

AUMENTO DE COROA CLÍNICA ESTÉTICO: DO DIAGNÓSTICO AO CONTROLE E ACOMPANHAMENTO

Autores: Isadora Martins Gasparoto, Caique Andrade Santos, Carla Andreotti Damante, Talyta Sasaki Jurkevicz, Adriana Santana, Mariana Ragghianti Zangrando

Modalidade: Apresentação Oral - Caso Clínico

Área temática: Periodontia e Implantodontia

Resumo:

Atualmente, cresce o número de pacientes que procuram atendimento odontológico relacionados a estética. Dentre eles, o sorriso gengival tem papel de destaque, definido como exposição excessiva de gengiva ao sorrir, comprometendo a estética, impactando a qualidade de vida e autoestima do paciente. A etiologia pode estar relacionada a vários fatores como: crescimento vertical da maxila, extrusão dento alveolar, lábio superior curto, hiperatividade do lábio superior, erupção passiva e ativa alteradas, sendo os últimos podendo ser considerados fatores etiológicos de resolução periodontal. A erupção passiva alterada (EPA) se refere a exposição dentária secundária a migração da margem gengival no sentido apical até uma posição ligeiramente coronal a JCE, já a erupção ativa alterada (EAA) é o processo de movimentação do dente de sua posição germinativa até sua posição funcional no arco em oclusão. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é apresentar o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 22 anos, sem comprometimento sistêmico, com a queixa ao sorrir de “dentes pequenos e aparecer muito a gengiva”. Após exame clínico e realização de tomografia computadorizada (TCFC) com afastador labial, diagnosticou-se EPA dos dentes 14 ao 24 e EAA de 13 ao 23, sendo proposta a correção cirúrgica do sorriso gengival. Com auxílio de sonda milimetrada, baseando-se na posição da JCE, foram realizadas as marcações para incisões em bisel interno (90°) devido ao fenótipo fino. Em razão da inserção próxima à margem gengival foi realizada discreta frenectomia labial. Após, foi confeccionado retalho de espessura total permitindo realização de osteotomia e osteoplastia com pontas diamantadas e cinzéis, reestabelecendo a distância entre crista óssea e JCE planejada permitindo acomodações dos tecidos de inserção supracrestais e por fim realizado sutura em colchoeiro vertical com fio de nylon. Após 15 dias foram removidas as suturas. No acompanhamento de 45 dias, percebeu-se um inadequado controle de biofilme pela paciente, com inflamação marginal dos tecidos, logo, reforçou-se as instruções de higiene oral. No pós-operatório de 3 e 6 meses, controle adequado de biofilme e em 2 anos de acompanhamento do caso é possível observar a manutenção dos resultados obtidos. A EPA e EAA não são consideradas patologias, mas variações da normalidade, o correto diagnóstico, conhecimento dos tecidos de inserção supracrestal, princípios periodontais de preservação de mucosa ceratinizada e identificação de fenótipo gengival garantem excelência em resultados a longo prazo. Além disso, ferramentas digitais como a TCFC podem auxiliar no planejamento e na previsibilidade do tratamento. Conclui-se que os resultados estéticos foram atingidos, demonstrados pelo acompanhamento em longo prazo de 2 anos e a importância do controle e manutenção dos pacientes no pós-operatório.