

GABRIELA BUFULIN LEONARDI

**Tratamento de erupção passiva alterada
com cirurgia plástica periodontal.
Relato de caso clínico**

ARAÇATUBA – SP

2013

GABRIELA BUFULIN LEONARDI

**Tratamento de erupção passiva alterada
com cirurgia plástica periodontal.
Relato de caso clínico**

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

Orientadora: Maria José Hitomi Nagata

Dedicatória

Dedico este trabalho as pessoas que seguem ao meu lado diariamente, me apoiando, dando forças e vontade de seguir adiante.

À minha mãe, Maria Auxiliadora Bufulin, pelo seu amor e dedicação. Sem seu apoio, coragem e determinação eu não chegaria ao final desta caminhada. Você é o meu exemplo de caráter e força.

Aos meus avós, Lourdes Bufulin, Luiz Bufulin e Teresa Leonardi, que sempre me apoiaram e se orgulharam de mim.

Ao meu pai, José Leonardi Neto, que mesmo não estando mais aqui, sem dúvidas, muito do que eu sou se reflete nele e no amor e criação que me doou.

Agradecimentos

A Deus, que em todos os momentos da minha vida nunca me desamparou e me deu, nem sempre o que eu mais quis, mas o que eu realmente precisava.

Às minhas amigas, minha segunda família, com quem eu sempre pude contar nos momentos de saudade e tristeza, e nos momentos de alegrias; por estarem ao meu lado nesses cinco anos longe de casa: Larissa Rodrigues, Letícia Robles, Naiana Belila, Isabella Pagioro e Natália Salles.

Ao meu namorado, Eduardo Alves Jordão, pelo cuidado, amor, força e por ser sempre meu grande apoio nos momentos mais importantes.

À professora doutora, Maria José Hitomi Nagata, pela honra de tê-la como orientadora do meu TCC e projeto de iniciação científica.

Às pessoas que sempre estiveram ao meu lado na realização de todos esses trabalhos: Natália de Campos, Carolina Santinoni e Natália Pola. Sem vocês nada disso teria sido realizado, vocês me ensinaram muito! Obrigada por toda a dedicação e paciência.

E a todos os meus professores, os principais responsáveis pela minha formação, por todo seu empenho e dedicação.

Leonardi, GB. **Tratamento de erupção passiva alterada com cirurgia plástica periodontal. Relato de caso clínico.** Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

Resumo

O sorriso gengival constitui uma alteração estética relativamente frequente, caracterizada pela exibição excessiva da gengiva durante o movimento do lábio superior no sorriso. A erupção passiva alterada (EPA) é uma situação clínica produzida pelo excesso gengival cobrindo os limites do esmalte, resultando em aparência de coroa clínica curta. O objetivo deste trabalho é relatar o tratamento de um caso de EPA associada à gengivite realizado na Faculdade de Odontologia de Araçatuba/UNESP, em paciente do sexo feminino, leucoderma, 18 anos de idade. A paciente queixava-se de dificuldade para realização dos procedimentos de higiene bucal e sangramento gengival, demonstrando desejo de aumentar a coroa clínica dos dentes anteriores superiores e inferiores. Após anamnese e realização de exames clínico e radiográfico, diagnosticou-se gengivite e EPA na região anterior superior e inferior, com pseudorecessões em algumas áreas. A terapia periodontal inicial relacionada à causa foi realizada. Na reavaliação, constatou-se a permanência da EPA e a possibilidade de tratá-la com a cirurgia plástica periodontal. Foi realizada a técnica de gengivoplastia para restituir as características anatomofuncionais normais do periodonto de proteção, com o objetivo de facilitar a realização dos procedimentos de higiene bucal e melhorar a estética. O pós-operatório foi acompanhado durante várias sessões, constatando-se o sucesso clínico do tratamento. Conclui-se que a EPA é um fator que frequentemente contribui para a presença do sorriso gengival e pode ser facilmente corrigido pela cirurgia plástica periodontal. Além disso, a motivação da paciente em manter a higiene bucal é fundamental para a manutenção da saúde periodontal.

Palavras-chave: Sorriso. Gengiva. Gengivoplastia. Erupção dentária. Estética.

Leonardi, GB. **Treatment of altered passive eruption with periodontal plastic surgery. A case report.** Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

Abstract

Gummy smile constitutes a relatively frequent aesthetic alteration characterized by excessive exhibition of the gums during smiling movements of the upper lip. Altered Passive Eruption (APE) is a clinical situation produced by excessive gum overlapping over the enamel limits, resulting in a short clinical crown appearance. The purpose of this article is to report the treatment of a case of APE associated with gingivitis diagnosed in a white female patient, 18 years-old, at the Dental School of Araçatuba/UNESP. The patient complained of difficulties to perform oral hygiene procedures and gingival bleeding. She also wanted to increase the clinical crown of the anterior teeth. After obtaining the medical history, clinical and radiographic exams were performed and an APE associated with gingivitis was diagnosed in the anterior region of the upper and lower arches, with pseudo recession in some areas. The initial periodontal therapy related to the cause was performed. At the reevaluation, it was observed that the APE was still an issue and a periodontal plastic surgery was planned to correct it. A gingivoplasty was performed to restore the normal anatomy of the gingiva in order to facilitate the oral hygiene procedures and to improve esthetics. The clinical success of the case was verified in several postoperative follow-ups. APE is a factor that frequently contributes to the presence of a gummy smile, and it can be easily be corrected by periodontal surgery. In addition, the patient's motivation to maintain oral hygiene is a fundamental requirement for the maintenance of periodontal health.

Keywords: Smiling. Gingiva. Gengivoplasty. Tooth eruption. Esthetics.

Lista de Figuras

Figura 1. Fenestração gengival na região do dente 31.	14
Figura 2. Radiografias das regiões anteriores das arcadas superior (A) e inferior (B).	14
Figura 3. Persistência do sorriso gengival após terapia periodontal básica.	15
Figura 4. Incisão primária com gengivótomo de Kirkland.	15
Figura 5. Incisão secundária com gengivótomo de Orban.	16
Figura 6. Restituição das condições anatômicas e funcionais das regiões de papilas interdentais e margens gengivais.	16
Figura 7. Suturas para hemostasia na região inferior anterior.	17
Figura 8. Pós-operatório de 2 anos das arcadas superior (A) e inferior (B).	17

Sumário

1	Introdução	08
2	Proposição	09
3	Relato de Caso Clínico	09
4	Discussão	11
5	Conclusão	12
	Referências	13

1 INTRODUÇÃO

Um sorriso transmite uma natureza amigável e reflete alegria e confiança. O sorriso é um importante método de comunicação não verbal, sendo uma interação entre os dentes, o lábio e a gengiva.¹ Quando uma quantidade excessiva de gengiva é visível ao sorrir, esta condição é comumente referida como "sorriso gengival", sendo encontrada com frequência na população em geral.² Uma das causas do sorriso gengival pode ser a erupção passiva alterada (EPA).

Erupção passiva foi descrita como o deslocamento apical do periodonto até que a junção dentogengival atinja a junção cimento-esmalte (JCE).³⁻⁴ Na EPA, a margem gengival não migra até sua posição final sobre a superfície do cimento, permanecendo posicionada sobre a superfície do esmalte ou próxima a ela.⁵ A EPA apresenta-se clinicamente com coroas clínicas curtas, muitas vezes apresentando exposição gengival excessiva. Como resultado, a margem da gengiva assume uma posição mais coronal na coroa anatômica, ficando distante da JCE.⁶⁻⁷ Nestes casos, a JCE está muito próxima ou nivelada com a crista óssea, com pouco ou nenhum espaço para as estruturas dentogengivais inserirem na superfície da raiz.⁷

A EPA pode ser classificada em dois tipos: tipo I - há classicamente uma quantidade excessiva de gengiva quando é medida a partir da gengiva marginal livre até a linha mucogengival; tipo II - há uma dimensão normal de gengiva quando medida da gengiva marginal livre até a linha mucogengival.⁸

Em função das relações entre a crista óssea e a JCE do dente, o tipo I pode ser subdividido em subcategorias A e B. Na subcategoria IA, a distância entre o nível da JCE e a crista óssea é superior a 1mm, o que é suficiente para a inserção das fibras de inserção do tecido conjuntivo na superfície radicular. Na subcategoria IB, a distância entre o nível da JCE e a crista óssea é inferior a 1 mm, isto é, não permite um espaço biológico adequado, pois possui dimensão reduzida para a inserção das fibras conjuntivas.⁸⁻⁹

O tratamento para o sorriso gengival causado pela EPA varia dependendo de cada caso. Possíveis opções de tratamento da EPA tipo I incluem a gengivectomia e o retalho posicionado apicalmente associado à cirurgia óssea.¹ O tipo II, com crescimento excessivo do processo maxilar, geralmente implica um plano de tratamento multidisciplinar, incluindo prótese, ortodontia e cirurgia periodontal.¹ Contudo, quando não há problemas patológicos e estéticos para o paciente, então nenhum procedimento corretivo é indicado.⁵

Em alguns casos, o excesso de tecido gengival interfere na higiene bucal e pode favorecer o acúmulo de placa. As profundidades de sondagem geralmente estão aumentadas,

com resultante inflamação marginal dos tecidos gengivais. Esses sintomas geralmente acentuam a EPA. É importante salientar que o aumento na profundidade de sondagem geralmente é causado pelo excesso de tecido mole (formação de bolsa gengival), e não pela perda de inserção dos tecidos periodontais. Contudo, no paciente periodontalmente susceptível, pode ocorrer perda de inserção e reabsorção óssea.⁵

2 PROPOSIÇÃO

Neste contexto, o objetivo do presente trabalho é apresentar o tratamento de um caso de EPA associado à gengivite.

3 RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, leucoderma, 18 anos de idade, compareceu à clínica do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, queixando-se de dificuldade para realização dos procedimentos de higiene bucal, sangramento gengival e desejo de aumentar a coroa clínica dos dentes anteriores nas arcadas superior e inferior. Na anamnese, verificou-se que a paciente era saudável sistemicamente. No exame clínico inicial, constatou-se que quando a paciente sorria, uma grande quantidade de gengiva estava evidente, caracterizando o chamado “sorriso gengival”. No exame da situação periodontal, observou-se que a paciente apresentava profundidades de sondagem de 3 a 5 mm na face vestibular dos dentes 13 a 23 e 33 a 43, porém sem perda inserção clínica, caracterizando assim bolsas gengivais. Observou-se, também, sangramento gengival à sondagem em todos os sítios periodontais dos dentes anteriores, além de gengiva eritematosa e edemaciada, o que agravava ainda mais o aspecto de coroas clínicas curtas. Além disso, a paciente apresentava uma fenestração gengival na região do dente 31 (Figura 1). Durante o exame radiográfico, não foram evidenciadas perdas ósseas (Figura 2). O diagnóstico final foi o de EPA associada à gengivite na região anterior das arcadas superior e inferior.

Tratamento

Após realização de terapia periodontal básica, procedeu-se a reavaliação, realizada após quatro semanas, quando se observou melhora no controle de placa realizado pela paciente e na condição do tecido gengival. No entanto, constatou-se, também, a permanência de bolsas gengivais (Figura 3). Assim, foi firmado o diagnóstico de EPA tipo I, subtipo A.

Com o objetivo de restabelecer as características anatomofuncionais normais do periodonto de proteção, trazendo maior conforto e estética para a paciente, além de facilitar a realização dos procedimentos de higiene bucal, planejou-se a realização de gengivoplastia para a remoção do excesso de tecido gengival na região ântero-superior dos dentes 13 ao 23 e dos dentes 33 ao 43.

Após anti-sepsia extra-bucal com polivinilpirrolidona iodo a 10% (Riodeine, Rioquímica, São José do Rio Preto, Brasil) e intra-bucal com bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard, Procter & Gamble, São Paulo, Brasil) foi realizada a anestesia com Mepivacaína HCL 2% (Nova DFL, Indústria e Comércio S.A, Rio de Janeiro, Brasil) através do bloqueio regional bilateral dos nervos mentonianos para o procedimento cirúrgico da região ântero-inferior dos dentes 33 a 43 e do bloqueio regional bilateral dos nervos alveolares anteriores superiores para o procedimento cirúrgico da região ântero-superior dos dentes 13 a 33.

Após a anestesia, a sonda milimetrada foi introduzida paralelamente ao longo eixo dos dentes até atingir o fundo de sulco. Em seguida, procedeu-se à transferência dessas medidas para a superfície externa da gengiva, obtendo-se as marcações ou pontos sangrantes, para servirem como referência para realização da incisão primária. Para cada dente, foram realizadas três marcações por vestibular (mesial, medial e distal). Realizou-se, então, a incisão primária utilizando o gengivótomo de Kirkland n^{os} 15 e 16 seguindo uma angulação de 45 graus em relação ao longo eixo dos dentes (Figura 4). Uma segunda incisão foi realizada na região das papilas interdentais com gengivótomo de Orban n^{os} 1 e 2 posicionado a 45 graus em relação ao longo eixo dos dentes (Figura 5). Após remoção do tecido gengival em excesso da superfície vestibular e papilas interdentais, foi utilizado o gengivótomo de Kirkland para realização de plastia gengival. Na sequência, com o auxílio da cureta de Gracey n^{os} 5 e 6, todo o remanescente de tecido excisionado e de tecido de granulação foi removido. Para finalizar, o alicate de tecido mole foi utilizado para restituir as condições anatômicas e funcionais das regiões das papilas interdentais e margens gengivais de todos os dentes, melhorando a estética (Figuras 6). Com o intuito de controlar o sangramento na região inferior, foi necessário realizar suturas compressivas com fio de seda 4.0 (Ethicon, Johnson & Johnson do Brasil - Ind. e Com. de Produtos para Saúde Ltda, São José dos Campos, Brasil) (Figura7). Para

conforto da paciente, a área cruenta foi protegida com cimento cirúrgico (Coe-Pak, GC America Inc., Alsip, IL, USA). Para o pós-operatório, prescreveu-se dipirona sódica 500mg (Novalgina, Medley, Campinas, Brasil) de 6/6h, somente em caso de dor. Além disso, a paciente foi instruída a realizar bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard, Procter & Gamble, São Paulo, Brasil) duas vezes ao dia, durante 7 dias. As suturas foram removidas aos 7 dias pós-operatórios, quando se realizou, também, a troca do cimento cirúrgico. Este foi removido aos 14 dias pós-operatórios. A terapia periodontal de suporte tem sido realizada há 2 anos, consistindo de reforço na motivação da higiene bucal e sua prática, bem como no controle profissional da placa bacteriana (Figura8).

4 DISCUSSÃO

O sorriso gengival constitui uma alteração estética relativamente frequente caracterizada pela exibição excessiva da gengiva durante o movimento do lábio superior ao sorrir.¹⁰ A EPA é um fator que frequentemente contribui para a presença do sorriso gengival.¹⁰ O presente relato apresentou um caso clínico de EPA tipo I subcategoria A e o tratamento realizado.

No presente caso clínico, a paciente apresentava uma linha alta do sorriso, o que deixou evidente tanto o tamanho diminuído das coroas clínicas dos dentes 13 a 23, como as alterações de cor e forma do tecido gengival nessa região, comprometendo a estética. Além disso, embora não tivesse envolvimento estético, a paciente apresentava quadro clínico similar nos dentes 33 a 43. A paciente tinha dificuldade de realizar os procedimentos de higiene bucal nessas áreas, apresentando, assim, um quadro de gengivite.

A literatura referente ao tratamento do sorriso gengival é geralmente esparsa e pouco fundamentada, sem dados suportados por análise estatística. Os relatos de casos geralmente descrevem o uso da cirurgia periodontal sem diferenças claras entre a gengivectomia e a cirurgia ressectiva óssea.⁹

A seleção do tipo de cirurgia periodontal a ser realizada depende de vários fatores. Se o nível ósseo é apropriado, ou seja, se há mais do que 3 mm do osso à margem gengival e se uma zona adequada de gengiva inserida permanecerá após a cirurgia, então a gengivoplastia

estará indicada. Contudo, se os procedimentos diagnósticos revelarem níveis ósseos próximos à JCE, um retalho gengival com osteotomia estará indicado.¹²

No presente caso clínico, após realização da terapia periodontal básica, com motivação e instruções de higiene bucal, além do procedimento de raspagem dental, procedeu-se à realização de gengivoplastia. Após 2 anos de acompanhamento do caso, pode-se constatar o sucesso do tratamento realizado, pois a paciente apresenta periodonto saudável e com estética satisfatória, preservados desde a realização do tratamento. Em relação à opção de realizar-se a gengivoplastia, os resultados satisfatórios observados no presente caso clínico corroboram aqueles descritos por Levine & McGuire (1997), que também relataram tratamento bem-sucedido de 2 casos clínicos de EPA tipo I subcategoria A tratados apenas com gengivoplastia.¹²

Autores têm discutido se a EPA constitui um risco genuíno para a saúde periodontal, indicando as dificuldades na realização de higiene bucal e a inserção estreita do tecido conjuntivo como possíveis causas.^{3,5} Volchansky & Cleaton-Jones (1974) relataram uma relação estatisticamente significativa entre a presença de EPA e a gengivite ulcerativa necrosante, comentando que um sulco gengival profundo cria condições anaeróbias necessárias para o desenvolvimento desta infecção.¹³ Outros autores indicam que um excesso de gengiva sobre o dente dificulta a higiene bucal e pode causar doenças, especialmente em indivíduos que já têm alta predisposição para periodontite.¹⁰

No presente caso clínico, a paciente relatou dificuldade para realizar procedimentos de higiene bucal, apresentando sinais clínicos de gengivite, que poderia, dependendo de outros fatores, evoluir para um quadro de periodontite. Além disso, a estética incomodava a paciente. Portanto, o tratamento foi realizado para restituir a saúde periodontal e proporcionar uma estética satisfatória para a paciente.

5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a EPA é um fator que frequentemente contribui para a presença do sorriso gengival e pode ser facilmente corrigido pela cirurgia plástica periodontal. Além disso, a motivação da paciente em manter a higiene bucal é fundamental para a manutenção da saúde periodontal.

5 REFERÊNCIAS

- 1- Garber, D.A.;Salama, M.A. The aesthetic smile: Diagnosis and treatment. **Periodontol** **2000**, v. 11, p.18-28, 1996.
- 2- Humayun, N. et al. Mucosal Coronally Positioned Flap for the Management of Excessive Gingival Display in the Presence of Hipermobility of the Upper Lip and Vertical Maxillary Excess: A Case Report. **J Periodontol**, v.81, p.1858-63, 2010.
- 3- Coslet, G.;Vanarsdall, R.;Weisgold, A. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. **Alpha Omegan**, v.3, p.24-28, 1977.
- 4- Weinberg, M.A.; Eskow, R.N. An overview of delayed passive eruption. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**, v.21, p.511-14, 2000.
- 5- Evian, C.I. et al. Altered Passive eruption: the undiagnosed entity. **J Am Dent Assoc**, v.124, p.107-10, 1993.
- 6- Dolt, A.H. 3rd; Robbins, J.W. Altered passive eruption: An etiology of short clinical crowns. **Quintessence Int**, v.28, p.363-72, 1997.
- 7- Batista, E.L. Jr. et al. Altered passive eruption diagnosis and treatment: a cone beam computed tomography – based reappraisal of the condition. **J ClinPeriodontol**, v.39, p.1089-96, 2012.
- 8- Monnet-Corti, V.; Borghetti, A. Fisiopatologia e exame clínico do complexo mucogengival. In: Borghetti, A.; Monnet-Corti, V. **Cirurgia Plástica Periodontal**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 57-97.
- 9- Cairo, F. et al. Periodontal Plastic Surgery to Improve Aesthetics in Patients with Altered Passive Eruption /Gummy Smile: A Case Series Study. **International Journal of Dentistry**, 2012, doi: 10.1155/2012/837658. [Epub ahead of print].
- 10- Alpiste-Illueca, F. Altered Passive Eruption (APE): A little-known clinical situation. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.16, p.100-4, 2011.
- 11- Dzierzak, J. Achieving the optimal perio-esthetic results: the team approach. **J Am Dent**, v.123, p.41-48, 1992.
- 12- Levine, R.A.; McGuire, M. The diagnosis and treatment of the gummy smile. **Compendium**, v.18, p.757-64, 1997.
- 13- Volchansky, A.;Cleaton-Jones, P.E. Delayed passive eruption. A predisposing factor to Vincent’s infection? **J Dent Asso S Africa**, v.29, p.291-94, 1974.

FIGURA 1



FIGURA 2

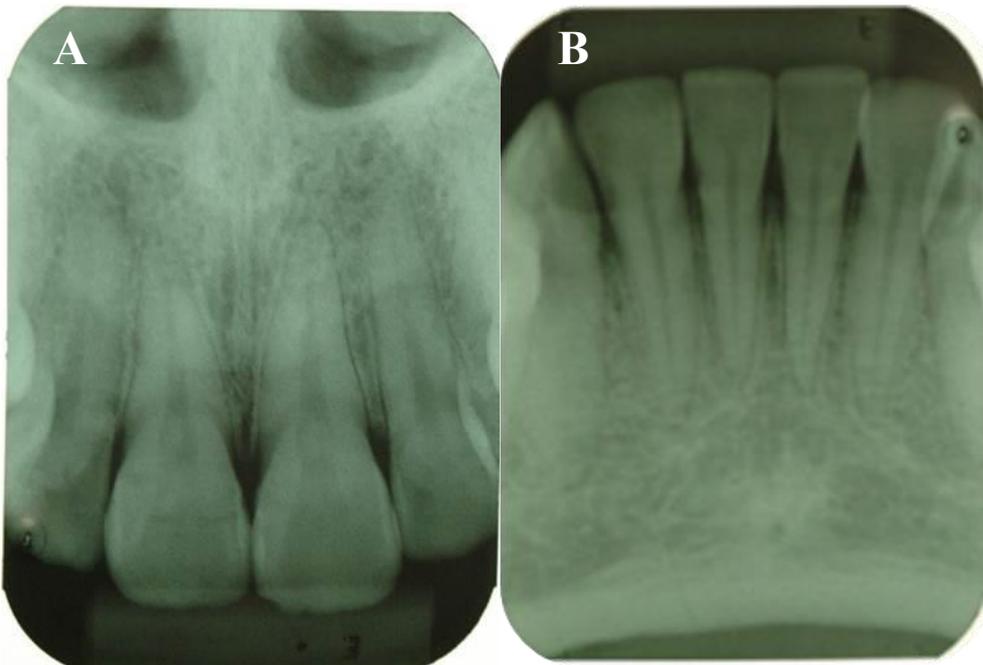


FIGURA 3



FIGURA 4



FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 7



FIGURA 8

