadas.

Quanto às limitações das técnicas é importante enfatizar que existem diversas limitações para as cirurgias plásticas periodontais. Nos procedimentos de ressecção, como o aumento estético de coroa, geralmente os fatores anatômicos são limitadores como altura da crista óssea alveolar e biotipo periodontal com gengiva e osso extremamente finos limita o manuseio dos tecidos e favorecem acidentes transcirúrgicos, limitações relacionadas ao paciente como higiene oral, escovação traumática e tabagismo e fatores relacionados à técnica cirúrgica como a espessura do retalho, quantidade de tecido removido, necessidade ou não de osteotomia.

A análise das relações faciais com os dentes tem como objetivo identificar e analisar essas relações e proporções entre os dentes anteriores e os pontos de referências dos tecidos adjacentes, auxiliando no plano de tratamento e expectativas do paciente.

Linha mediana

RUFENACHT, C. R.¹⁶ O ponto de partida para a análise do sorriso durante o plano de tratamento é a linha mediana, alguns profissionais utilizam os incisivos centrais superiores como base estética e em seguida direcionam-se lateralmente em direção aos incisivos laterais, caninos, pré-molares e molares e assim a importância da localização da linha mediana permanece em dúvida.

O uso prático para a determinação da linha mediana refere-se a três pontos anatômicos. O primeiro é ponto násio que se localiza entre as sobrancelhas, o segundo é a base do ponto nasolabial, no centro do lábio superior e o terceiro ponto é o mento. Por estes três pontos determina-se a linha mediana com sua direção.

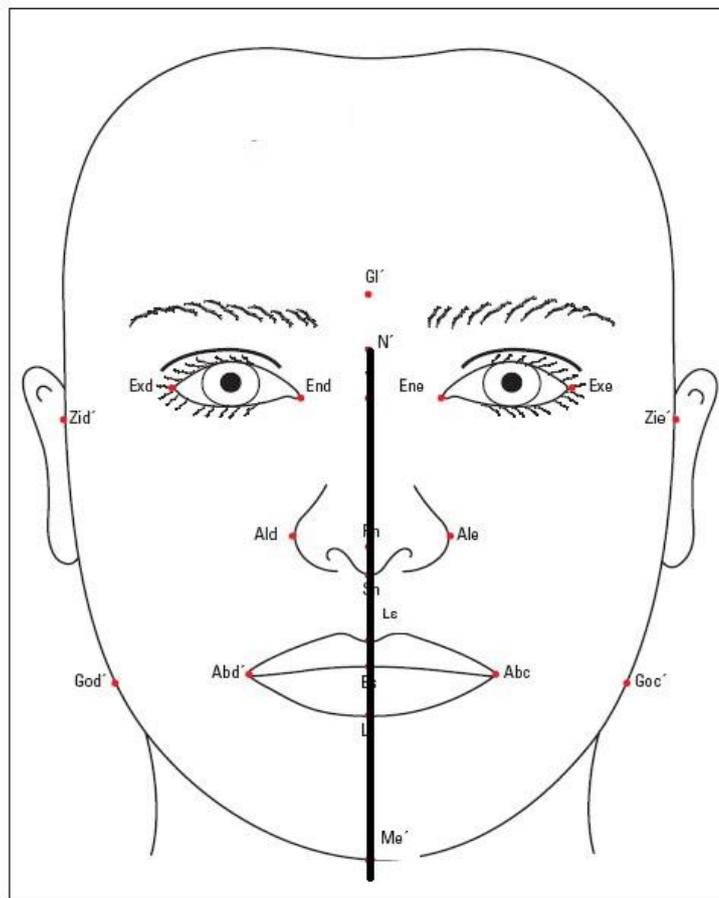


FIGURA 1 - Pontos fotométricos.

LEGENDA: **Gl'** - glabella; **N'** - Násio; **V** - ponto V; **Exd** - exocanto direito; **Exe** - exocanto esquerdo; **Pn** - ponta do nariz; **Sn** - subnasal; **F** - filtro inferior*; **Ls** - lábio superior; **Abd** - âng. da boca dir.; **Abe** - âng. da boca esq.; **Es** - estômio; **End** - endocanto direito; **Li** - lábio inferior; **Zid'** - zigio direito; **Zie'** - zigio esquerdo; **God'** - gônio direito; **Ald** - alar direito; **Goe'** - gônio esquerdo; **Me'** - mentoniano; **Ene** - endocanto esquerdo; **Ale** - alar esquerdo; **F** - (filtro) coincidente com o ponto Ls (lábio superior).

*F - (filtro) coincidente com o ponto Ls (lábio superior).

Figura 1 Linha mediana

Geralmente a linha dental mediana, entre os incisivos superiores coincide com a linha mediana em casos que isto não ocorre o desvio deve estar paralelo.

Os contornos dentais são classificados de quadrado, oval, afilado e misto estando de acordo com as leis de harmonia (Williams, 1914) que propôs uma relação entre o contorno

da face e dos incisivos superiores. Buscando assim características dentárias individuais em cada paciente, pois o conceito de beleza é singular em cada indivíduo.

Ameia incisal

São espaços triangulares que se localizam abaixo da área de contato no sentido cervicoincisal, conhecida como sulco interdental. Os formatos produzidos pelas ameias incisais entre os dentes anteriores superiores disfarça o fundo escuro da boca e assim proporciona sorriso harmonioso, favorecendo a estética. Os espaços triangulares presente entre as margens dos dentes seguem um padrão que começa entre os incisivos centrais e desloca lateralmente.

À medida que se desloca da linha mediana o tamanho e o volume da ameia incisal entre os dentes aumenta, assim a ameia incisal entre os incisivos central e lateral é maior que a ameia entre os incisivos centrais e assim por diante. É necessário recuperar a ameia incisal quando o tratamento restaurador aborda facetas, coroas totais, restaurações Classe IV extensas que envolva a região cervical, respeitando sempre o detalhe que a ameia incisal é crescente.



Figura 2 Ameia Incisal

Conectores

É a área que os dentes anteriores superiores da mesma arcada estão em contato proximal, esta área é denominada de conectora, pois há diferença entre conector e ponto de contato. Os pontos de contatos são áreas menores geralmente medindo 2 mm e podem ser evidenciados passando tira de carbono entre os dentes. A área do conector é maior, mais larga e pode ser determinada como a região entre dois dentes adjacentes parecem se tocar.

Existe uma regra que define a zona conectora ideal entre os incisivos centrais superiores de 50% o comprimento destes dentes, a zona conectora ideal entre os incisivos central e lateral superiores de 40% o comprimento do incisivo central e a zona conectora perfeita entre o incisivo lateral e canino de 30% do comprimento do incisivo central.

Inclinações axiais

A combinação da inclinação dentária é única em cada sorriso. O longo eixo dos dentes anteriores em um sorriso harmonioso segue uma progressão à medida que se desloca da linha mediana. A inclinação é mediana quando o longo eixo do dente se inclina para linha mediana ao avaliar a distância da margem gengival à incisal. Entretanto se o longo eixo do dente estiver se distanciando da linha mediana a inclinação axial é lateral ou vestibular. Dentes anteriores que apresentam inclinação mediana o resultado estético é mais harmonioso com o enquadramento do lábio inferior. A inclinação axial aumenta a medida que se desloca da linha mediana, assim o incisivo central apresenta discreta menor inclinação, o incisivo lateral um pouco mais e o canino mais ainda.

A inclinação axial mesial é sempre desejada no sorriso harmonioso, proporcionando equilíbrio entre os lábios e as funções que os dentes exercem. Indivíduos que não apresentam inclinação mesial e sim para distal proporcionam posicionamento desagradável. Quando o cirurgião dentista não está atento nesta característica, não consegue identificar o que está errado no paciente. A inclinação correta deve ser recuperada para obter resultados de naturalidade na estética do sorriso harmonioso.



Figura 3 inclinações axiais

Progressão da luminosidade

Os dentes anteriores superiores possuem padrões progressivos de cores conforme se distanciam da linha mediana.

A luminosidade de um dente é determinada pela quantidade de branco que ele possui quanto mais branco for o dente maior será a luminosidade. Os dentes que apresentam maior luminosidade e mais claros são os incisivos centrais, os incisivos laterais têm cor semelhante à dos incisivos centrais, mas com características próprias a ele e menor luminosidade, os caninos possuem maior croma e menor luminosidade que qualquer outro dente anterior. Os pré-molares são mais claros e luminosos que os caninos com características próximas aos incisivos laterais.

Quando é respeitada a progressão de luminosidade, o tratamento restaurador estético possui resultado semelhante à estética natural.

A luminosidade pode sofrer alterações por consequência de tratamento endodôntico, trauma dentário, restaurações antigas e idade do paciente.



Figura 4 Progressão luminosidade

Proporção áurea

O princípio estético da beleza também utiliza recursos matemáticos para estabelecer seu conceito, definido como proporção áurea, o número áureo 0,618 que está presente em muitos detalhes da face e do corpo humano, é uma proporção de beleza e harmonia que teve origem na Grécia por filósofos e artistas da época em obras de artes. É uma ferramenta que auxilia a identificar o que é esteticamente incorreto no segmento anterior.

O conceito de beleza com os valores numéricos tem a filosofia de que a beleza sempre é fundamentalmente exata. Pitágoras descobriu a relação na harmonia entre duas partes: a relação entre o menor e o maior é igual à soma do todo em relação ao maior, definindo o número áureo.

A proporção áurea produz qualidade de informação durante a avaliação estética, é identificada ao observar um sorriso harmonioso ao ponto de caracterizar harmonia entre os dentes anteriores, entre as ameias incisais, entre os espaços negros (corredor bucal) produzidos ao sorrir.

Os dentes não apresentam proporção áurea com medida real, mas sim virtual, sendo a medida da área espelhada dos incisivos centrais, laterais e caninos superiores, região que reflete a luz diretamente. Ocorre quando o dente tende a inclinar-se para as proximais, impedindo o reflexo direto da luz e sim para os lados, não sensibilizando os olhos do observados em visão frontal.

O número facilitado para identificar a proporção áurea de cada dente é 60%, sendo uma medida aproximada e não rígida para identificar a área espelhada dos dentes anteriores, por exemplo, se o incisivo central superior tiver área espelhada de 10 mm de largura, multiplica-se este número por 60 e divide por 100, o valor será de 6 mm, que deve ser a medida da área espelhada no incisivo lateral, 60% do incisivo central. O valor da área espelhada do incisivo lateral de 6 mm e calculando 60% o resultado de 3,6 mm será a área espelhada do canino. Isto explicada porque a estética considera a aparência e não a medida real.

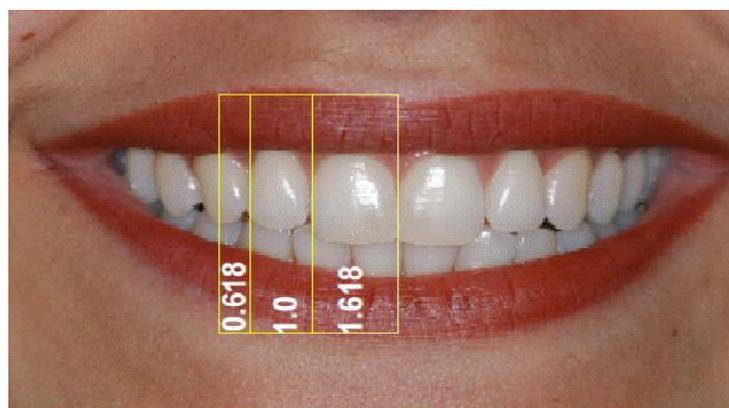


Figura 5 Proporção áurea

Linha entre as comissuras e o posicionamento do lábio inferior

Durante o sorriso natural e amplo, é possível observar uma linha imaginária a partir das comissuras labiais, esta linha é conhecida como linha entre as comissuras (LEC). O número de dentes superiores observados sob a LEC interagem com a percepção do observador quanto à idade do paciente.

Em indivíduos jovens 75 a 100% dos dentes anteriores são observados abaixo desta linha. A localização da margem incisal dos dentes anteriores e sua relação com o lábio inferior também interferem na estética. O espaço visual presente entre os lábios superior e inferior durante o sorriso amplo os dentes anteriores devem preencher entre 75 e 100% este espaço proporcionando aparência jovem.

Espaços negativos

A quantidade de dentes posteriores que aparecem também deve ser avaliada, ao sorrir são identificados espaços negativos na boca entre os dentes posteriores superiores e inferiores. O corredor bucal é o espaço presente entre a face vestibular dos dentes posteriores e os tecidos moles do canto da boca e das bochechas, definido como espaço negativo que depende da largura do arco superior e musculatura facial. Na ausência do corredor bucal a estética do sorriso fica prejudicada, pois a presença deste espaço negativo harmoniza o sorriso, com o decorrer do tempo os espaços negativos sofrem influencias como envelhecimento, restaurações extensas de amálgama na face vestibular, perda de pré-molares e molares e posição lingualizada de dentes posteriores. Por isso durante o exame clínico é importante considerar idade do paciente, relação que os arcos dentários possuem entre si, o perfil facial do paciente.



Figura 6 Espaços negativos

Diastemas dentais

O termo diastema refere-se ao espaçamento entre os dentes contínuos, podendo ser localizado confinado entre os incisivos centrais ou distribuídos entre elementos da região anterior do arco dentário, tendo etiologia multifatorial, podendo afetar ambos os segmentos superior e inferior, sendo mais frequente no arco superior.

A importância estética dos espaços anteriores varia tanto cultural como racionalmente, assim como a incidência de diastemas dentro de uma determinada população.

GOYATÁ F. R. et al.¹⁵ acredita-se que o diagnóstico preciso e a determinação correta da etiologia dos diastemas dentais se faz muito mais importante do que simplesmente o tratamento dos mesmos conforme relato de Mondelli et al e Andreade et al.

Torna-se importante relatar que as restaurações diretas em resina composta para dentes anteriores devem seguir um protocolo de tratamento criterioso, observando-se as limitações inerentes ao material restaurados e sua indicação clínica.

A presença de diastema entre os incisivos raramente causa prejuízo à eficiência mastigatória e oclusão, sendo tratado, na maioria das vezes exclusivamente por questões estéticas.

Quando associado o diastema e sorriso gengival proporciona desconforto e desarmonia do sorriso do paciente, daí a necessidade de buscar alternativas que objetivam melhorar a aparência dos dentes do complexo estomatognático.

A utilização de resinas compostas para a realização de procedimentos estéticos em dentes anteriores constitui o método mais rápido e econômico para a resolução dos problemas relacionados com a forma, cor, posição ou estrutura do dente SEIXAS M. R.⁶.



Figura 7- Diastema Localizado

Sorriso

A capacidade do indivíduo de exibir um sorriso agradável depende diretamente da qualidade dos elementos dentais e gengivais que ele possui, da conformidade com as regras de beleza estrutural, com as relações existentes entre os dentes e os lábios durante o sorriso, e de sua integração harmônica com a composição facial (Rufenacht, 1998).

É uma posição dinâmica dos lábios que modifica de acordo com a contração muscular e o perfil dos lábios. O lábio superior determina o comprimento dos incisivos superiores, como também a posição vertical das margens da gengiva, deste modo a altura ideal do lábio superior em relação aos dentes é aquela onde a borda do lábio se localiza na margem gengival dos incisivos centrais superiores. O lábio inferior também exerce função de estabelecer sorriso harmônico, determinando o comprimento da borda incisal dos incisivos inferiores PEDRON I. G. et al¹⁸.

Linha do sorriso

A linha do sorriso pode ser definida pela linha imaginária que acompanha a borda inferior do lábio superior distendida durante o sorriso.

Um estudo realizado por Crispin e Watson teve como objetivo a visibilidade da gengiva marginal durante o sorriso, relacionando os elementos dentários e gengivais visíveis ao sorrir normal e forçado foram registrados em 425 fotografias de estudantes em cirurgia dentária. O resultado encontrado foi que o incisivo lateral superior é o dente que apresenta maior visibilidade e sua gengiva marginal possui 66% de exposição em indivíduos durante o sorriso normal e 84% durante um sorriso máximo LINDHE⁶.

As linhas do sorriso esta dividida em três categorias, de acordo com Tjan:

-Linha do sorriso alta: representada por um sorriso que mostra toda a extensão coronária dos dentes superiores anteriores e uma faixa contínua de gengiva;

- Linha do sorriso média: representada por um sorriso que mostra 75 a 100% dos dentes superiores anteriores e somente a gengiva interproximal;

-Linha do sorriso baixa, representada por um sorriso que mostra menos de 75% dos dentes superiores anteriores.

A análise da linha do sorriso esta relacionada à linha mediana e exposição dos dentes, o parâmetro habitual utilizado para determinar a linha do sorriso requer paralelismo formado com a linha bipupilar traçada entre as pupilas dos olhos, mas este recurso não é válido quando o paciente apresenta olhos em planos diferentes. O plano incisal perpendicular à linha mediana reproduz posição segura que não esta condicionada a linha bipupilar.

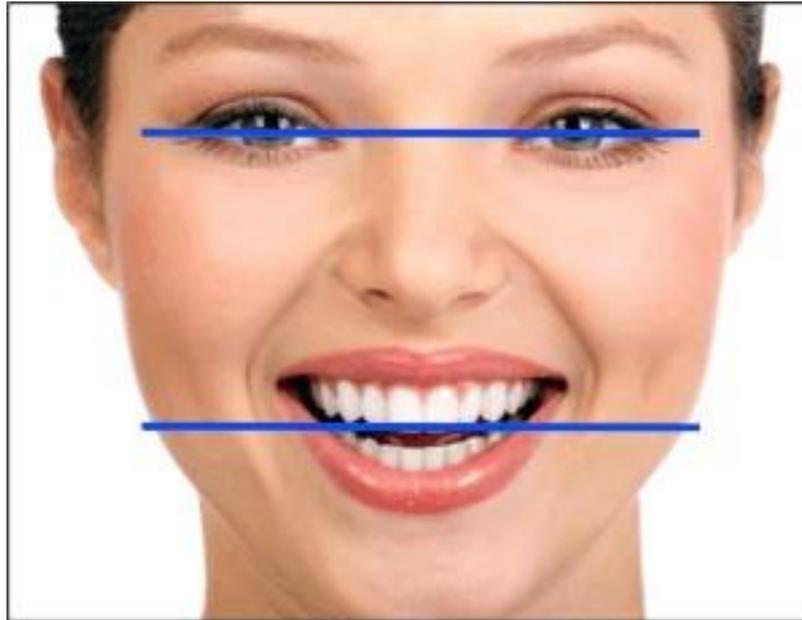


Figura 8 Linha do sorriso

Após determinar a orientação da linha do sorriso, em seguida desenha-se a forma que pode ser (1) quando os incisivos centrais superiores parecem estar abaixo das cúspides dos caninos, linha do sorriso terá aparência convexa semelhante à forma do lábio inferior ao sorrir com percepção harmoniosa. (2) quando as cúspides dos caninos ou pré-molares são mais longas que a borda incisal dos incisivos centrais superiores reproduzindo "linha sorriso reversa" esta forma não se harmoniza com as características faciais e pode estar associada a má oclusão e perda da dimensão vertical. A convexidade da linha do sorriso é uma ferramenta que torna o sorriso estético, mas pode sofrer alterações em função do envelhecimento com o desgaste das bordas incisais ou hiperfunção da articulação com o bruxismo.



Figura 9 Linha do sorriso convexa



Figura 10 Linha do sorriso reversa

Exposição gengival excessiva-sorriso gengival

Pacientes que apresentam linha do sorriso alta expõem maior área de tecido gengival e, frequentemente, demonstram preocupação relacionada ao “sorriso gengival”. O formato e a posição dos lábios durante a fala e ao sorrir não são facilmente alterados, o cirurgião dentista pode fazer uso quando necessário de técnicas capazes de harmonizar e deixar esteticamente satisfatório ao paciente alterando a anatomia dental, formato papilas interdentais e margens gengivais por meio da cirurgia plástica periodontal e restaurações diretas ou indiretas PEDRON I. G. et al¹³.

O sorriso gengival é considerado quando mais de 3 mm de gengiva aparece durante um sorriso moderado. Ao exame clínico deve avaliar a posição do lábio em repouso até o sorriso forçado. O plano incisal deve ser analisado em relação aos lábios e à oclusão de modo a responder quais possibilidades de tratamento ARAUJO, G. A. O¹².

Durante o planejamento do tratamento, é imprescindível realizar criteriosa análise das estruturas dentofaciais e como elas modificam a estética do paciente, incluindo assim simetria facial, linha interpupilar, linha do sorriso, linha média dental em relação à linha média facial, exposição gengival durante a conversação e também durante o sorriso amplo e relaxado, harmonia das margens gengivais, localização das margens gengivais em relação à junção cimento-esmalte, tamanho e proporção do dente, plano incisal e oclusal.

Importante lembrar que por se tratar de um problema estético o tratamento deve ser avaliado em função do aspecto psicológico e as expectativas do paciente. A grande exposição da gengiva não deve estar relacionada como doença e nem antiestética, pois a visibilidade da gengiva associada com outras imperfeições é que induz o paciente a procurar por tratamento.

Durante o exame clínico é possível identificar a causa fundamental para o sorriso gengival entre elas a erupção passiva alterada, o crescimento gengival, o excesso maxilar anterior. A erupção passiva alterada evidencia dentes mais curtos e quadrados em decorrência de que a gengiva cobre parte das superfícies vestibulares. A altura da gengiva inserida faz com que a erupção passiva como classe I (altura aumentada) ou como classe II (altura normal).

O crescimento gengival está localizado ao nível das papilas interdentárias, este termo é apropriado porque diz respeito a uma hipertrofia e hiperplasia simultâneas. A etiologia envolve múltiplos fatores como inflamação associada à placa, à predisposição individual, à idade, aos fenômenos hormonais, à irritação mecânica de tratamentos ortodônticos, à terapia medicamentosa (inibidores cálcicos, antiepiléticos, imunossupressores).

CARVALHO R. C. R.⁸ Se o crescimento gengival for proveniente do acúmulo de placa, associado ou não a medicamentos, o tratamento para essa condição geralmente é focado em uma higiene cuidadosa. Porém, em alguns casos, é necessária a remoção cirúrgica de

quantidade excessiva de tecido gengival. Quando a etiologia se refere somente à presença de lábios superiores curtos ou hiperativos, geralmente nenhum tratamento cirúrgico periodontal é indicado, ou pode-se usar toxina botulínica, cujo resultado dura em média 6 a 12 meses. O sorriso gengival proveniente de extrusão dentoalveolar deve receber um tratamento multidisciplinar, incluindo intrusão ortodôntica, cirurgia periodontal e dentística restauradora. Já o tratamento da exposição gengival devido ao excesso vertical de maxila depende da dimensão desta, podendo ter uma abordagem também multidisciplinar envolvendo a cirurgia ortognática, dentística e cirurgia plástica periodontal.

Excesso maxilar anterior

ARAUJO G. A. O.¹², o excesso maxilar anterior é caracterizado pela visualização excessiva da gengiva, mantendo, no entanto as proporções dentárias e a profundidade de sulco são normais além do aspecto gengival saudável. O excesso vertical anterior é classificado em três graus de acordo com a gravidade, após a eliminação da etiologia erupção passiva alterada. Quando a visibilidade da gengiva é de 2 a 4 mm há excesso maxilar anterior Grau I, Grau II apresenta 4 a 8 mm de visibilidade e Grau III a visibilidade de gengiva é igual ou maior que 8 mm. O tratamento será proposto de acordo com o grau classificado.



Figura 11 Excesso crescimento maxilar Vertical Grau I



Figura 12 Excesso crescimento maxilar Vertical Grau II



Figura 13 Excesso crescimento maxilar Vertical Grau III

As opções de tratamento Grau I do crescimento vertical da maxilar com exposição gengival de 2 a 4 mm será cirurgia plástica periodontal, intrusão ortodôntica, dentística, prótese ou toxina botulínica. No Grau II com 4 a 8 mm de exposição gengival o tratamento proposto pode ser cirurgia plástica periodontal, dentística, prótese, toxina botulínica ou cirurgia ortognática e no Grau III expondo mais de 8mm de gengiva marginal o tratamento proposto será cirurgia ortognática.

Terapia medicamentosa predispõe crescimento gengival

O uso contínuo de medicamentos que interferem no metabolismo do colágeno, especificamente, sua degradação induz o crescimento gengival. Os principais medicamentos são os anticonvulsivantes que tem como princípio ativo a fenitoína, bloqueadores dos canais de cálcio cujo princípio ativo é a nifedipina e imunossupressores que apresenta ciclosporina A como fármaco principal. Nesses casos, o aumento da quantidade da droga ingerida esta diretamente relacionada ao aumento da quantidade de exposição gengival, deve ser tratado com procedimentos ressectivos dos tecidos moles (Gengivectomia), podendo também ter a necessidade de remodelação óssea. É importante que o médico do paciente seja informado sobre a relação entre o uso contínuo desses medicamentos e o crescimento gengival. Quando possível deve-se solicitar a diminuição das dosagens ou substituição por outros fármacos que minimizem o problema periodontal.



Figura 14 Crescimento gengival induzido por medicamento

Lábios superiores curtos ou hiperativos

O comprimento e a mobilidade do lábio superior também são outros fatores etiológicos do sorriso gengival. No caso do lábio superior curto as opções de tratamento abordam as cirurgias plásticas, como o alongamento do lábio superior associado à rinoplastia. Essas técnicas cirúrgicas podem apresentar resultados variados e com relativa ocorrência problemas pós-operatórios como perda da naturalidade do sorriso. Esses procedimentos mascaram o sorriso gengival, pois altera a posição dos músculos perilabiais. Para determinar que o lábio superior seja curto é necessário o paciente apresentar filtrum evidente, arco de cupido duplo e distância do ponto mais inferior do lábio às comissuras labiais maior que 3 mm.



Figura 15 lábio superior curto



Figura 16 Sorriso gengival em paciente portadora de lábio curto

Na hiperatividade dos músculos responsáveis pela movimentação labial durante o sorriso é possível observar que o paciente apresenta normalidade de proporções faciais e dentais com relação ao comprimento e largura, os lábios possuem comprimento dentro dos limites médios e a gengiva marginal esta localizada próximo à junção cimento-esmalte. O lábio superior quando não hiperativo geralmente movimenta-se aproximadamente 6 a 8 mm da posição de repouso para sorriso amplo, ao contrário do lábio hiperativo, essa distância pode ser 2 vezes maior. Nessas situações os procedimentos dermatológicos e cirurgias plásticas estão indicados, entre eles implantes de silicone no fundo do vestibulo na base da espinha nasal anterior, infiltração toxina botulínica A e procedimento ressectivos nos músculos responsáveis pela mobilidade do lábio superior. A bioplastia é uma opção recentemente divulgada onde polimetilmetacrilato é inserido nos tecidos, proporcionando resultados estéticos favoráveis. A relação custo-benefício deve ser considerada observando também aspectos como durabilidade, segurança e morbidade das técnicas apresentadas.



Figura 17 Lábio superior hiperativo



Figura 18 Correção do sorriso gengival com uso toxina botulínica

Erupção passiva alterada

O processo de erupção dentária basicamente ocorre em duas fases (1) erupção ativa quando o dente, em movimento ocluso-gengival, irrompe da crista óssea e permanece a erupcionar até atingir contato oclusal com o dente antagonista. Logo a seguir deverá ocorrer a segunda fase (2) erupção passiva caracterizada pelo deslocamento apical da junção dentogengival, que estabelece o aumento do comprimento da coroa clínica. Quando a maior parte da coroa anatômica permanece coberta pela gengiva, estabelece a erupção passiva alterada ou tardia. A ocorrência deste fenômeno é inevitável, mas sua frequência na média populacional é de aproximadamente 12%.

Clinicamente a erupção passiva alterada se manifesta com coroas clínicas curtas, tendo comprimento vertical menor do que o comprimento horizontal, comprometendo a harmonia do sorriso.

Para identificar a etiologia do sorriso gengival, como a erupção passiva alterada, é necessário avaliar os lábios do paciente em repouso e no sorriso forçado, verificando a exposição em excesso da gengiva. Lábios que possuem comprimento entre 20 e 24 mm e o paciente evidenciar gengiva em excesso ao sorrir sua causa é a hiperatividade.

A próxima etapa é localizar a JCE (junção cimento-esmalte) com a utilização de uma sonda exploradora subgengival. Quando a JCE se localiza numa posição normal no sulco gengival, provavelmente o paciente não apresenta erupção passiva alterada, se a JCE não for observada no sulco, é necessário realizar a sondagem da crista óssea. Geralmente, nos casos de erupção passiva alterada, a JCE esta localizada próxima ao sulco gengival. A medida pode ser utilizada para determinar a relação da JCE com a crista óssea alveolar.

O exame radiográfico também é uma opção válida para auxiliar a localização da JCE e da quantidade de suporte ósseo por determinação do comprimento da coroa anatômica.

Quando o fator etiológico do sorriso gengival for erupção passiva alterada, o plano de tratamento será cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica. Com indicação de diferentes técnicas cirúrgicas dependendo da classificação da erupção passiva alterada o plano de tratamento pode ser gengivectomia com retalho de bisel interno, retalho de bisel interno com osteotomia, retalho com posicionamento apical, retalho com posicionamento apical com osteotomia.

Durante o exame clínico inicial, realiza a sequência de avaliações para obter correta etiologia do sorriso gengival, que consiste em:

Avaliação do sorriso forçado do paciente e seus lábios em repouso.

Distância do lábio superior em repouso, paciente do gênero feminino tendem a ter entre 20 e 22 mm, no gênero masculino a distância varia entre 20mm e 25mm.

No diagnóstico clínico e radiográfico de erupção passiva alterada Tipo IIB, sendo planejado a correção do sorriso gengival através de cirurgia periodontal com retalho posicionado apical e osteotomia.

A erupção passiva alterada esta classificada em dois tipos principais, com relação à junção cimento-esmalte (JCE) e a junção mucogengival e então subdividiram em duas classes conforme a posição da crista óssea.

A erupção passiva pode apresentar duas classificações. O Tipo I caracterizada por uma grande quantidade de tecido gengival entre a margem gengival livre e a junção mucogengival; e o Tipo II caracterizada por uma quantidade normal de tecido gengival entre a margem gengival livre e a junção mucogengival. Os dois tipos se subdividem em Tipo A quando a crista óssea se encontra a mais de 2mm da junção cimento-esmalte; e Tipo B quando a crista óssea está posicionada a menos de 2 mm da junção amelocementaria. Casos de erupção passiva alterada Tipo I podem ser tratados com cirurgia periodontal por meio de técnicas de Gengivectomia/ incisão com bisel interno ou retalho associado à ressecção óssea. Já casos do Tipo II devem ser tratados com retalho reposicionado apicalmente, com ou sem ressecção óssea. A escolha da técnica cirúrgica pode resultar em redução significativa do tecido queratinizado e a presença de uma gengiva flácida e móvel. As opções do tratamento estão exposta no quadro a seguir.

ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA- OPÇÕES DE TRATAMENTO		
Tipo I	A	Gengivectomia/gengivoplastia Incisão com bisel interno
	B	Cirurgia com retalho, com ressecção óssea associada à incisão com bisel interno.
Tipo II	A	Reposicionamento apical do retalho (retalho parcial) sem ressecção óssea, associada à incisão intra-sulcular.
	B	Reposicionamento apical com retalho (retalho parcial) com ressecção óssea, associada à incisão intra-sulcular.

Gengivectomia

SILVA R. A. et al ⁷ esta técnica se inicia com a assepsia e isolamento do campo operatório, anestesia terminal infiltrativa e na papila interdentária. Em seguida faz a marcação das bolsas com pinça Crane Kaplan ou sonda milimetrada. Com uso da pinça Crane Kaplan a extremidade reta milimetrada da pinça é introduzida em direção paralela ao eixo longitudinal do dente até atingir o fundo do sulco, para em seguida pressionar a extremidade dobrada da pinça que esta fora da bolsa, provocando uma perfuração sangrenta. De preferência faz três perfurações (mesial, meio e distal) na face vestibular e palatina de cada dente da área a ser operada. Depois a incisão primária é feita tomando como guia os pontos sangrantes com uso dos gengivótomos de Kirkland nº 15 e 16 ou de Goldman Fox nº 7. A incisão primária é feita em bisel externo apical aos pontos sangrantes, na face vestibular a partir do dente distalmente colocado da área escolhida movimentando o bisturi para mesial. A papila interdentária deverá ser respeitada durante o contorno da incisão primária prevendo o futuro contorno esperada no pós-operatório, o mesmo deve ser feito com a incisão palatina ou lingual seguindo a mesma orientação feita na face vestibular. Ao completar a incisão primária na superfície vestibular e palatina dos dentes, o tecido interproximal é separado do periodonto interdental por uma segunda incisão, com auxílio do gengivótomo de Orban nº 1 ou Goldman Fox nº 9, esta incisão é executada apoiada no plano incisivo realizado na incisão primária.

Com movimentos de vaivém e apoiando no dente e no dente vizinho que compõem o espaço interdentário o tecido gengival interproximal é separado em duas metades, a vestibular e a lingual. Posteriormente com uso de curetas e raspadores, remove tecido excionado e de granulação quando presente no leito da ferida. Utilizando os gengivótomos de Kirkland nº 15 e 16 ou Goldman Fox nº 9, realiza-se pequeno adelgaçamento das bordas da ferida cirúrgica, eliminando-se degraus entre as incisões e conseqüentemente ampliando-se o bisel das incisões primária e secundária favorecendo o término cervical da margem gengival com formato delgado e mais anatômico. Nesta fase é removida a gengiva em espessura pra melhorar os contornos gengivais durante a cicatrização. Alicates de cutícula comum, cortadores periodontais ou tesouras cirúrgicas também são utilizados na parede vestibular da gengiva inserida remanescente formando concavidades anatômicas no rebordo alveolar entre os dentes que favorece a restitui as condições anatômicas e funcionais do tecido gengival na parte central das papilas interdentais. Neste momento o formato da papila interdentária em altura e espessura deverá ser semelhante aos formatos de uma gengiva normal, pois o processo de cicatrização ocorrerá por segunda intenção respeitando o formato impresso.

O uso de cimento cirúrgico é importante para proteger a ferida durante o período de cicatrização, a superfície da ferida é recoberta com cimento cirúrgico durante o período de 7 a 10 dias. Durante o pós-operatório, após a remoção do cimento cirúrgico, os dentes devem ser cuidadosamente limpos e polidos com taça de borracha e pasta profilática em baixa

rotação. As superfícies radiculares são periodicamente avaliadas removendo-se qualquer agente irritante local.

Vantagens e desvantagens

Autores afirmam que a transformação de uma bolsa periodontal de difícil higienização em um sulco facilmente higienizável é uma das grandes vantagens que a gengivectomia proporciona. O acesso e visualização à superfície radicular, nem sempre bem instrumentada durante o procedimento de raspagem e alisamento radicular, é outra vantagem desta técnica cirúrgica. O fato de não expor tecido ósseo também vantajoso, pois minimiza a reabsorção pós-operatória.

Os autores são unânimes em definir que a maior desvantagem da gengivectomia é sua aplicabilidade limitada. Pois não pode e não deve ser utilizada principalmente quando problemas de recessões gengivais ou deformidades ósseas existam. Quando associada á estética, a possibilidade de perda de inserção periodontal, cicatrização por segunda intenção e possibilidade de hemorragias pós-operatórias.

Retalho posicionado apicalmente

Técnica operatória

Os princípios fundamentais desta técnica intervencionista é a preservação do tecido queratinizado existente, deslocando-o para uma posição mais apical e imobilizando-o através de uma sutura no periósteeo e criar acesso ósseo por meio de um retalho de espessura total para efetuar a ressecção óssea necessária. Técnica operatória

Retalho de espessura total posicionado apicalmente

Segundo Borghetti, Monnet-Corti et al a técnica operatória inicia-se uma incisão intra-sulcular até a crista óssea para preservação de todo o tecido queratinizado. Depois, incisões relaxantes verticais em distal e em mesial do retalho considerado, biseladas em seu traçado no tecido gengival, penetram profundamente na mucosa alveolar para permitir o deslocamento sem dobra do retalho. O deslocamento mucoperiosteal deixa alguns milímetros do osso exposto, normalmente até a linha mucogengival. A altura desse deslocamento dependa da amplitude da correção óssea a ser realizada. A visualização da junção amelocementária permite observar a altura de inserção necessária logo após, busca-se uma dissecação em espessura parcial maior, deixando no lugar o periósteeo revestido de tecido conjuntivo gengival.

É conveniente realizar a dissecação em espessura parcial para evitar o deslocamento do periósteeo, afastando o retalho durante a moldagem óssea. Logo o RPA é necessariamente em espessura total, depois parcial.

Em seguida o retalho é deslocado para a posição desejada, de modo que a margem coronária recubra levemente o tecido ósseo, ao nível da junção cimento-esmalte imobilizado por sutura de colcheiro vertical preso ao periósteeo por pontos interrompidos, interdentários apicalização cirúrgica do tecido gengival deixa exposta uma pequena quantidade da junção cimento-esmalte e superfície radicular, embora esta técnica seja favorável no tratamento do sorriso gengival quando associado ao excesso crescimento maxilar anterior e erupção passiva alterada, sendo caso frequente entre os pacientes.

Outro inconveniente ao aumento coronário é relacionando ao espaço interdentário, criando o famoso “buraco negro” para diminuir esta consequência alguns autores propõem reposicionar apicalmente apenas o retalho vestibular, em espessura parcial. A osteotomia envolve a face vestibular, porém o osso interdentário é preservado. Assim aumenta a altura da coroa clínica e mantém o nível da gengiva interdentária. Esta opção é interessante em casos que o excesso maxilar não é tão evidente.

Protocolo operatório:

1-Traçado da incisão: A incisão é intra-sulcular pela face vestibular de modo a preservar a integridade do tecido gengival e reposicioná-lo em direção apical. Em casos

raros, que a altura do tecido queratinizado é maior que 5 mm e o aumento da coroa clínica deve ser grande, é possível realizar incisão em bisel interno para remover tecido gengival e deslocar apicalmente o tecido restante.

Na face palatina a incisão deve ser em bisel interno, quanto mais profundo for a lesão, maior deve ser a distância do rebordo gengival.

A extensão proximal do retalho vai depender da extensão do aumento proposto, quando o deslocamento apical for pequeno inferior ou igual a 2 mm o reposicionamento pode ser realizado apenas no dente envolvido, traçando incisões relaxantes biseladas em distal do dente mesial e em mesial do dente distal. Quando há necessidade de deslocamento apical mais extenso é necessário englobar os dentes adjacentes para harmonizar os contornos, deste modo quanto maior o deslocamento apical, mais extenso deve ser o retalho.

2-Ressecção óssea: Importante procedimento cirúrgico que resulta no reestabelecimento do espaço biológico sadio. A ressecção óssea associa a osteotomia, remoção de tecido ósseo de suporte no qual as fibras de Sharpey se inserem, seguida da osteoplastia remodelação do contorno ósseo. A ressecção óssea é feita por meio de uma combinação de instrumentos rotatórios e manuais. É necessário respeitar o contorno gengival e assim preservar a morfologia óssea fisiológica. Os instrumentos rotatórios delimitam a quantidade de osso a ser removida por meio do delineamento do colo ao nível apical proposto, depois, remove-se o excesso da ressecção óssea deixando apenas uma fina camada sobre a superfície radicular. Os instrumentos manuais finalizam a ressecção até a superfície radicular. O osso interdentário é removido com o auxílio de bricas esféricas finas e de tesouras de corte fino.

3-Posição do retalho: Ao fim da intervenção, o retalho é estabilizado por sutura de maneira a recobrir a crista óssea, adequadamente, em 1mm ou em 2mm. Holmes e Strem mostraram que já há praticamente 2 mm entre o rebordo ósseo e o gengival no final da intervenção. Davarpanah et al aconselham, nos dentes anteriores, suturar o retalho 4 mm coronalmente à crista óssea para aumentar a profundidade dos sulcos e disfarçar melhor esteticamente.

4- Tempo de cicatrização: O tempo necessário entre a cirurgia e a regeneração total da gengiva marginal não está estabelecido definitivamente, em média é proposto um prazo é de 3 a 6 meses. Um estudo proposto por Bragger et al relatam os resultados de aumento coronário em 25 pacientes acompanhados durante seis meses, 12% dos sítios mostram uma variação quanto à localização do rebordo gengival entre seis semanas e seis meses, uma ressecção adicional pode ocorrer se tratando de fundamentalmente de um “efeito retroativo”. Moghaddas e Stahl avaliaram 26 sítios tratados por osteotomia e osteoplastia com brocas e tesouras próprias para o osso. Eles medem o nível ósseo em 3 e 6 meses por sondagem nas regiões interdentárias, radicular e interradicular. O estudo mostrou que há

uma reabsorção após três meses pós-operatórios, seguida de aposição comprovada em seis meses. A reabsorção é mais pronunciada quando o osso é fino e menos pronunciado no espaço interdentário.

Vantagens e desvantagens do retalho posicionado apicalmente

As vantagens do RPA são apresentar aspecto estético da gengiva não modificando coloração isto sobrepõe em relação ao enxerto gengival e o pós-operatório pouco doloroso devido a ausência da elevação do tecido, porém as dores pós operatórias estão relacionadas à ressecção óssea, as desvantagens desta técnica consistem no difícil acesso as faces linguais e impossibilidade nas faces palatinas, a dissecção e sutura no perióstee exigem grande habilidade do cirurgião dentista.

Caso clínico

A paciente C.R.V., 31 anos, sexo feminino, procurou a Clínica de Dentística da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP- queixando-se principalmente do “excesso de gengiva” aparente e espaço entre os dentes ântero-superiores durante o sorriso. Motivo que a levou a recorrer ao tratamento odontológico. Durante a anamnese, a paciente relatou grande insatisfação com relação ao seu “sorriso gengival” e ao comprometimento estético lhe causava (Figura19) GUENÊS, G. M. T⁴.



Figura 19 Foto inicial

A paciente foi submetida aos exames clínico e radiográfico de rotina, onde foi constatado a presença de dentes curtos, com excesso de tecido gengival nos dentes anteriores da maxila entre os elementos 13 ao 23. Estes dentes apresentavam contornos insatisfatórios, discrepância nos tamanhos das coroas. De maneira geral a paciente apresentava ausência de placa visível, ausência de sangramento marginal à sondagem e ausência lesões cariosas (Figura 20) MARQUES, L.; *et al*¹⁰.



Figura 20 Exame clínico

Após o exame clínico, realizou-se moldagem com alginato (Hydrogum) para confecção do modelo de gesso e posterior enceramento diagnóstico que servirá como auxílio na proporção dos dentes e reconstrução da forma palatina por meio da guia de silicone que será confeccionado para utilização na fase restauradora (Figura 21).



Figura 21 Modelo com enceramento diagnóstico

A profundidade de sondagem variou entre 2 e 3 mm, entre as faces vestibulares e interproximais, respectivamente. (Figura 22)



Figura 22 Profundidade de Sondagem

Com o objetivo de promover o restabelecimento do contorno e altura gengival, de modo a proporcionar um sorriso mais adequado à paciente a técnica cirúrgica utilizada foi retalho posicionado apicalmente e recontorno ósseo visto que a paciente apresentava-se erupção passiva alterada do tipo IIB onde a junção amelocementaria esta ao nível da crista óssea alveolar.

Após assepsia e isolamento do campo operatório foi realizada anestesia terminal infiltrativa da região anterior e palatina, em seguida realizada a demarcação da profundidade de sondagem com sonda milimetrada. Esta etapa tem a finalidade de marcar no epitélio externo gengival os pontos sangrantes correspondentes à profundidade das bolsas, que irão orientar a linha de incisão inicial (Figura 23).

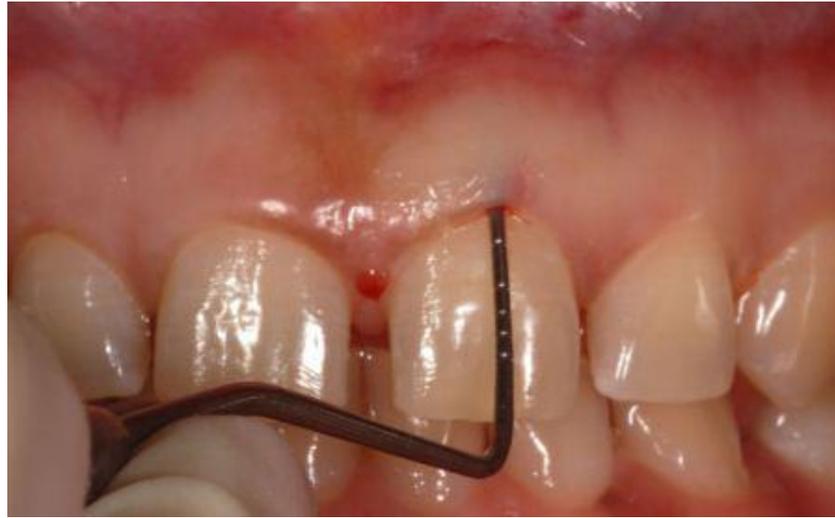


Figura 23- Demarcação de bolsa

Em seguida com lâmina 15c realizou-se a incisão intra-sulcular até atingir a crista óssea alveolar, o retalho de espessura total, depois parcial e elevado (Figuras 24 e 25).



Figura 24- Bisel Interno



Figura 25-Recontorno Gengival

O descolamento do retalho total ocorre em espessura até a linha mucogengival com o auxílio do Cinzel descolador de periósteo (Figura 26).



Figura 26- Descolador de Periósteo

A dissecação em espessura parcial com uso do bisturi e lâmina 15c além da linha mucogengival. (Figura 27)

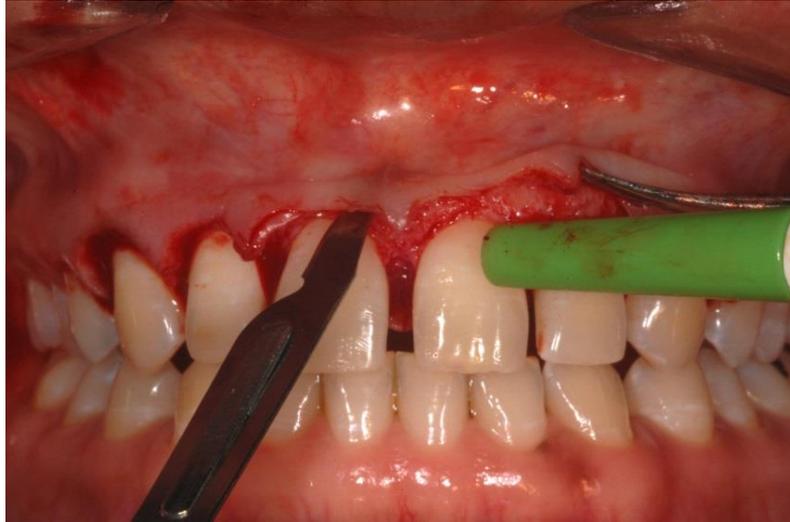


Figura 27 Dissecção em espessura parcial do retalho

Ao final da ressecção é possível avaliar a quantidade do retalho em espessura total e parcial (Figura 28).



Figura 28 Retalho em espessura total e parcial

A osteotomia e osteoplastia ocorrem com uso dos instrumentos rotatórios em alta rotação com brocas esféricas sob refrigeração constante e instrumentos manuais (Figuras 29 e 30).

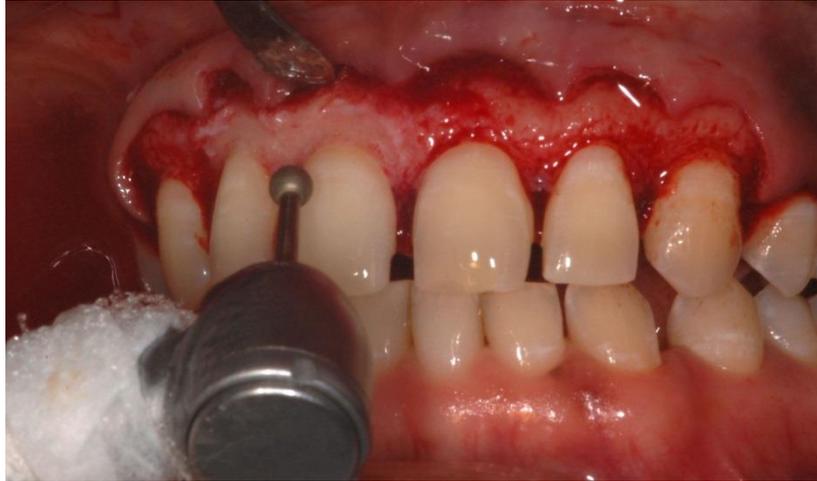


Figura 29- Osteotomia e osteoplastia instrumento rotatório



Figura 30- Osteotomia e osteoplastia instrumento manual

A sutura é feita com fio de seda 4.0 (Ethicon) e deve englobar o periósteo que desloca e fixa o retalho apicalmente (Figuras 31 e 32).



Figura 31 Sutura do retalho



Figura 32 Fixação da sutura ao periósteo

Visualização da intervenção cirúrgica, observando o aumento coronário após o término da sutura (Figura 33).



Figura 33 Finalização da sutura do retalho

A ferida cirúrgica foi protegida com cimento cirúrgico (Coe Pak) (figura 34), a paciente foi orientada a realizar controle da placa com bochechos da solução de digluconato de clorexidina a 0.12%, duas vezes ao dia com o objetivo de promover redução e inibição da placa bacteriana.



Figura 34- Proteção ferida cirúrgica

A retirada dos pontos ocorreu com 7 dias de pós-operatório, com nova colocação de cimento cirúrgico, que foi retirado definitivamente após 14 dias de pós-operatório.

Fase restauradora

Para a fase restauradora foi planejada a restauração direta em resina composta nos dentes 13 ao 23, utilizando Resina Composta Renamel opaca A2 e Translúcida 30.

Em 30 dias após o a plástica periodontal, com o auxílio de uma guia de silicone confeccionada a partir do modelo encerado, foi realizado um “mock-up”, que consiste em um ensaio restaurador (Figura 35) com resina acrílica à base de bis-acrilatos, por meio do qual a paciente pôde observar e aprovar em seu sorriso a forma e tamanho dos dentes desenhados no modelo. Retirou-se a restauração diagnóstico com lâmina de bisturi 12 e realizou-se um isolamento semi-absoluto do campo operatório com afastador labial e rolos de algodão. A guia de silicone (Figura 36) também foi utilizada como base para a confecção dos desgastes ao nível do esmalte e durante a inserção de resina composta nas faces palatina e incisal SILVA L, A.; et al ¹¹.



Figura 35- Ensaio Restaurador



Figura 36 Guia de orientação desgaste

Foi utilizada a ponta diamantada tronco-cônica de topo arredondado nº 3139 (KG Sorensen) para possibilitar desgaste em torno de 0,5 mm de profundidade, realizou-se profilaxia pedra-pomes e água (Figura 37).



Figura 37 Profilaxia pedra pomes

Condicionou-se o esmalte dental com ácido fosfórico 2% por 60 segundos (Figura 38), lavando com água por 120 segundos e secando o esmalte até que fique com aspecto de giz (Figura 39). O sistema adesivo Single-Bond (3M) foi aplicado e fotoativado por 20 segundos CASTRO, P. H. D. F.; et al⁹.



Figura 38- Condicionamento Ácido



Figura 39- Esmalte aspecto giz

Iniciou-se a inserção da resina composta (Renamel), relativa ao esmalte palatino, com auxílio da guia de silicone e polimerizaram-se estas porções com a guia em posição por 10 segundos e após a remoção, por mais 20 segundos em cada dente (Figura 40). Uma vez restaurado o esmalte palatino, procedeu-se a aplicação de uma resina de maior opacidade (Renamel opaca A2) para reproduzir a dentina, seguida de polimerização durante 20 segundos.



Figura 40 Resina composta com guia de silicone

Em seguida, inseriram-se porções de resina composta relativa ao esmalte vestibular, reproduzindo a forma dental conforme enceramento diagnóstico (Figura 41).



Figura 41- Resina relativa ao esmalte vestibular

Imediatamente após o procedimento restaurador, partiu-se para a remoção dos excessos grosseiros com pontas diamantadas (3195F) em alta rotação (Figura 42).

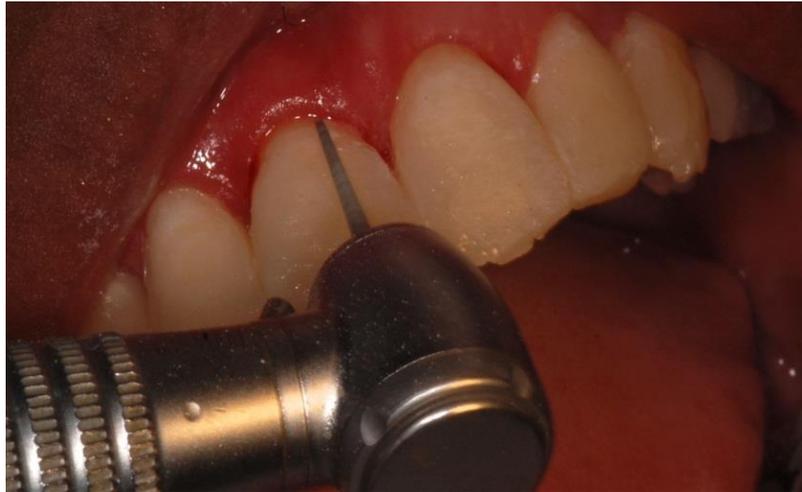


Figura 42- Remoção dos excessos



Figura 43- Finalização forma dental

Na mesma sessão realizou-se polimento prévio com tiras de lixas Soft-Lex (Figura 44).



Figura 44 Polimento com tiras de lixas Soft-Lex

Decorridos sete dias realizou-se o polimento final com pasta abrasiva diamantada (Microdont) e escovas de borracha (Microdont).



Figura 45 Tratamento concluído aspecto sorriso da paciente.

Controle pós-tratamento com intervalo de 6 meses a partir da data intervenção cirúrgica (Figura 46).



Figura 46 Aspecto sorriso da paciente após 6 meses

Conclusão

Diante das diferentes opções de tratamento para a otimização da estética em Odontologia destacamos a cirurgia plástica periodontal associada ao recontorno cosmético como opção de tratamento.

As técnicas mais conservadoras, quando corretamente indicadas, são de grande importância para o reestabelecimento funcional e estético, obtendo resultado satisfatório. Lembrando sempre que o resultado estético satisfatório deve-se sempre utilizar da multidisciplinaridade entre as áreas da Odontologia, com exame clínico e avaliação da expectativa e características dental e gengival do indivíduo. A seleção correta de matérias e reprodução da cor, contorno e textura superficial do elemento dentário são essenciais, além da manutenção por parte do paciente é indispensável para a preservação do trabalho e saúde bucal.

Referências bibliográficas:

1. SOUSA, C.P.; GARZON, A.C.M.; SAMPAIO, J.E.C. Estética periodontal: relato de um caso. **Rev. Bras. Cir. Periodontia**, v.1,n.4, p.262-267, 2003.
2. MESTRENER, S.R.; KOMATSU, J. Recuperação da linha do sorriso utilizando procedimentos cirúrgico e restaurador. **JBD**, v.1, n.3, p.226-230, 2002.
3. PEDRON I. G. et al. Sorriso gengival: cirurgia ressectivas coadjuvante à estética dental. **Odonto**, v.18, n.35, p.87-95, 2010.
4. GUENÊS, G. M. T., et al. Cirurgias periodontais aplicadas à dentística. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, v.6, n.4, p. 9- 6, 2006.
5. LINDHE, J. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2005.
6. SEIXAS M. R.; COSTA-PINTO, R. A.; ARAÚJO, T. M. Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. **Dental Press J Orthod**, v.16, n.2, p. 131-157, 2011.
7. SILVA, R. A.; et al. Gengivectomia e Gengivoplastia nos dias atuais: indicações, contra-indicações e diferenciações. **Cad. Grad. Ciênc. Biol. Saúde**, v. 12, n.12, p. 120-133, 2010.
8. CARVALHO, R.C R.; SHIMAOKA A. M.; ANDRADE A. P. Uso toxina botulínica na odontologia. Disponível em <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2011/05/toxina-botulinica.pdf>, acesso em 14/08/2013.
9. CASTRO, P. H. D. F.; et al. Planejamento reverso na correção de sorriso gengival. **Rev. Periodontia**, v. 20, n. 3, p.42-46, 2010.
10. MARQUES, L.; et al. Reanatomização cosmética associada à cirurgia plástica periodontal. **Salusvita**, v. 31, n. 2, p. 169-181, 2012.
11. SILVA L, A.; et al. Reanatomização e recontorno cosmético de dentes anteriores com anomalia de forma. Relato Caso. **Arq. Bras. de Odontol.**, p. 55-59. Disponível em http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20070530170506.pdf, acesso em 28/08/2013.
12. ARAUJO, G. A. O.; CASTRO, A. Sorriso gengival: diagnóstico e tratamento. **Rev. Clín. Ortod. Dental Press**, v. 11, n.5, p. 120-126, 2012.
13. GONZALES, M. K. S.; ALMEIDA, A. L. P. F. Erupção passiva alterada: diagnóstico, classificação e plano de tratamento. **PerioNews**, v.5, n. 1, p. 17-22, 2011.

14. ZANETTI, G. R.; et al. Integração Orto-Perio-Prótese para correção de assimetria gengival: relato de caso. **Rev. Dental Press Estet.**, v. 5, n.4. p. 104-114, 2008.
15. GOYATÁ, F. R.; et al. Fechamento de diastema com resina composta microhíbrida. **Rev. Dental Press Estet.**, v.4, n. 4, p. 102-107, 2007.
14. MORAIS, A.; et al. Cirurgia plástica periodontal para otimização de resultados estéticos na região anterior. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 64, n. 2, p. 104-111, 2010.
15. SWELLYN, F. et al. A importância da estética periodontal na harmonia do sorriso. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 66, n. 4, p. 246-253, 2012.
16. RUFENACHT, C. R. **Fundamentos de estética**. 3. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1998.
17. BORGHETTI, A.; VIRGINIE, M. C., ROBERT, A. **Cirurgia plástica periodontal**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2002.
18. RAFI, R.; BICHACHO, N.; TOUATI, B. **A arte do sorriso: integrando prótese, ortodontia, periodontia, tecnologia odontológica e cirurgia plástica no tratamento estético dental**. São Paulo: Ed. Quintessence, 2006.
19. VIEIRA, D. **Análise do sorriso**. São Paulo: Ed. Santos, 2004.