

ALONGAMENTO CORONÁRIO E A SUA IMPORTÂNCIA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SETOR ANTERIOR: CASOS CLÍNICOS

RESUMO

O complexo gengival desempenha um papel vital na harmonia geral do sorriso. Para alcançar, de forma previsível, um resultado estético e funcional bem-sucedido, o médico dentista deve ser capaz de prever com precisão o resultado do tratamento com base nos determinantes biológicos.

Neste artigo será abordada a importância do equilíbrio gengival aquando do planeamento de uma reabilitação estética do setor anterior, bem como técnicas e procedimentos clínicos. Além do mais, serão apresentados casos clínicos realizados na Clínica Dentária Infante Sagres.

Introdução

Um dos principais problemas estéticos na medicina dentária diz respeito aos tecidos moles, a porção rosa, ou seja, a existência de excesso de gengiva ou exposição excessiva de gengiva. Possíveis fatores etiológicos, que incluem o supercrescimento gengival por excesso de administração de medicação específica, erupção passiva alterada, coroas clínicas curtas, excesso vertical da maxila, lábio superior curto ou combinações dessas condições (Malkinson, 2012).

É muito importante que o médico dentista realize um exame clínico e radiográfico completo para identificar adequadamente a etiologia deste problema. Se o sorriso gengival existir por causa do crescimento excessivo, haverá profundidade de sondagem evidente aumentada. Se as coroas parecem clinicamente curtas devido ao desgaste excessivo devido a uma oclusão traumática, então deverão verificar-se facetas de desgaste e possíveis mobilidades, bem como se, radiograficamente, se pode verificar o espessamento do ligamento periodontal (LPO). Se a etiologia está ligada à formação vertical excessiva do osso maxilar, a realização de um estudo radiográfico cefalométrico pode fornecer o diagnóstico definitivo (Malkinson, 2012).

A erupção dentária compreende duas fases: a fase ativa e a fase passiva (Alpiste- Illueca, 2011).

No processo eruptivo normal, o dente desenvolve-se através dos mecanismos de amelogenese, dentinogenese e cementogenese, ao mesmo tempo que a atividade osteoclástica remove osso, de forma geneticamente predeterminada, permitindo que o dente surja na cavidade oral, sendo esta fase designada de erupção ativa que apenas está completa quando o dente alcança a sua posição numa oclusão funcional (Chu et al., 2004). A erupção passiva está dividida em quatro fases, de acordo com a localização do epitélio juncional (EJ) em relação à junção amelo-cementária (JAC). Na primeira fase, o EJ encontra-se localizado no esmalte; na segunda o EJ apresenta uma porção sobre o esmalte e outra localizada no cimento da superfície radicular; na terceira fase o EJ está inteiramente localizado no cimento; e por fim, na quarta fase tanto o EJ como a margem gengival se posicionam apicalmente à JAC (Alpiste-Illueca, 2011).

Quando a erupção passiva não progride para além da

fase um e dois, sem razão aparente para tal, resultando na existência de coroas clínicas curtas com a margem gengival localizada excessivamente para coronal da JAC e sorriso gengival, estamos perante uma erupção passiva alterada (EPA) ou tardia (Chu et al., 2004).

Posto isto, uma ampla variedade de abordagens de tratamento pode ser considerada, dependendo do diagnóstico diferencial; estas podem variar desde procedimentos simples, como a gengivectomia, até procedimentos mais complexos, como elevar retalhos e realizar osteoplastia e osteotomia no osso alveolar (Dutra, Ritter, Borgatto, Derech, & Rocha, 2011; Malkinson, 2012).

Das várias abordagens terapêuticas existentes, importamos falar sobre o alongamento coronário cirúrgico que pro-

porciona estrutura dentária sólida suficiente à reabilitação estética e reestabelece um periodonto saudável (Shobha, Seshan, Mani, & Kranti, 2010).

A maioria dos autores concorda que é necessária uma distância mínima de 3 mm da crista óssea até à margem restauradora final após um procedimento de alongamento coronário para permitir que a margem termine de forma supragengival. Assim, 3 mm permite 1 mm de ligação do tecido conjuntivo supracrestal, 1 mm de epitélio juncional e 1 mm de profundidade do sulco. Outros autores sugerem uma distância de 5 mm do osso até à margem restauradora e referem que o comprimento da coroa clínica, zonas de furca e considerações estéticas limitam a cirurgia (Sharma, Rahul, Poduval, & Shetty, 2012; Shobha et al., 2010).

Desenvolvimento

Caso Clínico 1

Paciente do sexo feminino, chegou à consulta para iniciar reabilitação anterior estética fixa com facetas cerâmicas. Após fotografias iniciais de estudo e *mock up* preliminar, verifica-se a necessidade de cirurgia de alongamento coronário.



Fig. 1. Fotografias extraorais iniciais: (a) visão frontal; (b) visão em 45°.



Fig. 2. Fotografias intraorais. (a) fotografia inicial intraoral; (b) marcação da margem gengival com auxílio da guia cirúrgica obtida após *mock-up* indireto; (c) incisão; (d) descolamento da gengiva; (e) alongamento coronário através de osteotomia com utilização de broca laminada de baixa-rotação e constante irrigação com soro fisiológico; (f) reposicionamento da margem gengival; (g) sutura; (h) fotografia final intraoral.

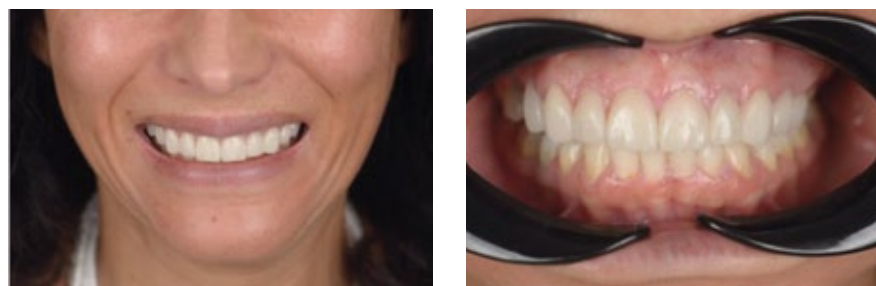


Fig. 3. Fotografias extraorais de controlo um mês após adesão das facetas.

Caso Clínico 2

Paciente do sexo masculino, após tratamento ortodôntico manifestou intenção de iniciar reabilitação anterior estética fixa com facetas cerâmicas. Após fotografias iniciais de estudo e sondagem periodontal, verifica-se a necessidade de cirurgia de alongamento coronário.



Fig. 4. Fotografias extraorais iniciais: (a) visão frontal; (b) visão em 45°.



Fig. 5. Fotografias intraorais: (a) fotografia do sorriso inicial; (b) fotografia do intraoral inicial; (c) fotografia do sorriso final; (d) fotografia do intraoral final após gengivectomia com alongamento coronário e facetas do dente 14 ao dente 24.

Caso Clínico 3

Paciente do sexo feminino. “Adoro sorrir e rir-me muito, mas só se vê gengiva”. Manifesta alteração da exposição dentária mas “não pretende dentes artificiais”, verifica-se a necessidade de cirurgia de alongamento coronário.



Fig. 6. Fotografias extraorais iniciais: (a) visão frontal; (b) visão em 45°.



Fig. 7. Fotografias intraorais: (a) fotografia do intraoral inicial; (b) fotografia do sorriso final; (c) fotografia do intraoral final após gengivectomia com alongamento.

Discussão

Em ambos os casos, logo após a primeira consulta, foi percebida a necessidade de alongamento coronário para alcançar os padrões de estética pretendidos.

Assim, foi realizado *mock-up* inicial e pedida uma guia cirúrgica com base no enceramento que nos fornecesse a posição ideal que se pretendia com esta cirurgia.

Esta técnica é baseada nos conceitos de cirurgia de retalho, e a conservação da papila é considerada no desenho do retalho (Huynh-Ba, Brägger e Lang, 2007).

Segundo os autores acima citados, o procedimento começa com um bloqueio anestésico da área cirúrgica, sendo a primeira incisão realizada até ao osso e na direção do eixo axial do dente, intrassulcularmente.

Um retalho de espessura total é, depois, levantado, expondo o campo cirúrgico, fornecendo visibilidade para a superfície radicular e a crista alveolar. De seguida e com o auxílio de curetas é removido tecido de granulação e tecido que esteja em excesso. A quantidade de osteotomia e osteoplastia tem de ser estimada, tendo em conta o respeito pelo espaço biológico. (Sonick, 1997)

Quando a quantidade de superfície radicular supra-cres-tal que está exposta é suficiente, procede-se a uma raspagem da raiz para eliminar quaisquer restos de fibras do ligamento periodontal, aderidas ao cimento. De seguida, faz-se uma abundante irrigação com uma solução salina estéril, com o objetivo de eliminar impurezas da ferida cirúrgica.

Para finalizar, pressiona-se o retalho contra o osso e adaptam-se as suas margens para uma boa cicatrização. O uso de suturas mono-filamentadas e de espessura igual ou inferior

a 6-0 está indicado a fim de favorecer uma cicatriz impercetível.

Os cuidados pós-operatórios incluem a administração de anti-inflamatórios e bochechos com antissépticos orais, como a clorhexidina. O uso de uma escova macia está, também, indicado. (Sonick, 1997)

A parte protética do tratamento deve ser iniciada unicamente após três meses do procedimento cirúrgico, a fim de permitir a maturação dos tecidos e a correta cicatrização, para que se evitem erros, tanto no posicionamento da linha de terminação, como dos *zenits* e perfis de emergência das peças. Além do enceramento de diagnóstico que nos permitirá obter a guia cirúrgica, aquando da estabilização da zona rosa, deve ser feito novo enceramento e *mock-up* que permitam um correto talhe das peças dentárias (J Clin Exp Dent., 2012)

Conclusão

A atratividade do sorriso é influenciada pela quantidade de exposição dentária e gengival.

Assim, quando se efetuam tratamentos cujo objetivo é melhorar a estética e dinâmica do sorriso, é de extrema importância o planeamento reverso, tendo em conta não só a área branca, dimensões e proporções da mesma, mas tam-

bém a área rosa, e possíveis alterações à mesma que possam favorecer um melhor resultado do tratamento.

Durante o processo de planificação do tratamento e numa fase mais inicial, aquando do primeiro *mock-up*, o médico dentista deve ter em conta todos estes fatores e não se cingir à parte visível das peças dentárias do paciente.

O respeito dos tempos pós-cirúrgicos é também de extrema relevância, de modo a evitar falhas derivadas de recidiva e erros no talhe e realização do tratamento de prótese fixa causados por uma maturação insuficiente dos tecidos recém-manipulados. ■

* Mestrado em Medicina Dentária pela Faculdade Egas Moniz em 2015; Pós graduado pelo CFFA em Reabilitação Oral e Prose Fixa em 2016; Pós graduado pelo CFFA em Implantologia em 2017; Formador no curso de pós graduação de Reabilitação Oral e Prose Fixa; Congressista em vários congressos da especialidade nacionais e internacionais.

** Phd 2006 FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; Administrador da Clínica Dentária Infante Sagres, Clínica Dentária dos Carvalhos e da Labdent - Laboratório de Prótese Dentária; Orador Convidado de várias Conferências Nacionais e Internacionais, entre as quais: World Conference Nobel Biocare, Las Vegas, Nevada, USA 2007; World Tour Nobel Biocare, Lisboa, Portugal 2008; Autor de vários Artigos Científicos publicados em revistas Nacionais e Internacionais; Coordenador do Curso Privado em Implantologia e Reabilitação Oral, no Porto e Lisboa; Consultor Científico de vários produtos de Implantologia.

Bibliografia

- Alpiste-Illueca F. Altered passive eruption (APE): A little-known clinical situation. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Jan 1; 16(1):100-4.
- Chu SJ, Karabin S, Mistry S. Short tooth syndrome: diagnosis, etiology, and treatment management. J Calif Dent Assoc. 2004 Feb; 32(2):143-52.
- Dutra, MB, Ritter, DE, Borgatto, A., Derech, CD, & Rocha, R. (2011). Influência da exposição gengival na estética do sorriso. Dental Press J Orthod, 16(5), 111-118.
- Malkinson, S. L. (2012). The effect of esthetic crown lengthening on perceptions of

a patient's attractiveness, friendliness, trustworthiness, intelligence, and self-confidence.

Sharma, A., Rahul, GR, Poduval, ST, & Shetty, K. (2012). Short clinical crowns (SCC) - treatment considerations and techniques. J Clin Exp Dent, 4(4), 230-236. <http://doi.org/10.4317/jced.50556>

Shobha, K. S., Seshan, H., Mani, R., & Kranti, K. (2010). Clinical evaluation of the biological width following surgical crown-lengthening procedure: A prospective study. Journal of Indian Society of Periodontology, 14, 160-167.