

ATENDIMENTO A PACIENTES COM NECESSIDADE DE CIRURGIAS DE AUMENTO DE COROA CLÍNICA

THIAGO AZARIO DE HOLANDA¹; JOSÉ ANTÔNIO MESQUITA DAMÉ³

¹Faculdade de Odontologia da Universidade federal de Pelotas – thiagoaholanda92@gmail.com

³Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas–jamdame@terra.com.br

1. INTRODUÇÃO

Dentre os projetos de extensão realizados na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas está o Projeto de Aumento de Coroa Clínica (PROJACC). Este projeto se enquadra no departamento de Semiologia e Clínica da instituição, com área de concentração em Periodontia, e funciona desde 2005. O objetivo do PROJACC é prestar serviços à população, atendimento especializado aos cirurgiões dentistas que necessitam encaminhar seus pacientes para realização de cirurgia de aumento de coroa clínica (ACC) e o treinamento e ensino aos acadêmicos e cirurgiões dentistas selecionados para participação do projeto.

O aumento de coroa clínica pode-se dar de maneira cirúrgica ou não cirúrgica. A primeira situação consiste na realização de um procedimento que se destina à remoção de tecido periodontal para aumentar a coroa clínica do elemento dental (CUNLIFFE; GREY, 2008). A segunda utiliza outros métodos para conseguir este aumento, podendo ocorrer por meio da invaginação de diques de borracha no sulco gengival e/ou utilização de grampos retratores, bem como por meio de traçamentos/extrusões ortodônticas.

Para compreender melhor esse assunto, é indispensável ter conhecimento sobre o espaço biológico, que representa uma área ao redor do dente entre a crista óssea alveolar e a porção mais coronal do epitélio juncional, sendo composto pelo próprio epitélio juncional e pela inserção conjuntiva, estruturas essas responsáveis pela formação da união dentogengival (GARGIULO; WENTZ; ORBAN, 1961; LEE, 2004).

Frequentemente encontramos situações clínicas onde o espaço biológico é invadido como consequência de cáries, perfurações, reabsorções radiculares, próteses/restaurações com excesso cervical ou fraturas subgengivais (OLSBURGH; JACOBY; KREJCI, 2002; SHENOY; SHENOY; BABANNAVAR, 2012). Para preservá-lo, é necessário em média 2mm de tecido dental sadio coronal à crista óssea alveolar para acomodar as estruturas que o compõem (GARGIULO; WENTZ; ORBAN, 1961), desta forma haverá manutenção das condições de normalidade periodontal, dificultando a penetração de microrganismos e de seus produtos no interior do tecido conjuntivo subjacente (LINDHE; KARRING; LANG, 2005). Caso o espaço biológico venha a se manter violado, alterações inflamatórias nos tecidos moles poderão ocorrer bem como reabsorções ósseas (INGBER; ROSE; COSLET, 1977; WAAL; CASTELUCCI, 1993; WAAL; CASTELUCCI, 1994) e consequentemente a migração apical do epitélio juncional. Desta forma, o intuito deste trabalho é mostrar como o projeto funciona e ilustrar um caso clínico que nele foi realizado.

2. METODOLOGIA

O funcionamento do projeto acontece da seguinte maneira, no início de cada semestre, reuniões são feitas para dividir e organizar os membros do projeto e

dispor suas atribuições conforme o número de semestres já cursados. Acadêmicos de 1º e 2º semestres são designados ao preenchimento de fichas e agendamentos, 3º responsáveis pelo setor de radiologia, 4º, 5º e 6º auxiliares dos procedimentos cirúrgicos e 7º, 8º, 9º e 10º semestres operadores. Após essa distribuição de funções, são realizados seminários para expor e discutir casos clínicos do projeto, contribuindo para o desenvolvimento das atividades práticas que irão acontecer no decorrer do semestre.

Os pacientes que são atendidos no projeto são encaminhados por disciplinas da própria escola (em torno de 40%), mas também de outras entidades, principalmente da Clínica Odontológica do Sindicato dos Empregados no Comércio da cidade de Pelotas (aproximadamente 24%) e de uma clínica privada chamada Sorrident (com 16%). Os 20 % restantes são de clínicas privadas, unidades básicas de saúde e outros sindicatos. Esses pacientes que nos são referenciados são agendados pelos acadêmicos que estão nos semestre mais iniciais, os quais se responsabilizam por organizar a agenda de atendimentos (pacientes para exame, pacientes para cirurgias e pacientes para remoção de pontos e controle). O paciente é marcado e na primeira consulta ocorre o preenchimento da ficha clínica do projeto que inclui dados pessoais, anamnese, dados do exame clínico e radiográfico. Nesta primeira consulta os pacientes são esclarecidos sobre a finalidade e a necessidade do procedimento, que possibilitará a sequência dos demais tratamentos restauradores/estéticos e ou endodônticos necessários e assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando seu tratamento, bem como assentindo sobre a utilização de seus dados sociodemográficos e clínicos para realização e divulgação de pesquisas.

Quanto ao exame clínico, no sítio em que é necessário a realização do ACC é feito a mensuração da profundidade de sondagem na mesial, vestibular, distal e lingual/palatina, bem como em dois dentes adjacentes, um a mesial do dente em questão e outro à distal. Após exame clínico-radiográfico e preenchimento da ficha clínica do paciente, planeja-se como será feito o procedimento, junto aos professores e/ou estagiários e a cirurgia é marcada para semana seguinte.

Tendo sido feita a cirurgia, os pacientes passam para fase de controle e acompanhamento pós-operatório. Geralmente uma semana após, o paciente é agendado para remoção de pontos, avaliação da cicatrização, se está compatível com o procedimento realizado, e radiografia pós-operatória. Por fim, todo paciente que recebe atendimento no projeto é contra-referenciado para o local de onde foi encaminhado, a fim de que o mesmo consiga dar continuidade ao seu tratamento.

Quanto ao caso clínico, paciente LFS, 42 anos, sexo feminino, foi encaminhada ao PROJACC pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de endodontia para realizar ACC do dente 43. Na primeira consulta, foi preenchida sua ficha clínica, realizada a anamnese e o exame clínico e radiográfico. Na anamnese a paciente relatou fumar e fazer uso dos medicamentos Amitriptilina e Rivotril para depressão, e ao exame clínico e radiográfico observou-se que o dente apresentava uma perfuração no sítio distolingual que se encontrava subgingival invadindo o espaço biológico, o dente estava com a polpa necrosada e apresenta duas raízes. No planejamento, tomando como base a situação clínica e a radiografia inicial, optou-se por fazer um ACC não cirúrgico por meio de uma extrusão ortodôntica, tendo em vista que a perfuração estava praticamente ao mesmo nível da crista óssea, além de suas raízes serem curtas. Na mesma sessão, a paciente foi moldada e vazou-se seu modelo de gesso para confeccionar o dispositivo ortodôntico (constituído por um fio ortodôntico de 0,9mm, dois botões ortodônticos e elásticos de borracha) e

instalá-lo na próxima sessão. Na consulta seguinte o dente 43 foi desgastado na incisal com pontas diamantadas, e com auxílio de isolamento relativo foi colado com resina composta um botão ortodôntico por vestibular e outro por lingual da mesma forma que o fio ortodôntico de 0,9mm, o qual continha dobras que se ajustavam a superfície vestibular do dente 47(46 e 45 ausentes) e 44, passava sobre a incisal desgastada do 43 e seguia rente à vestibular dos dentes 42,41,31 e 32. Nos botões ortodônticos foi posto uma borracha elástica que seria a responsável por tracionar o dente para coronal. Após a instalação do aparelho, acompanhamentos clínicos e radiográficos eram realizados para observar se o dente estava extruindo, se era necessário fazer mais desgastes em sua incisal para evitar interferência oclusal e permitir a continuação da movimentação e visualizar a altura em que a perfuração se encontrava.

Passados 4 meses, a extrusão atingiu o nível desejado e neste momento, a borracha elástica foi trocada por fios de amarrilho, que ficaram por mais 4 meses estabilizando o tracionamento realizado para minimizar a recidiva. Finalmente, depois do período de estabilização, foi realizado um ACC cirúrgico na região, para restituir a arquitetura gengival e expor a perfuração. Finalizado isto, as devidas recomendações foram dadas à paciente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando a paciente retornou para reavaliação e remoção de pontos pôde-se perceber que a mesma estava com a cicatrização compatível com o procedimento realizado e o resultado atingido foi muito bom, tendo em vista que se conseguiu expor a perfuração sem uma excessiva remoção de tecido ósseo. A paciente foi contra-referenciada para o CEO de endodontia para poder dar continuidade ao seu tratamento endodôntico e receber alta.

A preservação do espaço biológico é sabidamente fundamental para manutenção da saúde periodontal (SHENOY; SHENOY; BABANNAVAR, 2012). A invasão deste espaço poderia ocasionar uma inflamação progressiva na qual o organismo, por meio da reabsorção óssea, promoveria o restabelecimento das dimensões perdidas (OLSBURGH; JACOBY; KREJCI, 2002). Para restabelecê-lo, optou-se por realizar uma extrusão ortodôntica, pois se acredita que suas vantagens superariam as desvantagens no caso clínico em questão.

A extrusão é o movimento ortodôntico mais fácil de ser executado. Com este tipo de movimento ortodôntico consegue-se um ACC sem uma excessiva remoção de tecido de suporte e com a preservação de estruturas periodontais dos dentes adjacentes. Porém, um inconveniente desta técnica é a necessidade de um acompanhamento prolongado (LINDHE; KARRING; LANG, 2005). Caso houvesse sido optado por realizar um ACC cirúrgico desde o início, algumas vantagens seriam a rapidez com que o resultado seria obtido e o menor tempo clínico e de consultas nas quais a paciente seria submetida. No entanto, a maior desvantagem seria a grande remoção de tecido de suporte podendo afetar também os dentes adjacentes (LINDHE; KARRING; LANG, 2005).

4. CONCLUSÕES

O PROJACC tem conseguido resolver situações mais complexas de pacientes com necessidades de ACC como no caso clínico abordado, além de permitir um bom funcionamento do sistema de referência e contra-referência de pacientes. Ainda, fica evidente que o tracionamento ortodôntico é uma técnica útil

e aplicável para situações de perfurações subgengivais com invasão das distâncias biológicas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUNLIFFE, J.; GREY, N. Crown lengthening surgery-indications and techniques. **Dental Update**, v. 35, n. 1, p. 29-35, 2008.

GARGIULO, M.F.; WENTZ, F.M.; ORBAN, B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. **Journal Periodontology**, v.33, p.261-267, 1961.

INGBER, J.S.; ROSE, L.F.; COSLET, J.G. The "biologic width": A concept in periodontics and restorative dentistry. **Alpha Omegan**, v.70, p. 62-65, 1977.

LEE, E.A. Aesthetic crown lengthening: classification, biologic rationale, and treatment planning considerations. **Practical procedures & aesthetic dentistry : PPAD**, v. 16, n. 10, p. 769-778, 2004.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N.P. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral. 4ª. Edição.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

OLSBURGH, S.; JACOBY, T.; KREJCI, I. Crown fractures in the permanent dentition: Pulpal and restorative considerations. **Dental Traumatology**, v.18, p.103-115, 2002.

SHENOY, A.; SHENOY, N.; BABANNAVAR, R. Periodontal considerations determining the design and location of margins in restorative dentistry. **Journal Interdisciplinary Dentistry**, v.2, p.3-10, 2012.

WAAL, H.; CASTELUCCI, G. The importance of restorative margins placement to the biologic width and periodontal health. Part I. **Int J Periodont Rest Dent**, v.13, p.461-471, 1993.

WAAL, H.; CASTELUCCI, G. The importance of restorative margins placement to the biologic width and periodontal health. Part II. **Int J Periodont Rest Dent**, v.14, p.71-83, 1994.