

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

GUILHERME KLEBIS DE OLIVEIRA

**POSSIBILIDADES CIRÚRGICAS PERIODONTAIS NA
OTIMIZAÇÃO DO SORRISO**

BAURU
2016

GUILHERME KLEBIS DE OLIVEIRA

**POSSIBILIDADES CIRÚRGICAS PERIODONTAIS NA
OTIMIZAÇÃO DO SORRISO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro de Ciências da
Saúde da Universidade do Sagrado
Coração, como parte dos requisitos para
obtenção do título de bacharel em
Odontologia, sob orientação do Prof. Dr.
José Fernando Scarelli Lopes.

BAURU
2016

O482p

Oliveira, Guilherme Klebis de

Possibilidades cirúrgicas periodontais na otimização do sorriso / Guilherme Klebis de Oliveira. -- 2016.

20f. : il.

Orientador: Prof. Dr. José Fernando Scarelli Lopes.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.

1. Estética dentária. 2. Gengivoplastia. 3. Periodontia. I. Lopes, José Fernando Scarelli. II. Título.

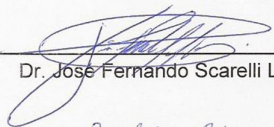


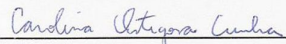
UNIVERSIDADE DO
**SAGRADO
CORAÇÃO**
A Universidade da sua vida

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Guilherme Klebis de Oliveira.

Ao dia oito de dezembro de dois mil e dezesseis, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Guilherme Klebis de Oliveira intitulado: "**Possibilidades cirúrgicas periodontais na otimização do sorriso**". Compuseram a banca examinadora os professores Dr. José Fernando Scarelli Lopes, Dra. Carolina Ortigosa Cunha e Dr. João Henrique Nogueira Pinto. Após a exposição oral, o candidato foi arguido pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, APROVAR, com a nota 10,0 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pelo Orientador e pelos demais membros da banca.


Dr. José Fernando Scarelli Lopes (Orientador)


Dra. Carolina Ortigosa Cunha (Avaliador 1)


Dr. João Henrique Nogueira Pinto (Avaliador 2)

Aos meus pais Heide e Rosely, irmãos Vitor e Amanda, e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu concluísse esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer imensamente a Deus, pela vida, saúde, família e pelas conquistas alcançadas. Aos meus pais José Heide de Oliveira e Rosely Klebis de Oliveira pela oportunidade dada, por sempre estarem ao meu lado nos momentos difíceis, tristes, por todo esforço e dedicação para que eu pudesse realizar mais este sonho. Muito obrigado pela criação, pela educação, pelo caráter que vocês me ensinaram, e por me tornar o que sou hoje. Vocês sempre serão minha inspiração de vida, de profissionalismo, de dedicação, de família, enfim, sempre serão tudo! Eu amo vocês!

Aos meus irmãos Vitor Klebis de Oliveira e Amanda Klebis de Oliveira por sempre estar ao meu lado durante minha vida, por conviverem esses últimos quatro anos comigo em Bauru, por dividirem todos os momentos de dificuldades, de saudades dos pais, e desejo que todos seus sonhos sejam realizados e sejam muito felizes.

Agradeço também aos meus tios Hednei e Ana, meus primos Giovani e Giulia, a minha avó Anna, que estiveram sempre presente em minha vida, principalmente nos últimos anos em que pudemos conviver por mais tempo juntos, os quais fizeram de tudo o possível para que me mantivesse motivado em busca do meu sonho e supriram a saudade dos meus pais. Ao meu avô e padrinho Ricardo e minha avó e madrinha Maria, que mesmo com a distância, a dificuldade em conviver mais tempos juntos, sempre serão as pessoas mais importantes em minha vida!

Meus amigos que conquistei durante esses anos de faculdade, mesmo chegando após todos já terem seus grupos, mas que me acolheram da melhor forma possível. Alguns conquistaram minha amizade eterna, meu respeito, um espaço especial em minha vida como Vinicius e Larissa, Mateus, João Paulo, Letícia Nunes, Jaqueline, Karine. Mas teve alguns que conseguiram superar isso, que conviveram comigo todos os momentos importantes em minha vida, me apoiaram nos momentos difíceis, me deram conselhos e broncas quando necessário, estavam comigo nas horas de alegrias, e que serão eternos, como minha amiga Natany Oliveira e Mariana Barbosa e meu amigo irmão Nikolas Val, que nossas amizades seja eterna! Amo vocês.

RESUMO

As cirurgias plásticas periodontais vêm sendo muito procuradas por pessoas que alegam querer corrigir o “sorriso gengival”, que ao sorrir exhibe mais gengiva do que dentes. O sucesso deste procedimento está diretamente relacionado ao correto diagnóstico, a um plano de tratamento adequado e ao conhecimento técnico do profissional. O presente caso clínico é de uma paciente do sexo feminino, 36 anos, que foi indicado o procedimento cirúrgico de periodontal, para correção do sorriso gengival, com acompanhamento pós-cirúrgico de 15 e 45 dias. Portanto, cirurgias plásticas periodontais é uma boa alternativa para correção de sorrisos gengivais.

Palavras-chaves: Estética dentária. Gengivoplastia. Periodontia.

ABSTRACT

Periodontal plastic surgeries have been increasingly sought by people who want to fix the "gingival smile," which smile shows more gums than teeth. The success of this procedure is directed to the correct diagnosis, to an adequate treatment plan and to the technical knowledge of the professional. This clinical case is of a female patient, 36 years old, who was indicated gingivoplasty surgery, to correct the gingival smile, with postoperative monitoring of 15 and 45 days. Therefore, periodontal plastic surgery is a good alternative for correction of gingival smiles.

Keywords: Esthetics dental. Gingivoplasty. Periodontics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Vista frontal - após tratamento ortodôntico.....	12
Figura 2 -	Análise zênite dos elementos dentais.....	12
Figura 3 -	Marcação com auxílio de uma sonda periodontal milimetrada.....	13
Figura 4 -	Vista frontal do retalho dividido	14
Figura 5 -	Vista frontal - sutura de hemi-arcada ancorado no tecido periósteo (A) e suturas concluídas (B).....	15
Figura 6 -	Vista frontal - aspecto da cicatrização após 15 dias (A) e aspecto após 40 dias de cirurgia (B)	15
Figura 7 -	Vista frontal - antes (A) e pós-tratamento (B)	15

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	OBJETIVO GERAL	11
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	11
3	RELATO DE CASO CLÍNICO	12
4	DISCUSSÃO	16
5	CONCLUSÃO	19
	REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A odontologia atual passa por aprimoramento em diversas áreas de atuação. No entanto, podemos dividir a estética bucal em branca e vermelha. Essas terminologias comumente utilizadas na literatura vêm de encontro aos anseios do paciente, onde os mesmo buscam por dentes extremamente brancos e com longas coroas clínicas sem o aparecimento de tecido gengival. (MONNET-CORTI; BORGHETTI, 2002). O contorno da gengiva nos dentes anteriores, principalmente, assim como a formação de papila, apresenta um papel de fundamental importância relacionado com a estética. (TARNOW; MAGNER; FLETCHER, 1992).

Para que as correções cirúrgicas da harmonia do sorriso se concluam, um correto planejamento se torna necessário. Este planejamento envolve fotografias intra e extraorais, modelos de gesso, exame clínico para avaliação da quantidade e qualidade do periodonto de sustentação e proteção, radiografias para avaliação da previsibilidade cirúrgica, assim como possibilitar um planejamento reverso do caso a ser executado. Nesse sentido, a utilização de programas de computadores, encerramentos diagnósticos e *mock-ups* dos casos a serem operados podem, também, contribuir para o tratamento cirúrgico reabilitador.

Nesse complexo, o planejamento, é de suma importância para a avaliação da anatomia e o biótipo do tecido gengival a ser operado, analisando criteriosamente a quantidade de tecido ceratinizado, processos inflamatórios, perda óssea entre outras patologias que podem envolver o processo cicatricial. Devem ser analisados, a saúde geral do paciente e risco cirúrgico e aspectos psicológicos do paciente. (GOLDMAN; COHEN, 1983; MILLER; ALLEN, 1996).

Nesse contexto, a técnica cirúrgica a ser empregada é muito importante, pois é através desta que conseguimos manipular o tecido em função de sua nova margem gengival, respeitando as distancias biológicas e a confecção correta do arco côncavo gengival. (GOLDMAN; COHEN, 1983; NABERS, 1954; OCHSENBEIN, 1986).

Com relação à técnica a ser empregada, consiste na realização do chamado retalho de espessura parcial (MONNET-CORTI; BORGHETTI, 2002), ou seja, o retalho dividido, onde se preserva o periósteo sobre os tecidos ósseos a fim de se conseguir a ancoragem dos tecidos por meio de suturas. Pode-se afirmar, no

entanto, que a sutura é umas das etapas de grande complexidade e responsável pela manutenção da gengiva na posição determinada no planejamento prévio e sucesso das etapas da cicatrização.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar revisão de literatura sobre cirurgias periodontais para aumento de coroa clínica.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Auxiliar os profissionais na correta indicação das cirurgias periodontias visando a possibilidade da diminuição do sorriso gengival, por meio de descrição de caso clínico.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino compareceu a clínica odontológica da Universidade do Sagrado Coração com queixas com relação ao sorriso gengival. A mesma relatava que ao sorrir mostrava muito tecido gengival, e parte do freio labial. (Figura 1).

Figura 1 - Vista frontal - após tratamento ortodôntico



Fonte: Elaborada pelo Prof. Dr. José Fernando Scarelli Lopes.

A paciente possuía histórico de tratamento ortodôntico corretivo que se encontrava em perfeitas condições. Clinicamente foi notada, realmente, a necessidade de procedimentos para melhora do correto posicionamento do arco côncavo regular. (Figura 2).

Figura 2 - Análise zênite dos elementos dentais



Fonte: Elaborada pelo Prof. Dr. José Fernando Scarelli Lopes.

Com intuito de oferecer previsibilidade ao tratamento, foram realizados modelos de gesso da arcada superior e inferior, radiografia panorâmica para se verificar as condições periodontais do ósseo e implantação dos dentes.

Fotografias foram feitas em várias posições, a fim de facilitar o planejamento cirúrgico oferecendo dessa forma um planejamento reverso, ou seja, com a possibilidade de análise em computador das possibilidades a serem oferecidas ao paciente.

Nos modelos de gesso, é possível analisar os zênites dos elementos dentais, assim como, traçar um planejamento da quantidade de tecido removido de cada elemento dental.

Foram explicados à paciente os procedimentos operatórios, assim como todos os riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos como possíveis sensibilidades dentárias pós-cirúrgicas e exposições radiculares, necessitando, inclusive, da confecção de facetas indireta ou diretas em resina composta.

Para a realização da cirurgia, todos os parâmetros que visam a biossegurança foram rigorosamente seguidos. Para o procedimento foi feita anestesia local infiltrativa para se conseguir total conforto ao paciente no momento operatório.

Foram feitas marcações intra-sulculares, com auxílio de uma sonda periodontal milimetrada (Figura 3), a fim de se verificar a possibilidade de possíveis áreas hiperplásicas a serem removidas. Em todas as áreas foram verificadas a possibilidade de remoção de uma quantidade de tecido variando de 2 a 3 mm de tecido. Para isso um contra-bisel foi realizado com lâmina de bisturi 15C do elemento 15 ao 25. (Figura 4).

Figura 3 - Marcação com auxílio de uma sonda periodontal milimetrada



Fonte: Elaborada pelo Prof. Dr. José Fernando Scarelli Lopes.

Figura 4 - Vista frontal do retalho dividido



Fonte: Elaborada pelo Prof. Dr. José Fernando Scarelli Lopes.

Posteriormente a incisão em contra-bisel, a lâmina de bisturi foi posicionada paralela ao tecido ósseo a fim de se conseguir realizar um retalho de espessura parcial através da técnica do retalho dividido. Essa incisão irá se estender até a mucosa alveolar a fim de promover a maleabilidade do tecido para poder possibilitar a sutura em uma posição mais apical do retalho.

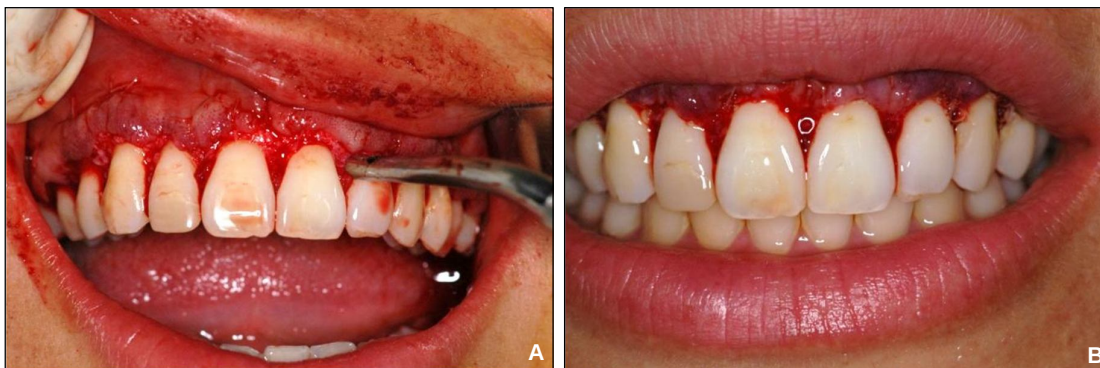
Tal retalho de espessura parcial visa manter o periósteo que recobre o tecido ósseo, a fim de possibilitar a sutura no local desejada. Este procedimento é de suma importância, porque a manutenção do periósteo nos permite guiar a margem gengival. No presente caso, foi realizado o reposicionamento do freio labial em uma porção mais apical, para o mesmo não interferir na estética durante o sorriso. Para isso o freio foi cuidadosamente pinçado e removido e reinserido com auxílio de fios de sutura e fenestração do periósteo para futura reinserção.

Portanto, a sutura foi realizada passando o fio de sutura pelo periósteo (Figura 5 A) a fim de ancorar o tecido gengival na porção adequada (fio reabsorvível 5.0 e 6.0), respeitando os 3 mm para formação das distancias biológicas e determinando o tamanho e o zênite adequado para cada dente, como planejado anteriormente. Durante o procedimento de sutura é necessário uma atenção para manter o vértice dos dentes anteriores inclinados para distal, a fim de conseguir a estética desejada. (Figura 5 B). Como parâmetros, deixamos a margem gengival dos incisivos centrais na mesma altura dos caninos e os laterais levemente abaixo.

Após sutura, não foi colocado cimento cirúrgico devido às boas condições da sutura. Foram passadas à paciente, recomendações pós-operatórias e a prescrição

de analgésico, uso de bochecho com gluconato de clorexidina 0,12% e necessidade de controles posteriores.

Figura 5 - Vista frontal - sutura de hemi-arcada ancorado no tecido periósteo (A) e suturas concluídas (B)



Fonte: Elaborada pelo Prof. Dr. José Fernando Scarelli Lopes.

Figura 6 - Vista frontal - aspecto da cicatrização após 15 dias (A) e aspecto após 40 dias de cirurgia (B)



Fonte: Elaborada pelo Prof. Dr. José Fernando Scarelli Lopes.

Figura 7 - Vista frontal - antes (A) e pós-tratamento (B)



Fonte: Elaborada pelo Prof. Dr. José Fernando Scarelli Lopes.

4 DISCUSSÃO

A exposição do tecido gengival, considerando um sorriso com abertura máxima, é classificado de acordo com Mikami (1990) em sorriso alto (exposição acima de 4 mm, 32% dos casos), sorriso médio (entre 3 e 4 mm, 42% dos casos) e sorriso baixo (abaixo de 3 mm, em 26% dos casos). (MILLER; ALLEN, 1996).

Com relação às técnicas cirúrgicas, podemos levar em consideração algumas terminologias que na literatura despertam grande controvérsia. Pode-se citar, no entanto a gengivoplastia e a gengivectomia. (CARRANZA, 1997).

A gengivoplastia consiste na remoção de gengiva superficial como nos caso de hiperplasias, atuando mais nos princípios de tratamento em casos onde se trata da inflamação somente da gengiva, relatada por Goldman e Cohen (1958). Já a gengivectomia foi melhor esclarecida, quando Goldman introduziu os termos utilizado até nos dias atuais como preparo inicial. No entanto, o termo gengivectomia foi melhor exemplificado por Nabers (1954) e Oschembein (1986), onde relataram a presença mínima de gengiva inserida. Porém, Goldman e Cohen (1983) relacionou a higiene bucal, controle de placa bacteriana, raspagem e alisamento radicular como fatores fundamentais para qualquer técnica a ser empregada.

Podemos mencionar, ainda, com relação à classificação das técnicas do retalho de espessura parcial ou retalho dividido utilizado com intuito da manutenção do periósteo utilizado nas cirurgias de enxerto gengival livre e nos retalhos com deslocamento apical como no caso relatado no presente trabalho. Já nos caso onde a intenção será atingir o tecido ósseo como nos casos de enxerto ósseo e colocação de membranas, o retalho é denominado de mucoperiostal, onde temos um retalho de espessura total, descolando tecido gengival e periósteo adjacentes.

Em linhas gerais, pode-se mencionar que o retalho muco gengival como realizado neste trabalho pode garantir resultados melhores e mais seguros, pois este tipo de retalho proporciona ao profissional a sutura intra periósteo cuja função é a manutenção da margem gengival estabelecida e não possibilitar a exposição do tecido ósseo.

Levine e McGuire (1997) relatou que o sorriso gengival tem duas etiologias principais, como problemas esqueléticos e erupção passiva alterada como ocorreu no relato clínico do presente trabalho.

As cirurgias plásticas periodontais a cada dia são mais utilizadas para as correções ligadas a estética gengival dos pacientes. Cirurgia, estas, que vêm de encontro aos anseios de nossos pacientes. No entanto, um correto planejamento se torna fundamental para o sucesso da técnica a ser empregada, onde é de suma importância uma avaliação da arquitetura gengival, quantidade de mucosa ceratinizada, zênite gengival, quantidade de tecido ósseo e considerar a altura da posição dos lábios superiores. Nesse contexto, para uma correta observação da posição labial, ou seja, posição durante o sorriso um protocolo fotográfico se torna bastante importante, assim como, observar o paciente em movimentos funcionais de fala e sorriso espontâneo.

Devemos ressaltar, ainda, a importância do enceramento diagnóstico com intuito de avaliar a necessidade de empregar, após a cirurgia, facetas, lentes de contato ou mesmos procedimentos restauradores com resina composta. Procedimentos esses com a função de se conseguir uma otimização estética associada à cirurgia periodontal.

Com relação à técnica cirúrgica a ser empregada é importante observar se existem alterações na erupção passiva dos dentes anteriores ou se o caso em questão é apenas excesso de tecido de mucosa ao redor dos dentes. Com auxílio de exames radiográficos e uma correta sondagem periodontal é possível identificar claramente a situação específica do caso em questão.

Nos casos de pouca exposição dental, e reposicionamento apical do retalho a técnica do retalho dividido é empregada. Tal técnica nos permite remover um colar de tecido gengival e posteriormente dividir o retalho paralelo ao periósteo. Este procedimento visa à possibilidade ter acesso direto ao tecido ósseo, possibilitando a osteotomia realizado com auxílio de brocas, cinzéis ou micro cinzéis.

Com relação à reparação tecidual é importante ressaltá-la ao pacientes e ter em mente períodos médios de cicatrização. Após a cirurgia, ocorre um coágulo sanguíneo com grande concentração de leucócitos que cobre a ferida, o que irá proteger o tecido conjuntivo. Segundo Duarte, Pereira e Castro (2002), somente após 24 a 36 horas as células da camada basal vão começar a migrar em direção ao dente. É necessário, em média, para a reepitelização da gengiva e o restabelecimento do sulco gengival clinicamente de 30 a 45 dias. Já no tecido ósseo a literatura menciona quatro dias para o início da remodelação da arquitetura óssea.

Porém no tecido ósseo existe uma reabsorção nas primeiras 12 horas, e após o 4º dia a remodelação óssea se inicia.

No entanto, clinicamente o aspecto da cirurgia nos primeiros dias representa estar comprometida e o paciente deve estar ciente das características de cada fase da cicatrização, para não causar preocupações em relação aos aspectos clínicos visíveis pelo paciente.

Há de se confrontar, na literatura, métodos efetivos para cada técnica assim como a elegibilidade dos casos a serem operados com relação a real necessidade e empregabilidade da técnica em função da quantidade e qualidade de tecido de revestimento, ausência de patologia óssea e periodontais, sondagens e um efetivo exame clínico e radiográfico.

Nesse contexto, se pode ter bases suficientes para um planejamento reverso adequado analisando o paciente frente aspectos intra e extraorais.

Enfim, pode-se concluir que as cirurgias plásticas periodontais são procedimentos confiáveis e efetivos na correção dos sorrisos gengivais devolvendo, sem dúvidas, a autoestima do paciente e sua melhor integração a sociedade.

5 CONCLUSÃO

Podemos concluir com a revisão de literatura e o caso clínico apresentado, que as cirurgias plásticas periodontais apresentam previsibilidade e uma boa alternativa estética para correção de sorrisos gengivais, desempenhando um fator de impacto, psicologicamente, positivo.

REFERÊNCIAS

- CARRANZA, F. A. A técnica da gengivectomia. In: CARRANZA, F. A.; NEWMAN, M. G. **Periodontia clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 624-628.
- DUARTE, C. A.; PEREIRA, C. A.; CASTRO, M. V. M. Gengivectomia e genvivoplastia. In: DUARTE, C. A. **Cirurgia periodontal pré protética e estética**. São Paulo, SP: Santos, 2002. p. 33-56.
- GOLDMAN, H. M.; COHEN, D. W. The infrabony pocket: classification and treatment. **J Periodontol**, Birmingham, v. 29, n. 4, p. 272-291, Oct.1958.
- GOLDMAN, H. M.; COHEN, D. W. **Periodontia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1983.
- LEVINE, R. A.; MCGUIRE, M. The diagnosis and treatment of the gummy smile. **Compend Contin Educ Dent**, Jamesburg v. 18, n. 8, p. 757-762, 764; quiz 766, Aug.1997.
- MIKAMI, I. An evaluation of the functional lip posture. **Shigaku**, Tokyo, v. 78, n. 2, p. 339-376, Aug. 1990.
- MILLER, P. D.; ALLEN, E. P. The development of periodontal plastic surgery. **Periodontology 2000**, Copenhagen, v. 11, p. 7-17, 1996.
- MONNET-CORTI, V.; BORGHETTI, A. Estética do periodonto. In: BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. **Cirurgia plástica periodontal**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 98-112.
- NABERS, L. C. Repositioning the attached gingiva. **J Periodontol**, Birmingham, v. 25, p. 38, 1954.
- OCHSENBEIN, C. A primer for osseous surgery. **Int J Periodontics Restorative Dent**, Chicago, v. 6, n. 1, p. 8-47, 1986.
- TARNOW, D. P.; MAGNER, A. W.; FLETCHER, P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. **J Periodontol**, Chicago, v. 63, n. 12, p. 995-996, Dec. 1992.