



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



JÉSSICA STEPHANIE MARTINS

**ESTÉTICA VERMELHA EM PACIENTE
MELANODERMO**

UBERLÂNDIA

2019

JÉSSICA STEPHANIE MARTINS

ESTÉTICA VERMELHA EM PACIENTE MELANODERMO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Faculdade de
Odontologia da UFU, como requisito
parcial para obtenção do título de
Graduado em Odontologia

Orientador: Profº. Dr. Denildo de
Magalhães

Co-orientadora: Karine Loureiro

UBERLÂNDIA

2019

Agradecimentos

Gostaria de agradecer, primeiramente a Deus, por sempre estar me guiando e protegendo e me dando força para que nunca desistisse dos meus sonhos.

Agradeço aos meus pais, por nunca desistirem de mim, serem meu porto seguro e me amarem acima de qualquer coisa. Aos meus irmãos pelo amor incondicional, as minhas avós e avô por sempre me apoiarem e ao meu noivo pelo suporte emocional.

Agradeço ao meu orientador Denildo de Magalhães por toda dedicação e carinho oferecidos a mim, além de toda confiança confiada para execução desse trabalho. Obrigada por me ensinar e me fazer amar a Periodontia e por ter se tornado um grande amigo.

Agradeço a toda minha banca pela disponibilidade da presença e por ter conhecido, um pouco, de cada um de vocês em minha jornada acadêmica. Obrigado por agregarem conhecimento a minha vida.

Agradeço aos meus amigos e familiares pelo apoio dado durante toda minha trajetória.

Sumário

Resumo	
Introdução	06
Material e Métodos	
Caso Clínico	07
Discussão	09
Conclusão	11
Referências bibliográficas	12
Anexos	14

Resumo

Em busca de um sorriso bonito e harmonioso, as intervenções periodontais que buscam otimizar ou atender necessidades estéticas vêm sendo muito procurada pelos indivíduos, e comumente são realizadas por meio da gengivoplastia. Todavia, esse procedimento requer etapas como a escarificação, que consiste na remoção dos melanócitos localizados na área basal do epitélio. Considerando que a eliminação dessas células implica em alteração na coloração gengival, deve-se reconhecer a possibilidade de comprometimento estético em relação ao uso dessa técnica em paciente portador de elevada concentração de melanócitos gengivais. Esse relato de caso apresenta a necessidade estética de adequação do contorno gengival em paciente meloderma.

Palavras-chaves: Periodontia; Gengivoplastia; Estética.

Abstract

In search of a beautiful and harmonious smile, periodontal interventions that seek to optimize or meet aesthetic needs have been much sought after by individuals, and are commonly performed through gingivoplasty. However, this procedure requires steps such as scarification, which consists in the removal of melanocytes located in the basal area of the epithelium. Considering that the elimination of these cells implies changes in gingival staining, the possibility of aesthetic compromise in relation to the use of this technique in a patient with a high concentration of gingival melanocytes should be recognized. This case report presents the aesthetic need for adequacy of gingival contour in a meloderma patient.

Keywords: Periodontics; Gengivoplasty; Esthetics.

Introdução

A odontologia, como em toda profissão, possui suas peculiaridades em relação às suas necessidades. Esta profissão nasceu na Mesopotamia, ganhou o velho Egito e correu até o Mediterrâneo. Então, atravessou em direção à Grécia e foi até Roma, de onde seguiu para Península Ibérica, chegou até a França, a Alemanha e a Inglaterra. Atravessou o oceano Atlântico, espalhando-se pela América e por diversas direções, até atingir estas proporções que é na atualidade. Neste período, sua utilização tinha como principal foco a terapêutica e, assim como na medicina, as necessidades individuais eram tratadas por meio da religião e de utilização de magia. Nesta época, a odontologia era como arte dentária (CUNHA, 1952; ROSENTHAL, 2001).

Com o desenrolar do tempo e o conhecimento do corpo humano, a odontologia entra na sua era pré-científica (CUNHA, 1952), sendo a Europa considerada seu berço a partir do século XVI. Porém, somente no século XVIII, Pierre Fauchard, considerado o “Pai da Odontologia” descortina-a para todo o mundo (ALMEIDA; VENDUSCULO; MESTRINER-JUNIOR, 2002).

No entanto, nos dias atuais, a odontologia vêm se destacando cada vez mais na área estética, devido a preocupação das pessoas com esta e, por conseguinte, à procura do “sorriso perfeito”. Momento este onde são disponibilizadas novas técnicas e materiais, com a finalidade de correção de aspectos não patológicos, tais como: recesões gengivais, freios mal posicionados, excessos gengivais, pigmentações melânicas e contorno gengival inadequado, as quais são as principais queixas dos pacientes (SOUSA *et al.*, 2003).

Tjan *et al.* (1984), considera como sorriso padrão aquele ao qual mostra-se o comprimento total dos dentes anteriores superiores, expondo-os até os pré-molares uma pequena porção do contorno gengival. Contudo, o sorriso gengival é aquele que a exposição gengival é superior a 2 mm, ultrapassando a junção amelo-cementária. O excesso gengival se enquadra dentro das principais queixas estéticas relatadas pelos pacientes. Por conseguinte, as técnicas cirúrgicas voltadas a estética periodontal, visam devolver a harmonia do tecido gengival em relação a cor, forma e a sua arquitetura (MONNET-

CORTI; BORGHETTI, 2002). Dentre estas técnicas destaca-se a gengivoplastia, a qual tem por finalidade a correção ou eliminação de deformidades gengivais de desenvolvimento ou traumáticas, por meio da adequação do contorno gengival e remodelação das papilas interdentais. Entretanto, sua indicação depende da ausência da doença periodontal (CARRANZA, 2012).

Outra questão a ser observada em relação a indicação da gengivoplastia refere-se a presença da pigmentação melânica. Frente a esse fato torna-se necessário que o operador esteja atento a sua presença, visto que a eliminação dos melanócitos poderá implicar em alterações na cor gengival, ao qual implicará na necessidade de uma escarificação, gerando um desconforto estético para o paciente. De outro modo, havendo o objetivo de alteração da cor gengival, o procedimento de escarificação constitui um recurso adequado, visto que após a eliminação dos melanócitos a cicatrização dessas áreas ocorrerá naturalmente, porém sem a presença dessas células cromatogênicas. Sendo assim, esta técnica cirúrgica passa a ser um recurso viável para otimização do contorno e coloração gengival (CARRANZA, 2012).

Material e Métodos

Caso clínico

Paciente E.K, 26 anos, gênero feminino, melanoderma, compareceu à clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia com queixa de “excesso gengival” e “gengiva com manchas escuras” (Figura 1). Durante anamnese, paciente relatou grande insatisfação com relação ao seu sorriso, devido ao comprometimento estético que o mesmo lhe causava.

Inicialmente, a paciente foi submetida a uma avaliação periodontal, onde foi observado excesso gengival sobrepondo a junção amelocementária associada a presença de pigmentação melânica a qual determinava uma coloração gengival escurecida. A exposição dessas características ao sorrir determinava o desconforto estético para a paciente.

Embora durante o exame clínico não foi observada a ocorrência de sangramento à sondagem, notou-se a presença de profundidade de sondagem em até 3 milímetros sem perda de inserção. Este fato caracteriza a presença de uma bolsa gengival ou falsa bolsa (Figura 2). Assim sendo, por se tratar de um excesso gengival sobrepondo a junção amelocementária e havendo a necessidade de adequação do contorno e coloração gengival, foi indicada a técnica cirúrgica de gengivoplastia

Após o preparo da paciente referente à assepsia e antissepsia, a região a ser operada foi anestesiada por meio da técnica do bloqueio do nervo superior posterior e anestésias infiltrativas com anestésico lidocaina 2%, associado à epinefrina 1:100.000 (DFL). Em seguida, por meio da sonda periodontal milimetrada, foi realizada a medição (Figura 2) das profundidades de sondagem, no qual as áreas sondadas foram as faces mesiovestibular, vestibular e distovestibular de cada dente. Posteriormente, essas medidas foram transportadas para a face externa gengival e demarcadas por um ponto perfurante (Figura 3), caracterizando assim a posição do fundo da bolsa gengival. Segundo a técnica cirúrgica as incisões foram realizadas empregando-se o gengivótomo de Kirkland (faces lisas) e Orban (faces interproximais). Estes instrumentos foram posicionado abaixo dos pontos perfurantes em uma posição ápico-cervical de aproximadamente 30 graus e então estes ponto foram unidos por meio dessa incisão (Figura 4).

Em seguida os tecidos incisados foram removidos por meio de curetas periodontais e reavaliado o procedimento da raspagem (Figura 6). Estabelecido o novo contorno gengival foi executado o procedimento de escarificação (Figura 7), o qual teve a intenção de obter o afilamento da futura margem gengival e eliminação do epitélio queratinizado que apresentava na sua camada basal os melanócitos, condição esta que implicou na exposição do tecido conjuntivo subjacente. Ao final, a área cirúrgica foi protegida com cimento cirúrgico (Figura 8) por um período de 21 dias, com trocas regulares do cimento a cada 7 dias. Orientações pós-operatórias foram fornecidas à paciente e realizada também a prescrição medicamentosa de analgésico, antiinflamatório e antibiótico. Devido as restrições de higiene bucal por conta da presença do cimento cirúrgico, a paciente foi orientada a fazer uso de um

antiséptico bucal. O acompanhamento do pós-operatório e cicatrização foi realizado por meio de consultas semanais até a sua conclusão, ao qual ocorreu em aproximadamente 60 dias (Figura 9 e Figura 10).

Discussão

O conceito de estética é muito subjetivo, pois o que é bonito para uns, pode não ser agradável para outros. É importante ressaltar que em um primeiro momento os tratamentos periodontais visam a eliminação das periodontopatias. Entretanto, há de se considerar que as necessidades estéticas do indivíduo estão também ligadas a essa resolução, ou ainda, quanto a busca pela otimização dos aspectos periodontais. Procedimentos com correção do sorriso gengival, recessão gengival, adequação da anatomia, excessos gengivais e presença de pigmentação gengival são exemplos de condições anatomo-patológicas, as quais vem sendo objeto de atenção do cirurgião dentista, por meio de procedimentos voltados a otimização estética segundo os objetivos do paciente (ROSA *et al.*, 2007; EGG *et al.*, 2009).

A melanina é um pigmento não hemoglobínico sintetizados pelos melanócitos, os quais são células dendríticas localizadas entre o tecido conjuntivo e o epitélio de revestimento com contato direto com a camada basal. Por sua vez, os grânulos de melanina são transferidos para os queratinócitos, fato que produzirá um escurecimento epitelial gerando uma coloração variando do castanho ao enegrecido (DEEPAK *et al.*, 2005; KAUR; JAIN; SHARMA, 2010), condição esta evidenciada no casos observados em nosso trabalho (Figura 1).

Dentre as pigmentações gengivais existentes, a pigmentação endógena é a mais comum e predominante na mucosa mastigatória da cavidade bucal (PASTAKAS; DEMETRIOU; ANGELOPOULOS, 1981). A pigmentação melânica é a mais incidente, podendo ocorrer em qualquer indivíduo independentemente da sua etnia (DUMMENTT, 1945; GORSKY *et al.*, 1984). Embora essa característica seja vista como uma condição fisiológica e um traço genético, os critérios pessoais para alguns indivíduos não podem ser descartados e pode gerar então algum desconforto estético (DUMMENTT, 1945; DUMMENTT; BARENS, 1971; GUSMÃO, *et al.*, 2012).

Os melanócitos aparecem cedo na cavidade oral, quase que imediatamente após o nascimento, sendo que em alguns casos é o único sinal de pigmentação no corpo (DEEPAK *et al.*, 2005; KAUR; JAIN; SHARMA, 2010). Todavia, havendo uma agressão as áreas que contém essas células, quer seja por razões traumática, químicas ou térmicas, observa-se que o processo regenerativo dos tecidos não implica no repovoamento por novos melanócitos, consequentemente produzindo alterações de cor nessas áreas (CARRANZA, 2012).

A gengivoplastia é um procedimento cirúrgico periodontal ressectivo voltado a adequação do contorno gengival pela eliminação e afilamento dos tecidos. No que se refere a essa adequação anatomica, nota-se que os bons resultados deve-se em parte pelo procedimento de escarificação. Entretanto, embora esse procedimento seja importante, implica na eliminação do epitélio da mucosa de revestimento gengival e parte do tecido conjuntivo subjacente (CARRANZA, 2012). Em se considerando esse fato, é necessário admitir que havendo a presença de melanócitos nessas áreas, estes serão eliminados, fato que implicará em alteração de cor nessas áreas, como mostrado na Figura 9 e Figura 10.

Frente a essas realidade, é necessário admitir duas questões diretamente relacionadas a estética periodontal. A primeira refere-se à amplitude da área de escarificação, ou seja, considerando que os melanócitos estão presentes em toda a faixa de mucosa mastigatória, torna-se necessário que a escarificação venha a incidir sobre toda essa área (CARRANZA, 2012). É necessário considerar que a remoção parcial implicará em persistência de melanócitos, consequentemente produzindo áreas mais claras que contrastará com áreas escurecidas, levando a um discrepância estética para o paciente, como mostrado na Figura 11. Quanto a segunda questão é preciso considerar o objetivo estético do paciente, assim sendo, pacientes que embora não apresentem alterações gengivais que implicam na indicação da gengi voplastia, podem ser submetidos ao procedimento de escarificação a fim de atender seus objetivos de tornar o tecido gengival mais claro (CARRANZA, 2012).

Vale a pena ressaltar que o procedimento de escarificação, embora tenha objetivos claros a serem executados, é um procedimento subjetivo, ou seja, a eliminação do epitélio de revestimento e conjuntivo subjacente decorre de uma ação mecânica executada pelo operador baseado em critérios clínicos, a fim de tornar exposto o tecido conjuntivo. Por sua vez, ao considerarmos que as projeções epiteliais, as quais contêm os melanócitos, podem estar em planos mais profundos do tecido conjuntivo, admite-se a possibilidade de que a escarificação pode não atingir essas áreas. Fato que implicará em persistência dessas células e manutenção da coloração escurecida mesmo que parcial. Frente a isto, o cirurgião dentista poderá voltar a intervir nessas áreas, a fim de obter a completa eliminação dessas células (CARRANZA, 2012).

Como observado em nosso relato clínico, o procedimento de escarificação demonstrou ser efetivo quanto a proposta de alteração da cor gengival (Figura 9 e Figura 10). Ao final do período cicatricial de 60 dias, verifica-se uma mucosa mastigatória com coloração rosea clara, atendendo as expectativas do paciente (Figura 9 e Figura 10). Este resultado demonstra a viabilidade e objetividade da técnica, porém é necessário ressaltar que esse procedimento requer uma cicatrização por segunda intenção, ou seja, as áreas escarificadas ficam exposta na cavidade bucal, condição que irá requerer cuidados pós-operatórios principalmente quanto à proteção da ferida cirúrgica (Figura 8), a partir do uso de cimento cirúrgico por um período de 21 dias até que a área esteja novamente epitelizada e apta a suportar estímulos térmicos, químicos e mecânicos que venha a incidir sobre estes locais (CARRANZA, 2012).

Conclusão

Pelo resultado obtido por meio da técnica da gengivoplastia associada ao processo de escarificação, conclui-se que a técnica proposta atende as necessidades de adequação da morfologia e cor dos tecidos de revestimento periodontal, segundo as necessidades estéticas requeridas pela paciente.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA ECS, VENDÚSCULO DMS, MESTRINER-JUNIOR W. A conformação da odontologia enquanto profissão: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Odontologia, 59(6):370-3, 2002.

CARRANZA - Periodontia Clínica – Saraiva ,11ª Ed, 2012.

CUNHA EMS. História da odontologia no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro; Científica, 1952.

DEEPAK P, SUNIL S, MISHRA R, SHESHADRI R. Treatment of gingival pigmentation: a case series. Indian J Dent Res, 16(4):171-76, 2005.

DUMMETT CO. Clinical observation on pigment variations in healthy oral tissues in the Negro. J Dent Res., 24:7-13, 1945.

DUMMET CO, BARENS G. Oromucosal pigmentation: an updated literary review. J Periodontol, 42(11):726-36, 1971.

EGG NOS, CASTRO CDLS, RODRIGUES FN, CURY VF. Melanose racial e outras pigmentações da cavidade bucal: revisão de literatura. Periodontia, 19(3):49-55, 2009.

GOLDMAN HM – The development of physiologic gingival contours by gingivoplasty. Oral Surg. 3:879, 1950.

GORSKY M, BUCHNER A, FUNDOIANU-DAYAN D. Physiologic pigmentation of the gingiva in Israeli Jews of different ethnic origin. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 58(4):506-9, 1984.

KAUR H, JAIN S, SHARMA RL. Duration of reappearance of gingival melanin pigmentation after surgical removal – A clinical study. J Indian Soc Periodontol, 14(2):101-5, 2010.

MONNET-CORTI V, BORGHETTI A. Estética do periodonto. In: Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia plástica periodontal. Artmed, 98-112, 2002.

PATSAKAS A, DEMETRIOU N, ANGELOPOULOS A. Melanin pigmentation and inflammation in human gingiva. J Periodontol, 52(11):701-4, 1981.

PRINZ H. Pigmentation of the oral mucous membrane. Dental Cosmos, 72:554-561, 1932.

ROSA DS, ARANHA AC, EDUARDO CD, AOKI A. Esthetic treatment melanin hyperpigmentação with Er:YAG laser: short-term clinical observations and patient follow-up. J Periodontol, 78(10):2018-25, 2007.

ROSENTHAL E. A odontologia no Brasil no século XX. São Paulo; Santos, 2001.

SOUSA CP, GARZON ACDM, SAMPAIO JEC. Estética periodontal: relato de um caso. Rev Bras Cir Period, 1: 262-267, 2003.

TJAN AH, MILLER GD, THE JG. Some esthetic factors in a smile. J Prost Dent., 51: 24-28, 1984.

Anexos



Figura 1 - Sorriso gengival e presença de pigmentação melânica.



Figura 2 - Medição da profundidade de sondagem com sonda milimetrada.



Figura 3 - Demarcação da região externa para remoção do excesso gengival.



Figura 4 - União dos pontos demarcados com gengivótomos de Kirkland e de Urban.

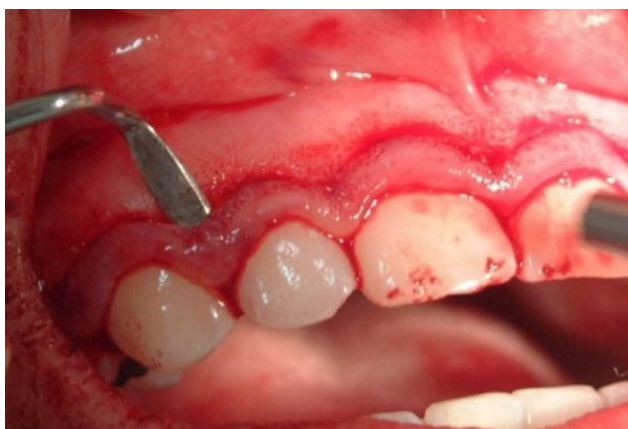


Figura 5- Tecidos incisados foram removidos por meio de curetas periodontais.

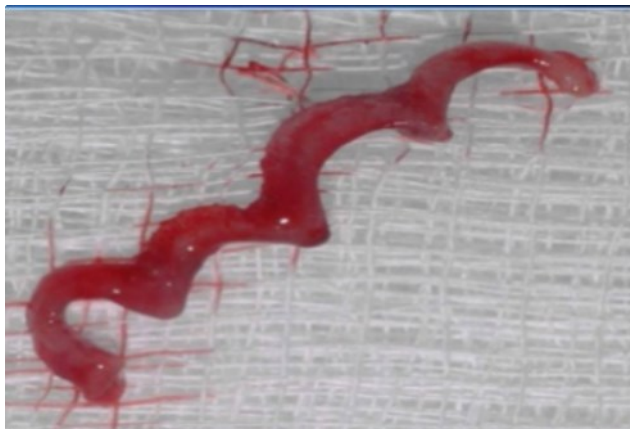


Figura 6 - Remoção do tecido incisado.



Figura 7 - Processo de escarificação para remoção dos melanócitos presente na camada basal.



Figura 8 - Proteção da ferida cirúrgica com cimento cirúrgico.



Figura 9 – Após 60 dias do procedimento na arcada superior.



Figura 10 - Após 60 dias do procedimento na arcada inferior.



Figura 11 - Tratamento sem remoção total dos melanócitos formando duas faixas com coloração diferente.