

REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE PACIENTE COM SORRISO GENGIVAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

AESTHETIC REHABILITATION OF PATIENT WITH GENGIVAL SMILE: CLINICAL CASE REPORT

GUSTAVO TONIN ALBERTI¹
FERNANDA VALENTINI MIOSO²
LEONARDO DE CESERO³

RESUMO

O aumento da exigência dos pacientes por um sorriso estético tem sido cada vez mais frequente nos consultórios odontológicos. A forma, cor e a disposição dos dentes anteriores e seu relacionamento com os tecidos moles determinam a estética do sorriso. Objetivo do trabalho é apresentar um protocolo clínico de uma reabilitação oral com correção de sorriso gengival. Depois da seleção do caso foi realizado um planejamento digital (DSD), após realizou-se cirurgia periodontal para correção de sorriso gengival. Foram confeccionados os preparos para coroas e facetas de cerâmica, moldagem de trabalho, provisórios, ajustes das peças protéticas e cimentação. Concluímos que a associação de tratamento periodontal e reabilitador, seguindo um planejamento prévio minucioso para casos de complexa resolução estética, proporcionaram resultados altamente previsíveis, seguros e esteticamente naturais.

Unitermos: Sorriso Gengival; Prótese; Cirurgia Plástica Gengival.

INTRODUÇÃO

A busca por um sorriso mais harmônico e estético na Odontologia tem sido cada vez mais frequente, elevando o nível de exigência e de expectativa dos pacientes, que procuram um sorriso de aparência natural. Esse fato propicia o desenvolvimento de novos materiais e técnicas visando procedimentos mais conservadores e resultados cada vez mais previsíveis esteticamente¹.

Genericamente um sorriso é considerado estético quando se apresenta com harmonia entre lábios, gengiva, forma, cor e disposição dos elementos dentários². O sorriso gengival é considerado um dos defeitos mais comuns, que constitui uma alteração estética, caracterizada pela exposição excessiva das gengivas durante os movimentos do lábio superior para o sorriso³. A etiologia dessa deformidade pode ser de origem isolada ou decorrente da associação de fatores como: hiperfunção do músculo elevador do lábio superior, lábio curto, hiperplasia hormonal, medicamentosa ou decorrente de placa bacteriana, crescimento vertical excessiva da maxila, erupção passiva alternada, coroa clínica curta, entre outros^{4,5,6}.

Para que haja sucesso no tratamento é importante uma integração entre o cirurgião-dentista, técnico em prótese dental e paciente, tornando-se imprescindível a elaboração de um plano de tratamento adequado⁷. Realizar uma análise de todas

as ferramentas possíveis, como modelos de estudo, enceramento diagnóstico, fotografias e até mesmo um vídeo do paciente é fundamental. Estes artifícios auxiliam diretamente na melhora da visualização dos problemas estéticos, criam possíveis soluções para o paciente e assim guiam com precisão os procedimentos clínicos e laboratoriais para atingir um bom prognóstico⁸.

Antes de se iniciar qualquer tratamento é importante visualizar os resultados desejados tornando possível formular as etapas necessárias para alcançá-los. O planejamento digital é uma ferramenta que visa melhorar o diagnóstico, a comunicação e a previsibilidade do tratamento, utilizando ferramentas digitais, permitindo uma avaliação dos resultados obtidos em cada fase do tratamento. Com isso, torna-se possível realizar comparações entre as imagens do antes e depois, verificar se estão de acordo com o planejamento, ou se é necessária qualquer outra medida para melhorar os resultados^{9,10}.

Em casos de tratamento de sorriso gengival, com a finalidade de melhorar o alinhamento da margem gengival e fornecer uma exposição dos dentes os procedimentos cirúrgicos são frequentemente indicados para o tratamento do sorriso gengival, pois um sorriso agradável é uma parte muito importante na composição do aspecto geral do indivíduo¹¹.

¹ Graduando em Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

² Doutora em Odontologia. Professora da disciplina de Prótese Dentária do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

³ Doutor em Odontologia. Professor da disciplina de Prótese Dentária do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

A demanda por restaurações cada vez mais resistentes e opticamente similares às estruturas dentais levou a produção de novos sistemas cerâmicos, proporcionando a confecção de laminados cerâmicos menos espessos, com desgastes menos invasivos, com estética e resistência satisfatória¹². As cerâmicas reforçadas com dissilicato de lítio são compostas por uma matriz vítrea, na qual os cristais dessa substância ficam dispersos de forma interlaçada, impedindo a propagação de trincas em seu interior¹³. Este sistema possui um alto padrão estético, isso se deve ao seu alto índice de refração de luz semelhante ao esmalte dental, sem interferência significativa de translucidez, permitindo a possibilidade de reproduzir a naturalidade da estrutura dental^{12,14}.

Objetivo desse trabalho é relatar um protocolo clínico de reabilitação estética e funcional na correção do sorriso gengival.

CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, 36 anos de idade, sem alterações sistêmicas e higiene oral satisfatória, procurou atendimento no Centro Universitário da FSG no curso de Odontologia queixando-se da aparência do seu sorriso. Ao exame clínico apresentava uma discrepância na proporção dentária, dentes curtos e com excesso de tecido gengival na maxila. No sorriso mostrava em torno de 7mm do tecido gengival compatível com sorriso gengival (Figura 1).



Figura 1 – Foto inicial do paciente. [Legenda].

Os incisivos superiores apresentavam grandes restaurações em resina composta e escurecimento

dentário, conforme (Figura 2). Ao exame periodontal havia ausência de placa visível e de sangramento marginal e periodontal à sondagem.



Figura 2 - [legenda].

A avaliação radiográfica confirmou a presença de adequado tratamento endodôntico dos elementos 11 e 14, extensas restaurações de resina composta nos elementos 12, 11, 21, 22 e 14 e a presença de pino metálico no dente 11 em condição satisfatória. Nos demais elementos não foram observados nenhuma alteração radiográfica relevante.

Após o planejamento digital (DSD), o plano de tratamento proposto foi cirurgia de aumento de coroa clínica dos elementos 15 ao 25, com o objetivo de tornar as coroas clínicas mais longas, para melhorar a proporção largura e altura entre os dentes. Confecção de coroas totais sem metal nos elementos 12, 11, 21, 22 e 24 devido as grandes restaurações existentes e facetas nos elementos 15, 14, 13, 23 e 25. Para um detalhado planejamento foram realizadas fotografias e modelos de gesso para o planejamento digital (Figura 3).

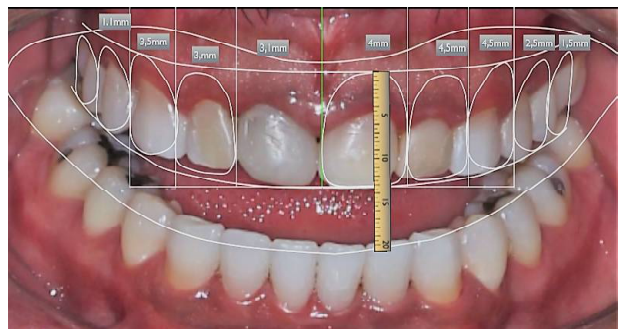


Figura 3 - [legenda].

O modelo encerado obtido do planejamento digital serviu de guia para a confecção do mock-up com silicone de condensação (Zetalabor, Zhermack, Rovigo, Itália) e posterior confecção dos provisórios com resina bisacrílica (Structor, Vocco, Saxônia, Alemanha) simulando o futuro tratamento reabilitador (Figura 4). Após apreciação e aprovação da simulação do novo sorriso em resina, procedemos a realização dos passos seguintes da reabilitação.



Figura 4 - [legenda].

Para a confecção do guia cirúrgico que auxilia na cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica foi utilizada uma placa de polipropileno à vácuo na espessura de 1mm a partir do modelo obtido do planejamento digital (Figura 5). Essa guia cirúrgica ajuda na delimitação da quantidade de tecido gengival e tecido ósseo que deve ser removida durante o procedimento cirúrgico.



Figura 5 - [legenda].

Previamente à cirurgia, o paciente foi orientado a realizar bochecho com solução de digluconato de clorexidina 0,12%. Após, procedeu-se a anestesia local infiltrativa vestibular e palatina na região entre os dentes 15 e 25 com o anestésico Articaina 4% (DFL, Rio de Janeiro, Brasil). Foi realizado o delineamento do tecido gengival com sonda periodontal seguindo o contorno do guia cirúrgico e após, a incisão com bisturi 15C (Swann-Morton, Sheffield, Inglaterra) em bisel até o tecido ósseo. Em seguida, realizou-se a incisão intra-sulcular, remoção do tecido gengival e elevação do retalho para mensuração da distância do osso alveolar até a junção cimento-esmalte, onde deveriam se estabilizar as margens gengivais. Observada o excesso de tecido ósseo, foi removido com broca esférica nas áreas delimitadas pelo guia cirúrgico. A sutura foi realizada com fio de nylon 5-0 (Ethicon, São Paulo, Brasil), e após prescrito Dipirona 1 g de 12 em 12

horas por 3 dias e controle químico de placa bacteriana com digluconato de clorexidina 0,12%, 3 x ao dia durante 10 dias.

Decorrido 14 dias de pós-operatório foi retirada a sutura e feita a avaliação da cicatrização gengival, constatando-se que a gengiva estava saudável e a cicatrização satisfatória. Depois de 30 dias da execução da cirurgia periodontal, tempo para cicatrização e estabilização do tecido gengival iniciou-se a reabilitação protética do paciente.

Os preparos protéticos para faceta nos elementos 15, 14, 13, 23 e 25 e preparos tipo coroa total nos elementos 12, 11, 21, 22 e 24 foram realizados de acordo com espessuras mínimas exigidas na confecção das coroas IPS E-max (Ivoclar, Vivadent, Schaan, Liechtenstein) conforme Figura 6. Tendo em vista que o preparo para coroas e facetas de porcelana é crítico e decisivo, as margens do preparo necessariamente devem estar bem definidas, e uma profundidade adequada deve ser alcançada, para que o ceramista obtenha bom resultado estético das peças¹⁵.



Figura 6 - [legenda].

A moldagem de trabalho foi realizada com fio de afastamento gengival 000 (Ultrapack, Ultradent, Illinois, USA) e com silicone de adição (Bite, Variotime, São Paulo, Brasil) pela técnica da dupla impressão. Os provisórios foram confeccionados com resina bisacrílica (Structor, Vocco, Saxônia, Alemanha) a partir do modelo obtido através do planejamento digital realizado previamente. Realizou-se a escolha de cor e fotos para facilitar a comunicação com o técnico de laboratório. Após a moldagem foi enviada ao laboratório para confecção do trabalho cerâmico.

As peças protéticas foram analisadas no modelo de trabalho quanto à sua adaptação, forma e textura (Figura 7). Na prova estética e funcional analisamos a adaptação cervical, pontos de contato, contatos oclusais e a estética das cerâmicas em boca. Alguns ajustes foram necessários para a individualização do caso.



Figura 7 - [legenda].

A cimentação das peças seguiu a recomendação do fabricante. Os preparos foram condicionados com ácido fosfórico 37% (3M ESPE, Califórnia, USA) durante 15 segundos e em seguida lavados por 10 segundos. Com o auxílio de pincéis (Microbrush, KG Sorensen, São Paulo, Brasil) foi aplicada uma camada de adesivo Single Bond Universal (3M ESPE, Califórnia, USA) em esmalte e dentina. Para o preparo interno das peças foi realizado condicionamento com ácido fluorídrico 10% (Dentsply, São Paulo, Brasil) por 20 segundos, seguido de lavagem e secagem. Em seguida foi aplicada uma camada de adesivo Single Bond Universal (3M ESPE, Califórnia, USA) na superfície interna da peça e aplicado o cimento resinoso RelyX Ultimate (3M ESPE, Califórnia, USA) nas facetas e nas coroas totais cerâmicas, sendo as mesmas assentadas nos respectivos preparos (Figuras 8 e 9). Os excessos de cimento foram removidos das margens antes da polimerização e em seguida realizou-se a fotopolimerização por 20 segundos em cada face com o fotopolimerizador (Valo, Ultradent, Utah, EUA).



Figura 8 - [legenda].



Figura 9 - [legenda].

Devido seu hábito para-funcional, uma placa mio-relaxante de Michigan, objetivando garantir a longevidade da reabilitação (Figura 10). Paciente recebeu orientações de higiene oral e foi instruído a retornar para uma consulta de revisão após 14 dias. Na consulta de revisão paciente apresentou-se sem queixas e sem sinais de alterações. Como resultado final, obteve-se um sorriso harmônico, com adequada estética suprimindo a queixa principal da paciente.

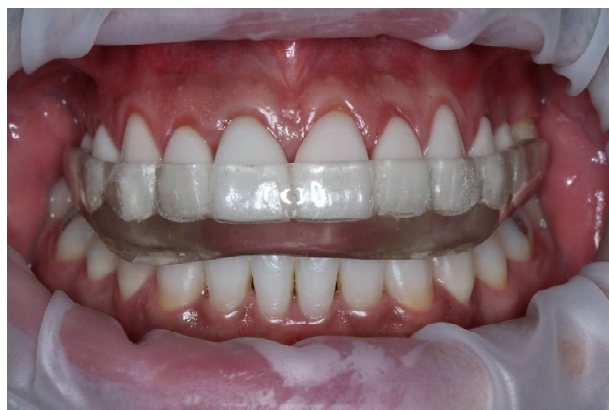


Figura 10 - [legenda].

DISCUSSÃO

A compreensão da dinâmica do sorriso é fator essencial em uma restauração ou reabilitação oral. Conhecer a forma, proporção, cor, textura dos dentes e expectativa do paciente é fator preponderante para o planejamento e execução do caso¹⁶⁻¹⁸. A falta de harmonia entre esses componentes pode acarretar ao indivíduo problemas no convívio social e de autoestima. Portanto, o profissional deve ter uma visão ampla e observar cuidadosamente seus pacientes, uma vez que os dentes não são entidades isoladas e a harmonia facial também merece atenção¹⁹. Sendo assim, integrar as técnicas estéticas para a reabilitação dentária juntamente com cirurgias plásticas gengivais é extremamente necessário, em alguns casos, para se alcançar o resultado desejado¹⁶⁻¹⁸.

Um plano de tratamento minucioso deve ser guiado levando em conta o perfil facial e dentário, dimensão vertical, suporte labial, linha do sorriso, anatomia do rebordo e as limitações que o paciente traz para o profissional, levando a diversas opções em relação a que tipo de tratamento reabilitador utilizar²⁰. Com isso, a realização de radiografias, fotografias intra e extra orais e obter o modelo de estudo são passos clínicos fundamentais para o planejamento e a interação entre cirurgião-dentista e o paciente²¹.

Outro fator de extrema importância, na fase de planejamento, é utilização de um planejamento digital (DSD) tornando possível transferir o resultado final para a boca do paciente antes mesmo de qualquer intervenção^{19,22}. O DSD é uma ferramenta multiuso que pode melhorar a visão diagnóstica, a comunicação e a previsibilidade de nossas restaurações, utilizando de ferramentas digitais para compor um protocolo de tratamento para a equipe e os pacientes^{9,23}. Esse passo é importante para se evitar surpresas desagradáveis no final do tratamento e também para aumentar a interação, participação e responsabilidade do paciente para com o tratamento^{19,22}.

Idealmente, a linha do sorriso do paciente deve permitir a visualização de até 3 mm de gengiva e um sorriso é tido como gengival quando são visíveis mais de 3 mm de gengiva durante um sorriso moderado. Uma quantidade excessiva de tecido mole não é antiestética em si, dependendo sobremaneira da forma cujo excesso está disposto em relação aos dentes e lábios e, essencialmente, da percepção do paciente²⁴. Tjan et al. (1984)³ enfatizam a importância de um exame adequado do lábio na avaliação estética do paciente periodontal. Para tanto, segundo Lindhe & Seibert (1999)²⁵, uma análise das estruturas dento-faciais e de como elas afetam a estética deve fazer parte de um exame odontológico completo e adequado. Aspectos de simetria facial, linha do sorriso alta e baixa, simetria dos lábios/face e exposição gengival quando sorrindo, altura e harmonia das margens gengivais, tamanho e proporção dos dentes, dentre outros, também devem ser registrados²⁶.

A gengivoplastia e a osteoplastia foram indicadas no caso relatado, devido à necessidade de remoção da faixa de tecido gengival e do tecido ósseo em excesso. Além do objetivo estético, a gengivoplastia visa aumentar a coroa clínica criando um novo contorno gengival, diminuir a espessura da gengiva inserida remodelando a papila interdentária²⁷. O recorte das margens gengivais e óssea foi guiado pelo planejamento digital, permitindo uma precisão de medidas superior ao planejamento convencional.

A opção por restaurações indiretas em cerâmica foi devido à necessidade do restabelecimento estético em múltiplos dentes. Essa técnica proporcionou a confecção de restaurações

indiretas de forma harmônica, uma vez que foram fabricadas laboratorialmente em um mesmo momento. Dentre as cerâmicas reforçadas, que são materiais com melhores propriedades mecânicas devido à incorporação de partículas de carga, as cerâmicas a base de dissilicato de lítio apresentam-se como excelente opção para restauração de dentes anteriores²⁸. Esses materiais associam alta resistência mecânica à estética, apresentando características de alta translucidez, associada à possibilidade de caracterização da restauração²⁹. Além dessas vantagens, por dispensarem infraestrutura metálica, requerem preparos mais conservadores, sem comprometer a integridade da peça cerâmica, preservando esmalte para adesão e favorecendo o sucesso da restauração a longo prazo³⁰.

A reabilitação estética descrita nesse relato, fundamentada no diagnóstico, planejamento utilizando a tecnologia digital e execução com uso do sistema IPS e.max proporcionou um resultado estético e funcional satisfatório, atendendo as expectativas do paciente.

CONCLUSÃO

A associação de tratamento periodontal e reabilitador, seguindo um planejamento prévio minucioso para casos de complexa resolução estética, proporcionaram resultados altamente previsíveis, seguros e esteticamente naturais.

ABSTRACT

The increase in patients' demands for an aesthetic smile has been increasing in dental offices. The shape, color and arrangement of the anterior teeth and their relationship with soft tissues determine the aesthetics of the smile. Aim of this paper is to present a clinical protocol for an oral rehabilitation with gingival smile correction. After the selection of the case, a digital planning (DSD) was performed, after periodontal surgery for gingival smile correction. Preparations were made for crowns and ceramic facets, work molding, temporary, adjustments of the prosthetic pieces and cementation. We conclude that the association of periodontal and rehabilitative treatment, following a detailed preliminary planning for cases of complex aesthetic resolution, provided highly predictable, safe and esthetically natural results.

UNITERMS: Gingival Smile; Prosthesis; Gingival Plastic Surgery.

REFERÊNCIAS

1. Goldstein RE. Study of need for esthetic in dentistry. *J Prosthet Dent* 1969; 21(6): 589-598.
2. Mestreneur SR, Komatsu, J. Recuperação da linha do sorriso utilizando procedimentos cirúrgico e restaurador. *JBD* 2002;1(3): 226-230.
3. Tjan, AH, Miller, GD. Some esthetic factors in a smile. *J Prosthet Dent* 1984; 51(1): 24-28.

4. Dal Pra KJ. O tratamento cirúrgico da hiperplasia gengival causada por fenitoína. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2012.
5. Hunt O, Johnston C, Hepper P, Burden D, Stevenson M. The influence of maxillary gingival exposure on dental attractiveness ratings. *Eur J Orthod* 2002; 24(2): 199-204.
6. Peck S, Peck L, Kataja M. The gingival smile line. *Angle Orthod* 1992; 62(2): 91-100.
7. Baratieri LN et al. Estética: Restaurações adesivas diretas em dentes anteriores fraturados. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1998.
8. Blantz MB, Keren M. Resin-ceramic bonding: a review of the literature. *J Prosthet Dent* 2003; 89(3): 268-274.
9. Coachman C, Calamita M. Digital Smile Design: A tool for treatment planning and Communication in Esthetic dentistry. *Quintessence Dent Technol* 2012; 35: 1-9.
10. Coachman C, Calamita M, Schayder A. Digital smile design: uma ferramenta para planejamento e comunicação em odontologia estética. *Dicas* 2012; 1(2): 36-55.
11. Faria GJ, Barra SG, Vieira TR, de Oliveira PAD. A importância do planejamento multidisciplinar para correção do sorriso gengival: Relato de caso clínico. *Faculdade Odontol Lins/Unimep* 2015; 25(1) 61-65.
12. Guzman AF, Moore BK, Andres CJ. Wearresistence of four luting agents as a function of marginal gap distance, cement type, and restorative material. *Int J Prosthodont* 1997; 10(8): 567-574.
13. Fradeani M, Redemagn IM, Corrado M. Porcelain Laminate Veneers: 6-to12-Year Clinical Evaluation-A Retrospective Study. *Int J Peridontics Restor Dent* 2005; 25(1): 9-17.
14. Mazaro JVQ, Zavanelli AC, Pellizzer EP, Verri FR, Falcón-Antenucci RM. Consideração clínicas para a restauração da região anterior com facetas laminadas. *Rev Odontol Araçatuba*. 2009; 30(1): 51-54.
15. Reston E et al. Reabilitação estética com facetas laminadas de porcelana: Relato de caso clínico. *Clín Int J Braz Dent* 2007; 3(2): 126-134.
16. Wang X, Fan D, Swain MV, Zhao K. A systematic review of all-ceramic crowns: clinical fracture rates in relation to restored tooth type. *Int J Prosthodont* 2012; 25(5): 441-450.
17. Layton DM, Clarke M. A systematic review and metaanalysis of the survival of non-feldspathic porcelain veneers over 5 and 10 years. *Int J Prosthodont* 2013; 26(2): 111-124.
18. Lee YK, Cha HS, Yu B. Illuminating light-dependent color shifts in core and veneer layers of dental allceramics. *J Biomed Opt* 2014; 19(9): 950-952.
19. Magne P, Stanley K, Schiichting LH. Modeling of ultrathin occlusal veneers. *Dent Mater* 2012; 28(7): 777-782.
20. De Santana Santos T, Martins-Filho PR, Piva MR, de Souza Andrade ES. Focal fibrous hyperplasia: a review of 193 cases. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014; 18(1): 86-89.
21. Uloop KS, Vinay C, Deepika A, Sekhar RC, Raghu D, Ramesh T. Pediatric giant cell fibroma: an unusual case report. *Ped Dent* 2012; 34: 503-505.
22. Hajtó J, Marinescu C. An esthetic challenge: isolated areas of high translucency in laminate veneers. *Eur J Esthet Dent* 2012; 7(3): 282-294.
23. Coachman C et al. Smile Design: From digital treatment planning to clinical reality. In: Cohen M (ed). *Interdisciplinary treatment planning. Vol 2: Comprehensive Case Studies*. Chicago: Quintessence; 2012.
24. Borghetti A, Monnet-Corti V. Contribuição da cirurgia plástica periodontal à dentística restauradora em pilares naturais. In: Borghetti A, Monnet-Corti V. *Cirurgia plástica periodontal*. Curitiba: Artmed; 2002.
25. Seibert J, Lindhe J. Estética no tratamento periodontal. In: Lindhe J. *Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
26. Morley J, Eubank J. Macroesthetic elements of smile design. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(1): 39- 45.
27. Carranza FA. A técnica da gengivectomia. In: Carranza FA, Newman MG. *Periodontia clínica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro; 1997.
28. Barreto BCF, Stape THS, Soares CJ, Menezes MS, Santos-Filho PCF, et al. Restabelecimento estético e funcional de dentes anteriores com restaurações de cerâmica reforçada por dissilicato de lítio: relato de caso clínico. *Rev Dental Press Estet* 2012; 9(1): 86-94.
29. Spear F, Holloway J. Which all-ceramic system is optimal for anterior esthetics? *J Am Dent Assoc* 2008; 139: 19-24.
30. Pena CE, Viotti RG, Dias WR, Santucci E, Rodrigues JA, Reis AF. Esthetic rehabilitation of anterior conoid teeth: comprehensive approach for improved and predictable results. *Eur J Esthet Dent* 2009; 4(3): 210-224.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

PROF. DR. LEONARDO DE CESERO
 Centro Universitário da Serra Gaúcha
 Departamento de Prótese.
 Rua Coronel Flores 510, sala 61,
 CEP 95034-160 - Caxias do Sul – RS
 E-mail:leonardodecesero@leonardodecesero.com.br

