

OBE



DIFERENÇAS ENTRE **AS CIRURGIAS MUCOGENGIVAIS**

Confira pontos que distinguem gengivectomia, gengivoplastia e aumento de coroa clínica

Prof. Emerson Nakao
Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani
Caroline Teggi Schwartzkopf

A cirurgia mucogengival pode ser abordada sob dois pontos de vista: o do tratamento da doença periodontal e o da restauração do dente. Dentro do contexto do procedimento periodontal, as técnicas cirúrgicas possibilitam alcançar regiões dos dentes inacessíveis à instrumentação (raspagem) durante a fase inicial da terapia relacionada à causa. O tempo entre a conclusão dessa fase e a escolha do tipo de abordagem cirúrgica para eliminar ou reduzir o tecido gengival não inserido ao dente (bolsas residuais) pode ser de até 6 meses.¹ Ao longo prazo, pretende-se a eliminação/redução de bolsas periodontais inativas para facilitar o controle de placa feito pelo paciente, o que garante saúde periodontal duradoura.

É importante salientar que a decisão pela terapia cirúrgica deve ser feita, normalmente, após a verificação da resposta à fase inicial ou procedimentos básicos periodontais. Recomenda-se aguardar pelo menos de 1 mês² a 1,5 mês³ após a raspagem para a reavaliação do caso, por meio da constatação de uma higiene bucal adequada e de sondagem livre de sangramento. Sítios que respondem à sondagem com sangramento podem ser novamente instrumentados e reavaliados posteriormente. A remoção de depósitos subgengivais de placa e do cálculo que a retém eliminará ou reduzirá o infiltrado inflamatório, o que tornará a gengiva mais fibrosa e firme, que não sangra à sondagem, com contornos definidos e profundidade de sondagem estável, facilitando sua manipulação cirúrgica.

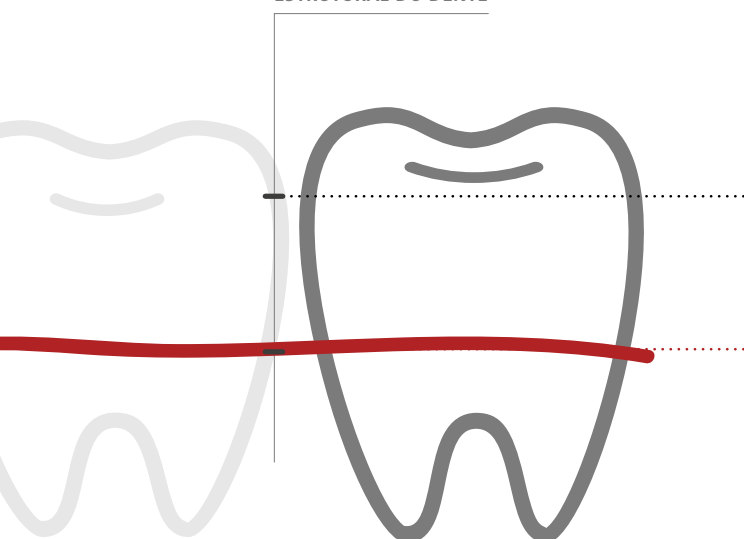
Sob o ponto de vista da restauração dentária direta ou indireta, verifica-se que, quando a coroa clínica de um dente que precisa ser restaurado não tem as dimensões adequadas ou favoráveis para que seus requisitos estéticos, funcionais e biológicos sejam atendidos, a sua execução também é tecnicamente mais difícil de se realizar.⁴ Isso aumenta consideravelmente a probabilidade de insucesso. Nesses casos, é indicado o aumento da coroa clínica, ou seja, a recuperação dessas dimensões através da intervenção cirúrgica do tecido mucogengival, da extrusão ortodôntica ou da combinação das técnicas. Margens de uma restauração localizadas subgengivalmente podem comprometer o resultado final, dadas as dificuldades técnicas desses casos. A importância da saúde dos tecidos periodontais nunca deve ser subestimada no tratamento restaurador.

Assim, podem-se definir dois momentos distintos em que a abordagem cirúrgica dos tecidos periodontais encontra sua indicação: como complemento à terapia periodontal associada à causa e no tratamento restaurador direto ou indireto do dente sem comprimento (altura coronária) adequado/suficiente. A técnica também pode ser aplicada para melhoria estética em casos de erupção passiva tardia dos dentes.

GENGIVECTOMIA

O cirurgião-dentista húngaro Salomon Robicsek detém o primeiro registro de realização desse procedimento, datado de 1884. Trata-se da remoção excisional de tecido gengival para redução ou eliminação de bolsas. Ela tem a vantagem da simplicidade e da rapidez, porém apresenta maior desconforto pós-operatório e maior risco de sangramento pós-cirúrgico, além de sacrificar o tecido queratinizado.^{1,5,6}

NÍVEIS DE COMPROMETIMENTO ESTRUTURAL DO DENTE



OPÇÕES TERAPÊUTICAS

- RESTAURAÇÃO DIRETA
- RESTAURAÇÃO INDIRETA
- TRATAMENTO ENDODÔNTICO/RETENTOR INTRARRADICULAR
- AUMENTO DE COROA CLÍNICA — | GENGIVA
 | GENGIVA + OSSO
- EXODONTIA

OBE



Entre as indicações temos: bolsas supraósseas; uma zona suficiente de tecido queratinizado; necessidade de estabelecer contornos fisiológicos e aumento gengival. O procedimento é contraindicado no caso de zona insuficiente de tecido queratinizado; bolsas que se estendem além da linha mucogengival; tecido muito inflamado; áreas com comprometimento estético; tratamento de bolsas intraósseas; e pacientes com higiene bucal precária.⁶

GENGIVOPLASTIA

É a remodelagem da gengiva para se obter um contorno mais fisiológico. O tecido é remodelado para produzir um contorno com maior harmonia, com sulcos de escape interproximais para que o alimento passe mais facilmente. O contorno final pode ser refinado com instrumentos apropriados para estabelecer um contorno mais delicado na região inter-radicular.⁶

AUMENTO DE COROA

Segundo o Glossário de Termos Periodontais,⁷ é o procedimento cirúrgico destinado a aumentar a extensão da estrutura dentária supragengival, principalmente para fins restauradores, posicionando apicalmente as margens gengivais saudáveis (removendo tecido gengival em excesso ou deslocando-o apicalmente) com ou sem a remoção do osso de suporte.

Como se percebe na literatura consultada,^{1,8-17} o termo refere-se mais a situações que envolvam alguma forma de restauração do dente. Quando o objetivo é o tratamento periodontal, não é comum utilizar essa nomenclatura, até mesmo porque o objetivo da cirurgia mucogengival nesse caso é a eliminação de bolsas periodontais, e não a maior exposição do dente. Esta, aliás, é considerada uma seqüela do tratamento e indesejada pelo paciente por razões estéticas.

A indicação para o aumento da coroa de um dente parte da necessidade de expor dimensões adequadas da coroa clínica por motivo funcional (restaurador) ou estético. Situações clínicas como exposição excessiva da gengiva, comprometimento estrutural coronário devido a trauma (como o bruxismo severo¹³ ou fraturas coronárias no nível ou abaixo da margem gengival) ou cárie que se estenda para o periodonto fazem parte do dia a dia do cirurgião-dentista e ilustram bem esse quadro. A finalidade é acessar visual e fisicamente as porções cervicais da cavidade e prepará-las adequadamente, facilitando a moldagem, o controle da umidade durante a aplicação da técnica adesiva e a manutenção da higiene pelo paciente.


Dependendo da complexidade do caso, para se atingir o objetivo de aumentar a coroa clínica, pode haver a necessidade de combinar procedimentos,^{7,9,10} abrangendo somente tecidos moles (perio-

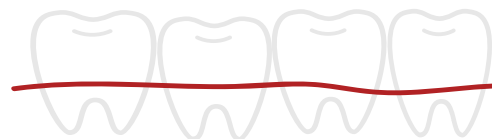


Gingivectomia: mais simples e rápida, porém com maior desconforto pós-operatório

donto de revestimento) ou incluindo o periodonto de sustentação do qual o osso alveolar faz parte. A extrusão por meio de aparatos ortodônticos também pode ser uma opção útil nesses casos.¹⁰

Para o cirurgião-dentista que trabalha na reconstrução de dentes, é importante o conceito de espaço biológico. Ele ajuda a explicar a estabilidade do resultado de qualquer procedimento com a finalidade de aumento de coroa clínica. Há consenso de que, quando não é respeitada a distância entre o epitélio juncional e o tecido conjuntivo de ligação acima da crista óssea nas restaurações, ou se não há espaço para manter a saúde dos tecidos interproximais, ocorre inflamação gengival, perda de inserção e perda óssea.^{1,18} Estudos apontam para uma migração da margem gengival em direção à coroa a partir do nível estabelecido no procedimento cirúrgico durante o primeiro ano.^{19,20} Esse parece ser um comportamento mais comum em gengivas espessas, também influenciado por variações individuais na resposta cicatricial e não relacionadas à idade ou ao sexo.¹⁹ Suturar o retalho a 3 milímetros ou menos da crista óssea pode estar associado à recidiva.²¹ Recente revisão sistemática possibilitou concluir que aspectos técnicos interferem mais que fatores anatômicos no resultado da cirurgia, e que a migração da margem gengival em sentido coronário após a cirurgia é um achado comum.¹⁷

Todo procedimento cirúrgico para remodelar os tecidos ao redor dos dentes ou implantes para prevenir ou corrigir defeitos anatômicos da gengiva, da mucosa ou do osso alveolar – seja de origem traumática, de desenvolvimento ou induzidos por placa –, pode ser chamado de cirurgia plástica periodontal e ter como objetivos o aumento de coroa, o aumento gengival, o recobrimento radicular, a frenectomia ou a prevenção do colapso alveolar pós-exodontia. A gingivectomia e a gengivoplastia fazem parte das técnicas que podem ser utilizadas para atingi-los. 



REFERÊNCIAS:

1. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
2. Morrison EC, Ramfjord SP, Hill RW. Short-term effects of initial, non-surgical periodontal treatment (hygiene phase). J Clin Periodontol. 1980;7:199-211.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Protocolo de Periodontia LAB-DIPES Odontologia 2017. Rio de Janeiro: Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial (Brasil), Projeto Sorrir; 2017. 16 p. Disponível na internet: http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/projeto_sorrir/projeto_sorrir_protocolo_periodontia-versao_2.pdf
4. Smukler H, Chaibi M. Periodontal and dental considerations in clinical crown extension: a rational basis for treatment. Int J Periodontics Restorative Dent. 1997 Oct;17(5):464-77. doi: 10.11607/prd.00.0233
5. Carranza FA, Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR. Periodontia clínica. 10 a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2007.
6. Cohen ES. Atlas de cirurgia periodontal reconstrutiva e cosmética. 3ª ed. São Paulo: Santos Livraria e Editora; 2008.
7. Glossary of Periodontal Terms. [Internet]. Chicago: American Academy of Periodontology [acesso em 2019 jun 03]. Disponível em: <https://members.perio.org/libraries/glossary/search?executeSearch=true&ProductList=Announcement%2cBlog%2cCommunity%2cEgroup%2cCalendarEvent%2cGlossary%2cNavigation%2cLibrary%2cLibraryEntry&SearchTerm=plastic+periodontal+surgery&SearchMatch=all>
8. Marzadori M, Stefanini M, Sangiorgi M, Mounssif I, Monaco C, Zucchelli G. Crown lengthening and restorative procedures in the esthetic zone. Periodontol 2000 [Internet]. 2018 Jun [acesso em 2019 jun 03];77(1):84-92. Epub 2018 Mar 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/prd.12208>.
9. Davarpanah M, Jansen CE, Vidjak FM, Etienne D, Kebir M, Martinez H. Restorative and periodontal considerations of short clinical crowns. Int J Periodontics Restorative Dent. 1998 Oct;18(5):424-33. doi: 10.11607/prd.00.0282.
10. Allen EP. Surgical crown lengthening for function and esthetics. Dent Clin North Am. 1993 Apr;37(2):163-79. PubMed; PMID 8477863.
11. Parwani SR, Parwani RN. Surgical crown lengthening: a periodontal and restorative interdisciplinary approach. Gen Dent. 2014 Nov-Dec;62(6):e15-9. PubMed; PMID 25369395.
12. Lanning SK, Waldrop TC, Gunsolley JC, Maynard JG. Surgical crown lengthening: evaluation of the biological width. J Periodontol [Internet]. 2003 Apr [acesso em 2019 jun 03];74(4):468-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2003.74.4.468>.
13. Cunliffe J, Grey N. Crown lengthening surgery-indications and techniques. Dent Update. 2008 Jan-Feb;35(1):29-30, 32, 34-5. doi: 10.12968/denu.2008.35.1.29.
14. Yeh S, Andreana S. Crown lengthening: basic principles, indications, techniques and clinical case reports. NY State Dent J. 2004 Nov;70(8):30-6. PubMed; PMID 15615335.
15. Padbury A Jr, Eber R, Wang HL. Interactions between the gingiva and the margin of restorations. J Clin Periodontol [Internet]. 2003 May [acesso em 2019 jun 03];30(5):379-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.2003.01277.x>.
16. Hempton TJ, Dominici JT. Contemporary crown-lengthening therapy: a review. J Am Dent Assoc [Internet]. 2010 Jun [acesso em 2019 jun 03];141(6):647-55. Disponível em: [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)64740-1/pdf](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)64740-1/pdf).
17. Pilalas I, Tsalikis L, Tatakis DN. Pre-restorative crown lengthening surgery outcomes: a systematic review. J Clin Periodontol [Internet]. 2016 Dec [acesso em 2019 jun 03];43(12):1094-1108. Epub 2016 Oct 25. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12617>.
18. Almeida AL, Esper LA, Sbrana MC, Cunha MJ, Greggi SL, Carrilho GP, Pegoraro LF. Relationship between periodontics and restorative procedures: surgical treatment of the restorative alveolar interface (rai)--case series. J Indian Prosthodont Soc [Internet]. 2013 Dec [acesso em 2019 jun 03];13(4):607-11. Epub 2012 Nov 15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3792312>.
19. Pontoriero R, Carnevale G. Surgical crown lengthening: a 12-month clinical wound healing study. J Periodontol [Internet]. 2001 Jul [acesso em 2019 jun 03];72(7):841-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2001.72.7.841>.
20. Deas DE, Moritz AJ, McDonnell HT, Powell CA, Mealey BL. Osseous surgery for crown lengthening: a 6-month clinical study. J Periodontol [Internet]. 2004 Sep [acesso em 2019 jun 03];75(9):1288-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2004.75.9.1288>.
21. Arora R, Narula SC, Sharma RK, Tewari S. Evaluation of supracrestal gingival tissue after surgical crown lengthening: a 6-month clinical study. J Periodontol [Internet]. 2013 Jul [acesso em 2019 jun 03];84(7):934-40. Epub 2012 Oct 22. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2012.120162>.



Prof. Emerson Nakao
Mestre e Especialista em
Prótese Dentária e professor
da FFO-Fundect, fundação
conveniada à Faculdade de
Odontologia da Universidade
de São Paulo (Fousp)



**Prof. Dr. Rodolfo Francisco
Haltenhoff Melani**
Professor-associado do
Departamento de Odontologia
Social e responsável pela área de
Odontologia Legal do Programa
de Pós-Graduação em Ciências
Odontológicas, ambos na Fousp



Caroline Teggi Schwartzkopf
Especialista em Periodontia e
Prótese e mestranda em Periodontia
pela Universidade Paris VII