

# Dentistry Clínica

EDIÇÃO PORTUGUESA

## Aumento de coroa clínica

O alongamento coronário duma peça dentária pode ser conseguido por técnicas de extensão coronária ou técnicas de extensão apical. Artigo da Dra. Célia Coutinho Alves.

A extensão coronal pode conseguir-se por tracção ortodôntica ou cimentação dum falso coto e a extensão apical pode conseguir-se recorrendo a técnicas de cirurgia periodontal, como sejam, a gengivectomia e o retalho de reposicionamento apical com ou sem osteoplastia/osteotomia. Os objectivos do aumento de coroa clínica passam por:

- acesso e restauração de cáries subgingivais;
- possibilidade de tratamento restaurador sem invasão do espaço biológico;
- possibilidade de manutenção higiénica das restaurações;
- melhorar o contorno gengival estético;
- correcção do plano oclusal.

As indicações para técnicas de aumento de coroa clínica são, em resumo, a obtenção duma coroa clínica adequada para restaurar dentes ou razões estéticas. Para manter o tecido periodontal saudável deve considerar-se não só a quantidade de gengiva aderida, mas também a altura biológica (Figura 1). Este parâmetro mede-se desde o fundo do sulco gengival até à crista alveolar compreendendo 1mm de inserção epitelial + 1mm de inserção conjuntiva num total de cerca de 2mm. Deste modo, e assumindo pelo menos 1mm de sulco gengival, deve manter-se pelo menos 3mm de estrutura dentária íntegra acima do rebordo da crista alveolar.

O aumento cirúrgico da coroa clínica pode ser feito de três



**Dra. Célia Coutinho Alves.**  
Licenciada em Medicina Dentária pela FMDUP – 2000.  
Pós-graduação em Periodontologia pela FMDUP – 2001.  
Residência clínica 2004-Pericop.

P.C. Dr. Myron Nevins, Boston, EUA.  
Curso de cirurgia mucogengival em Harvard 2004-Boston-USA. ITI Fellow. Professora Convidada dos mestrados de Periodontologia do ISCSN, Porto, Portugal e Universidade de Santiago de Compostela, Espanha. Aluna de doutoramento da Universidade de Santiago de Compostela.  
Prática de Periodontologia na Clínica Medicina Dentária Dr. Manuel Neves.

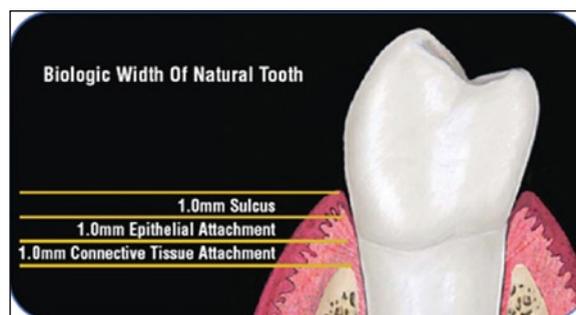


Figura 1: BW – Biological Width (altura biológica – 1mm de inserção epitelial (JE) + 1mm de inserção conjuntiva (CTC))

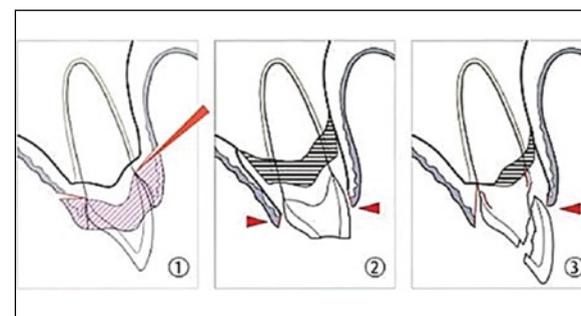


Figura 2: Aumento cirúrgico da coroa clínica. 1 - Gengivectomia/Gengivoplastia (p. ex. para reduzir hiperplasia gengival); 2 - Osteotomia circunferencial total (p. ex. dentes abrasionados); 3 - Osteotomia parcial por vestibular (p. ex. aumento de coroa clínica estética)

formas diferentes (Figura 2):



Figuras 3a, b, c, d: Gengivectomia de bisel interno para aumento de coroa clínica dos dentes 1.5 a 2.5

1. quando existe gengiva aderida adequada e o nível da crista óssea está bem posicionado havendo apenas uma altura biológica inicial aumentada (p. ex. situações de hiperplasia gengival com sulco gengival aumentado), estão indicadas técnicas de gengivectomia simples para corrigir o excesso gengival (Figura 3).

2. osteoplastia / osteotomia circunferencial com reposicionamento apical de gengiva aderida para manter a quantidade adequada de gengiva aderida, sobretudo na região vesti-

bular dos dentes (p. ex. dentes abrasionados) (Figura 4).

3. osteoplastia / osteotomia parcial por vestibular associada a reposicionamento apical de gengiva aderida (quando não há gengiva aderida suficiente) ou a gengivectomia seguida de retalho de espessura total para exposição óssea (quando há gengiva aderida suficiente e adequada). Esta técnica cirúrgica aplica-se muitas vezes a situações estéticas de regularização da margem gengival associada a posterior reabilitação com prótese fixa (Figura 5).



**Figuras 4a, b, c, d: Aumento de coroa clínica pré-protética com osteotomia circunferencial em dentes abradidos com impossibilidade de restauração protética imediata**

do do processo alveolar, erupção passiva alterada, lábio superior curto, etc., e a sua correção parcial ou total depende também dos factores que estiveram na origem do excesso de exposição gengival. A diminuição do sorriso gengival e o nivelamento das margens gengivais pré-protéticas pode, em muitas situações, ditar a diferença no resultado final da reabilitação do paciente. A harmonia da margem gengival na região anterior maxilar respeita os seguintes factores:

- a margem gengival desenha-se em gengiva aderida saudável rodeando cada dente com a forma de parábolas invertidas de base distalizada;
- o nível do contorno gengival entre o 1º e 2º quadrantes deve ser simétrico;
- o contorno gengival dos incisivos centrais deve estar ao mesmo nível dos caninos e estes ligeiramente mais apicais

As reabilitações protéticas na região estética entre caninos maxilares devem ter em consideração o contorno da margem gengival e o nível do sorriso de cada paciente. A análise do sorriso passa a ser crítica perante um sorriso gengival (mais de 2mm de exposição da margem gengival) ou ligeiramente gengival (1-2 mm de exposição gengival). Na sua origem podem estar factores como o crescimento aumenta-

que o nível dos incisivos laterais;

- as papilas devem ocupar todo o espaço interproximal entre os dentes sem deixar espaços negros.

A análise do contorno gengival deve ser feito com a gengiva saudável, ou seja, sem inflamação decorrente de processos inflamatórios como gengivite ou periodontite. Estas patologias devem ser tratadas numa primeira fase antes da avaliação final da margem gengival. A sua relação com o nível do sorriso deve ser igualmente considerada nessa altura.

O caso clínico apresentado na figura 5a mostra a situação inicial com ligeira exposição gengival no sorriso (exceptuando o dente 2.2). O contorno gengival mostra-se irregular com sinais de inflamação e perda da arquitectura gengival. O nível do contorno gengival do dente 2.2 está mais apical que todos os restantes. O tratamento inicial passa por uma fase de desinflamação gengival e colocação de uma ponte provisória com seis elementos (Figura 5b).

Após um mês, a gengiva marginal apresenta-se saudável, mas permanece com um contorno inadequado. Desta forma, o nivelamento gengival passará por um aumento de coroa clínica nos dentes 1.3, 1.2, 1.1, 2.1 e 2.3 respeitando os critérios estéticos recolocando as margens destes dentes mais apicais em relação ao dente 2.2 e simétricas entre si (Figura 5c).

Neste caso de aumento de coroa clínico estético por gengivectomia seguida de retalho de espessura total para exposição óssea (havia gengiva aderida suficiente e adequada, inclusive alguma exposição gengival no sorriso com indicação para correção cirúrgica periodontal)



**Figura 5: Osteoplastia/ostetomia parcial por vestibular associada a gengivectomia seguida de retalho de espessura total para exposição óssea (havia gengiva aderida suficiente e adequada, inclusive alguma exposição gengival no sorriso com indicação para correção cirúrgica periodontal)**

**a) Situação inicial com exposição gengival, gengivite e irregularidade da margem gengival**

**b) Situação após fase higiénica de tratamento periodontal e colocação de ponte provisória com seis elementos**

**c) Aumento cirúrgico de coroa clínica com osteotomia por vestibular (mantendo o nível gengival do dente 2.2) dos dentes 1.3, 1.2, 1.1, 2.1 e 2.3**

**d) Reajuste apical das linhas de acabamento das coroas provisórias - estabilização três meses**

**e) Situação final (2 nos follow-up) reabilitada com seis coroas totais cerâmicas com nivelamento estético da margem gengival**



colocação de seis coroas totais cerâmicas (trabalho laboratorial Zsolt Kovacs, Dentalmaia) (Figura 5e). As três diferentes técnicas de aumento cirúrgico de coroa clínica apresentadas são técnicas de execução simples. A maior complexidade prende-se com o diagnóstico de cada caso e a sua aplicação adequada, sobretudo quando trabalhamos na região anterior maxilar estética. Este resumo pretende contribuir para o esclarecimento das indicações de cada uma delas. ■

Os artigos da autoria da Dr.<sup>a</sup> Célia Alves não têm cariz científico, mas pretendem apelar para a importância dos temas relacionados com a Periodontologia.