

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**MARIANNA TEIXEIRA DE SOUSA**

**CORREÇÃO DA ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA E  
DA PIGMENTAÇÃO MELÂNICA GENGIVAL  
FISIOLÓGICA: REVISÃO DA LITERATURA E  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

**PATOS DE MINAS  
2015**

**MARIANNA TEIXEIRA DE SOUSA**

**CORREÇÃO DA ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA E  
DA PIGMENTAÇÃO MELÂNICA GENGIVAL  
FISIOLÓGICA: REVISÃO DA LITERATURA E  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientador: Prof.<sup>a</sup>. Ms. Vívian Gomes Pereira.

**PATOS DE MINAS  
2015**

# **CORREÇÃO DA ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA E DA PIGMENTAÇÃO MELÂNICA GENGIVAL FISIOLÓGICA: REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE CASO CLÍNICO**

Marianna Teixeira de Sousa\*

Vívian Gomes Pereira\*\*

## **RESUMO**

Para que o sorriso seja estético, o ideal é que a exposição gengival não ultrapasse 3 mm. Quando a exposição é superior a isto, ocorre o que a literatura chama de sorriso gengival. Por ser esteticamente desagradável, este leva o paciente a procurar o cirurgião dentista na tentativa de solucionar o problema, que muitas vezes exerce influência até mesmo sobre sua autoestima. Quando o sorriso gengival tem como causa a erupção passiva alterada, o aumento de coroa clínica estética pode solucionar o problema de forma simples e eficaz. A pigmentação melânica gengival não é considerada uma patologia, mas também representa um problema estético, especialmente quando associada à linha do sorriso alta. Existem várias formas de ser tratada, e entre as técnicas para este fim destaca-se a abrasão epitelial. O presente trabalho apresenta um caso clínico de uma paciente portadora de sorriso gengival causado por erupção passiva alterada e também de pigmentação melânica gengival fisiológica. Para o tratamento do sorriso gengival foi realizada cirurgia de aumento de coroa clínica estético, através de gengivectomia, elevação de retalho e ostectomia. A abrasão epitelial com broca diamantada foi a técnica de escolha para tratamento da pigmentação melânica gengival. O acompanhamento pós-operatório comprovou mais uma vez o sucesso destas técnicas cirúrgicas e houve grande satisfação com os resultados por parte da paciente tratada.

**Palavras-chave:** Aumento de Coroa Clínica. Pigmentação Melânica. Odontologia Estética.

---

\*Aluna do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) 2015. maricampadelly@outlook.com

\*\*Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário do Triângulo - Uberlândia/ MG (2004). Especialista em Periodontia pela Associação Brasileira de Odontologia de Belo Horizonte/MG (2007). Mestre em Periodontia Pela Faculdade São Leopoldo Mandic - Campinas (2011). Especialista em Endodontia pela HD Ensinos Odontológicos - Uberlândia/MG (2015). Professora adjunta do curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas/MG, desde agosto/2011. E-mail: vivianguomespereira@yahoo.com.br

## ABSTRACT

For the smile is aesthetic, the ideal is that the gingival exposure does not exceed 3 mm. When the exposure is greater than this, it is what the literature calls a gummy smile. For being unsightly, this leads the patient to seek the dentist to try to solve the problem, which often influences even on their self-esteem. When the gummy smile is caused by altered passive eruption, increased clinical aesthetic crown can solve the problem simply and effectively. The gingival melanin pigmentation is not considered a disease, but also represents an aesthetic problem, especially when combined with the high smile line. There are several ways to be treated, and among the techniques to this end there is the epithelial abrasion. This paper presents a case of a patient with gummy smile caused by altered passive eruption and also physiological gingival melanin pigmentation. For the treatment was performed gummy smile aesthetics of clinical crown augmentation surgery through gingivectomy, retail lifting and ostectomies. The epithelial abrasion with diamond drill has been the technique of choice for treatment of gingival melanin pigmentation. The postoperative follow-up proved once again the success of these surgical techniques and was very pleased with the results from the treated patient.

**Keywords:** Increased Crown Clinic. Pigment melanin. Esthetic Dentistry.

# 1 INTRODUÇÃO

A periodontia vem evoluindo bastante em termos de tratamentos estéticos. As cirurgias estéticas periodontais estão sendo cada vez mais usadas e os profissionais estão sempre à procura da funcionalidade do órgão comprometido, somada ao mínimo de dano, a fim de buscar e preservar a estética. <sup>(1)</sup>

Duas queixas comuns em consultórios odontológicos referem-se à coloração do tecido gengival e à exposição excessiva de gengiva ao sorrir. Quando durante o sorriso, a exposição de gengiva é acima de 3 mm, temos o chamado sorriso gengival. Este pode ter diferentes etiologias, que devem ser identificadas para melhor escolha do tratamento, a saber: erupção passiva alterada, hiperplasia gengival, deformidades esqueléticas caracterizadas por crescimento maxilar excessivo, lábio superior hiperativo e/ou assimétrico. <sup>(4)</sup> Para casos de alteração da erupção passiva e de deformidades esqueléticas pouco severas, a cirurgia de aumento de coroa clínica estético é a técnica cirúrgica indicada para aumentar o grau de estrutura dentária ao sorrir. <sup>(2,5)</sup> A pigmentação melânica gengival não representa uma patologia, mas uma variação da normalidade. Existem vários tratamentos para remoção do pigmento, tais como: agentes químicos, técnicas cirúrgicas convencionais, eletrocirurgia, criocirurgia, tratamento químico, laser terapia e abrasão epitelial. <sup>(9,10)</sup> É importante ressaltar que independente da técnica, a repigmentação gengival ocorre em períodos de tempo variados, embora estejam descritos casos tratados nos quais não houve retorno da pigmentação nos tempos pesquisados. <sup>(16)</sup>

Este trabalho apresenta um caso clínico de tratamento da pigmentação melânica e do sorriso gengival. As cirurgias foram documentadas por meio de fotografias digitais, incluindo o pré, trans e pós-cirúrgico. A remoção da pigmentação melânica foi acompanhada por um período de 60 dias para verificar a ocorrência e quantidade de repigmentação. Para solucionar a erupção passiva alterada foi utilizada a cirurgia de aumento de coroa clínica estético. Como a paciente foi classificada dentro do tipo 1 (presença de ampla faixa de gengiva queratinizada), e do subgrupo B (distância entre crista óssea e junção cimento-esmalte insuficiente para adaptação da inserção conjuntiva), o aumento de coroa foi realizado através de gengivectomia, elevação de retalho total e ostectomia. A remoção da

pigmentação melânica gengival foi realizada pela técnica da abrasão epitelial com broca diamantada. O tecido epitelial foi removido até exposição do tecido conjuntivo, com conseqüente remoção de toda faixa de tecido escurecido.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O Sorriso Gengival

A procura por estética nos consultórios odontológicos é cada vez maior, sendo a correção das recessões gengivais e do sorriso gengival razões que levam os pacientes com frequência a ir de encontro ao cirurgião-dentista, pois são fatores que prejudicam muito a estética do sorriso. <sup>(1)</sup> A posição e o contorno gengival são de grande importância para um sorriso harmônico; a gengiva deve acompanhar o colo dos dentes e preencher as ameias cervicais. <sup>(2)</sup>

A correção do sorriso gengival através do aumento de coroa clínica estético tem sido um procedimento cirúrgico realizado com frequência. <sup>(3)</sup> O sorriso gengival é definido pela exposição excessiva de gengiva (maior que 3 mm) ao sorrir e possui várias etiologias: extrusão dento-alveolar anterior, excesso vertical de maxila, lábios superiores curtos ou hiperativos, erupção passiva alterada, além da combinação de vários fatores. <sup>(4)</sup> Para definição da causa, devemos durante o exame clínico: avaliar a exposição dentária durante o repouso, realizar análise dimensional e funcional do lábio superior, mensurar a coroa clínica dos incisivos e caninos e verificar a harmonia entre os planos oclusais, anteriores e posteriores. <sup>(3)</sup>

A extrusão dento-alveolar dos incisivos superiores está associada ao desgaste incisal dos dentes anteriores inferiores. Esta extrusão dentária leva a margem gengival para uma posição mais coronal, e conseqüentemente a uma exposição excessiva de gengiva. O excesso vertical na maxila ocorre em pacientes cujo terço inferior da face é longo, e como o próprio nome diz, a maxila destes pacientes é maior no sentido vertical. O lábio superior é considerado curto quando medindo da região subnasal até a borda inferior do lábio superior obtemos um número menor que 15 mm. <sup>(5)</sup>

## 2.2 Erupção Passiva Alterada

No final do processo de erupção dos dentes, a gengiva marginal migra em direção apical, até ficar localizada próxima à junção cimento-esmalte, este movimento da gengiva é chamado erupção passiva. Quando a gengiva não migra apicalmente de forma adequada, temos um quadro de erupção passiva alterada. <sup>(6)</sup>

A erupção passiva alterada é classificada de acordo com a quantidade de gengiva queratinizada e subclassificada com relação à distância entre a junção cimento-esmalte (JCE) e a crista óssea alveolar (COA). Quando existe ampla faixa de gengiva queratinizada a erupção passiva alterada é do tipo 1, e quando a faixa de gengiva queratinizada é estreita temos uma erupção passiva alterada do tipo 2. Se a COA se localiza apicalmente em relação à JCE e existe entre elas mais que 1mm de distância, existindo assim espaço suficiente para adaptação da inserção conjuntiva, a erupção passiva alterada está dentro do sub-grupo A; se a distância entre COA e JCE é menor ou igual a 1mm e portanto insuficiente para adaptação da inserção conjuntiva, a erupção passiva alterada pertence ao sub-grupo B. <sup>(7, 8)</sup> (Quadro 1)

Erupção Passiva Alterada Tipo 1	Ampla faixa de gengiva queratinizada
Erupção Passiva Alterada Tipo 2	Estreita faixa de gengiva queratinizada
Erupção Passiva Alterada Sub-grupo A	Distância entre COA e JCE maior que 1 mm
Erupção Passiva Alterada Sub-grupo B	Distância entre COA e JCE menor ou igual a 1 mm

Quadro 1 - Classificação da Erupção Passiva Alterada

### 2.3 Tratamento do Sorriso Gengival

A movimentação ortodôntica associada ou não à cirurgia ortognática é o tratamento indicado nos casos de Extrusão Dento-alveolar e Crescimento Vertical da Maxila. <sup>(6)</sup>

Nos casos de hiperatividade do lábio superior, deve ser realizada uma miectomia para encurtamento dos músculos responsáveis pela movimentação do lábio, ocorrendo assim, uma diminuição na movimentação labial. Para casos de lábios curtos a indicação é de cirurgias plásticas para alongamento do lábio associadas à rinoplastia. Estas técnicas cirúrgicas têm o inconveniente de um pós-operatório desagradável e perda da naturalidade do sorriso. <sup>(3)</sup>

O tratamento do sorriso gengival causado por erupção passiva alterada é a área de atuação do cirurgião-dentista no que se refere ao sorriso gengival, e é realizado através de uma cirurgia de aumento de coroa clínica estético. Antes da realização deste procedimento cirúrgico deve-se avaliar a faixa de gengiva queratinizada. Em áreas onde a faixa de tecido queratinizado é estreita (tipo 2), deve-se realizar uma incisão intra-sulcular, acompanhada de um retalho colocado apicalmente parcial. Se a faixa de tecido queratinizado é ampla (tipo 1), uma incisão em bisel interno é realizada, formando um “colarinho” que será descartado. Outro fator a ser considerado é a distância COA/JCE. Se esta distância é menor ou igual a 1 mm (sub-grupo B) deve ser realizada a osteotomia, que nada mais é que a remoção do osso em altura, realizada com broca cilíndrica diamantada em alta rotação com irrigação abundante com soro fisiológico. A osteoplastia, remoção de espessura óssea para afinamento ósseo ou para criação de bossas e fossas pode ser também necessária. Se o tecido ósseo é delgado deve-se evitar o uso de brocas na osteoplastia e utilizar microcinzéis. Quando a distância COA/JCE é maior que 1 mm, a remoção de tecido ósseo não é necessária. <sup>(7,8)</sup> (Quadro 2)

Classificação	Tratamento
Erupção Passiva Alterada Tipo 1/Sub-grupo A	Gengivectomia em Bisel Interno
Erupção Passiva Alterada Tipo 1/Sub-grupo B	Gengivectomia em Bisel Interno e Retalho Total para Osteotomia/Osteoplastia
Erupção Passiva Alterada Tipo 2/Sub-grupo A	Incisão Intra-sulcular e Retalho Parcial
Erupção Passiva Alterada Tipo 2/Sub-grupo B	Incisão Intra-sulcular, Retalho Parcial e Osteotomia/Osteoplastia

Quadro 2- Tratamento do sorriso gengival de acordo com o tipo de erupção passiva alterada

Quando a etiologia do sorriso gengival é composta, deve-se utilizar tratamento multidisciplinar. Em muitos casos de etiologia composta realizamos o aumento de coroa clínica estético associado ao tratamento restaurador podendo, desta forma, melhorar as condições clínicas do paciente, mas não sendo um tratamento definitivo para o sorriso gengival. <sup>(6)</sup>

## 2.4 Pigmentação Melânica Gengival

O tecido gengival é dividido em gengiva marginal ou livre, que é aquela que circunda a porção cervical dos dentes; papila interdental, que faz parte da gengiva livre e dá contorno festonado à margem gengival e gengiva inserida, que se estende do sulco gengival até a junção muco-gengival cobrindo o processo alveolar. A gengiva tem a função de proteger os tecidos subjacentes, apresenta mecanismos de defesa tais como o fluxo salivar e o conteúdo da saliva (lisozima e imunoglobulina A). <sup>(9)</sup> O tecido gengival sadio apresenta cor rosa pálido, textura firme e aspecto semelhante à de uma casca de laranja. <sup>(10)</sup> A cor da gengiva pode variar em função

da pigmentação melânica no epitélio, quantidade de queratina, vascularidade e da forma fibrosa do tecido conjuntivo adjacente.<sup>(9)</sup>

Alterações na coloração da mucosa bucal podem ocorrer por vários motivos: tatuagem por amálgama, hábitos (drogas, tabagismo), problemas sistêmicos (deficiências hormonais, lesões vasculares, tumores e algumas síndromes), medicamentos (drogas para tratamento de HIV, tranquilizantes, estrógeno) e excesso de melanina, conhecido como pigmentação melânica gengival.<sup>(9)</sup> Apesar da pigmentação melânica não ser considerada uma doença, a procura por tratamento vem crescendo a cada dia devido à busca dos pacientes por uma estética gengival.<sup>(11)</sup>

A melanina, um dos pigmentos endógenos mais comuns, é produzida pelos melanócitos encontrados na camada basal do epitélio. É um pigmento fundamental, que dá cor aos tecidos e tem coloração castanho escuro.<sup>(10, 12)</sup> O que determina a pigmentação melânica gengival não é o número de melanócitos, já que este é semelhante em todos os indivíduos, mas sim, a atividade do melanócito, ou seja, a quantidade de melanina que ele produz.<sup>(13)</sup>

## **2.5 Remoção da Pigmentação Melânica Gengival**

Existem vários procedimentos que objetivam a remoção da pigmentação melânica no tecido gengival, são eles: produtos químicos, abrasão com broca diamantada, gengivectomia/gengivoplastia, autoenxerto de tecido mole, deslocamento de retalho com espessura parcial, colocação de membrana biológica, criocirurgia, eletrocirurgia, e lasers.<sup>(10)</sup>

Na gengivectomia/gengivoplastia é realizada uma incisão sulcular de bisel interno ou externo para eliminação de tecido tanto em altura como em espessura.<sup>(12)</sup> A criocirurgia é um método pouco utilizado, já que para sua realização são necessários aparelhos e instrumentais específicos, que não fazem parte do cotidiano.<sup>(14)</sup> Tem como finalidade destruição dos tecidos, a partir do congelamento do citoplasma da célula, causando assim a desnaturação das proteínas e a morte celular.<sup>(15)</sup> A técnica de enxerto gengival livre resulta em uma estética insatisfatória, devido à desarmonia da coloração, e, além disso, são necessários dois campos operatórios, o que leva o paciente a um pós-operatório traumático.<sup>(12)</sup> A remoção da pigmentação melânica com lasers gera resultados bem satisfatórios, no entanto, são

necessários equipamentos específicos, que não estão disponíveis em todos os consultórios odontológicos. <sup>(10)</sup> O laser remove completamente o epitélio, ocorrendo assim à exposição do tecido conjuntivo, sendo interessante também o seu efeito na coagulação. <sup>(12)</sup>

Vários estudos disponíveis na literatura mostram a ocorrência de repigmentação algum tempo depois da remoção da pigmentação melânica gengival. Não é ainda conhecido o mecanismo exato da repigmentação; de acordo com a Teoria da Migração, melanócitos ativos da pele proliferam e migram em direção a áreas não pigmentadas. <sup>(16)</sup>

## **2.6 Remoção da Pigmentação Melânica Gengival Através de Abrasão Epitelial**

A abrasão epitelial é uma técnica bastante utilizada para remoção da pigmentação melânica gengival e apresenta resultados satisfatórios. Quando esta técnica é escolhida, o profissional deve ser bem cauteloso na realização do desgaste tecidual, evitando injúrias indesejáveis que podem resultar em recessão gengival, gerando um problema estético maior que a pigmentação melânica. Cuidado adicional deve ser tomado em casos de tecido gengival delgado, raízes proeminentes e tabua óssea fina. <sup>(13)</sup>

A abrasão epitelial pode ser realizada através de lâminas de bisturi ou de brocas diamantadas. Na abrasão epitelial com lâmina de bisturi utiliza-se uma lâmina 15C para raspar superficialmente o epitélio expondo assim o tecido conjuntivo. <sup>(12)</sup>

Para a abrasão epitelial com brocas deve ser utilizada uma broca esférica diamantada com haste longa montada em alta rotação. A irrigação abundante e constante com solução fisiológica estéril é imprescindível. O procedimento é realizado de forma suave, com movimentos ântero-posteriores, e o que determina a profundidade da penetração da broca é a completa remoção da camada epitelial, sinalizada pelo sangramento homogêneo característico da exposição do tecido conjuntivo. <sup>(13)</sup>

### 3 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente N. A. S, sexo feminino, 21 anos de idade, foi submetida a exame clínico extra e intra-oral para fins de diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. Neste caso, o sorriso gengival tinha como fator etiológico a erupção passiva alterada associada a um pequeno excesso vertical de maxila. A avaliação foi realizada de primeiro molar a primeiro molar superior, que eram os elementos envolvidos na estética do sorriso da paciente. Como havia ampla faixa de tecido queratinizado, a erupção passiva alterada foi classificada como tipo 1, para a qual o tratamento indicado é a gengivectomia e gengivoplastia. Foram tomadas as medidas de distância entre a margem gengival e a junção cimento-esmalte em três pontos da face vestibular para determinar a extensão da gengivectomia. Além disso, foram verificadas, em três pontos da face vestibular, as distâncias entre a margem gengival e a crista óssea alveolar. A diferença entre a distância da margem gengival à junção cimento-esmalte e a distância da margem gengival à crista óssea foi calculada, ficando a erupção passiva alterada classificada dentro do subgrupo B, ou seja, a distância entre a junção cimento-esmalte e a crista óssea alveolar era insuficiente para adaptação da inserção conjuntiva e, portanto, houve a necessidade de osteotomia e osteoplastia.

A paciente foi informada de que haveria uma melhora significativa na estética do sorriso, mas que esta não seria completa, já que associado à erupção passiva alterada havia o excesso vertical de maxila como fator etiológico do sorriso gengival. Previamente ao procedimento cirúrgico foi assinado pela paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As figuras 1, 2 e 3 mostram o aspecto pré-operatório do tecido gengival da paciente.



Figura 1 – Aspecto anterior do sorriso gengival



Figura 2 – Aspecto lateral direito do sorriso gengival



Figura 3 – Aspecto lateral esquerdo do sorriso gengival

Para o procedimento cirúrgico foi realizada assepsia extra oral com clorexidina a 2% e bochecho com clorexidina a 0,12% durante 1 minuto. Após anestesia local com lidocaína 2% + epinefrina 1:100.000 (DFL, Jacarepaguá, Brasil), a altura da junção cimento-esmalte foi marcada através de pontos sangrantes em três regiões da face vestibular de cada elemento dentário (16 a 26), o que delimitou a extensão da gengivectomia (Figura 4). Com a lâmina de bisturi 15 C (Solidor, China) inclinada em 45° em relação ao dente, foi realizada a incisão em bisel interno, resultando na formação de um colarinho gengival (Figura 5), que posteriormente foi removido através de incisão intrasulcular e curetagem. Em seguida, um retalho de espessura total foi elevado através de um descolador Molt 2/4, promovendo a exposição do osso alveolar para realização da osteotomia e osteoplastia, que foram realizadas através de brocas esféricas diamantadas de haste longa 1014 e 2136 montadas em alta rotação e irrigação abundante com solução salina estéril (Figura 6). Por fim, o retalho foi reposicionado e mantido em posição através de sutura colchoeiro vertical com fio de nylon 4.0 (Shalon, Goiânia, Brasil) (Figura 7). A paciente foi informada sobre todos os cuidados pós-operatórios necessários e medicada com Amoxicilina 500 mg, uma cápsula de oito em oito horas

durante cinco dias; Dexametasona 4 mg, dois comprimidos no primeiro dia, dois no segundo dia e um comprimido no terceiro dia; e dipirona 500 mg, um comprimido de seis em seis horas em caso de dor. A sutura foi removida após duas semanas.



Figura 4 – Marcação de 3 pontos sangrantes na face vestibular dos dentes determinando a extensão da gengivectomia



Figura 5 – Incisão em bisel interno resultando na formação de um colarinho gengival



Figura 6 – Retalho total elevado e ostectomia/osteoplastia realizadas



Figura 7 - Retalho reposicionado e mantido em posição através de sutura colchoeiro vertical

O controle pós-operatório foi realizado após 30 dias e mostrou um ótimo resultado estético, com diminuição significativa do sorriso gengival, sem nenhuma exposição radicular (Figuras 8, 9 e 10). Através das figuras 11 e 12 podemos observar a diferença entre o aspecto do sorriso antes e após a cirurgia de aumento de coroa clínica estético.



Figura 8 – Aspecto anterior no pós-operatório de 30 dias



Figura 9 – Aspecto lateral direito no pós-operatório de 30 dias



Figura 10 – Aspecto lateral esquerdo no pós-operatório de 30 dias



Figura 11 – Aspecto do sorriso previamente à cirurgia de aumento de coroa clínica estética



Figura 12 – Aspecto do sorriso após 30 dias da cirurgia de aumento de coroa clínica estética

Em um segundo momento, após 30 dias da cirurgia de aumento de coroa clínica estético, foi realizada cirurgia para remoção da pigmentação melânica gengival fisiológica pela técnica da abrasão epitelial de primeiro molar a primeiro molar superior. As figuras 13, 14 e 15 mostram a pigmentação melânica fisiológica do tecido gengival.



Figura 13 – Aspecto anterior da pigmentação melânica gengival fisiológica



Figura 14 – Aspecto lateral direito da pigmentação melânica gengival fisiológica



Figura 15 – Aspecto lateral esquerdo da pigmentação melânica gengival

A anestesia infiltrativa foi realizada com lidocaína a 2% + epinefrina 1:100.000. Em seguida, a abrasão epitelial foi feita utilizando a broca diamantada 3118 montada em alta rotação, com irrigação abundante com solução salina estéril. A broca foi utilizada em uma angulação de 45° em relação ao tecido gengival (Figura 16), e passada suavemente sobre este até a remoção de toda a camada epitelial e exposição do tecido conjuntivo (Figuras 17 e 18). Os cuidados pós-operatórios foram ensinados à paciente, entre eles, a não ingestão de alimentos ácidos e a medicação

pós-operatória foi prescrita: Ibuprofeno 400 mg, um comprimido de oito em oito horas durante três dias e dipirona 500 mg, um comprimido de seis em seis horas em caso de dor.



Figura 16 – Broca em angulação de 45° em relação ao tecido gengival



Figura 17 – Exposição do tecido conjuntivo após remoção do tecido epitelial



Figura 18 – Exposição do tecido conjuntivo após remoção do tecido epitelial

O controle pós-operatório foi realizado após 30 (Figuras 19, 20 e 21) e 60 dias (Figuras 22, 23 e 24). Tanto no primeiro como no segundo pós-operatório não foram

vistos sinais de repigmentação. Houve grande satisfação por parte da paciente com os resultados alcançados, tanto no aumento de coroa clínica estético quanto na remoção da pigmentação melânica gengival.



Figura 19 – Aspecto anterior no pós-operatório de 30 dias



Figura 20 – Aspecto lateral direito no pós-operatório de 30 dias



Figura 21 – Aspecto lateral esquerdo no pós-operatório de 30 dias



Figura 22 – Aspecto anterior no pós-operatório de 60 dias



Figura 23 – Aspecto lateral direito no pós-operatório de 60 dias



Figura 24 – Aspecto lateral esquerdo no pós-operatório de 60 dias

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O crescente valor que os pacientes têm dado à estética, fez com que a odontologia também se aprimorasse em busca desta, e com a periodontia não foi diferente. Várias técnicas cirúrgicas periodontais vêm sendo criadas e aprimoradas

ao longo do tempo em busca de um sorriso harmonioso. O aumento de coroa clínica estético para correção do sorriso gengival causado por alteração da erupção passiva, e a remoção da pigmentação melânica gengival através de abrasão epitelial, são técnicas cirúrgicas que têm demonstrado resultados altamente satisfatórios na solução de problemas estéticos periodontais. No presente caso clínico, foi alcançado o sucesso estético e a satisfação da paciente após correção do sorriso gengival através da cirurgia de aumento de coroa clínica, e após a remoção da pigmentação melânica pela técnica da abrasão epitelial.

## REFERÊNCIAS

- 1- Cairo F, Graziani F, Franchi L, Defraia E, Paolo G, Prato P. Periodontal plastic surgery to improve aesthetics in patients with altered passive eruption/ gummy smile: a case series study. 2012: 1-6.
- 2- Pires CV, Souza CGLG, Menezes SAF. Procedimentos Plásticos Periodontais em Paciente com Sorriso Gengival- Relato de Caso. 2010; 20 (1): 48-53.
- 3- Naldi LF, Borges GJ, Santos LFE, Andrade RS, Batista DG, Souza JB. Aumento de coroa estético associado ao reposicionamento labial com cimento ortopédico. 2012; 21(56): 493-97.
- 4- Carvalho PFM, Silva RC, Joly JC. Aumento de coroa clínica estético sem retalho: uma nova alternativa. 2010: 26-33.
- 5- Macedo ACVB, Nunes VHS, Sardenberg C, Alto RM, Almeida RR. O sorriso gengival- Tratamento baseado na etiologia- Uma revisão de Literatura. 2012; 22 (4): 36-44.
- 6- Joly JC, Carvalho PFM, Silva RC. Reconstrução Tecidual Estética: Procedimentos Plásticos e regenerativos periodontais e peri-implantares. São Paulo:Artes Médicas; 2010. p.245-59.
- 7- Livene RA, McGuire M. The Diagnosis and Teatment of the Gummy Smile. August 1997; 18 (8): 757-766.

- 8- Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. 1996: 18-28.
- 9- Peeran SW, Ramalingam K, Peeran AS, Altaher OB, Alsaid FM, Muqrabi MH. Gingival pigmentation index proposal of index with a brief review of current indices. 2014; 287-90.
- 10- Gusmão ES, Soares RSC, Farias BC. Estética gengival: repigmentação da melanina. 2012; 12: 49-54.
- 11- Thangavelu A, Elavarasu S, Jayapalan P. Pink esthetics in periodontics – Gingival depigmentation: A case series. 2012; v.2, 180-190.
- 12- Murthy MB, Kaur J, Das R. Treatment of gingival hyperpigmentation with rotary abrasive, scalpel, and techniques: A case series. 2013;25(41), 158-64.
- 13- Carvalho PFM, Cury PR, SILVA RC, Joly JC, Ciotti DL. Tratamento de pigmentação melânica gengival por abrasão epitelial: relato de casos clínicos. 2008; 2: 47-57.
- 14- Castro LO, Brito APP, Endo MM, Souza JB, Decurcio DA. Tratamento de pigmentação melânica gengival pela técnica de abrasão epitelial. 2013;22(63), 143-6.
- 15- Tabebi M, Farmanbar N, Abolfazli S, Shirazi AS, Management of physiological hyperpigmentation of oral mucosa by cryosurgical treatment: A case report. 2014: 178-85.
- 16- Alves CMC, Rossa ML, Pustiglioni FE. Repigmentação melânica gengival após cirurgia periodontal relato de caso. 2010;9 (4):369-72.

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho somente foi concluído com ajuda de pessoas importantes que quero agradecer.

À Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Ms. Vívian Gomes Pereira, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Aos meus pais José Eduardo e Rosimeire, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente na minha formação, o meu obrigado.

**Data de entrega do artigo:** 17/11/2015