

Luísi Lopes de Almeida

**TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL EM PACIENTE COM
HIPERPLASIA GENGIVAL INFLAMATÓRIA CRÔNICA: UM RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Me. Edilson Fernando Castelo

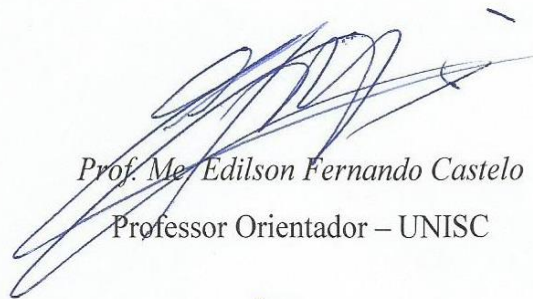
Santa Cruz do Sul

2015


Luísi Lopes de Almeida

**TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL EM PACIENTE COM
HIPERPLASIA GENGIVAL INFLAMATÓRIA CRÔNICA: UM RELATO DE CASO**


Este trabalho foi submetido ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.



Prof. Me. Edilson Fernando Castelo
Professor Orientador – UNISC



Prof. M.ª Simone Glesse Baumhardt
Professora examinadora – UNISC



Prof. Me. Ricardo Sartori
Professor examinador – UNISC

Santa Cruz do Sul

2015

RESUMO

A cirurgia estética periodontal é um procedimento realizado quando há desarmonia de arquitetura gengival e visa reestabelecer a forma fisiológica, melhorando a estética e facilitando a higiene. Na existência de aumento gengival, o método cirúrgico é geralmente indicado para o correto tratamento, em associação com a terapia periodontal básica e instrução de higiene oral. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente que apresenta hiperplasia gengival inflamatória crônica e descrever as formas de tratamento empregadas. A paciente avaliada é jovem, melanoderma, do sexo feminino e apresenta desarmonia gengival por aumento de volume nos dentes anteriores (superiores e inferiores), principalmente na área interpapilar. O tratamento proposto envolveu educação em higiene, terapia periodontal básica e cirurgia periodontal corretiva (gengivoplastia/melanoplastia). Após a terapêutica realizada, os resultados foram inicialmente satisfatórios do ponto de vista estético e funcional, foram reestabelecidas forma e função adequadas da gengiva, facilitando a higiene e valorizando o sorriso da paciente. Porém, devido à higiene inadequada por parte da paciente, no prazo de aproximadamente 6 meses houve início de recidiva de hiperplasia em alguns locais. Foi possível concluir que, em periodontia, a fase mais importante do tratamento é a instrução de higiene oral. O tratamento periodontal básico associado a procedimentos cirúrgicos adequados promove uma melhora no quadro de hiperplasia gengival inflamatória crônica, porém, se o paciente não mantiver sua higiene oral diária e corretamente, a recidiva facilmente pode acontecer.

Palavras-chave: Hiperplasia gengival, Gengivectomia, Gengivoplastia.

ABSTRACT

The periodontal cosmetic surgery is a procedure realized when there are problems of gingival architecture and it aims to restore the physiological form, improving mouth aesthetic and facilitating hygiene. In the presence of gingival enlargement, it's generally indicated the surgical method for a correct treatment, in association with basic periodontal therapy and with oral hygiene instruction. Then, the objective of this work is to report a case of a patient who has chronic inflammatory gingival hyperplasia and to describe the used treatment ways. The patient is young and female, melanoderma, and presents gingival disorder by increase in volume in anterior teeth (upper and lower), mainly in interpapillary area. The proposed treatment had involved hygiene education, basic periodontal therapy and corrective periodontal surgery (gingivoplasty/melanoplasty). After realized therapy, the results were initially satisfactory from an aesthetic and functional point of view, were restored right form and function of gingiva, facilitating the hygiene and valuing patient's smile. However, due to inadequate hygiene made by patient, in 6 months it happened the beginning of relapse of hyperplasia in some parts. It was concluded that, in periodontology, the most important phase of treatment is the oral hygiene instruction. The basic periodontal treatment associated with appropriated surgery procedures causes an improvement in the case of chronic inflammatory gingival hyperplasia, but if the patient does not keep your oral hygiene daily and properly, the relapse can happen.

Keywords: Gingival hyperplasia, Gingivectomy, Gingivoplasty.

LISTA DE ABREVIATURAS

IPV	Índice de placa visível
ISG	Índice de sangramento gengival
IFRP	Índice de fator retentivo de placa
PS	Profundidade à sondagem
SS	Sangramento à sondagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1	Anatomia do periodonto	9
2.2	A gengiva	9
2.2.1	Anatomia microscópica	9
2.2.2	Anatomia macroscópica da gengiva.....	10
2.2.3	Gengiva marginal livre.....	11
2.2.4	Gengiva inserida	13
2.2.5	Aspectos clínicos da gengiva	14
2.3	Etiologia e microbiologia das doenças periodontais.....	15
2.4	Exames	17
2.5	Doença periodontal.....	19
2.5.1	Gengivite.....	20
2.6	Diastema entre incisivos centrais superiores.....	22
2.7	Tratamento.....	22
2.7.1	Instrumentação em periodontia	23
2.7.2	Tratamento não cirúrgico	30
2.7.3	Tratamento cirúrgico	32
2.7.3.1	Gingivectomia.....	32
2.7.3.1.1	Pré-requisitos para a gingivectomia.....	33
2.7.3.1.2	Indicações	33
2.7.3.1.3	Contra-indicações	33
2.7.3.1.4	Técnica da gingivectomia	34
2.7.3.2	Gingivoplastia.....	36
2.7.3.2.1	Indicações	37
2.7.3.2.2	Contra-indicações	37
2.7.3.2.3	Técnica da gingivoplastia	37
2.7.3.3	Melanoplastia	38
2.7.3.3.1	Técnicas cirúrgicas	39
2.7.3.4	Recomendações pós-operatórias	39
2.8	Tipo de estudo	40

2.9	Seleção do material bibliográfico	40
3	RELATO DO CASO CLÍNICO.....	41
4	DISCUSSÃO	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS	68
	ANEXO A – Carta de apresentação do projeto de pesquisa	72
	ANEXO B – Autorização do Coordenador do Curso de Odontologia da UNISC	73
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74

1 INTRODUÇÃO

A hiperplasia gengival inflamatória crônica é uma condição de doença da gengiva, em que o crescimento tecidual forma bolsas gengivais e/ou periodontais que atuam como nichos retentores de placa, dificultando a higiene por parte do paciente e favorecendo a progressão dessa patologia. Atualmente, de acordo com o SB BRASIL (2010), cerca de 50% das pessoas de 15 a 19 anos, no Brasil, sofrem de alguma doença periodontal determinada pelo sangramento gengival e pelo cálculo dental (a alteração preponderante neste grupo etário).

Segundo Marioti (2010), a placa dental é o fator etiológico mais comum da gengivite. Esta, se não for tratada, provoca alterações de contorno, cor, forma e consistência gengival, geralmente progredindo para uma situação de hiperplasia gengival. Camargo, Carranza e Takei (2007) destacam que a remoção cirúrgica é o tratamento de escolha para reestabelecer o adequado contorno gengival em casos em que o tratamento periodontal básico (raspagem e alisamento das superfícies) não é suficiente para a regressão da lesão.

Ramseier et al. (2010) afirmam que o cirurgião-dentista tem o papel de instruir seu paciente quanto à higiene oral, ensinando-o a executar técnicas de limpeza das superfícies dentárias e gengivais que sejam corretas e efetivas. Quando o paciente apresenta um quadro de hiperplasia gengival inflamatória, em muitas vezes apenas a higiene oral não resulta na regressão da lesão, sendo necessária a excisão cirúrgica deste aumento para que o paciente consiga higienizar o local corretamente (CAMARGO; CARRANZA; TAKEI, 2007).

É necessário que o cirurgião-dentista estabeleça um correto diagnóstico e tratamento, pois a recidiva das lesões existe, principalmente em casos de má higiene e de controle de placa ineficiente (RETHMAN; DRISKO; HILL, 2007).

Cirurgias periodontais ressectivas, como a gengivectomia, a gengivoplastia e as variações destas técnicas, são utilizadas com o objetivo de reestabelecer um periodonto saudável e obter condições anatômicas que permitam o controle da placa bacteriana subgengival. Porém, ambas têm indicações singulares que devem ser respeitadas e bem avaliadas (DUARTE; CASTRO; PEREIRA, 2002).

Portanto, o objetivo deste trabalho baseia-se na apresentação de um caso clínico com enfoque no diagnóstico e no tratamento de hiperplasia gengival inflamatória crônica, levando em consideração as limitações da terapêutica que diz respeito aos hábitos de higiene da paciente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Anatomia do periodonto

A formação do periodonto se inicia na fase embrionária, quando as células da crista neural migram para o primeiro arco branquial, formando uma faixa de ectomesênquima no local correspondente à boca. Iniciam-se então os processos de desenvolvimento (estágio de botão, estágio de capuz, estágio de campânula e o desenvolvimento da raiz) que darão origem ao dente e aos tecidos periodontais (LINDHE; KARRING; ARAÚJO, 2010).

O periodonto é formado por tecidos de revestimento que suportam os dentes, sendo composto por gengiva, osso alveolar, ligamento periodontal e cimento radicular. Suas funções são ligar o dente ao osso, suportar as forças geradas por movimentos funcionais, manter a integridade dos tecidos (separando o meio interno do externo), atuar na remodelação e regeneração contínuas decorrentes de alterações estruturais e fortalecer a defesa contra fatores externos que possam ser nocivos quando presentes na cavidade bucal (MOUSSALLI; LASCALA, 1993).

A mucosa oral é contínua com o epitélio dos lábios, palato mole e faringe. Além disso, é separada em mucosa mastigatória (gengiva e palato duro), mucosa especializada (recobrimento do dorso da língua) e mucosa de revestimento, que é a parte restante (LINDHE; KARRING; ARAÚJO, 2010).

2.2 A gengiva

2.2.1 Anatomia microscópica

O epitélio gengival caracteriza-se como escamoso estratificado, e sua função, além de promover a proteção das estruturas subjacentes, é participar de forma ativa na defesa do hospedeiro. As células epiteliais podem responder às bactérias, entre outros eventos, através do aumento na proliferação. Apesar das possíveis variações entre as pessoas, todos os tipos gengivais são estruturados para exercer uma proteção contra danos microbianos e mecânicos.

A principal célula do tecido gengival é o ceratinócito, que, ao proliferar-se e diferenciar-se, permite um intercâmbio seletivo com o ambiente oral, protegendo as estruturas profundas (FIORELLINI; KIM; ISHIKAWA, 2007). Destaca-se também que estímulos

promovidos pela atrição dos alimentos durante a mastigação e pela escova de dentes, por exemplo, resultam em maior queratinização da gengiva (RIGUEIRA, 1996).

Além disso, existem as células claras (não-ceratinócitos), que incluem células de Langerhans, células de Merkel e melanócitos. As células de Langerhans têm potencial fagocítico e antigênico, possuindo importante papel na reação imune. Já as células de Merkel estão nas porções mais profundas do epitélio e são identificadas como preceptores táteis (FIORELLINI; KIM; ISHIKAWA, 2007).

Sendo assim, uma gengiva clinicamente saudável apresenta o epitélio juncional aderido fragilmente à superfície do dente por hemidesmossomos. Apresenta também pequeno infiltrado de células inflamatórias pela presença contínua de produtos bacterianos na região cervical e pelo equilíbrio entre hospedeiro e microrganismos presentes (KINANE; BERGLUNDH, LINDHE, 2010).

2.2.2 Anatomia macroscópica da gengiva

A gengiva é anatomicamente dividida em marginal, inserida e área interdental, sendo que a gengiva marginal livre (ou não inserida) mede aproximadamente 1mm de espessura e sua transição com a gengiva inserida é demarcada pelo sulco gengival livre. Em um adulto saudável, a gengiva deve recobrir a raiz do dente ao nível da junção amelocementária e o osso alveolar (FIGURA 1) (FIORELLINI; KIM; ISHIKAWA, 2007).

FIGURA 1 – Anatomia macroscópica da gengiva



Fonte: LINDHE; KARRING; ARAÚJO, 2010.

2.2.3 Gengiva marginal livre

Apresenta superfície de cor rósea e opaca e consistência firme, além de estar presente nas faces vestibular, lingual ou palatina dos dentes e também nas papilas interdentais. Tem formato arredondado, o que gera uma pequena invaginação entre o dente e a gengiva (FIGURA 2).

Em normalidade, está em íntimo contato com a superfície dentária e nela não existem “bolsas gengivais” ou “sulco gengival”. Na verdade, quando uma sonda periodontal é introduzida nesta invaginação, abre-se artificialmente um “sulco gengival” que se estende até quase ao nível da junção cimento-esmalte. O contorno gengival segue a forma do dente e seu alinhamento no arco, envolvendo-o de forma semelhante a um colarinho.

Em situação de saúde, a profundidade do sulco gengival é de 2 a 3mm, e o epitélio juncional então promove o contato da gengiva livre com o dente (FIORELLINI, KIM; ISHIKAWA, 2007).

FIGURA 2 – Gengiva marginal livre e papila interdental

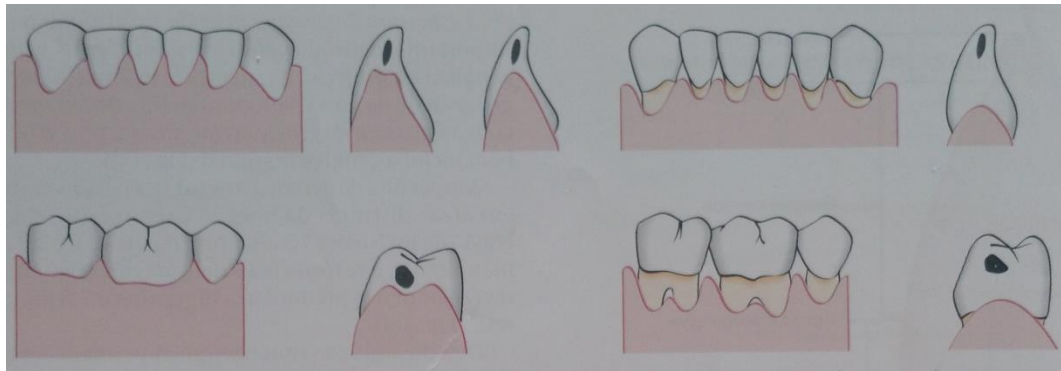


Fonte: FIORELLINI; KIM; ISHIKAWA, 2007.

A papila interdental é parte da gengiva livre e é determinada pelas relações de contato entre os dentes. Na região anterior, apresenta formato de pirâmide, enquanto que nos dentes posteriores a papila assume uma forma achatada no sentido vestibulolingual (FIGURA 3). A presença das papilas interdentais faz com que a margem da gengiva livre siga um contorno

festonado, mais ou menos acentuado, em toda a dentição (LINDHE; KARRING; ARAÚJO, 2010).

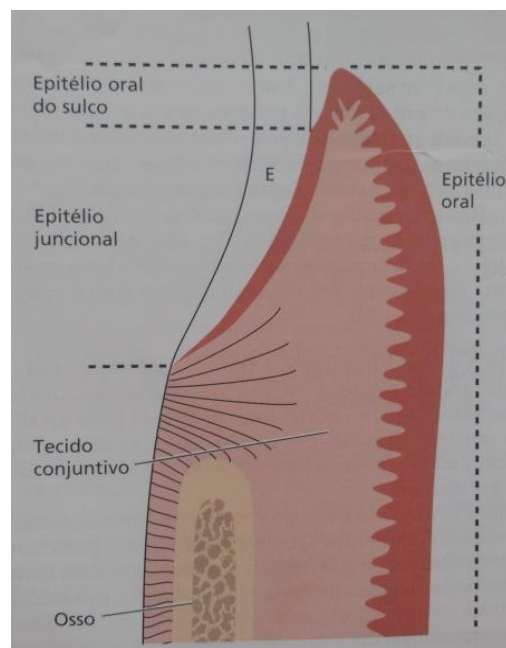
FIGURA 3 – Diferença anatômica da papila interdental em dentes anteriores e posteriores com e sem perda de inserção



Fonte: FIORELLINI; KIM; ISHIKAWA, 2007.

O epitélio juncional pode ter até 2mm de espessura e envolve o colo dental, formando um anel. Além disso, apresenta, na área mais apical, poucas camadas de células e, em direção à incisal, apresenta de 15 a 30 camadas celulares. O sulco gengival apresenta 0,5mm de profundidade (WOLF; HASSEL, 2008).

FIGURA 4 – Epitélio juncional



Fonte: LINDHE; KARRING; ARAÚJO, 2010.

2.2.4 Gengiva inserida

Apresenta consistência firme, cor rósea e algumas pequenas depressões chamadas *stippling*, conferindo-lhe o aspecto de casca de laranja (FIGURA 5). É imóvel e está firmemente aderida ao osso alveolar e cemento subjacentes por meio de fibras do tecido conjuntivo, diferentemente da mucosa alveolar, que é móvel em relação ao osso subjacente (LINDHE; KARRING; ARAÚJO, 2010).

FIGURA 5 – Aspecto de casca de laranja da gengiva inserida



Fonte: LINDHE; KARRING; ARAÚJO, 2010.

A gengiva inserida é contínua à gengiva marginal e faz transição com a mucosa alveolar (que é móvel e relativamente frouxa), demarcada pela linha mucogingival. É também resiliente, e sua espessura na face vestibular apresenta variações, dependendo da região, sendo maior no segmento anterior (3,5 a 4,5mm na maxila e 3,3 a 3,9mm na mandíbula) e mais delgada na região dos dentes posteriores (aproximadamente 1,9mm nos pré-molares superiores e 1,8mm nos inferiores). O avançar da idade faz aumentar a espessura (FIORELLINI; KIM; ISHIKAWA, 2007) e largura da gengiva inserida, e isso pode ser variável de pessoa para pessoa (WOLF; HASSEL, 2008).

2.2.5 Aspectos clínicos da gengiva

Quando saudável, a gengiva apresenta alguns aspectos bem definidos, e seu conhecimento contribui para a detecção e diagnóstico de desvios típicos oriundos de certas patologias, inclusive das mais incipientes.

Normalmente, há a variação da cor rosa pálido ao coral. Quando exibir certa pigmentação melânica, poderá apresentar coloração marrom-escuro ou tonalidade similar (FIGURA 6). É mais comum que a gengiva inserida apresente-se pigmentada, porém, a gengiva livre também pode demonstrar tal característica (RIGUEIRA, 1996).

FIGURA 6 – Gengiva altamente pigmentada (melanótica)



Fonte: FIORELLINI; KIM; ISHIKAWA, 2007.

Destaca-se que esta variante de cor depende do suprimento vascular, espessura gengival, grau de ceratinização e, principalmente, de células de conteúdo melânico. Sendo assim, é um aspecto variável e parece ser correspondente à pigmentação da pele.

A melanina, por sua vez, está presente nos indivíduos normais, na pele, na gengiva e nas demais membranas mucosas orais, sendo predominantemente encontrada em indivíduos negros, nos quais ocorre de forma difusa, irregular e em tons de marrom ou marrom-claro. (FIORELLINI; KIM; ISHIKAWA, 2007).

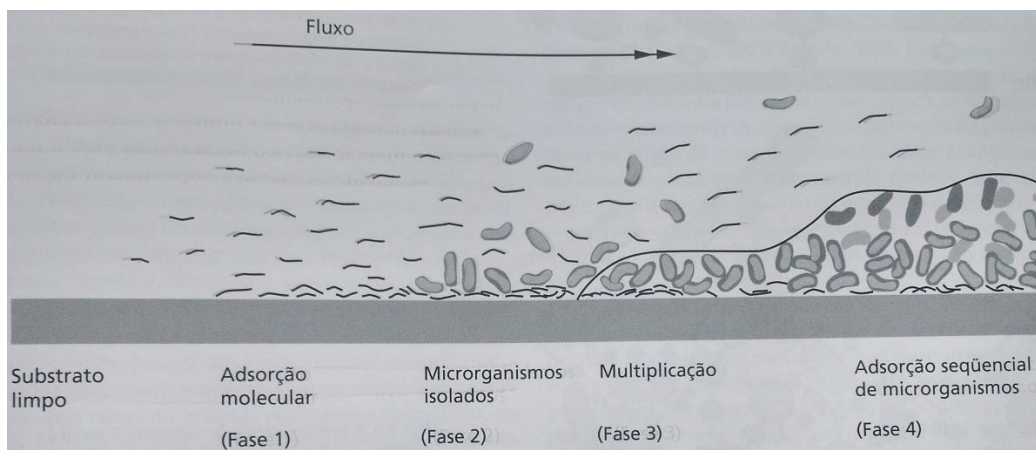
Contudo, não é raro, em melanodermos, a não evidência clínica de pigmentação melânica em suas gengivas. Por outro lado, pode-se encontrar algum grau de pigmentação em indivíduos de cor branca (DUMMETT, 1946).

2.3 Etiologia e microbiologia das doenças periodontais

Durante toda a vida, as superfícies do corpo são expostas à colonização bacteriana. Sendo a superfície dentária dura e não-descamativa, torna-se um local propício para o desenvolvimento de grandes depósitos bacterianos que afetam o equilíbrio entre a microbiota e o hospedeiro. Na cavidade oral, esses depósitos bacterianos são denominados placa dental ou placa bacteriana, e o acúmulo do metabolismo destas bactérias sobre as superfícies dos dentes e da gengiva está relacionado aos principais fatores para o aparecimento de cáries, gengivites, doenças periodontais, infecções periimplantares e estomatites (LANG; MOMBELLI; ATTSTRÖM, 2010).

Imediatamente após a limpeza dos dentes, macromoléculas hidrofóbicas são absorvidas pelas superfícies, formando um filme condicionante que é denominado película adquirida. Composta por uma variedade de mucinas e anticorpos, esta estrutura aumenta a capacidade de adesão bacteriana e facilita a adesão de novas bactérias e a síntese de polímeros extracelulares, o que resulta no aumento progressivo da sua espessura (FIGURA 7) (LANG, MOMBELLI; ATTSTRÖM, 2010). A película adquirida é passível de remoção com bochechos ou sprays (QUIRYNEN et al., 2007).

FIGURA 7 – Mecanismo de formação da placa bacteriana



Fonte: LANG; MOMBELLI; ATTSTRÖM, 2010.

Embora existam desafios microbianos contínuos sobre essas estruturas, não há progressão para a gengivite clínica em uma situação de saúde, provavelmente pela manutenção da barreira do epitélio juncional, da descamação regular de células epiteliais, do fluxo de fluido para o sulco gengival (que pode lavar microrganismos não-aderidos e produtos

nocivos), da presença de anticorpos contra produtos microbianos e pela função fagocítica de neutrófilos e macrófagos (KINANE; BERGLUNDH, LINDHE, 2010).

A formação da placa bacteriana se inicia com a colonização de bactérias Gram-positivas (*Actinomyces viscosus* e *Streptococcus sanguis*) que aderem à película adquirida presente na superfície do dente. Em seguida, ocorre uma transição do meio aeróbio para uma situação de privado oxigênio com a presença de microrganismos Gram-negativos anaeróbios, como: *Prevotella intermedia*, *Prevotella loescheii*, espécies de *Capnocytophaga*, *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivalis*, que aderem às bactérias pré-existentes na placa bacteriana (LOESCHE; SYED, 1978).

A placa dentária é caracterizada como estrutura resilente, amarelo-acinzentada e firmemente aderida às superfícies duras intra-orais e pode ser diferenciada por outros depósitos encontrados na superfície dental, como matéria alba e cálculo. Quanto à sua localização, é classificada em:

- placa supragengival: localizada na margem gengival ou acima dela.
- placa subgengival: abaixo da margem gengival, entre os dentes e o epitélio da bolsa gengival (QUIRYNEN et al., 2007).

Em tecidos gengivais inflamados, o exsudato inflamatório de origem linfática que flui para as bolsas gengivais (ou periodontais) favorece a calcificação da placa dentária já existente, formando o cálculo dental. O cálculo tem localização subgengival (detectado através da sondagem da superfície do dente ou através de exame radiográfico) ou supragengival (detectado durante a inspeção visual), e serve como fator de retenção de placa (EGELBERG; BADERSTEN, 1995).

Na gengivite crônica, a placa possui proporções semelhantes às de espécies Gram-positivas e Gram-negativas, bem como de microrganismos facultativos e anaeróbios. As bactérias Gram-positivas são, basicamente, *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus mitis*, *Actinomyces viscosus*, *Actinomyces naeslundii* e *Peptostreptococcus micros*, e os Gram-negativos são, principalmente, *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella intermedia*, *Veillonella parvula*, *Haemophilus* e *Campylobacter spp* (SOCRANSKY; HAFFAJEE, 1992).

Quando a placa dental não é desorganizada diária e corretamente, instala-se um processo inflamatório que deve ser controlado, pois pode evoluir para um processo de doença e provocar alterações na estrutura da gengiva (FIGURA 8), incluindo mudanças na cor, textura e forma (PEDRON et al., 2010).

FIGURA 8 – Alterações gengivais ocorridas durante um período de 28 dias de acúmulo de placa e desenvolvimento de gengivite em cães *beagles*



Fonte: KINANE; BERGLUNDH; LINDHE, 2010.

2.4 Exames

Estabelecer um correto diagnóstico depende de um minucioso exame clínico a fim de coletar o máximo de dados sobre o paciente e sua história médica e odontológica, assim sendo possível elaborar um planejamento adequado ao caso que o paciente apresenta e obter o melhor prognóstico possível (WOLF; HASSEL, 2008).

É interessante iniciar as observações pelo exame visual, em que, com o auxílio de um espelho, se inspeciona todas as áreas da cavidade oral. É possível detectar muitas alterações neste primeiro exame, embora, em muitas vezes, este possa induzir a enganos. Assim, o exame radiográfico deve auxiliar no exame de inspeção visual (WOLF; HASSEL, 2008).

A visualização de edema gengival e vermelhidão podem indicar a presença de inflamação aguda (podendo ser exacerbada por variações hormonais como, por exemplo, gravidez). Já as modificações fibróticas da gengiva indicam um quadro crônico (PALMER; FLOYD, 2000).

Egelberg e Badersten (1995) descreveram os seguintes exames para avaliação periodontal:

- **Placa supragengival:** este registro estuda a habilidade de remoção de placa subgengival pelo paciente. Através dele, pode-se observar a eficácia da instrução de higiene que é repassada ao paciente.

Existem algumas formas de se inspecionar a placa supragengival existente:

- a) soluções evidenciadoras de placa: um corante de pigmento avermelhado é aplicado nas superfícies dentárias, o que facilita a detecção visual. Contudo, apenas as áreas mais fortemente tingidas devem ser registradas.
- b) inspeção visual: os dentes devem estar secos e ser examinados visualmente. A ponta da sonda pode ser movida ao longo da superfície do dente para facilitar a identificação da placa.

- **Placa subgengival:** a presença de placa e de cálculo subgengivais é de difícil detecção, porém, existem alguns sinais e características que podem auxiliar no diagnóstico:

- a) secar a área e observar a gengiva: inflamação e sangramento fácil são sinais de infecção subgengival.
- b) ao sondar a bolsa gengival (ou periodontal) pode-se perceber, com o tato, algum cálculo no interior da bolsa.
- c) o exame radiográfico interproximal pode auxiliar na observação de presença de cálculo subgengival, que apresenta-se como pequenas imagens radiopacas, de formas variadas, e entende-se que apenas calcificações de tamanho razoável possuem contraste suficiente para se tornarem visíveis aos raios X.

- **Índice de profundidade à sondagem:** é a distância entre a margem gengival livre até o fundo da bolsa, avalia-se o grau de destruição periodontal e é registra-se a maior profundidade à sondagem de cada dente.

Palmer e Floyd (2000) acrescentam que são examinados seis pontos ao redor de cada dente: mesial, média e distal (vestibular e lingual). A quantidade de força aplicada, o diâmetro e perfil da ponta da sonda periodontal, o grau de inflamação tecidual, a posição da margem gengival, a presença de cálculo subgengival, acesso e morfologia da coroa e tolerância do paciente são fatores que podem afetar a sondagem.

- **Índice de Sangramento à Sondagem:** as áreas a serem examinadas devem estar secas e sob isolamento relativo. São registradas as faces mesiovestibular, mediovestibular,

distovestibular, mesiolingual, mediolinguar e distolinguar pela sondagem do sulco com uma sonda periodontal fina e arredondada, com leve força. Se houver sangramento, há uma doença instalada.

- **Índice de Perda de Inserção:** medida da distância da junção cimento-esmalte até a profundidade sondável da bolsa. Deve-se ter o cuidado de avaliar que, em pacientes com gengivite hiperplásica ou edemaciada, a sondagem pode resultar em uma bolsa profunda (pseudobolsa), sem qualquer perda de inserção, assim como em pacientes com recessão gengival, as profundidades sondadas podem ser rasas, apesar de existir uma perda de inserção.
- **Índice de Sangramento Gengival:** O índice de sangramento gengival (ISG) introduzido por Ainamo e Bay (1975) é realizado através de suave sondagem do orifício do sulco gengival. Se o sangramento ocorrer dentro de 10 segundos, o resultado positivo é anotado na ficha de exames.

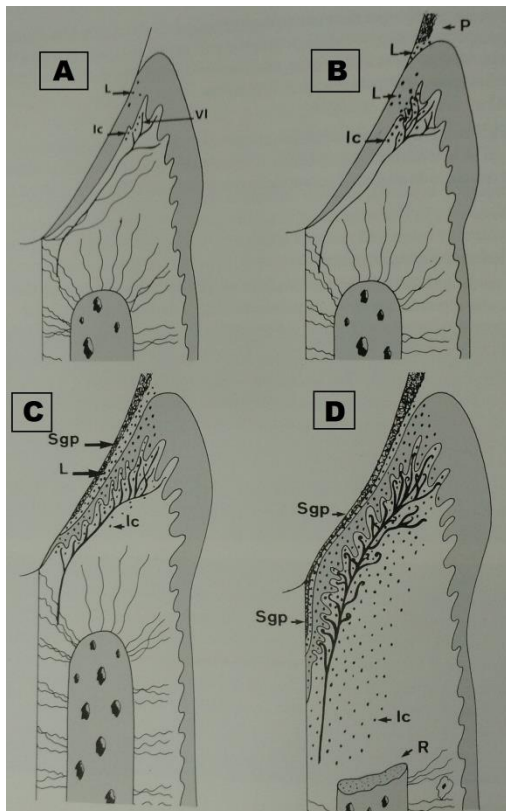
Além disso, Palmer e Floyd (2000) acreditam que a radiografia dentária interproximal é um bom exame a fim de monitorar o grau de destruição periodontal. Em um adulto saudável, a distância entre a junção cimento-esmalte e a crista óssea alveolar deve ser de 2mm, aproximadamente.

2.5 Doença periodontal

Juntamente com a cárie dentária, a doença periodontal demonstra ser a principal ameaça aos americanos, destruindo as estruturas de suporte do elemento dentário de forma progressiva e podendo resultar na perda do mesmo. Clinicamente, a história natural da doença periodontal, que representa um aspecto completo de doenças inflamatórias do periodonto, é descrita como um processo contínuo em que o indivíduo parte de um aspecto de saúde gengival, com equilíbrio entre forma, função, defesas do hospedeiro e desafios microbianos, para a instalação da doença (por má higiene e grandes acúmulos de placa, por exemplo), que se origina, inicialmente, de uma gengivite inflamatória. Esta, se não tratada, evolui para a periodontite e, conseqüentemente, para a perda dos dentes pela grande destruição aos tecidos de suporte (BURGETT, 1991).

A progressão da inflamação até as estruturas mais profundas do aparelho de sustentação do dente ocasiona a perda de inserção pela reabsorção óssea e a destruição de colágeno. O epitélio juncional transforma-se, então, em epitélio de revestimento da bolsa periodontal (FIGURA 9). Esta bolsa serve como nicho retentor de placa e área de proliferação de bactérias patogênicas (WOLF; HASSEL, 2008).

FIGURA 9 – Progressão da inflamação nos tecidos gengivais



O quadro parte de uma situação de saúde gengival com poucas bactérias presentes no sulco gengival (A) para a progressão da placa na margem do sulco gengival e inflamação inicial dos tecidos, caracterizando a gengivite (B). Há então a formação de placa subgengival e o aumento da inflamação tecidual com a formação de pseudobolsa (C). A penetração apical contínua da placa resulta em proliferação apical do epitélio juncional ao longo da superfície radicular, as fibras colágenas continuam a sofrer deterioração e a bolsa periodontal é formada, com a reabsorção da margem do osso alveolar, caracterizando a periodontite (D).

Fonte: EGELBERG; BADERSTEN, 1995.

2.5.1 Gengivite

É a forma inicial da doença periodontal. A presença de grandes quantidades de placa bacteriana sobre a superfície dos dentes gera um processo inflamatório que se instala nos tecidos e é uma resposta do hospedeiro a irritantes locais (BURGETT, 1991). Pode afetar o bem estar dos pacientes, uma vez que provoca sangramento e halitose (OPPERMANN; RÖSING, 2001).

Além disso, a gengivite afeta o tecido conjuntivo mole acima da crista alveolar, manifestando clinicamente sangramento à sondagem do sulco gengival, eritema e edema nas áreas interpapilares (WOLF; HASSEL, 2008). Embora a placa dental seja o fator etiológico mais comum, podem haver modificações por fatores sistêmicos, por medicamentos e por desnutrição. Possivelmente, esses aspectos influenciam na gravidade e na duração da resposta do hospedeiro.

A inflamação gengival pode acometer um periodonto com ou sem perda de inserção (NOVAK, 2007), e não há alterações radiográficas. Geralmente, a remoção dos fatores causadores (placa, cálculo e excesso de restaurações) associada à educação do paciente resulta na cicatrização das lesões, porém, o paciente deve estar ciente de que, se ele não adotar melhorias na higiene bucal, pode haver recidiva (BURGETT, 1991).

Mais comumente, a gengiva correspondente ao segmento anterior (segundo e quinto sextantes) representa o local mais afetado (ALMEIDA; DIAS, [200-]).

Destaca-se também que o diagnóstico é feito através do exame clínico, avaliando os sinais de alteração de cor, estrutura de superfície, contorno, textura, profundidade de sondagem e tendência de sangramento. Estes sinais podem variar entre as pessoas e depender conforme os locais acometidos (EGELBERG; BADERSTEN, 1995).

Além disso, a hiperplasia é uma característica comum das doenças gengivais. Os aumentos teciduais de origem inflamatória têm progressão lenta, indolor e podem apresentar-se de forma crônica ou aguda, localizada ou generalizada. Inicialmente, há um pequeno abaulamento das papilas interdentais e da gengiva marginal, podendo aumentar de tamanho e cobrir parte das coroas (CARRANZA; HOGAN, 2007).

Este aumento tecidual patológico pode consistir em:

- tecido fibroso denso: a alteração de cor pode ser pequena e, embora o sangramento sulcular seja presente, este apresenta-se menos pronunciado.
- edema e componentes inflamatórios: aspecto de tecido amolecido, edematoso e vermelho-brilhante ou cianótico. Há uma tendência pronunciada ao sangramento.

Muitas vezes, é necessária a remoção cirúrgica das bolsas gengivais, e associada a hábitos eficazes de higiene oral e a visitas regulares ao dentista, pode evitar recidivas (BURGETT, 1991).

2.6 Diastema entre incisivos centrais superiores

O diastema dental se constitui por afastamento entre os dentes, ocasionando a falta de ponto de contato ou face de contato entre eles. Existem muitos fatores etiológicos para esta condição, como por exemplo a ausência de dentes, agenesia ou microdontia de incisivo lateral superior, retenção prolongada de dentes decíduos, hábitos de sucção de dedos, postura anormal da língua, discrepância entre a base óssea e o tamanho dos dentes e a presença de tecidos densos fibróticos na área interdental (AZEVEDO, 2010).

Inúmeras áreas da odontologia tem interesse no tratamento de diastemas, principalmente entre incisivos centrais superiores. Porém, este ainda é um assunto que gera muitas dúvidas quanto à sua abordagem clínica (ALMEIDA et al., 2004).

Azevedo (2010) ressalta que é indicada a combinação de fechamento de diastema com a gengivectomia / gengivoplastia, nos casos em que seja necessária alongar a coroa, nestes casos, pode-se ou não associar estas técnicas com a ortodontia.

Gass et al. (2003) expõe que grande parte da população adulta possui diastemas, sendo mais frequente em jovens negros, quando comparados a outros grupos étnicos.

2.7 Tratamento

O tratamento das doenças periodontais tem como objetivo eliminar a doença e devolver ao periodonto o seu estado de saúde, que inclui conforto, função e estética (PLEMONS; EDEN, 2007). No início do tratamento, os papéis do cirurgião-dentista e do paciente precisam ser esclarecidos, e o paciente deve estar motivado a cumprir sua parte sob o risco de recidiva das lesões (quando a origem for inflamatória por má higiene).

A remoção correta e diária da placa dental supragengival é necessária. O profissional é encarregado pela instrução de higiene oral, por explicações claras sobre a patologia do paciente, por desenvolver um plano de tratamento e esclarecer a importância de sua colaboração, das exigências referentes aos cuidados a longo prazo, e por estabelecer uma estimativa do tempo e dos custos envolvidos (PALMER; FLOYD, 2000).

A remoção da placa subgengival compete somente ao dentista, pois com a escova de dentes, fio dental e colutórios o paciente não conseguirá atingir as bolsas gengivais ou periodontais durante as manobras de limpeza, já que, subgengivalmente, a placa é uma massa complexa de bactérias, calcificada em alguns pontos e aderida à superfície radicular.

Emprega-se então a raspagem subgengival, que é realizada com curetas e limas e tem como objetivo a remoção de depósitos presentes no interior da bolsa, assim como no cimento e na dentina expostos (PALMER; FLOYD, 2000).

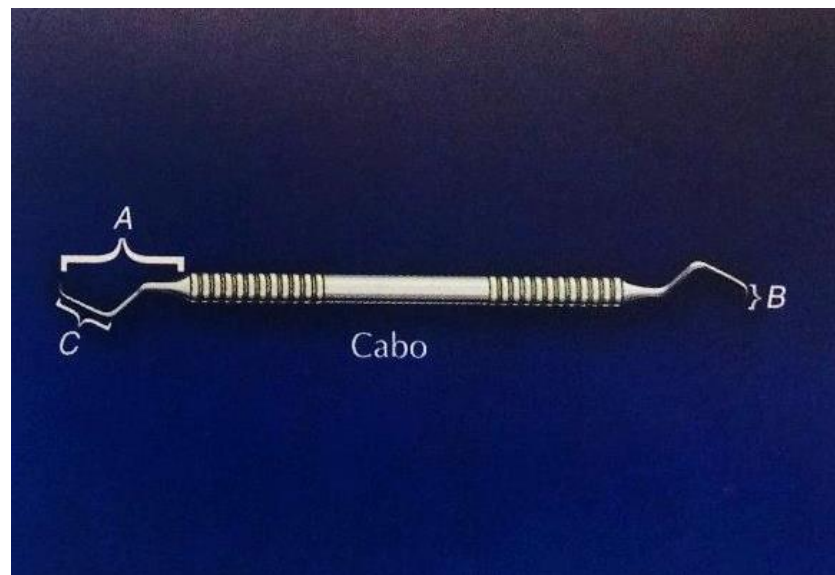
Essas lesões, dependendo do grau de evolução, podem ser reversíveis com higiene oral e tratamento periodontal básico. Entretanto, em muitos casos, há necessidade de tratamento cirúrgico para a sua resolução (GOLDMAN, 1946).

2.7.1 Instrumentação em periodontia

Instrumentos manuais:

Compostos por três partes: cabo, haste e lâmina (FIGURA 10).

FIGURA 10 – Partes constituintes de um instrumento periodontal



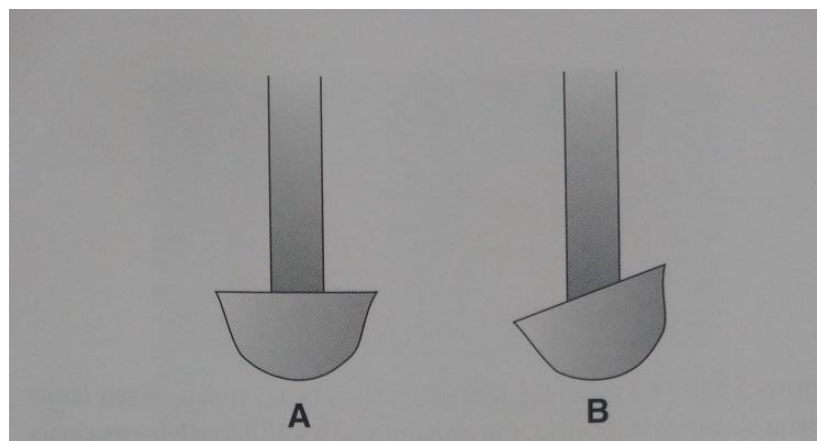
Fonte: PLEMONS; EDEN, 2007.

- **Cureta:** é o instrumento periodontal de maior versatilidade, podendo ser utilizado para raspagens subgengival e supragengival, remoção de manchas, raspagens mais delicadas, alisamento radicular e curetagem de tecido mole (PLEMONS; EDEN, 2007). Sua lâmina dupla em formato de colher é curva para se ajustar às superfícies do dente.

Existem as curetas universais e as curetas específicas. As chamadas curetas universais se adaptam a quase todas as superfícies dentárias e apresentam duas bordas cortantes retas e face angulada em 90 graus com a haste terminal (FIGURA 11) (PLEMONS; EDEN, 2007). As mais comuns são *McCall* e *Younger-Goode* (MANSON; ELEY, 1999).

Já as curetas específicas apresentam apenas uma extremidade cortante e angulações diferentes, facilitando a instrumentação subgengival em áreas dentais curvas (PLEMONS; EDEN, 2007). As curetas Gracey (elaboradas na década de 30 por Clayton H. Gracey), que são curetas para áreas específicas, possuem fácil adaptação a áreas de difícil acesso e são instrumentos ideais para o tratamento de furcas. Sua série completa compreende um jogo com 8 instrumentos e 16 partes ativas diferentes que apresentam forma de semicírculo em corte transversal e angulação de 60 a 70 graus da haste terminal (FIGURA 11) (parte mais próxima da ponta ativa), dando a correta adaptação dente-instrumento em áreas como, por exemplo, a base da bolsa periodontal. A haste tem desenho longo e curvo (tornando-a flexível), o que aumenta a sensibilidade tátil durante a instrumentação, além de que sua angulação determina a área em que deve ser utilizada (SCHOEN; DEAN, 1997).

FIGURA 11 – Face de uma cureta universal em 90 graus com a haste (A) e de uma cureta Gracey em 60-70 graus com sua haste (B)



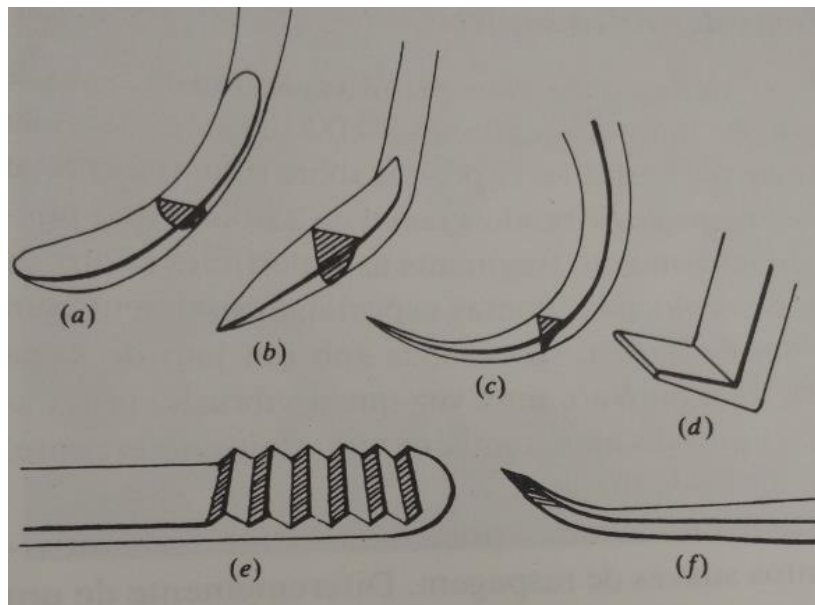
Fonte: PATTINSON; PATTINSON, 2007.

- **Raspador de jaquette:** apresenta lâmina triangular com secção transversal e com duas bordas de corte. As lâminas largas são utilizadas nas raspagens supragengivais e as menores para raspagens subgengivais (MANSON; ELEY, 1999).

- **Raspador de foice** (FIGURA 12): a lâmina apresenta forma de foice, triangular em seção transversal, com duas bordas de corte (MANSON; ELEY, 1999). É utilizado na remoção de cálculos supragengivais em todas as áreas da boca, mas principalmente na remoção de depósitos próximos às áreas de contato anteriores. Suas superfícies laterais convergem, formando duas bordas cortantes e uma ponta afiada (SCHOEN; DEAN, 1997). O dorso da foice é uma linha muito fina, podendo lesar o tecido mole se for usada em área subgengival. Tem formato muito rígido, o que representa uma desvantagem, pois as superfícies raspadas podem ser facilmente arranhadas ou escavadas pelo instrumento (PLEMONS; EDEN, 2007).
- **Enxada** (FIGURA 12): possui lâminas de carbeto tungstênio. Está disponível em um grupo de quatro instrumentos com hastes de diferentes inclinações, podendo ser utilizada em todos os dentes. Seu uso consiste na inserção da enxada sob a gengiva marginal e no movimento de ser puxada em direção coronária com certa pressão para a remoção de depósitos subgengivais pesados (MANSON; ELEY, 1999) (pois tem sua parte posterior arredondada) nos sextantes anteriores da boca, geralmente. Tem uma única lâmina em ângulo de 99 a 100 graus em relação a sua haste terminal. Diferente da lima, a borda cortante da enxada é levemente curva, o que permite melhor adaptação à superfície dental. Após o uso da enxada para a remoção de grandes cálculos, faz-se necessário o uso de raspador tipo foice ou curetas para completar a remoção do cálculo (SCHOEN; DEAN, 1997). Estes autores ainda destacam que o uso da enxada deve se dar, preferencialmente, em instrumentações supragengivais, exceto em casos em que o tecido apresente-se flácido, esponjoso ou facilmente deslocável, situação para a qual pode ser então indicado o seu uso em áreas subgengivais.
- **Lima** (FIGURA 12): instrumento com uma série de bordas cortantes alinhadas em uma base que se demonstra lisa na parte posterior, permitindo instrumentação subgengival. Dependendo do local onde a lima deverá ser usada, o tamanho da base e a angulação da haste se modificam para que se tenha acesso a todas as áreas da boca. Serve para esmagar, lixar ou fraturar depósitos resistentes, para que outros instrumentos possam removê-los. Após o uso da lima, deve-se sempre utilizar uma cureta para remover restos de depósitos e alisar a superfície da raiz (SCHOEN; DEAN, 1997).

- **Cinzel** (FIGURA 12): é empregado na remoção de cálculos pesados supragengivais interproximais, onde a papila interdentária não existe mais. Exibe apenas uma borda cortante e a lâmina é contínua à haste do instrumento, sua ponta apresenta angulação de 45 graus e se adapta melhor no sextante anterior inferior da boca. Este instrumento tem sido substituído por raspadores ultra-sônicos pela maior facilidade e segurança (SCHOEN; DEAN, 1997).

FIGURA 12 – Demonstração das lâminas de vários instrumentos de raspagem: cureta (A), raspador de jaquette (B), foice (C), enxada (D), lima (E) e cinzel (F)



Fonte: MANSON; ELEY, 1999.

Raspador ultrassônico:

As vibrações ultrassônicas (cerca de 25.000Hz) podem ser usadas para remoção de cálculo, placa, manchas sobre os dentes, cimento ou curetar tecido mole, fragmentando as superfícies sobre as quais é colocada. É indicado que se utilize o raspador ultrassônico para a eliminação de depósitos supra e subgengivais mais superficiais, e a raspagem mais profunda deve ser complementada com instrumentos manuais.

Não há a sensação tátil por parte do operador durante a raspagem. Por este motivo, ao utilizar este instrumento, deve-se exercer movimentos suaves a fim de evitar a pressão excessiva (MANSON; ELEY, 1999).

Instrumentação cirúrgica:

Klokkevold, Takei e Carranza (2007) descreveram os instrumentos cirúrgicos utilizados em cirurgia periodontal. Além das curetas, estes são:

- **Bisturi periodontal:** também chamado de Bisturi para Gengivectomia, pode ter extremidade dupla ou única, e o desenho de sua ponta ativa tem o formato de um rim. O bisturi de Kirkland é o representativo deste grupo (FIGURA 13).
- **Bisturi Interdental:** este bisturi tem forma de arpão e possui margens cortantes em ambos os lados da ponta ativa, podendo ter extremidade única ou dupla. O bisturi de Orban nº 1-2 e o bisturi de Merrifield nº 1, 2, 3 e 4 são exemplos de bisturis utilizados em áreas interdentais (FIGURA 13).

FIGURA 13 – Bisturis periodontais de Kirkland (A) e de Orban (B)



Fonte: KLOKKEVOLD; TAKEI; CARRANZA, 2007.

- **Lâminas cirúrgicas:** as lâminas de bisturi descartáveis geralmente utilizadas em cirurgia periodontal são as de número 12D (indicadas para áreas estreitas), 15 (propósitos gerais e estreitos) e 15C (versão mais estreita da lâmina 15, permitindo uma incisão dentro da porção interdental e incisão inicial do tipo escalonada).

- **Elevador de periósteo:** importante na cirurgia a retalho, em que, com o auxílio do elevador (Woodson e Prichard são exemplos deste instrumento), pode-se mover o retalho.
- **Cinzel cirúrgico (FIGURA 14):** existem o cinzel de ação reversa (cinzel de Rhodes, com a ação de puxar) e o cinzel estreito (Ochsenbein nº 1-2, usado com o movimento de empurrar, e seu desenho permite o uso dentro da área interdental).

FIGURA 14 – Cinzel cirúrgico de Ochsenbein



Fonte: KLOKKEVOLD; TAKEI; CARRANZA, 2007.

- **Pinça tecidual:** a pinça é utilizada para pinçar o tecido durante a sutura e também para posicionar e deslocar o retalho após ter sido refletido.
- **Tesouras e Pinças (FIGURA 15):** são empregadas na remoção de pedaços de tecido durante a gengivectomia, para aparar margens de retalho, aumentar as incisões nos abscessos periodontais e remover inserções musculares na cirurgia mucogengival. Existem muitos tipos destes instrumentos, e a tesoura Goldman-Fox nº 16 é um deles, possuindo lâmina curva, biselada e com edentações.

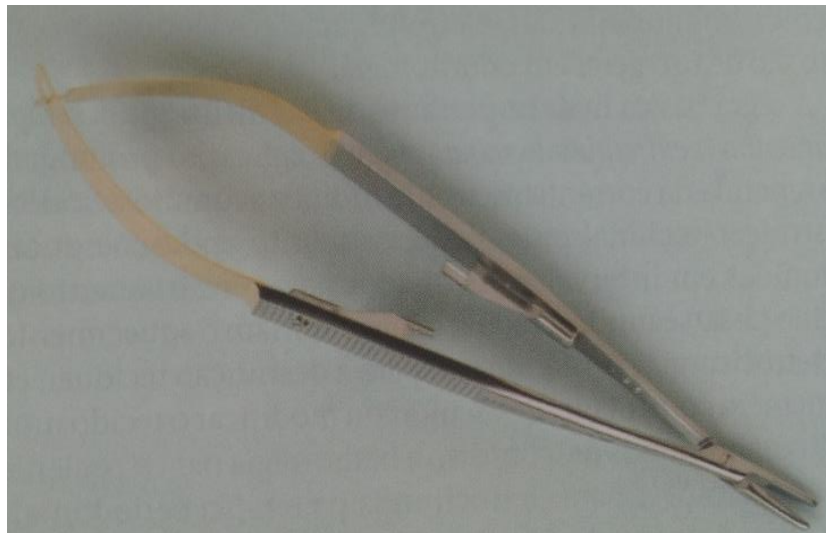
FIGURA 15 – Tesoura cirúrgica Goldman-Fox



Fonte: KLOKKEVOLD; TAKEI; CARRANZA, 2007.

- **Porta-Agulhas** (FIGURA 16): é utilizado durante a sutura. O porta-agulhas de Castroviejo é indicado em cirurgias periodontais delicadas e precisas, dada sua facilidade de liberação e apreensão da agulha.

FIGURA 16 – Porta-agulhas de Castroviejo



Fonte: KLOKKEVOLD; TAKEI; CARRANZA, 2007.

Montagem da mesa cirúrgica:

Para Wennström, Heijl e Lindhe (2010), normalmente uma mesa cirúrgica é composta pelos seguintes instrumentais: espelho bucal, sonda periodontal e sonda exploradora, cabo de bisturi e lâmina 15 ou 15C, bisturi de Kirkland e de Orban, descolador de periósteo e retrator de tecido, raspadores e curetas, pinça para algodão e pinça para tecido, tesoura para tecido, porta-agulhas, pinça hemostática, pontas diamantadas e brocas, seringa para anestesia local, seringa para irrigação, ponta para aspiração e cuba para soro (FIGURA 17).

Os instrumentos devem estar organizados na mesa cirúrgica de acordo com a ordem de uso e com as exigências de cada técnica.

FIGURA 17 – Montagem de uma mesa cirúrgica



Fonte: WENNSTRÖM; HEIJL; LINDHE, 2010.

2.7.2 Tratamento não cirúrgico

O tratamento não cirúrgico visa principalmente controlar o ataque bacteriano e a inflamação presente nos tecidos, criando um ambiente adequado para a saúde periodontal e minimizando a possibilidade de progressão da doença. Para que isso seja possível, é

necessária uma higiene bucal eficiente, instrumentação periodontal e a ação de agentes quimioterapêuticos como coadjuvantes (PLEMONS; EDEN, 2007).

A raspagem caracteriza a remoção total de cálculo, placa e manchas (supragengivais ou subgengivais) por meio de movimentos firmes e de forma ordenada, utilizando o instrumento correto de modo a efetuar a terapia ao redor de todos os dentes. Os dedos apoiados sobre os dentes asseguram o uso controlado da força que se faz importante, principalmente, durante a raspagem subgengival, em que o profissional realiza o procedimento totalmente com a percepção tátil (MANSON; ELEY, 1999).

A escolha do instrumento varia de acordo com a superfície dental a ser limpa, por exemplo: instrumentos grandes são indicados para as áreas supragengivais e instrumentos menores adaptam-se bem a áreas subgengivais. A lâmina do raspador é pressionada contra a superfície do dente e tracionada em direção coronária, trazendo com ela os depósitos. Ao final dessa manobra, a superfície tratada deve apresentar-se livre de cálculo e de placa, além de lisa e sem irregularidades (MANSON; ELEY, 1999).

É importante salientar que a remoção mecânica diária da placa dental por parte do paciente é de suma importância para qualquer terapia periodontal e também para prevenir a instalação, recorrência ou progressão de doenças periodontais (PERRY, 2007; RETHMAN; DRISKO; HILL, 2007).

Löe et al. (1965) realizaram um estudo em que pode ser observada a relação do acúmulo de placa com o desenvolvimento da gengivite no ser humano. A placa dental foi deixada a acumular-se sobre os dentes, sem qualquer procedimento de remoção ou de controle. O resultado do estudo evidenciou o desenvolvimento de gengivite em todos os indivíduos no período de 7 a 21 dias. Contudo, a remoção da placa dental levou à completa resolução da inflamação gengival em todos os pacientes dentro de uma semana.

Perry (2007) salienta que um paciente periodontal deve se concentrar na melhora da escovação e na limpeza, principalmente das áreas interproximais (loais onde as lesões periodontais são predominantemente encontradas), o que exige hábitos de higiene bucal diários mais complexos e que consomem mais tempo. Segundo o autor, estes pacientes devem remover completamente a placa dos dentes, ao menos a cada 24 horas, e a escovação deve durar aproximadamente 30 minutos.

Além disso, ainda de acordo com Perry (2007), a maioria dos pacientes realiza a limpeza das superfícies dentárias de forma inadequada, tomando menos de dois minutos por dia e removendo somente 40% da placa. Por isso, ele relaciona a melhora da saúde periodontal com o aumento da frequência de escovação para duas a três vezes por dia.

2.7.3 Tratamento cirúrgico

A gengivectomia e a gengivoplastia são técnicas cirúrgicas relacionadas às gengivas inserida, marginal e papilar, e se caracterizam pela mesma sequência técnica. A primeira se refere ao tratamento em áreas com perda de inserção (periodontite) e a segunda à inflamação restrita à gengiva (gengivite), sem perda de inserção (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002).

2.7.3.1 Gengivectomia

O objetivo da gengivectomia é a eliminação das bolsas periodontais de tecido mole, facilitando a capacidade de o paciente manter a sua saúde gengival, além de ser considerado o procedimento cirúrgico mais antigo utilizado no tratamento das doenças periodontais (TIBBETS; AMMONS, 2007).

Fornecer também uma melhor visualização e acessibilidade para a completa remoção de cálculo dental existente e para o alisamento das raízes. Portanto, se estabelece um ambiente favorável para a cicatrização da gengiva e para a restauração de um contorno gengival fisiológico (TAKEI; CARRANZA, 2007).

Destaca-se que os procedimentos de orientação de higiene devem preceder a fase cirúrgica, pois não se deve realizar a gengivectomia quando o índice de placa bacteriana ainda estiver evidente (ALMEIDA; DIAS, [200-]).

Todos os irritantes locais devem ser removidos antes do procedimento cirúrgico, erradicando-se os fatores etiológicos. O preparo inicial contempla, então, procedimentos necessários para a melhora do meio bucal (eliminação de cálculo, placa bacteriana, fragmentos e material exsudativo), o que favorece a redução e contenção do processo inflamatório (GOLDMAN; SHUMAN; ISENBERG, 1997).

A gengivoplastia pode ser necessária como procedimento complementar após a gengivectomia, com o objetivo de devolver à gengiva uma configuração que facilite o controle de placa e favoreça a estética (GIORGI; LOTUFO; LASCALA, 1999; SILVA; FERRAZ, 1998).

2.7.3.1.1 Pré-requisitos para a gengivectomia

São pré-requisitos para esse procedimento a presença de bolsa supra-óssea, gengiva inserida suficiente, tecido gengival fibrótico e bolsas com profundidades semelhantes na área envolvida (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002).

Para Rigueira (1996), é essencial que a gengiva inserida apresente largura maior do que a profundidade da bolsa. Assim, após a cirurgia, irá restar uma porção funcional deste tecido.

2.7.3.1.2 Indicações

As indicações são, desse modo, tratamento de hiperplasia gengival (inflamatória, medicamentosa e idiopática) com bolsas periodontais supra-ósseas, correção de defeitos gengivais como seqüela de gengivite ulcerativa necrosante e aumento ou exposição da coroa clínica (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002; SILVA; FERRAZ, 1998).

Takei e Carranza (2007) ainda acrescentam como indicação para essa técnica a eliminação de abscessos periodontais supra ósseos.

Conclui-se que a gengivectomia deve ser empregada quando a bolsa não regride após a remoção de estímulos irritantes feita através da raspagem e do alisamento subgengival (GOLDMAN, 1946).

Duarte, Pereira e Castro (2002) consideram que, na dúvida, quanto a sua indicação, a gengivectomia deve ser descartada, já que outras técnicas (retalho mucoperiosteal ou mucogengival) podem garantir melhores resultados e mais seguros.

2.7.3.1.3 Contra-indicações

São consideradas contra-indicações para o procedimento a presença de inflamação aguda gengival, falta de controle de placa bacteriana por parte do paciente, presença de bolsas e defeitos intra-ósseos, pequena quantidade de gengiva inserida, profundidades diferentes de bolsas, gengiva flácida, necessidade de acesso ao tecido ósseo e também casos de cirurgia de remoção do tecido mole, que irá interferir negativamente na estética (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002; GOLDMAN, 1946).

2.7.3.1.4 Técnica da gengivectomia

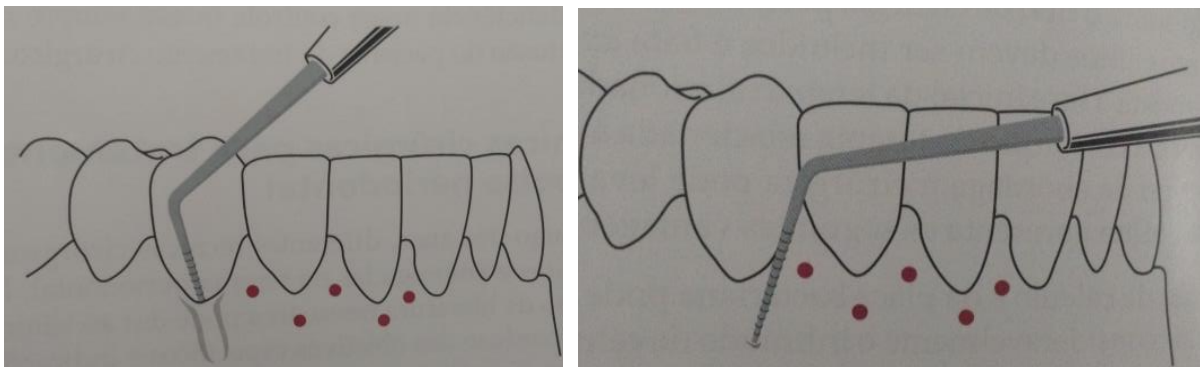
Os instrumentos periodontais necessários para este procedimento são: seringa Carpule e agulhas descartáveis, sonda periodontal milimetrada, gengivótomo de Kirkland e de Orban, raspadores e curetas periodontais, tesouras cirúrgicas pequenas (reta e curva) de ponta fina, placa de vidro e espátula para cimentos (RIGUEIRA, 1996).

O paciente deve estar devidamente anestesiado por bloqueio e deve ser reforçada a anestesia em cada uma das papilas interdentárias da área a ser incisada, obtendo-se sinal de isquemia das papilas, o que diminui o sangramento transoperatório e facilita a incisão (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002).

A técnica da gengivectomia que se utiliza atualmente foi descrita por Goldman em 1951:

Com a área da cirurgia anestesiada, identifica-se a profundidade das bolsas com uma sonda periodontal. Ao nível do fundo da bolsa, a gengiva é perfurada com a sonda e um ponto sangrante é produzido na superfície externa do tecido mole de todos os dentes da área cirúrgica, formando uma sequência que é usada como um guia para a incisão (FIGURA 18).

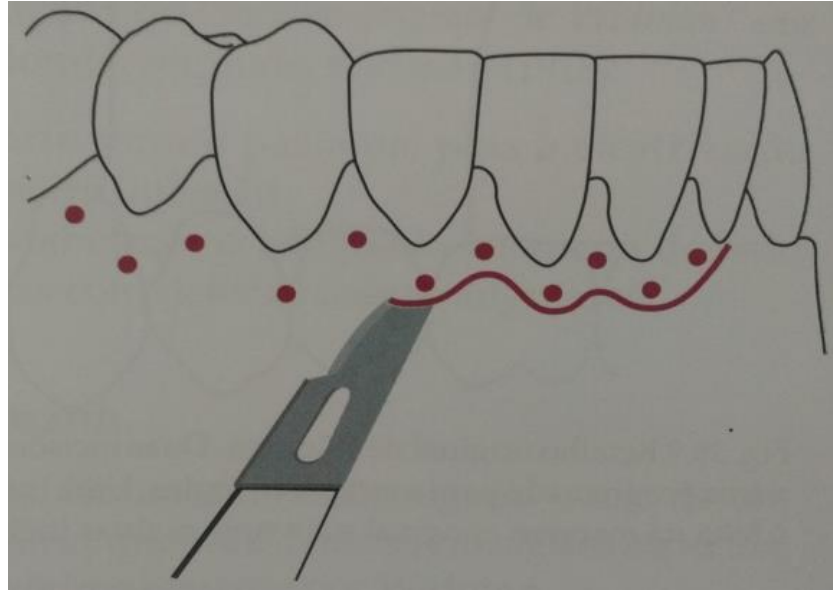
FIGURA 18 – Demarcação dos pontos sangrantes (guia para incisão)



Fonte: WENNSTRÖM; HEIJL; LINDHE, 2010.

A primeira incisão deve ser biselada para que se obtenha uma margem festonada da gengiva. Por isso, nas áreas onde a gengiva é mais volumosa, a incisão deve ser feita mais apicalmente aos pontos sangrantes do que nas áreas onde a gengiva é mais fina. Esta primeira incisão pode ser realizada com uma lâmina de bisturi nº 12B ou 15 ou com um bisturi de Kirkland nº 15-16 (FIGURA 19).

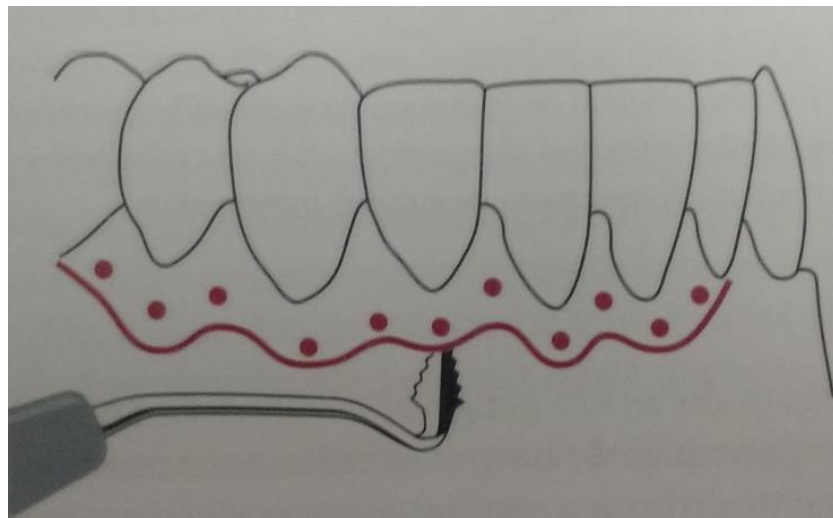
FIGURA 19 – A primeira incisão segue a profundidade das bolsas



Fonte: WENNSTRÖM; HEIJL; LINDHE, 2010.

A segunda incisão diz respeito à área interproximal, onde, com o bisturi de Orban nº 1 ou 2 ou de Waerhaug nº 1 ou 2, o tecido interproximal é separado do periodonto por meio de uma incisão (FIGURA 20).

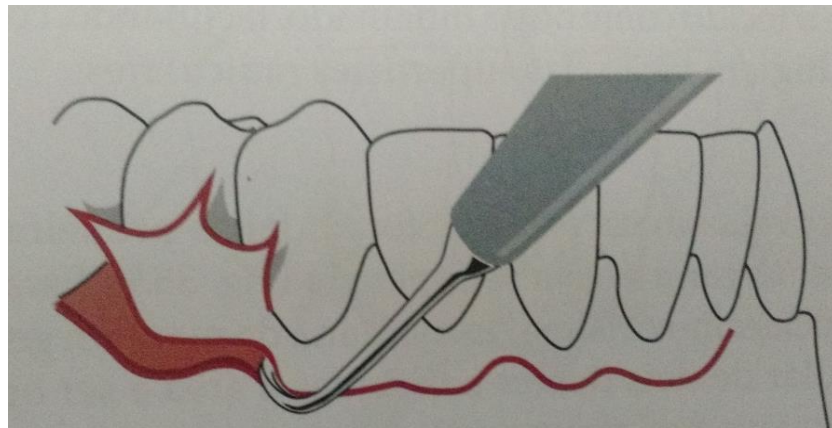
FIGURA 20 – Segunda incisão (área interproximal)



Fonte: WENNSTRÖM; HEIJL; LINDHE, 2010.

Concluídas estas duas etapas, o tecido mole incisado é removido com uma cureta, expondo o campo operatório (FIGURA 21) que agora pode ser adequadamente avaliado, e raspagens podem ser efetuadas na superfície dentária. Em seguida, sonda-se novamente a área em busca de bolsas remanescentes e verifica-se o contorno gengival que pode ser consertado por meio de gengivótomos ou brocas diamantadas.

FIGURA 21 – Remoção do tecido incisado com cureta



Fonte: WENNSTRÖM; HEIJL; LINDHE, 2010.

Para finalizar o procedimento, a superfície da ferida deve ser coberta e protegida por cimento cirúrgico, que necessita de boa adaptação, adequada espessura (se muito volumoso, pode deslocar o curativo e incomodar o paciente) e permanecer sobre a área por um período de 10 a 14 dias.

A higienização e polimento dos dentes após a retirada do cimento se fazem necessários, assim como a remoção de qualquer cálculo remanescente e uma boa orientação de higiene, pois a morfologia gengival é outra da que se apresentava na fase pré-operatória.

2.7.3.2 Gengivoplastia

A gengivoplastia é um procedimento cirúrgico através do qual a gengiva é corrigida com o objetivo de criar forma e função normais (GLICKMAN, 1956). Pode ser realizada com o auxílio de técnica cirúrgica convencional, por Eletrocirurgia, Laser ou por Quimiocirurgia (TAKEI; CARRANZA, 2007).

Giorgi, Lotufo e Lascala (1999) relatam que esta técnica deve ser utilizada na ausência de bolsas periodontais ou gengivais a fim de reconstituir o contorno festonado da margem gengival, promover a diminuição da espessura da papila e acentuar sulcos interdentaes ou canais de escape. Pode ou não ser utilizada como complementação de outra técnica cirúrgica, além de ser simples e fácil de ser executada, com pós-operatório confortável e de recuperação rápida.

2.7.3.2.1 Indicações

Como indicações para a realização desta técnica, tem-se a eliminação de margens gengivais espessas, eliminação de crateras gengivais superficiais, correção de desníveis gengivais em área de dentes adjacentes e eliminação de pigmentação melânica (GIORGI; LOTUFO; LASCALA, 1999).

Takei e Carranza (2007) inserem ainda, como indicação para a gengivoplastia, o tratamento de correção e hipertrofia gengival.

2.7.3.2.2 Contra-indicações

Destaca-se que este procedimento é contra-indicado em casos em que sua execução provocaria grande exposição de tecido conjuntivo (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002).

2.7.3.2.3 Técnica da gengivoplastia

Existem várias formas de se realizar a gengivoplastia e a escolha da técnica depende do tipo de correção que se deseja alcançar.

Pode ser realizada segundo os mesmos passos já descritos na gengivectomia, com a realização de pontos sangrantes ao nível do fundo das bolsas gengivais como guia para incisão. Esta técnica é contra-indicada para casos em que sua execução pode provocar grande exposição do tecido conjuntivo (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002).

Giorgi, Lotufo e Lascala (1999) descreveram a técnica de esfolamento da superfície gengival cruenta. Esta técnica é empregada quando se faz necessário acentuar o bisel inicial

após a gengivectomia ou no intuito de afinar o tecido, restituindo a arquitetura gengival adequada. A realização deste procedimento se faz da seguinte maneira: com a parte mais larga do bisturi de Kirkland, perpendicular à área cirúrgica, executam-se movimentos de raspagem no sentido mesiodistal, promovendo um esfolamento da superfície da gengiva incisada. Após esta manobra, pode-se refinar o contorno gengival com alicates cuticuladores e tesouras periodontais. Além disso, na região dos molares, o cortador de Cohen é mais indicado.

Fox (1955) introduziu a utilização das pedras diamantadas (de granulação grossa) para os procedimentos de plastia gengival. É um método simples, fácil, rápido e muito versátil se o profissional apresentar domínio da técnica. Caso contrário, alguns inconvenientes podem acontecer, como: excesso de calor (refrigeração insuficiente), ranhuras nas superfícies dentárias e radiculares (se a ponta diamantada tocar estas superfícies) e lesão nos tecidos moles (muitas vezes, de difícil correção).

2.7.3.3 Melanoplastia

Independentemente da técnica cirúrgica utilizada, a pigmentação melânica fisiológica desaparece parcial ou totalmente após os procedimentos de despigmentação. Quando o epitélio é removido, há um período de cicatrização em que as células de áreas vizinhas migram para cobrir toda a ferida cirúrgica, incluindo melanossomos (localizados dentro dos queratinócitos) e sendo então possível ocorrer a repigmentação gengival (ALVES; ROSSA; PUSTIGLIONI, 2010).

Além disso, Dummet e Bolden (1963) utilizaram a gengivectomia para o processo de despigmentação gengival e afirmaram que a repigmentação clínica pode ocorrer após a realização da cirurgia.

Duarte, Pereira e Castro (2002) relatam que o tempo para a repigmentação varia entre os pacientes.

2.7.3.3.1 Técnicas cirúrgicas

Atualmente, diversas técnicas cirúrgicas têm sido apresentadas para a despigmentação melânica gengival. Porém, sua indicação apenas deverá ser realizada após a queixa do paciente e associada ao correto diagnóstico de melanose racial (ROSA et al., 2007).

De acordo com Fiorellini, Kim e Ishikawa (2007), dentre os métodos de despigmentação gengival (químicos, térmicos, cirúrgicos, farmacológicos e idiopáticos) não há, atualmente, um procedimento definitivo para este propósito, pois a repigmentação ocorre ao longo do tempo. Duarte, Pereira e Castro (2002) acrescentam que o tempo para que tal evento ocorra, varia entre os pacientes.

Para Egg et al. (2009), o cirurgião-dentista deve estabelecer um correto diagnóstico de pigmentação gengival a fim de descartar possíveis patologias para realizar a despigmentação por motivos estéticos.

Como métodos cirúrgicos, podemos citar o preconizado por Meinster et al. (1981) e Oliver (1972), que defendem o uso de abrasão por instrumentos rotatórios para a realização de melanoplastia (procedimento semelhante à técnica descrita por Fox, em 1955, para gengivoplastia). Giorgi, Lotufo e Lascala (1999) indicam realizar a despigmentação gengival por meio de abrasão com o bisturi de Kirkland, removendo-se a camada basal do epitélio manualmente. Esse método é utilizado também em gengivoplastia pelos autores.

Perlmutter e Tal (1986) descreveram uma técnica cirúrgica na qual há a remoção do tecido epitelial, deixando exposto o tecido conjuntivo. Este procedimento apresenta algumas vantagens, como baixo custo, pós-operatório excelente e riscos nulos para a saúde do paciente. No entanto, há repigmentação após alguns anos.

2.7.3.4 Recomendações pós-operatórias

O cirurgião-dentista deve orientar o paciente a não mastigar com o lado operado, não utilizar escova dental sobre o cimento (mas é possível banhar a boca para maior conforto), não ingerir alimentos quentes nas primeiras horas após a cirurgia, fazer o uso correto da medicação prescrita, avisar o dentista caso o cimento for removido ou fraturado, evitar fumar e ingerir bebidas alcoólicas. Além disso, em caso de sangramento, o paciente deverá comprimir a área com gaze e mantê-la em posição por aproximadamente 15 minutos, e não

realizar bochechos. Em eventuais situações que fujam do normal ou em caso de dúvida, o paciente deverá procurar o cirurgião-dentista imediatamente (RIGUEIRA, 1996).

Ainda segundo Rigueira (1996), em aproximadamente uma semana não deverá mais haver sangramento e a epitelização da gengiva estará suficientemente adiantada. Por este motivo, o tempo de permanência mínima do cimento cirúrgico é de 7 dias.

2.8 Tipo de estudo

O estudo a ser realizado será do tipo relato de caso clínico.

2.9 Seleção do material bibliográfico

Para a revisão de literatura, foram utilizados livros, artigos, dissertações e teses referentes ao assunto, os quais foram emprestados da biblioteca da UNISC e encontrados em sites como *PubMed*, *Bireme*, *Scielo*, *Portal de Periódicos da CAPES* e *ScienceDirect*.

A pesquisa do material bibliográfico utilizado compreende os anos desde 1946 até 2010, abrangendo as línguas portuguesa e inglesa.

Além disso, as palavras-chave utilizadas foram hiperplasia gengival, gengivectomia, genvivoplastia, melanoplastia e estética gengival.

3 RELATO DO CASO CLÍNICO

O presente relato de caso expõe a paciente C. S., sexo feminino, 20 anos de idade, melanoderma, que, ao comparecer à clínica de Odontologia da UNISC, relatou desconforto causado por aumento gengival em área anterior, referindo-se a esse incômodo sob o ponto de vista estético.

Segundo a paciente, durante o tratamento ortodôntico que tinha realizado anteriormente, houve o crescimento gengival. O profissional que a tratava no momento então efetuou uma cirurgia periodontal para a remoção da hiperplasia, com recidiva em aproximadamente 1 ano.

Ao exame anamnésico, verificou-se ausência de doenças sistêmicas, alergia a medicamentos ou a anestésicos, excluindo também a relação da hiperplasia com o uso de alguma medicação ou condição sistêmica.

Com a realização do exame físico intra-oral, constatou-se a presença de hiperplasia gengival em região anterior, envolvendo desde a papila distal do canino superior direito até a papila distal do canino superior esquerdo. Tal condição mostrou-se mais intensa na região de papilas interdentais, apresentando aspecto de tumefação e cor avermelhada. A situação se repetia na região anterior inferior, apesar de menos acentuada (FOTOGRAFIA 1), observou-se também a presença de diastema entre incisivos centrais superiores e entre incisivos inferiores.

FOTOGRAFIA 1 – Fotografia inicial: Hiperplasia gengival em área anterior superior e inferior, principalmente em área de papilas interdentais, e a presença de diastema entre incisivos centrais superiores.



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

Também foi possível verificar lesões cariosas nos dentes 17, 27 e 37 e nas faces oclusais do dente 38. Notou-se também mau cheiro, o que confirmava a higiene bucal precária. O dente 38 encontrava-se semi-incluído, em sentido horizontal ao ramo mandibular, e apresentava grande proximidade com o dente 37. Além disso, suas raízes se localizavam sobre o canal mandibular (em visão de apenas uma dimensão pela radiografia panorâmica), contra-indicando a exodontia pelos alunos universitários em virtude da alta complexidade do caso. Assim, a paciente foi orientada a procurar atendimento em instituição adequada, onde um cirurgião-dentista bucomaxilofacial estaria melhor preparado para realizar a exodontia do terceiro molar.

Outro ponto observável foi que, visualmente, não havia grandes quantidades de biofilme dental nas faces livres dos dentes, porém, o cálculo dental era notável (FOTOGRAFIA 2). Além disso, com o exame radiográfico panorâmico (FOTOGRAFIA 3), notou-se perda horizontal da lâmina dura, indicativa de reabsorção óssea. As radiografias interproximais revelaram a presença de cálculo dentário subgengival em alguns dentes inferiores posteriores.

FOTOGRAFIA 2 – Imagem do sextante V, evidenciando a presença de cálculo dentário e diastema entre incisivos inferiores.



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

FOTOGRAFIA 3 – Radiografia panorâmica



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

Contudo, o caso demonstrou necessidade de realização de exames periodontais para averiguar com maior fidelidade a presença ou não de doença: a paciente não apresentou

grandes índices de placa visível, sangramento à sondagem marginal em apenas um dente (43 – face vestibular), além de haver muitos fatores retentivos de placa (bolsas gengivais nos sextantes II e V, cáries e o dente 38 semi-incluso), dificultando a higiene e promovendo a manutenção da inflamação local.

Os dentes que apresentaram profundidade de sondagem (PS) superior a 3mm foram os dentes 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 32, 31, 41, 42 e 47, variando em profundidade de 4 a 6mm. Salienta-se também que todos os dentes presentes em boca apresentaram sangramento à sondagem em mais de uma face, porém, nenhum dente apresentou perda de inserção periodontal ou envolvimento de furca.

Definiu-se então o diagnóstico de gengivite, em que a presença de placa induziu a um processo inflamatório crônico, causando hiperplasia gengival.

O processo proliferativo da gengiva em região anterior é prejudicial tanto para a saúde quanto para a estética e bem estar do indivíduo. Nesse caso, a conduta a ser tomada indicou o tratamento periodontal básico de raspagem seguido de excisão cirúrgica das pseudobolsas. Além de proporcionar facilidade na manutenção de higiene, levou-se em consideração a motivação da paciente em colaborar com o tratamento para melhorar sua autoestima e saúde.

Realizaram-se então, em três sessões, as raspagens supragengival em todos os dentes e subgengival onde necessário, profilaxia, aplicação tópica de flúor (evitando possível sensibilidade pós-operatória) e instrução de higiene oral.

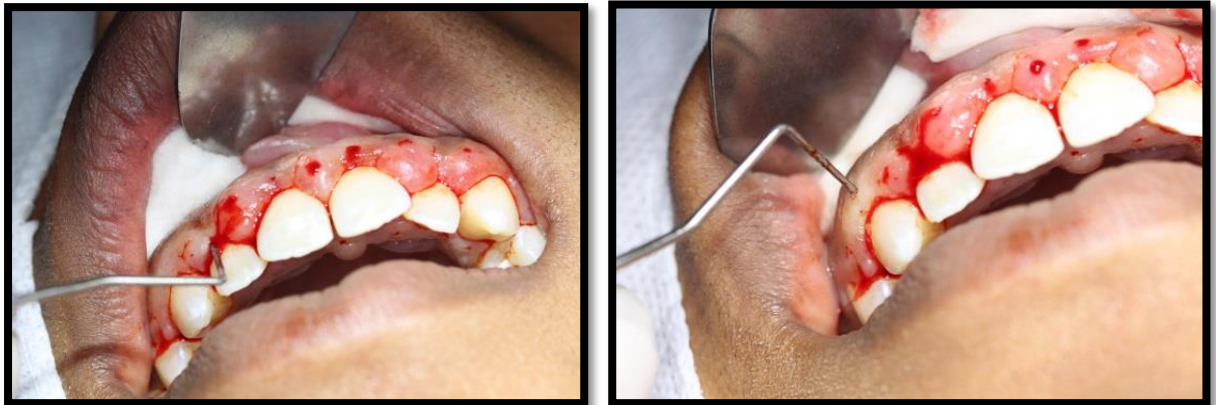
Após o tratamento periodontal básico, pôde-se dar início à etapa cirúrgica, começando pela técnica de gengivoplastia do sextante II descrita a seguir:

A paciente foi devidamente anestesiada com cloridrato de lidocaína 1:100.000 com epinefrina (DFL®) pela técnica de bloqueio do nervo infra-orbitário e complementação nas papilas interdentais, com o intuito de diminuir o sangramento transoperatório e facilitar a incisão (FOTOGRAFIA 4).

Com uma sonda periodontal milimetrada Willians Golgran®, identificou-se novamente a profundidade das bolsas gengivais. Ao nível do fundo das bolsas, foi realizada uma perfuração de modo a produzir um ponto sangrante que teve por função demarcar um guia para a incisão (FOTOGRAFIA 5).

FOTOGRAFIA 4 – Anestesia papilar

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

FOTOGRAFIA 5 – Perfuração ao nível do fundo das bolsas (guia para a primeira incisão)

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

A incisão primária foi biselada em direção à base da bolsa periodontal para que fosse possível reestabelecer um contorno gengival adequado (FOTOGRAFIA 6), utilizando uma lâmina de bisturi número 15C Lamedid Solidor® (Barueri) na face vestibular.

FOTOGRAFIA 6 – Primeira incisão com bisturi e lâmina 15c

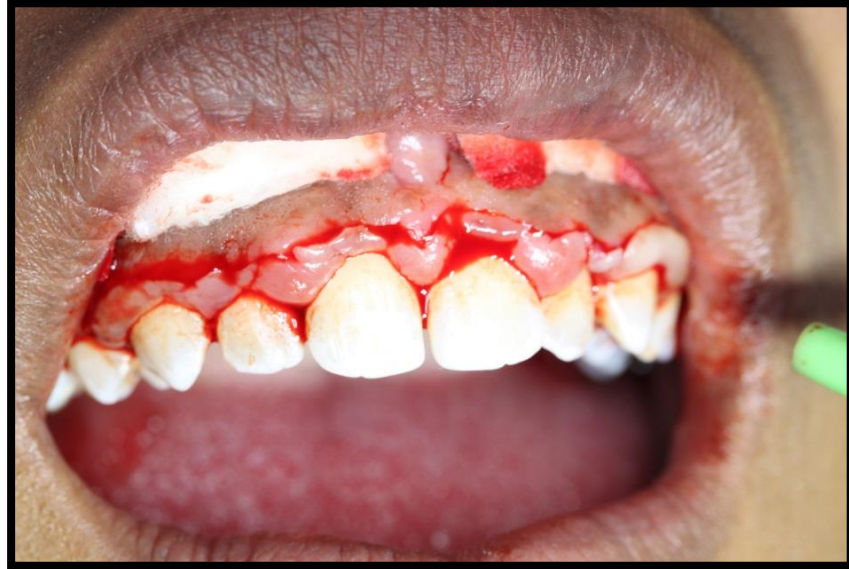


Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

FOTOGRAFIA 7 – Complementação da primeira incisão com bisturi de Kirkland

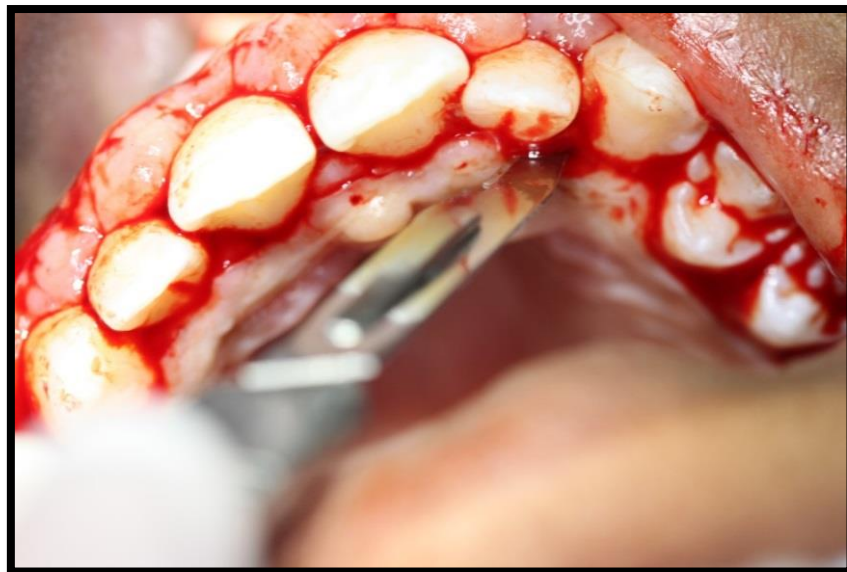


Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

FOTOGRAFIA 8 – Aspecto final da primeira incisão

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

Na face palatina destes dentes, esta incisão também foi realizada nas papilas interdentais.

FOTOGRAFIA 9 – Incisão palatina com bisturi e lâmina 15c

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

Feito isso, o tecido mole interproximal pôde então ser separado do periodonto interdental com o auxílio de um bisturi de Orban 1 / 2 (Neumar®) e removido cuidadosamente com curetas *Gracey 3 / 4* ou *McCall 13 / 14* (Neumar®) (FOTOGRAFIA 10).

FOTOGRAFIA 10 – Segunda incisão na face vestibular (área interpapilar) com o bisturi de Orban



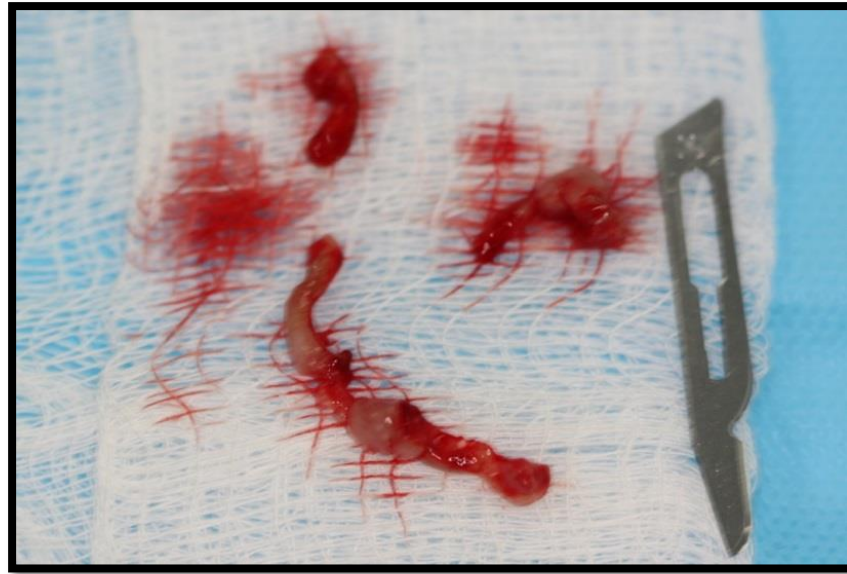
Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

FOTOGRAFIA 11 – Segunda incisão na face palatina (área interpapilar) com o bisturi de Orban



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

FOTOGRAFIA 12 – Remoção do tecido incisado



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

Removeu-se então o tecido remanescente indesejável com a tesoura GoldmanFox da marca Golgran® ou alicete cuticulador. A irrigação para limpeza da área foi conduzida com soro fisiológico Eurofarma® (São Paulo) e seringa plástica, e uma nova sondagem foi feita para detectar qualquer bolsa remanescente.

A sutura foi realizada para aproximação das margens gengivais com fio agulhado mononylon 5-0 Procare® (Rio de Janeiro), tendo em vista que não foi alcançado um adequado contorno gengival. O cimento cirúrgico PerioBond da marca Dentsply® (Petrópolis) foi manipulado sobre uma placa de vidro e devidamente adaptado sobre a ferida cirúrgica, devendo permanecer em posição de 10 a 14 dias.

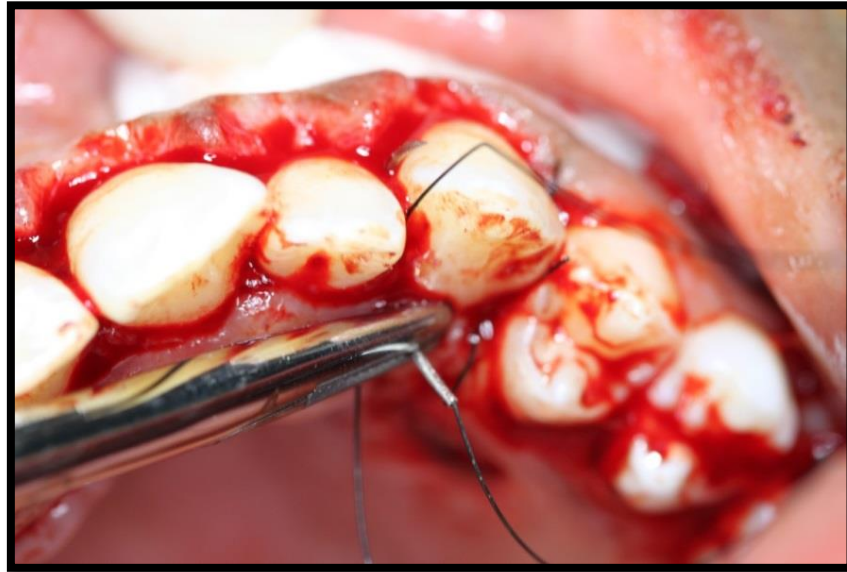
FOTOGRAFIA 13 – Imagem da área cirúrgica após a gengivoplastia*



* Notar espessura gengival acentuada e a não obtenção do aspecto festonado da margem gengival.

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

FOTOGRAFIA 14 – Sutura



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

Por fim, a prescrição medicamentosa compreendeu o uso de Digluconato de Clorexidina a 0,12% como medicamento de uso colutório e a paciente foi orientada a realizar bochechos duas vezes ao dia durante uma semana. O analgésico prescrito foi Paracetamol 750mg e o anti-inflamatório Nimesulida 100mg (1 comprimido a cada 12 horas durante 2 dias).

Passados 14 dias, aproximadamente, a paciente retornou ao atendimento para que fosse feita a remoção do cimento cirúrgico e da sutura (FOTOGRAFIA 15), além do polimento e da higienização das superfícies dentárias, assim como a raspagem de qualquer cálculo dentário remanescente. A instrução de higiene oral foi reforçada, tendo em consciência que, nesta fase pós-cirúrgica, a gengiva apresenta nova morfologia, ou seja, não existem mais bolsas gengivais que retenham placa, facilitando a higiene.

FOTOGRAFIA 15 – Remoção de sutura, 14 dias após a cirurgia

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

Cicatrizada a área cirúrgica, agendou-se uma nova consulta para a realização complementar da gengivoplastia, com a técnica de abrasão ou esfolamento gengival, no segundo sextante com o objetivo de acentuar o bisel inicial, afinando o tecido, conseguindo assim o contorno festonado da gengiva.

Destaca-se que, antes da nova cirurgia, foi feita a raspagem supragengival de todos os dentes, assim como profilaxia, com o objetivo de manter um melhor controle de placa.

A anestesia foi realizada da mesma forma da cirurgia anterior. Com o bisturi de Kirkland 15 / 16 (Neumar®), a gengiva inserida e livre foi abrasionada no sentido apical-cervical, refinando-se o contorno gengival, e pontas diamantadas também foram utilizadas para este fim.

FOTOGRAFIA 16 – Imagem inicial, um mês após a gengivoplastia

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

FOTOGRAFIA 17 – Esfolamento gengival por abrasão de instrumento manual (Bisturi de Kirkland) no sentido apical-incisal



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

FOTOGRAFIA 18 – Complementação da gengivoplastia/melanoplastia com instrumentos rotatórios



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

FOTOGRAFIA 19 – Aspecto final

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

O cuticulador Neumar® foi utilizado para remoção de alguma irregularidade no contorno gengival. Além disso, o cimento cirúrgico (PerioBond da marca Dentsply®) permaneceu sobre o local, protegendo a ferida.

FOTOGRAFIA 20 – Aplicação de cimento cirúrgico

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

A prescrição medicamentosa consistiu em analgésico (Paracetamol 750mg), anti-inflamatório (Nimesulida 100mg) e Digluconato de Clorexidina a 0,12% (uso colutório).

Após uma semana, a paciente retornou à clínica para o controle pós-operatório (FOTOGRAFIA 21), remoção do curativo, limpeza e polimento das superfícies dentárias. Depois de aproximadamente um mês, quando o sextante II já estava completamente cicatrizado, pôde dar-se continuidade ao tratamento com a abordagem no quinto sextante.

FOTOGRAFIA 21 – Uma semana após a gengivoplastia/melanoplastia



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

Novos exames gengivais (IPV, ISG) foram realizados no quinto sextante a fim de averiguar possível regressão das bolsas gengivais após raspagens supra e subgengivais neste intervalo de tempo. Uma nova raspagem supragengival e profilaxia foram realizadas antes da cirurgia de gengivoplastia/melanoplastia no quinto sextante.

O protocolo utilizado na região do segundo sextante foi então repetido na região inferior anterior. Com a paciente anestesiada, as bolsas foram sondadas com o objetivo de localizar sua profundidade atual, a incisão primária foi feita com lâmina de bisturi número 15C Lamedid Solidor®, biselada para tentar reestabelecer-se o contorno gengival, e a incisão secundária separou o tecido mole interproximal por meio do bisturi de Orban nº 1 / 2 Neumar®. Assim, a hiperplasia incisada foi removida com o auxílio de cureta Gracey 3 / 4

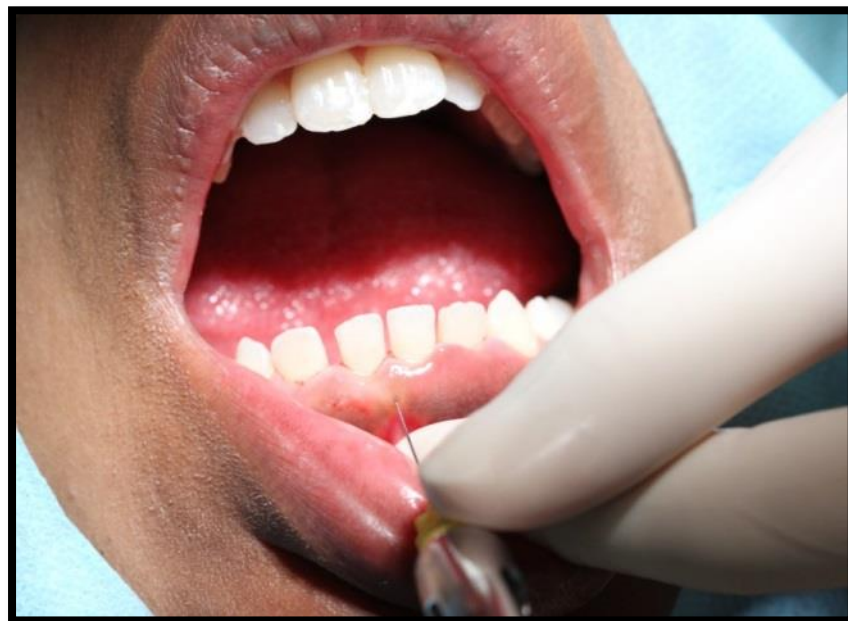
Neumar® e a remoção de algum tecido remanescente indesejado foi feita com a tesoura *GoldmanFox Golgran®* ou cuticulador Neumar®.

FOTOGRAFIA 22 – Aspecto inicial



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

FOTOGRAFIA 23 - Anestesia interpapilar



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

FOTOGRAFIA 24 – Demarcação da profundidade das bolsas (guia para a primeira incisão)



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

FOTOGRAFIA 25 – Primeira incisão com bisturi e lâmina 15C



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

FOTOGRAFIA 26 – Aspecto final da primeira incisão



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

FOTOGRAFIA 27 – Incisão interproximal



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

FOTOGRAFIA 28 – Remoção do tecido incisado

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

A complementação da gengivoplastia, com a técnica de abrasão, foi realizada nesta mesma sessão, pois o epitélio gengival é menos espesso e menos hiperplasiado do que o superior. Com um bisturi de *Kirkland* nº 15 / 16 Neumar®, promoveu-se o procedimento do sentido mais apical para coronal, verticalmente.

FOTOGRAFIA 29 – Realização de complementação da cirurgia inicial, buscando a obtenção de bisel na margem gengival, com o bisturi de Kirkland

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

FOTOGRAFIA 30 – Aspecto gengival após o esfolamento gengival

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

O cimento cirúrgico, como é possível observar, permanece sobre a ferida, protegendo-a, durante o período de 10 a 14 dias. A prescrição medicamentosa compreendeu o uso de analgésico, anti-inflamatório e colutório para bochecho como meio auxiliar de higiene.

FOTOGRAFIA 31 – Aplicação de cimento cirúrgico no sextante V

Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

Na sessão seguinte, removeu-se o curativo e realizou-se o polimento e higienização das superfícies dentárias, além da raspagem de qualquer cálculo dentário remanescente. Também foi reforçada a instrução de higiene oral junto à paciente.

FOTOGRAFIA 32 – Cicatrização após uma semana



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

Durante a técnica da gengivoplastia, a melanina gengival foi removida, fato que foi explicado à paciente. Contudo, um início de repigmentação melânica foi observado no sextante II 6 meses após a Gengivoplastia. Pode-se notar, também, o fechamento do diastema entre os incisivos centrais superiores, possivelmente pela remoção do tecido interdental fibrótico.

A paciente ficou satisfeita com os resultados pós-cirúrgicos (FOTOGRAFIA 33).

FOTOGRAFIA 33 – Aspecto final



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

Vale ressaltar que, durante todos os atendimentos realizados à paciente, foram utilizados equipamentos de proteção individual, como máscara descartável Fava®, luvas de látex para procedimentos Supermax® (Curitiba), óculos de proteção e touca descartável.

FOTOGRAFIA 34 – Imagens de comparação gengival antes e após o tratamento



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

Observou-se, após aproximadamente 6 meses da cirurgia inferior, início de recidiva de gengivite em alguns pontos (FOTOGRAFIA 35).

FOTOGRAFIA 35 – Início de recidiva



Fonte: Acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

4 DISCUSSÃO

As doenças gengivais e periodontais geralmente causam mudanças no tecido gengival que prejudicam a excursão normal dos alimentos e atuam como fatores retentivos de placa, agravando o processo da doença. As hipertrofias gengivais são um exemplo dessas deformidades e sua excisão cirúrgica é recomendada como parte do tratamento (TAKEI; CARRANZA, 2007; DUARTE; CARRANZA; HOGAN, 2007; CASTRO; PEREIRA, 2002; PALMER; FLOYD, 2000; BURGETT, 1991; MANSON; ELEY, 1999; CAMARGO; CARRANZA; TAKEI, 2007).

Wolf e Hassel (2008), Wennström, Heijl e Lindhe (2010) e Lang, Mombelli e Attström (2010) são unânimes ao relatar que o fator etiológico mais comum do aumento gengival anormal é a má higiene, e além disso, segundo Novak (2007), certos medicamentos (anticonvulsivantes, por exemplo), doenças sistêmicas ou alterações hormonais também podem causar esta patologia.

Os autores Almeida e Dias ([200-]) e Duarte, Pereira e Castro (2002) afirmam que, independentemente dos fatores citados acima, o acúmulo de placa bacteriana é, em muitos casos, a condição especial para o desenvolvimento da doença. Sendo assim, o cálculo dental e a placa bacteriana devem ser removidos antes de qualquer procedimento cirúrgico, favorecendo a redução e a contenção do processo inflamatório (ALMEIDA; DIAS, [200-]; GOLDMAN; SHUMAN; ISENBERG, 1997).

Até o final do século XIX, acreditava-se que o cálculo dentário era o principal fator causador da doença periodontal. Por este motivo, o tratamento se resumia basicamente em raspagem e utilização paralela de substâncias químicas. Com o avanço dos estudos sobre o assunto, entendeu-se que a eliminação dos fatores etiológicos (cálculo e placa) deveria estar associada a uma boa higiene oral para melhores respostas ao tratamento (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002).

O diagnóstico correto e o conhecimento acerca de cada um dos fatores causadores são indispensáveis para a elaboração de um tratamento eficaz. No presente caso, o acúmulo de biofilme dental foi o grande responsável pela hiperplasia gengival. A terapia proposta teve o objetivo de remover os fatores determinantes para a manutenção da inflamação gengival, incluindo instrução de higiene oral, terapia periodontal básica e cirurgia periodontal (gengivoplastia), conforme visto em Camargo, Carranza e Takei (2007) e Wennström, Heijl e Lindhe (2010).

Tibbets e Ammons (2007), assim como Duarte, Pereira e Castro (2002), definem a gengivectomia como uma técnica muito antiga, utilizada na remoção da parede de tecido mole das bolsas periodontais. Segundo os autores, atualmente o procedimento é tido como restrito, embora de grande valor quando bem indicado.

A gengivoplastia, por sua vez, é uma terapia periodontal cirúrgica empregada quando se deseja corrigir a forma da gengiva, favorecendo a função (GLICKMAN, 1956). Giorgi, Lotufo e Lascale (1999) asseguram que esta técnica deve ser realizada na ausência de bolsas periodontais ou gengivais, o que vai de encontro ao que Takei e Carranza (2007) relatam. Estes autores indicam a técnica para casos de hipertrofias gengivais (em que há a formação de falsas bolsas/bolsas gengivais).

No presente estudo de caso, utilizou-se a técnica corretiva de gengivoplastia, pois a paciente apresentava bolsas gengivais e não periodontais. Objetivou-se, desta forma, devolver à paciente um contorno gengival que favoreça o controle de placa dental, de acordo com Glickman (1956), Duarte, Pereira e Castro (2002) e Carranza e Takei (2007).

As cirurgias periodontais ressectivas proporcionam um ambiente anatômico favorável para que o paciente mantenha sua higiene bucal de forma efetiva. Isso é condizente à afirmação de Giorgi, Lotufo e Lascale (1999), que entendem que as bolsas gengivais (falsas bolsas) são decorrentes de um processo inflamatório crônico em que não há regressão após a terapia periodontal básica.

A melanoplastia é uma variação da gengivoplastia. A abrasão ou esfolamento gengival é exposto por Giorgi, Lotufo e Lascale (1999). Fox (1955) descreveu a técnica de gengivoplastia utilizando instrumentos rotatórios abrasivos para afinar o tecido gengival e restituir uma anatomia desejável. Além disso, Meinster et al. (1981) e Oliver (1972) apontam a mesma técnica para a despigmentação gengival. Desse modo, as técnicas descritas acima foram utilizadas no presente relato de caso como complementação da primeira fase cirúrgica. A necessidade se fez presente pelo fato de o tecido gengival apresentar grande espessura, e as técnicas abrasivas (manuais e por instrumentos rotatórios) possibilitaram o afinamento tecidual e a obtenção de um contorno festonado da gengiva.

Durante a técnica da gengivoplastia, removeu-se também a melanina superficial do tecido gengival, com início de recidiva após aproximadamente 6 meses. Dummet e Bolden (1963) também já haviam notado a repigmentação clínica após despigmentação gengival. Para Duarte, Pereira e Castro (2002), a gengivoplastia parece apresentar o melhor e mais prático resultado na correção de manchas melânicas gengivais. Segundo eles, a repigmentação ocorre,

mas o intervalo de tempo para que ela se perceba varia entre os pacientes. Em alguns, se dá de forma rápida, enquanto em outros de forma mais lenta.

Após a implementação das medidas de higiene oral e o tratamento cirúrgico, não há lugar para a recidiva da doença periodontal (ALMEIDA; DIAS, [200-]). Concordando com esta afirmação, Rethman, Drisko e Hill (2007) explicam que o sucesso de qualquer tratamento periodontal depende da participação do paciente. Se o paciente não colabora na realização de procedimentos de higiene bucal, todos os tratamentos administrados no consultório irão falhar. Assim, o paciente deve ser recrutado como “co-terapeuta” e deve estar ciente da importância de sua participação. Segundo o autor, geralmente é difícil obter esta cooperação, pois cada indivíduo tem seus próprios interesses ou desinteresses relacionados à sua saúde bucal. Esta afirmação vai ao encontro do que é preconizado por Burgett (1991) e Duarte (2002). Para eles, o paciente deve estar ciente de que, caso não adote melhorias na higiene bucal, pode haver recidiva das lesões, mas destacam que condições culturais, sociais e econômicas muitas vezes determinam limitações no tratamento. Løe et al. (1965), em seu estudo, também demonstraram a importância da higiene bucal na saúde gengival.

Com a instrução em higiene, remoção mecânica de placa, de cálculo dental e de bolsas gengivais, obteve-se inicialmente um resultado satisfatório de arquitetura e saúde gengival. Porém, um início de recidiva de gengivite foi observado após um determinado período de tempo, aspecto já relatado por Burgett (1991) e Duarte (2002). Percebeu-se também a importância da terapia periodontal básica prévia ao tratamento cirúrgico, tendo-se em consideração que o controle da inflamação proporcionou um quadro pós-operatório favorável e de maior tranquilidade, e apontando que Goldman, Shuman e Isenberg (1997) já desenvolveram essa questão.

Dentre todas as técnicas e procedimentos realizados, entende-se que o mais importante é a educação em higiene do paciente, para que o mesmo consiga realizar a manutenção de sua saúde bucal, segundo afirmam Rethman, Drisko e Hill (2007). Percebe-se também que de nada adianta a realização da melhor técnica se o paciente não estiver motivado a desorganizar e remover o biofilme que se forma ao longo do dia sobre a superfície de seus dentes. Acreditamos que a paciente estava motivada a colaborar com o tratamento após diversas consultas de instrução de higiene oral e de procedimento periodontal básico. Com as cirurgias periodontais corretivas nos sextantes anteriores, conseguimos alcançar uma grande melhora na arquitetura e estética gengival. No entanto, depois de aproximadamente 6 meses após a gengivoplastia inferior (e aproximadamente um ano após a gengivoplastia superior), foi

possível perceber início de recidiva de gengivite nas áreas interpapilares superiores e inferiores.

Conseguiu-se perceber ao final do tratamento o fechamento dos diastemas entre os incisivos centrais superiores, fato já relatado por Azevedo (2010), o qual afirma que após a remoção do tecido fibrótico interdental há a regressão do afastamento dental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a revisão de literatura e o relato do caso clínico, pode-se concluir que:

- O conhecimento da história médica e odontológica do paciente é de suma importância para o estabelecimento de um diagnóstico correto, que acarreta em um plano de tratamento adequado para cada caso em especial.
- Pacientes com hiperplasia gengival apresentam alterações gengivais desfavoráveis do ponto de vista estético e funcional. O tratamento proposto deve objetivar a motivação do paciente, devolver a função adequada e elevar sua auto-estima, para que então ele sinta prazer ao cuidar de si próprio.
- Procedimentos periodontais básicos (raspagem e alisamento de superfície) devem preceder os atos cirúrgicos a fim de se remover os fatores etiológicos, preparando o meio cirúrgico.
- Pacientes com doenças periodontais necessitam de insistentes instruções de higiene oral, assim como consultas de manutenção periódica preventiva.
- O paciente deve estar motivado a colaborar com a terapia proposta, pois seu papel é muito importante para a manutenção de sua própria saúde e na prevenção de recidivas após a cirurgia de gengivoplastia.

REFERÊNCIAS

- AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *International Dental Journal*, v. 25, n. 4, p. 229-23, 1975.
- ALMEIDA, A. P.; DIAS, G. S. Hiperplasia gengival: diagnóstico e tratamento. *Revista Portuguesa de estomatologia, Medicina dentária e Cirurgia Maxilo Facial*, p. 35-40, [200-].
- ALMEIDA, R. R. et al. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir?. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, v. 9, n. 3, p. 137-156, 2004.
- ALVES, C. M. C.; ROSSA, M. L.; PUSTIGLIONI, F. E. Repigmentação melânica gengival após cirurgia periodontal: relato de caso. *Odontologia clínico-científica*, v. 9, n. 4, [Não paginado.] 2010.
- AZEVEDO, Flávia Freire. *Etiologia, tratamento e estabilidade dos diastemas*. 2010. 46 f. Dissertação (Programa de especialização em Ortodontia) – FUNOERTE/SOEBRÁS, Anápolis, 2010.
- BURGETT, F. Doença Periodontal. In: REGEZI, J. H.; SCIUBBA, J. J. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1991. p. 374-386.
- CAMARGO, P. M.; CARRANZA, F. A.; TAKEI, H. H. Tratamento do aumento gengival. In: CARRANZA, F. A. et al. *CARRANZA: Periodontia clínica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 918-925.
- CARRANZA, F.; HOGAN, E. L. Aumento Gengival. In: CARRANZA, F.A. et al. *Periodontia Clínica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 373-390.
- DUARTE, C. A.; CASTRO, M. V.; PEREIRA, C. A. Procedimentos ressectivos. In: DUARTE, A. D. *Cirurgia periodontal: pré-protética e estética*. São Paulo: Santos, 2002. p. 22-32.
- _____. Gengivectomia e Gengivoplastia. In: DUARTE, C. A. *Cirurgia periodontal: pré-protética e estética*. São Paulo: Santos, 2002. p. 33-44.
- DUMMET, C. C.; BOLDEN, T. E. Postsurgical clinical repigmentation of the gingivae. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, v. 16, n. 3, p. 353-365, 1963.
- DUMMET, C. O. Pshysiologic pigmentation of the oral and cutaneous tissues in the negro. *Journal of dental research*, v. 25, n. 6, p. 421-432, 1946.
- EGELBERG, J.; BADERSTEN, A. Placa dental e cálculo. In: _____. *Exame Periodontal*. São Paulo: Santos, 1995. p. 22-25.
- _____. Gengivite. In: _____. *Exame Periodontal*. São Paulo: Santos, 1995. p. 27-34.
- _____. Periodontite. In: _____. *Exame Periodontal*. São Paulo: Santos, 1995. p. 35-42.

EGG, N. S. O. et al. Melanose racial e outras lesões pigmentadas da cavidade bucal: revisão de literatura. *Periodontia*, v. 19, n. 3, p. 49-45, 2009.

FIORELLINI, J. P.; KIM D, M.; ISHIKAWA, S. O. A Gengiva. In: CARRANZA, F. A. et al. *CARRANZA: Periodontia Clínica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 46-67.

FOX, L. Rotating abrasives in the management of periodontal soft and hard tissues. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*, v. 8, n. 11, p. 1134-1138, 1955.

GASS, J. R.; VALIATHAN, M.; TIWARI, H. K.; HANS, M. G.; ELSTON, R. C. Familial correlations and heritability of maxillary midline diastema. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, v. 123, n. 1, p. 35-39, 2003.

GIORGI, S. M.; LOTUFO, R. F. M.; LASCALA, N. T. Gengivectomia – Gengivoplastia. In: LASCALA, N. T.; MOUSSALLI, N. H. *Compêndio terapêutico periodontal*. 3. ed. São Paulo: Artes médicas, 1999. p. 323-338.

GLICKMAN, I. The results obtained with the unembellished gingivectomy technique in a clinical study in humans. *Journal of Periodontology*, v. 27, n. 4, p. 247-255, 1956.

GOLDMAN, H. M. Gingivectomy: Indications, contraindications and method. *American journal of orthodontics and oral surgery*, v. 32, n. 5, p. 323-326, 1946.

_____. Gingivectomy. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*, v.4, n. 9, p. 1136-1157, 1951.

GOLDMAN, H. M.; SHUMAN, A. M.; ISENBERG, G. A. Papel da superfície dental no tratamento da doença periodontal. In: _____. *Atlas cirúrgico do tratamento da doença periodontal*. 2. ed. São Paulo: Quintessence, 1997. p. 23-29.

KINANE, D. F.; BERGLUNDH, T.; LINDHE, J. Patogênese da periodontite. In: LINDHE, J.; LANG, N. P.; KARRING, T. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 271-291.

KLOKKEVOLD, P. R.; TAKEI, H. H.; CARRANZA, F. A. Princípios gerais da cirurgia periodontal. In: CARRANZA, F. A. et al. *CARRANZA: Periodontia clínica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 887-901.

LANG, N. P.; MOMBELLI, A.; ATTSTRÖM, R. Biofilme e cálculos orais. In: LINDHE, J.; LANG, N. P.; KARRING, T. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 173-193.

LINDHE, J.; KARRING, T.; ARAÚJO, M. Anatomia dos Tecidos Periodontais. In: LINDHE, J.; LANG, N. P.; KARRING, T. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 3-47.

LÖE, H. et al. Experimental gingivitis in man. *Journal of periodontology*, v. 36, p. 177-187, 1965.

LOESCHE, W. J.; SYED, S. A. Bacteriology of human experimental gingivitis: effect of plaque and gingivitis score. *Infection and Immunity*, v. 21, n. 3, p. 830-839, 1978.

MANSON, J. D.; ELEY, B. M. Tratamento básico da gengivite e periodontite crônicas. In: _____. *Manual de periodontia*. 3. ed. São Paulo: Santos, 1999. p. 162-169.

MARIOTI, A. Doenças gengivais induzidas pela placa. In: LINDHE, J.; LANG, N. P.; KARRING, T. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 388-397.

MEINSTER, F. J. et al. Periodontal considerations in clinical crown lengthening procedures. *J Acad General dentistry*, v. 29, p. 401-5, 1981.

MOUSSALI, N. H.; LASCALA, N. T. Periodontium: Aspectos normais clínicos e radiográficos. In: _____. *Compêndio Terapêutico Periodontal*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 4-13.

NOVAK, M. J. Classificação das doenças que afetam o periodonto. In: CARRANZA, F. A. et al. *CARRANZA: Periodontia Clínica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 100-109.

OLIVER, W. M. Use of rotatory Diamond instruments in gingivoplasty. *Academy Review*, v. 10, n. 2, p. 84-88, 1972.

OPPERMANN, R. V.; RÖSING, C. K. Halitose. In: _____. *Periodontia: ciência e clínica*. São Paulo: Artes médicas, 2001. p. 267-273.

PALMER, R. M.; FLOYD, P. D. Exame e monitoração periodontal. In: _____. *Manual clínico de periodontologia*. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 2-5.

_____. Tratamento não-cirúrgico. In: _____. *Manual clínico de periodontologia*. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 11-22.

PEDRON, I. G. et al. Processos proliferativos não neoplásicos em paciente sob tratamento ortodôntico. *Dental Press Journal of Orthodontics*, v. 15, n. 8, p. 80-87, 2010.

PERLMUTTER, S.; TAL, H. Repigmentation of the gingiva following surgical injury. *Journal of Periodontology*, v. 57, n. 1, p. 48-50, 1986.

PERRY, D. A. Controle de placa para o paciente periodontal. In: CARRANZA, F. A. et al. *CARRANZA: Periodontia Clínica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 728-748.

PLEMONS, J. M.; EDEN, D. E. Tratamento não-cirúrgico. In: ROSE, L. R. et al. *Periodontia: medicina, cirurgia e implantes*. São Paulo: Santos, 2007. p. 238-262.

PROJETO SB BRASIL 2010. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Principais resultados*. Brasília. 2011. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 01 out. 2015.

QUIRYNEN, M. et al. Microbiologia das doenças periodontais. In: CARRANZA, F. A. et al. *CARRANZA: Periodontia Clínica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 134-169.

RAMSEIER, C. A. et al. Entrevista motivacional. In: LINDHE, J.; LANG, N. P.; KARRING, T. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 669-676.

RETHMAN, J.; DRISKO, C. L.; HILL, M. Cuidados contemporâneos em higiene dentária. In: ROSE, L. R. et al. *Periodontia: medicina, cirurgia e implantes*. São Paulo: Santos. 2007. p. 298-320.

RIGUEIRA, I. Biomorfologia do periodonto. In: _____. *Fundamentos de periodontia: morfologia, prevenção e terapêutica aplicada*. Rio de Janeiro: RevinteR, 1996. p. 1-18.

_____. Gengivectomia e Gengivoplastia. In: _____. *Fundamentos de periodontia: morfologia, prevenção e terapêutica aplicada*. Rio de Janeiro: RevinteR, 1996. p. 151-156.

ROSA, D. S. A. et al. Esthetic treatment of gingival melanina hyperpigmentation with Er: TAG laser: short-term clinical observations and patient follow-up. *Journal of periodontology*, v. 78, n. 10, p. 2018-2025, 2007.

SCHOEN, D. H.; DEAN, M. C. *Instrumentação em periodontia contemporânea*. São Paulo: Santos, 1997.

SILVA, F. F.; FERRAZ, C. Acessos cirúrgicos. In: FERRAZ, C. *Periodontia*. São Paulo: Artes médicas, 1998. p. 201-226.

SOCRANSKY, S. S.; HAFFAJEE, A. D. The bacterial etiology of destructive periodontal disease: current concepts. *J Periodontol*, v. 63, n. 4, p. 322-331, 1992.

TAKEI, H. H.; CARRANZA, F. A. Técnicas cirúrgicas gengivais. In: CARRANZA, F. A. et al. *CARRANZA: Periodontia clínica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 909-917.

TIBBETTS, L. S.; AMMONS, J. W. F. Cirurgia periodontal ressectiva. In: ROSE, L. R. et al. *Periodontia: medicina, cirurgia e implantes*. São Paulo: Elsevier, 2007. p. 502-551.

WENNSTRÖM, J. L.; HEIJL, L.; LINDHE, J. Cirurgia periodontal: acesso cirúrgico. In: LINDHE, J.; LANG, N. P.; KARRING, T. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 753-789.

WOLF, H.F; HASSEL, T.M. Introdução e Biologia estrutural. In: _____. *Manual de Periodontia: fundamentos, diagnóstico, prevenção e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 1-20.

_____. Coleta de dados – diagnóstico – prognóstico. In: *Manual de Periodontia: fundamentos, diagnóstico, prevenção e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 1-20.

ANEXO A – Carta de apresentação do projeto de pesquisa


ANEXO A – Carta de apresentação do projeto de pesquisa

Santa Cruz do Sul, 8 de maio de 2015


Este estudo de caso intitulado “Tratamento cirúrgico periodontal em paciente com hiperplasia gengival inflamatória crônica: um relato de caso.” foi realizado pela aluna Luísi Lopes de Almeida, sob orientação do professor Me. Edilson Fernando Castelo, como requisito da disciplina de Seminário de trabalho de Conclusão de Curso da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Declaramos estar cientes do conteúdo deste projeto de pesquisa aqui apresentado.

Atenciosamente,



Professor Orientador



Luísi Lopes de Almeida

Aluna orientada

ANEXO B – Autorização do Coordenador do Curso de Odontologia da UNISC**ANEXO B – Autorização da coordenadora do Curso de Odontologia da UNISC**

À Coordenadora do curso de Odontologia

Prezada senhora,

declaramos, para os devidos fins, conhecer o estudo de caso intitulado "Tratamento cirúrgico periodontal em paciente com hiperplasia gengival inflamatória crônica: um relato de caso.", desenvolvido pela acadêmica Luisi Lopes de Almeida, do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, sob a orientação do professor Me. Edilson Fernando Castelo, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa, e autorizamos o desenvolvimento na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Informamos concordar com as Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente,



Dra. Márcia Helena Wagner
Coordenadora do Curso de Odontologia

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- I - O estudo de caso tem por objetivo descrever a cirurgia estética gengival, quando há o aumento da mesma em área anterior. Propiciando, com esta terapia, que a paciente consiga higienizar corretamente a região e melhorando o aspecto estético. É de suma importância para que os cirurgiões-dentistas conheçam as técnicas utilizadas e indicadas para o caso.
- II - Serão realizadas cirurgias para remoção da gengiva doente e aumentada visando reestabelecer uma forma ideal, outra cirurgia terá o objetivo remover o pigmento de melanina (semelhante à da pele) da superfície gengival, tornando a gengiva rósea e mais favorável esteticamente. A paciente deverá permanecer com um curativo sobre a ferida por 10 a 14 dias. Anterior a estas cirurgias a paciente passará por uma fase de preparação, onde serão realizadas raspagens das superfícies dentárias e limpezas, removendo todos os fatores que podem causar inflamação gengival.
- III - A terapia proposta não apresenta nenhum tipo de risco à saúde e segurança da paciente, os procedimentos cirúrgicos serão realizados cuidadosamente a fim de reduzir o desconforto pós operatório. A exagerada falta de higiene por parte do paciente pode levar a complicações como infecção local. A presença do curativo gengival em forma de cimento odontológico pode causar algum incômodo estético e tátil. Espera-se leve sintomatologia dolorosa (controlada por analgésicos) e leve sangramento nos primeiros dias.
- IV - Os benefícios esperados com este trabalho, incluem uma significativa na melhora na saúde gengival da paciente também um progresso do ponto de vista estético, contribuindo para o bem estar geral e elevação da auto estima da paciente.
- V - Como não existe nenhuma outra alternativa para a solução deste caso, a terapia recomendada é a remoção cirúrgica da gengiva aumentada e doente, para se conseguir saúde gengival.
- VI - A patrocinadora do projeto será a acadêmica Luisi Lopes de Almeida, responsável, juntamente com seu professor orientador, pelo presente projeto. Sendo assim, os tratamentos cirúrgicos serão inteiramente gratuitos para a paciente.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;

- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos à minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

A Pesquisadora Responsável por este Projeto de Pesquisa é Luisi Lopes de Almeida (Fone: (51) 9595-5285)

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

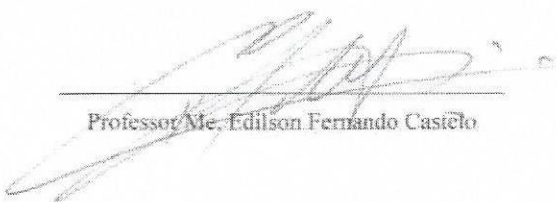
Data 28/05/15



Cássia Silva da Silva



Luisi Lopes de Almeida



Professor Me. Edilson Fernando Caséto