



Tratamento Estético em Paciente com Erupção Passiva Alterada – Relato de Caso Aesthetic Treatment in Patient with Altered Passive Eruption – Case Report

Lucas Gabriel Cândido Costa¹; Manoel Pereira de Lima¹; Jefferson Lucas Mendes¹; Delane Maria Rêgo²; Ivalter José Ferreira Autor³.

¹Acadêmico de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia, Araruna – Paraíba – Brasil

²Professor de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia, Natal – Rio Grande do Norte – Brasil

³Professor de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia, Araruna – Paraíba – Brasil

Autor e endereço para correspondência:

Ivalter José Ferreira – Av. Coronel Pedro Targino, Araruna – PB, CEP: 58233-000. Email: ivalterjose@gmail.com

Resumo

Introdução: O sorriso gengival é uma condição clínica na qual há um excesso de exposição do tecido gengival durante o sorriso ou a conversação. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 25 anos, com queixa de insatisfação com o excesso de gengiva aparente ao sorrir, foi submetida aos exames periodontais, apresentando a gengiva hiperplasiada. A distância entre a junção cimento-esmalte (JCE) e a crista óssea manteve-se inferior a 2mm, confirmando o diagnóstico de uma erupção passiva alterada. Realizou-se o procedimento cirúrgico periodontal, sob magnificação ótica com a Lupa Eyemag 350 da ZEISS, aumento de 3.2-5x e utilizando instrumental microcirúrgico. Foi realizada a incisão em bisel interno dos elementos 14 ao 24, a fim de expor a coroa até a linha da JCE, removendo o colarinho tecidual e tecido de granulação presente e, em seguida, iniciou-se o descolamento do retalho, deparando-se com uma grande quantidade de osso. Foi determinada uma distância de 2,5mm entre a JCE e crista óssea dos incisivos centrais e de 3mm para os demais elementos. Executou-se osteotomia com broca cilíndrica 2173 e microcinzel, e a osteoplastia das exostoses ósseas com brocas diamantadas esférica 1014 e tronco-cônica 4138. Adaptou-se o retalho na posição ideal de forma a favorecer um novo contorno gengival e realizou-se as suturas com fio monofilamentado Nylon 6-0, técnica suspensória, para melhor estética e cicatrização. **Conclusão:** A cirurgia plástica periodontal resulta num tratamento eficaz para a correção de sorriso gengival por erupção passiva alterada, sem o risco de recidivas, uma vez que restabelece a distância dos tecidos supracrestais. O uso de magnificação favoreceu aos cuidados com o retalho, postura e conforto operacional.

Descritores: Hiperplasia gengival. Tecnologia odontológica. Cirurgia bucal.



Abstract

Introduction: Gingival smile is a clinical condition there is too much exposure to the tissue during the smile or a conversation. **Case report:** Female patient, 25 years old, complaining of dissatisfaction with excessive gingiva when smiling, underwent periodontal exams presenting hyperplastic gingiva. The distance between the cemento-enamel junction (CJE) and the bone crest remained below 2mm, confirming the diagnosis of an altered passive eruption. The periodontal surgical procedure was performed under optical magnification with the ZEISS EyeMag 350, an increase of 3.2-5x and using microsurgery instrumental. The Internal bevel incision of the elements 14 to 24 was performed to expose the crown to the CJE line, removing the tissue collar and granulation tissue present, and then commencing the detachment of the flap, encountering with a lot of bone. A distance of 2.5 mm between the JCE and the bone crest of the central incisors and 3 mm was determined for the other elements. Osteotomy was performed with 2173 cylindrical drill and microcinzel, and bone exostoses osteoplasty with 1014 spherical and truncated conical diamond drills 4138. The flap was adapted to the ideal position in order to favor a new gingival contour and the sutures were made using monofilament nylon 6-0, suspension technique, for better aesthetics and cicatrization. **Conclusion:** The use of technological resources favored the execution of the technique, as well as ensuring patient recovery and satisfaction, even with large amounts of bone and gingiva.

Keywords: Gingival hyperplasia. Dental technology. Oral surgery.

Introdução

O sorriso gengival é caracterizado pela presença excessiva de tecido gengival ao sorrir e constitui uma alteração estética relativamente frequente. Essa condição foi reconhecida pela Academia Americana de Periodontia como uma deformidade mucogengival em torno dos dentes, causada pela inadequada relação entre a borda do lábio superior, o posicionamento dos dentes superiores, a localização da maxila e a posição da gengiva marginal livre em relação à coroa dentária^{1,2}. Dentre as causas mais frequentes estão as doenças gengivais, hiperatividade labial, lábio superior curto, aumento gengival induzido por drogas e erupção passiva alterada (EPA)²⁻⁴.

A EPA constitui uma alteração do desenvolvimento eruptivo, onde parte da coroa anatômica está coberta pelo tecido gengival, o que ocasiona, clinicamente, a aparição de uma coroa clínica curta e excesso de tecido gengival. A associação da análise radiográfica e a sondagem transgengival estão entre os métodos diagnósticos mais utilizados nessa condição e, mais recentemente, a tomografia computadorizada por feixe cônico tem se destacado pela grandeza de detalhes na avaliação dos tecidos moles e duros^{3,5}.



Morfologicamente, a EPA é classificada em dois tipos de acordo com a localização da junção mucogengival em relação à crista óssea. No primeiro, além da margem gengival excessiva sobre a coroa, a dimensão da gengiva queratinizada é considerável - a junção mucogengival está localizada mais apicalmente que a crista óssea. No segundo tipo, a banda gengival queratinizada é estreita, com a junção mucogengival coincidindo ao nível da linha cimento esmalte¹.

De acordo com Garber e Salama⁶, existem duas formas de tratamento para casos de EPA: primeiro, uma simples gengivectomia para expor a coroa anatômica oculta em casos de EPA tipo 1; e, em segundo, um retalho de espessura total reposicionado apicalmente, com ou sem cirurgia óssea ressectiva.

Por esta razão, este trabalho tem como objetivo descrever um relato de caso clínico de um tratamento cirúrgico corretivo de sorriso gengival, em paciente com erupção passiva alterada, tratada com cirurgia plástica periodontal.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 25 anos, histórico médico sem qualquer relato digno de nota, compareceu à Clínica de Especialização em Periodontia do Departamento de Odontologia da UFRN, possuindo queixa de insatisfação com excesso de gengiva aparente ao sorrir e dentes pequenos. (Figura 1) O caso foi realizado no Departamento de Odontologia – UFRN, no laboratório do NEMO – Núcleo de Estudos em Microscopia Operatóia.



Figura 1 - Aspecto intrabucal evidenciando sorriso gengival.

Foi submetida aos exames periodontais Periodontal Screening and Recording (PSR) - 0, 1, 0, 0, 0, 0 - e periograma dos elementos 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23 e 24. A sondagem variou de 1mm



a 3mm. Os dentes apresentaram ausência de placa visível e discretos pontos de sangramento marginal à sondagem – papilas entre os elementos 11 e 21, 11 e 12, 21 e 22. Analisando os resultados dos exames, o periodonto foi qualificado como saudável.

Durante o exame também realizou-se orientações de higiene bucal, conduta suficiente para minorar os efeitos da leve presença de biofilme e conseqüente sangramento à sondagem em alguns sítios. Sete dias após, realizamos o procedimento cirúrgico periodontal, sob magnificação ótica com a Lupa Eyemag 350 da ZEISS, aumento de 3.2-5x para a sutura, e utilizando instrumental microcirúrgico.

Após a assepsia do campo operatório e face da paciente com clorexidina a 2%, realizou-se anestesia local com Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000, para bloqueio dos nervos infraorbitários e palatino anterior, e complemento infiltrativo na região dos elementos 11 e 21. Em seguida, realizou-se a sondagem transulcular a fim de identificar a distância da junção cemento-esmalte (JCE) e medir a distância da margem gengival até a crista óssea.

Em todos os dentes analisados a distância entre a JCE e a crista óssea foi inferior a 2mm, indo contra com a medida média proposta por Gargiulo *et al* (1961)⁷. A maioria dos sítios apresentavam essa distância variando de 0mm a 1,5mm, confirmando o diagnóstico de uma Erupção Passiva Alterada.

Foi realizada a incisão em bisel interno a fim de expor a coroa até a linha da JCE e, em seguida, foi removido o colarinho tecidual e tecido de granulação presente com a cureta Crane Kaplan (Figura 2). Em seguida, iniciou-se o descolamento do retalho com a Descolador Micro-Molt e o Descolador de Buser, evidenciando uma quantidade excessiva de osso em sentido horizontal e vertical.



Figura 2 - Incisão em bisel interno.



Devido aos aspectos clínicos de fenótipo espesso, foi planejado expor totalmente a coroa e estabelecer 3mm de nova distância da JCE à crista óssea. Iniciou-se a osteotomia com broca cilíndrica 2173 e microcinzel Ochsenbein nº 1, e osteoplastia das exostoses ósseas com broca esférica diamantada 1014 tronco-cônica diamantada 4138 (Figura 3).



Figura 3 - Osteoplastia com broca esférica diamantada 1014.



Figura 4 –Após as osteotomia com a broca KG 2173 e microcinzel de Oschbein nº 1: nova distância da crista óssea à JCE = 3mm.

Concluídas as etapas de osteotomia e osteoplastia, realizadas sob constante irrigação, adaptou-se o retalho na posição ideal de forma a favorecer um novo contorno gengival. As suturas foram realizadas com fio monofilamentado Nylon 6-0, técnica simples e suspensória, para melhor estética e cicatrização.

Ao término da cirurgia, foram fornecidas as orientações cirúrgicas, sendo recomendados repouso e cuidado no local da cirurgia. Ainda foram prescritos dipirona sódica 500mg, uso de 6/6 horas por 1 dia, e bochechos de clorexidina 0,12% de 12/12h durante 7 dias. O resultado imediato



após a cirurgia trouxe satisfação instantânea, assim como nas visitas de retorno em 5 e 14 dias, respectivamente (Figuras 5 e 6).



Figura 5 - Pós-operatório de 5 dias.



Figura 6 - Pós-operatório de 14 dias.

Discussão

O plano de tratamento cirúrgico periodontal deve partir de um diagnóstico correto e então, o planejamento ideal para cada caso. O paciente deve idealmente ser submetido ao procedimento cirúrgico estético mediante um periodonto saudável, e com boas condições estruturais como ampla faixa de gengiva queratinizada e ausência de defeitos ósseos^{8,9}.

Para que a cirurgia plástica periodontal de correção do sorriso gengival tenha sucesso, é necessário o diagnóstico correto da causa, a seleção adequada da técnica cirúrgica, e o planejamento específico. Nem sempre o profissional possui experiência, conhecimento de técnicas mais adequadas e atualizadas para tratamentos cirúrgicos, o que pode levar ao erro no diagnóstico e ser omissos no planejamento cirúrgico^{8,10,11}.



Estudos afirmam que a distância entre a JCE e a crista óssea alveolar variaram consideravelmente e que distâncias variando de 1mm a 1,5mm entre essas estruturas, sugerem casos típicos de EPA.^{8,9,12}, justificando a estética desfavorável dos dentes.

Buscando um melhor conforto e ergonomia para o operador, melhor nitidez do campo operatório, e manobras minuciosas para um ótimo resultado estético, a expectativa alcançou bons resultados. Com o uso da magnificação ótica, também foi possível utilizar instrumentais e materiais microcirúrgicos, o que proporciona, segundo Menezes *et al* (2011)¹³, uma maior previsibilidade cirúrgica, uma melhora na cicatrização, menor sangramento e uma baixa sensação dolorosa pós-operatória.

No acompanhamento de 5 dias, não houve relato de sintomatologia dolorosa, inchaço ou qualquer tipo de desconforto. Outro ponto crucial foi a satisfação com a invisibilidade da sutura, o que conferiu um excelente resultado estético^{3,4}.

O tratamento de eleição foi efetivo, uma vez que foi hábil em corrigir o sorriso gengival, satisfazer a paciente, e obedeceu a previsão cirúrgica do planejamento pré-operatório. Nem sempre o profissional possui a experiência ou a tecnologia adequada para tratamentos cirúrgicos, podendo levar a resultados mal sucedidos.

Conclusão

A magnificação ótica é importante para os cuidados com o retalho, por proporcionar melhor nitidez, precisão, aumento do campo de visão, melhor postura e conforto para o operador. A cirurgia plástica periodontal, ou cirurgia a retalho com ostectomia, resulta um tratamento eficaz para a correção do sorriso gengival por erupção passiva alterada, sem o risco de recidivas, uma vez que restabelece a distância dos tecidos suprcrestais.

Referências

1. Illueca FA. Altered passive eruption (APE): A little -known clinical situation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(1):100-104.
2. Mele M, Felice P, Sharma P, Mazzotti C, Bellone P, Zucchelli G. Esthetic treatment of altered passive eruption. *PeriodontoL 2000*. 2018;77(1):65–83.



3. Braga MS, Nascimento JMQ, Camargo EB, Veloso-Filho JMSc, Falcão EP, Zuza EP, et al. Cirurgia plástica periodontal para correção de erupção passiva alterada. *Braz J Periodontol.* 2014;24(04):64-68.
4. Pires VC, Souza CGLC, Menezes SAF. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival – relato de caso. *R. Periodontia.* 2010;20(1):48-53.
5. Lima RPE, Araújo AG, Marques FL, Carmo LS, Costa LCM; Amaral TMP, et al. Erupção passiva alterada: tratamento e diagnóstico com tomografia computadorizada feixe cônico. *Implant News Perio.* 2018;3(3): 537-540.
6. Garber DA, Salama MA. The esthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontol* 2000 1996;11(1):18–28.
7. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in human. *J Periodontol.* 1961;32(3):261-267.
8. Coslet JG, Vanarsdall R, Weisgold A. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *The Alpha Omegan.* 1977;70(3):24-28.
9. Jardini MAN, Pustiglioni FE. Estudo biométrico do espaço biológico em humanos por meio da sondagem transulcular. *Rev Pós Grad.* 2000;7(4):295-302.
10. Nisha S, Shashikumar P, Samyuktha GS. Minimally invasive surgical techniques in periodontal regeneration. *Int J Oral Health Sci.* 2017;7(1):24-29.
11. Pascotto RC, Moreira MA. A Integração da Odontologia Estética com a Medicina Estética. Correção do sorriso gengival. *RGO, P. Alegre.* 2005;53(3):171-175.
12. Volchansky A, Cleaton-Jones P. Clinical crown height (length) – a review of published measurements. *J Clin Periodontol.* 2001;28:1085–1090.
13. Menezes CC, Kanh S, Egreja AMC, Silva-Junior JA, Machado WA. Microcirurgia periodontal: uma visão brasileira. *Rev. Gaúcha Odontol.* 2011;59(4):583-589.