

CIRURGIA DE CONQUISTA DE ESPAÇO BIOLÓGICO E AUMENTO DE COROA CLÍNICA

BIOLOGICAL SPACE CONQUEST AND CLINICAL CROWN LENGTHENING SURGERY

CONQUISTA DEL ESPACIO BIOLÓGICO Y CIRUGÍA DE ALARGAMIENTO DE LA CORONA CLÍNICA



10.56238/sevened2026.002-045

Kaio Henrique Soares

Olga Beatriz Lopes Martins

Mariana Botelho Leite

Sâmia Francy Ferreira Alves

Maria Rita Lima Lopes

Jefferson Aguiar Santos

Gabriela Leite Paulino

Célio Leone Ferreira Soares

RESUMO

A Cirurgia de Conquista de Espaço Biológico e o Aumento de Coroa Clínica são procedimentos periodontais essenciais para restabelecer a saúde dos tecidos periodontais, melhorar a função dentária e promover harmonia estética. A preservação do espaço biológico é indispensável para evitar inflamação gengival, sangramento, perda óssea e falhas restauradoras causadas por restaurações subgengivais, cáries, fraturas ou alterações eruptivas. O aumento de coroa clínica permite maior exposição da estrutura dental, favorecendo tratamentos restauradores, protéticos e correções estéticas, como o sorriso gengival e coroas clínicas curtas. As principais técnicas incluem gengivectomia, gengivoplastia, retalho apicalmente posicionado com osteoplastia ou ostectomia e extrusão ortodôntica, escolhidas conforme a necessidade clínica e a relação entre tecido gengival, estrutura óssea e elemento dentário. O sucesso do tratamento depende de diagnóstico preciso, planejamento interdisciplinar, avaliação periodontal e adequada condução pós-operatória, garantindo estabilidade dos tecidos e resultados funcionais e estéticos duradouros.

Palavras-chave: Espaço Biológico. Aumento de Coroa Clínica. Cirurgia Periodontal.

ABSTRACT

Biological Space Conquest Surgery and Clinical Crown Lengthening are essential periodontal procedures to restore the health of periodontal tissues, improve dental function, and promote aesthetic harmony. Preservation of biological space is indispensable to avoid gingival inflammation, bleeding, bone loss, and restorative failures caused by subgingival restorations, caries, fractures, or eruptive alterations. Clinical crown lengthening allows for greater exposure of the dental structure, favoring restorative and prosthetic treatments and aesthetic corrections, such as gummy smiles and short clinical crowns. The main techniques include gingivectomy, gingivoplasty, apically positioned flap with osteoplasty or ostectomy, and orthodontic extrusion, chosen according to clinical need and the relationship between gingival tissue, bone structure, and the dental element. The success of the treatment depends on accurate diagnosis, interdisciplinary planning, periodontal evaluation, and adequate postoperative management, ensuring tissue stability and lasting functional and aesthetic results.

Keywords: Biological Space. Clinical Crown Lengthening. Periodontal Surgery.

RESUMEN

La cirugía de conquista del espacio biológico y el alargamiento de corona clínico son procedimientos periodontales esenciales para restaurar la salud de los tejidos periodontales, mejorar la función dental y promover la armonía estética. La preservación del espacio biológico es indispensable para evitar la inflamación gingival, el sangrado, la pérdida ósea y los fracasos restaurativos causados por restauraciones subgingivales, caries, fracturas o alteraciones eruptivas. El alargamiento de corona clínico permite una mayor exposición de la estructura dental, favoreciendo los tratamientos restaurativos y protésicos, así como las correcciones estéticas, como la sonrisa gingival y las coronas clínicas cortas. Las principales técnicas incluyen la gingivectomía, la gingivoplastia, el colgajo apical con osteoplastia u ostectomía, y la extrusión ortodóncica, elegidas según la necesidad clínica y la relación entre el tejido gingival, la estructura ósea y el elemento dental. El éxito del tratamiento depende de un diagnóstico preciso, una planificación interdisciplinaria, una evaluación periodontal y un manejo postoperatorio adecuado, que garanticen la estabilidad tisular y resultados funcionales y estéticos duraderos.

Palabras clave: Espacio Biológico. Alargamiento de Corona Clínico. Cirugía Periodontal.

1 INTRODUÇÃO

A Cirurgia de Conquista de Espaço Biológico (CEB), intrinsecamente ligada ao conceito de Aumento de Coroa Clínica (ACC), representa um conjunto de procedimentos cirúrgicos periodontais de fundamental importância para o restabelecimento da saúde periodontal, da função oclusal e, primordialmente, da estética em dentes ou áreas onde a relação entre a margem gengival, a crista óssea alveolar e a junção cimento-esmalte (JCE) está comprometida. A compreensão do espaço biológico – a dimensão vertical ocupada pela inserção epitelial e conjuntiva supracrestal – é crucial, pois sua invasão por restaurações, cáries, fraturas ou mesmo por anormalidades no processo de erupção dentária (como a erupção passiva alterada ou, em alguns casos, erupção ectópica) é uma causa primária de inflamação crônica, desconforto, dor e, frequentemente, perda óssea progressiva e falha restauradora. A colocação de margens de restaurações excessivamente subgengivais (tipicamente mais de 0,5 mm dentro do sulco gengival ou invadindo diretamente a inserção) é uma das formas mais comuns dessa violação. A CEB age diretamente na correção dessas disfunções, restaurando a arquitetura biológica essencial para a estabilidade e longevidade dos tratamentos.

O Aumento de Coroa Clínica, por sua vez, é o objetivo final e clínico de muitos desses procedimentos, visando expor uma maior porção de estrutura dentária clinicamente visível ou acessível. Essa exposição é vital, seja por razões restauradoras/protéticas – garantindo a obtenção do efeito férula indispensável para a retenção e resistência de coroas protéticas, permitindo o acesso adequado a margens de cáries ou fraturas subgengivais e aumentando a retenção para restaurações – ou por razões estéticas – corrigindo o popularmente conhecido sorriso gengival (gummy smile), harmonizando dentes com coroas clínicas curtas e desproporcionais ou com a coroa anatômica parcialmente coberta por gengiva (como na erupção passiva alterada), para um sorriso mais equilibrado e agradável. A capacidade de diagnosticar e intervir nessas condições assegura não apenas a longevidade dos trabalhos restauradores, mas também o bem-estar e a autoestima do paciente.

Este capítulo explorará em detalhes o conceito de espaço biológico e inserção supracrestal, as medidas anatômicas que o definem e as graves consequências de sua violação. Abordaremos as indicações para a Cirurgia de Conquista de Espaço Biológico e Aumento de Coroa Clínica, descrevendo as técnicas cirúrgicas envolvidas – desde a remoção de tecido mole (gengivectomia/gengivoplastia) até a remodelação do osso alveolar (osteoplastia/ostectomia) –, e a inter-relação com a extrusão ortodôntica como alternativa ou coadjuvante, além de outras considerações etiológicas relevantes como a erupção passiva alterada e a erupção ectópica. O planejamento pré-operatório essencial e o manejo pós-operatório também serão detalhados.

2 RESTAURANDO A HARMONIA PERIODONTAL E DENTÁRIA

1. Conceito de Espaço Biológico e Inserção Supracrestal

O **Espaço Biológico** é uma dimensão anatômica e histológica fundamental que se refere à porção de tecido mole aderido à superfície dentária coronal à crista óssea alveolar. É composto por duas estruturas principais:

- **Inserção Epitelial (Epitélio Juncional):** A porção do epitélio que adere à superfície do dente, estendendo-se do fundo do sulco gengival em direção à JCE.
- **Inserção Conjuntiva (Inserção do Tecido Conjuntivo Supracrestal):** A porção de fibras colágenas do tecido conjuntivo que se inserem no cimento do dente, coronalmente à crista óssea e apicalmente ao epitélio juncional.

A soma dessas duas estruturas constitui a **inserção supracrestal**, que tem uma dimensão média de aproximadamente **2.04 mm** (Pesquisa clássica de Gargiulo, Wentz e Orban, 1961):

- **Epitélio Juncional:** aproximadamente 0.97 mm
- **Tecido Conjuntivo Supracrestal:** aproximadamente 1.07 mm

Acima da inserção epitelial, encontra-se o **sulco gengival**, com uma profundidade clínica média de 0.69 mm (também de Gargiulo et al.). Portanto, a distância ideal da margem gengival livre até a crista óssea alveolar é de aproximadamente **3 mm (0.69 mm do sulco + 2.04 mm da inserção supracrestal)**.

Recomendação de Margens Restauradoras: Para evitar a invasão do espaço biológico e suas consequências, as margens de restaurações devem ser idealmente localizadas **supragengivalmente** ou, no máximo, **intrasulcularmente, não excedendo 0,5 mm a 1,0 mm de profundidade dentro do sulco gengival saudável**. A colocação de margens mais profundas que isso aumenta significativamente o risco de violar o espaço biológico e induzir inflamação e perda óssea.

Importância da Preservação do Espaço Biológico:

A violação ou invasão do espaço biológico (por restaurações subgengivais, cáries, fraturas ou trauma) é uma das principais causas de inflamação gengival crônica, dor, perda óssea e eventual falha da restauração. O organismo tenta reestabelecer essa dimensão biológica, resultando em:

- **Inflamação Gengival Crônica:** Persistência de vermelhidão, inchaço e sangramento, mesmo com boa higiene oral.
- **Sangramento ao escovar/usar fio dental:** Um dos sinais mais comuns percebidos pelo paciente, indicativo de inflamação.
- **Mau hálito (Halitose):** Devido ao acúmulo de biofilme e produtos da inflamação.
- **Desconforto ou dor:** Sensação de pressão, sensibilidade ou dor na gengiva ao redor da restauração.

- **Formação de Bolsa Periodontal:** A margem gengival tenta migrar coronalmente para reestabelecer o sulco, mas o epitélio juncional migra apicalmente, resultando em bolsa.
- **Perda Óssea (Remodelação Óssea Apical):** O corpo reabsorve o osso ao redor da restauração para tentar restabelecer os 2.04 mm de tecido mole inserido acima da crista óssea. Isso pode levar à recessão gengival e exposição da margem da restauração.
- **Dificuldade de Higiene:** O contorno inadequado da restauração ou a inflamação persistente dificultam a remoção eficaz do biofilme pelo paciente.
- **Problemas Estéticos:** A inflamação crônica pode alterar a cor e o contorno da gengiva, comprometendo a estética.

2. Cirurgia de Conquista de Espaço Biológico e Aumento de Coroa Clínica

A **Cirurgia de Conquista de Espaço Biológico (CEB)** é um procedimento cirúrgico que visa restaurar a dimensão do espaço biológico quando este foi invadido ou para criar uma JCE mais coronal, expondo mais estrutura dentária. O **Aumento de Coroa Clínica (ACC)** é o termo clínico para o resultado visual e funcional da CEB, onde a coroa clínica do dente se torna mais longa.

Objetivos da Cirurgia de Conquista de Espaço Biológico e Aumento de Coroa Clínica:

1. Funcionais/Restauradores:

- **Acesso para Margens de Restaurações:** Expor margens de cáries, fraturas ou preparos protéticos que se estendem subgengivalmente, permitindo o isolamento, acesso, visualização e acabamento adequado da restauração.
- **Obtenção de Efeito Férula:** Fornecer estrutura dentária supragengival suficiente para o efeito de "abraçamento" por coroas protéticas, aumentando a resistência à fratura e à retenção da restauração.
- **Aumento de Retenção e Resistência:** Em dentes com coroas clínicas curtas para retenção de restaurações diretas ou indiretas.
- **Facilitação da Higiene Oral:** Criar um ambiente onde o paciente consiga remover o biofilme de forma eficaz.

2. Estéticos:

- **Correção de Sorriso Gengival (Gummy Smile):** Quando há excesso de exposição gengival durante o sorriso (mais de 2-3mm de exposição gengival, a depender do autor), tornando os dentes visualmente curtos. Isso pode ser causado por diversas etiologias.

- **Correção de Dentes com Coroa Clínica Curta/Dente Sadio Coberto por Gengiva (Erupção Passiva Alterada):** Uma das causas mais comuns do sorriso gengival. Ocorre quando a margem gengival e/ou a crista óssea alveolar não migram apicalmente o suficiente durante a erupção dentária passiva, deixando uma porção da coroa anatômica coberta por tecido mole e, por vezes, ósseo. A JCE permanece subgengival em relação ao ideal.

- **Tipos de Erupção Passiva Alterada (de acordo com a classificação de Coslet et al. ou outros):**

- **Tipo I:** JMG localizada apicalmente à crista óssea alveolar.

- Subgrupo A: Crista óssea a uma distância normal (1.5-2.0 mm) da JCE. (Tratamento: apenas remoção de tecido mole, Gengivectomia).

- Subgrupo B: Crista óssea muito próxima à JCE (menor que 1.5 mm). (Tratamento: Remoção de tecido mole e ósseo).

- **Tipo II:** JMG localizada no mesmo nível ou coronalmente à crista óssea alveolar.

- Subgrupo A: Crista óssea a uma distância normal (1.5-2.0 mm) da JCE. (Tratamento: Apenas remoção de tecido mole, Gengivectomia).

- Subgrupo B: Crista óssea muito próxima à JCE (menor que 1.5 mm). (Tratamento: Remoção de tecido mole e ósseo).

- **Harmonização da Linha Gengival:** Criar uma arquitetura gengival simétrica e harmoniosa, alinhando as margens gengivais dos dentes anteriores superiores.

- **Correção de Dentes com Proporção Coroa/Raiz Insatisfatória:** Melhorando a estética do sorriso.

3. Tipos de Técnicas e Como e Onde São Realizadas:

A escolha da técnica depende da quantidade de tecido mole a ser removida e, crucialmente, da necessidade de remodelação óssea, o que está diretamente ligado à anatomia do espaço biológico existente e à quantidade de osso disponível.

A. Gengivectomia/Gengivoplastia (Remoção Apenas de Tecido Mole):

- **Objetivo:** Remover o excesso de tecido gengival quando não há necessidade de remoção óssea, ou seja, o espaço biológico não está invadido e a crista óssea está na posição correta (aproximadamente 3mm da JCE ideal). Indicada para pseudobolsas, fibroses gengivais ou excesso gengival estético sem envolvimento ósseo (ex: Erupção Passiva Alterada Tipo IA e IIA).

- **Técnica:**

- **Marcação da Bolsa/Contorno:** Marca-se a profundidade de sondagem e a linha de incisão com uma sonda periodontal ou marcador de bolsa para estabelecer o novo contorno gengival, que deve estar na JCE ou ligeiramente apical a ela.

- **Incisão:** Incisão externa em bisel realizada com bisturi (lâminas #15 ou #12D) ou eletrocirurgia, do ponto marcado até o fundo da bolsa, removendo o tecido gengival excessivo.

- **Remoção do Tecido:** O tecido excisado é removido com curetas periodontais ou tesouras.

- **Gengivoplastia:** Remodelagem do tecido gengival residual para obter uma arquitetura fisiológica (contornos festonados e finos) com instrumentos manuais ou rotatórios.

- **Vantagens:** Técnica relativamente simples, boa cicatrização.

- **Desvantagens:** Não permite alterações no osso subjacente. A cicatrização é por segunda intenção, o que pode resultar em maior desconforto inicial e sangramento.

B. Retalho Apicalmente Posicionado com Osteoplastia/Ostectomia (Remoção de Tecido Mole e Ósseo):

- **Objetivo:** É a técnica mais comum e previsível para CEB/ACC quando há necessidade de remoção de osso alveolar para restabelecer a dimensão adequada do espaço biológico (aproximadamente 3mm da futura margem gengival até a nova crista óssea) ou para expor mais estrutura dentária. Indicada para sorriso gengival com erupção passiva alterada (Tipo IB e IIB), restaurações/fraturas subgengivais com invasão do espaço biológico, ou para aumento de retenção.

- **Técnica:**

- **Incisões:**

- **Incisão em Bisel Interno:** Realizada na face vestibular e/ou lingual/palatina, a uma distância da margem gengival proporcional à quantidade de osso a ser removida, direcionada à crista óssea. Remove a parede de tecido mole da bolsa e o epitélio juncional.
- **Incisão Intrasulcular:** Para liberar o colarinho de tecido remanescente.
- **Incisões Relaxantes (Verticais):** Opcionais, dependendo da necessidade de mobilidade do retalho e extensão da área.
 - **Elevação do Retalho:** Retalho de espessura total (mucoperiostal) é elevado para expor completamente o osso alveolar e a junção cimento-esmalte (JCE).
 - **Remoção do Tecido Doente:** O tecido granulomatoso e o epitélio doente são removidos do lado do retalho e da superfície radicular.
 - **Osteoplastia/Ostectomia: Esta é a etapa chave.**
 - **Determinação do Nível Ósseo:** Utiliza-se uma sonda periodontal para medir a distância da JCE até a crista óssea em cada dente. A remoção óssea é guiada pela necessidade de expor cerca de 3 mm de JCE (ou mais, dependendo do biotipo e do objetivo estético/restaurador) acima da nova crista óssea. A remoção deve ser simétrica e seguir a arquitetura óssea fisiológica.
 - **Instrumental:** Cinzéis ósseos (ex: Ochsenbein), limas ósseas (ex: Schluger), curetas ósseas (ex: Lucas) e brocas cirúrgicas de alta rotação com irrigação abundante para evitar superaquecimento.
 - **Osteoplastia:** Remodelação de osso não de suporte para criar contornos mais fisiológicos.
 - **Ostectomia:** Remoção de osso de suporte para eliminar a invasão do espaço biológico e expor mais estrutura dentária.
 - **Instrumentação Radicular:** Raspagem e alisamento da superfície radicular exposta.
 - **Reposicionamento e Sutura:** O retalho é reposicionado **apicalmente** em relação à sua posição original, adaptado aos novos contornos ósseos e dentários, e suturado firmemente. A sutura deve garantir a estabilidade do retalho na nova posição.
- **Vantagens:** Altamente previsível, duradoura, permite correção de múltiplos fatores.

- **Desvantagens:** Mais invasiva, maior desconforto pós-operatório, risco de alteração da proporção coroa-raiz em dentes com pouca estrutura óssea de suporte.

C. Extrusão Ortodôntica para o Restabelecimento do Espaço Biológico e Aumento de Coroa Clínica:

A extrusão ortodôntica é uma alternativa ou coadjuvante à cirurgia periodontal ressectiva, especialmente indicada em casos onde há necessidade de exposição de margens subgingivais (fraturas, cáries, perfurações) e/ou quando se busca preservar o osso alveolar circundante, ou mesmo induzir sua neoformação. É uma abordagem interdisciplinar que envolve Periodontia, Ortodontia e, frequentemente, Dentística/Prótese.

- **Objetivo:** Promover a movimentação do dente no sentido oclusal para expor estrutura dental subgingival, permitindo o restabelecimento do espaço biológico, acesso para procedimentos restauradores e/ou protéticos, e melhoria estética.

- **Mecanismos e Tipos:**

- **Extrusão Lenta:** Forças leves e contínuas que permitem a migração apical do ligamento periodontal e a deposição de osso alveolar na região do ápice, mantendo a arquitetura óssea e gengival. Mais indicada quando se deseja ganho ósseo ou quando a estética periodontal é crucial (manter a altura gengival dos dentes adjacentes).

- **Extrusão Rápida (com ou sem Fibrotomia Supracrestal):** Forças mais intensas que promovem o movimento dental mais rápido, mas que podem não permitir o acompanhamento ósseo e tecidual. A fibrotomia supracrestal (secção das fibras gengivais ao redor do dente extruído) é frequentemente realizada para evitar que a gengiva e o osso acompanhem o movimento extrusivo, facilitando o aumento da coroa clínica e a exposição da margem sem a necessidade de remodelação óssea posterior.

- **Indicações:**

- Fraturas coronoradiculares ou cáries extensas que se estendem subgingivalmente, invadindo o espaço biológico.

- Perfurações radiculares em nível infraósseo.

- Necessidade de ganho de estrutura dentária para efeito férula ou retenção protética, especialmente em dentes com coroa clínica já curta ou com proporção coroa-raiz desfavorável.

- Casos onde a cirurgia de osteoplastia/ostectomia resultaria em uma proporção coroa-raiz muito desfavorável ou comprometimento estético de dentes adjacentes.

- **Vantagens:**

- Preservação do osso alveolar e da inserção nos dentes adjacentes.
- Pode melhorar a proporção coroa-raiz em dentes selecionados.
- Minimamente invasiva em comparação com a cirurgia óssea extensa.
- Pode induzir neoformação óssea no ápice radicular (na extrusão lenta).
- **Desvantagens:**
 - Tempo de tratamento prolongado (meses, dependendo da quantidade de extrusão e tipo).
 - Requer colaboração do paciente com o aparelho ortodôntico.
 - Necessidade de contenção pós-extrusão para estabilização da nova posição.
 - Pode ser necessário realizar a Cirurgia de Aumento de Coroa Clínica (gingivectomia/gengivoplastia) **após** a extrusão para refinar o contorno gengival e/ou eliminar o excesso de tecido mole acumulado.

4. Considerações Etiológicas Adicionais e Abordagem Interdisciplinar:

Além das violações do espaço biológico por restaurações ou cáries, outras condições de desenvolvimento ou anomalias podem levar à necessidade de CEB/ACC ou de abordagens interdisciplinares:

- **Erupção Passiva Alterada (EPA):** Já detalhada acima. É uma das principais indicações estéticas para ACC em dentes sadios.
- **Erupção Ativa Alterada:** Diferente da erupção passiva, a erupção ativa alterada ocorre quando o dente não atinge o plano oclusal devido a alguma obstrução física ou falta de força eruptiva, permanecendo parcialmente ou totalmente impactado. Embora primariamente um problema ortodôntico, pode gerar excesso de tecido gengival sobre a coroa clínica, demandando intervenção periodontal para exposição e auxílio na erupção.
- **Erupção Ectópica:** Caracteriza-se por um desvio no trajeto normal de erupção de um dente permanente, resultando em sua erupção em uma posição anormal. Embora o tratamento inicial seja frequentemente ortodôntico para reposicionamento, em alguns casos, pode levar a:
 - **Dificuldade de Higiene:** Com acúmulo de placa e inflamação gengival ao redor do dente ectópico ou adjacente.
 - **Reabsorção de dentes adjacentes:** Especialmente de molares decíduos por molares permanentes ectópicos.

- **Necessidade de Exposição Cirúrgica:** Para acesso ortodôntico ou para criar uma arquitetura periodontal saudável após o reposicionamento do dente, o que pode envolver a CEB para redefinir o nível ósseo e gengival.

5. Planejamento Pré-Operatório Detalhado:

O sucesso da CEB/ACC depende fundamentalmente de um planejamento pré-operatório meticoloso:

- **Anamnese e Exame Clínico Completo:**
 - **Diagnóstico da Condição:** Determinar a causa da invasão do espaço biológico (cárie, fratura, restauração inadequada, erupção passiva alterada, etc.).
 - **Avaliação Periodontal:** Profundidade de sondagem, nível de inserção clínico, sangramento à sondagem, biotipo gengival (fino vs. espesso - biotipos finos têm maior risco de recessão pós-cirúrgica).
 - **Avaliação Restauradora/Protética:** Necessidade de acesso para restaurações, ferrulização, retenção.
 - **Avaliação Estética:** Análise da linha do sorriso, proporção dentária, simetria gengival, excesso de exposição gengival.
- **Exames Complementares:**
 - **Radiografias Periapicais:** Essenciais para avaliar o nível ósseo, a morfologia do osso alveolar e a proporção coroa-raiz. Podem-se usar radiografias com um instrumento calibrado para estimar a quantidade de osso a ser removida.
 - **Modelos de Estudo:** Para enceramento diagnóstico (wax-up) e planejamento da nova linha gengival e óssea, permitindo a confecção de guias cirúrgicos (stents).
 - **Fotografias:** Documentação e auxílio no planejamento estético.
- **Discussão com o Paciente:**
 - **Expectativas:** Alinhar as expectativas do paciente com os resultados possíveis.
 - **Riscos e Benefícios:** Informar sobre os potenciais riscos (sensibilidade pós-operatória, dor, edema, recessão excessiva, exposição de raiz, impacto estético adverso) e os benefícios.
 - **Importância da Higiene Oral:** Reforçar a necessidade de um excelente controle de placa pré e pós-operatório.

6. Manejo Pós-Operatório:

Similar ao manejo de outras cirurgias periodontais:

- **Proteção da Área:** Cimento cirúrgico pode ser aplicado para proteção e estabilização (embora seu uso possa variar dependendo da técnica e preferência do cirurgião).
- **Medicação:** Analgésicos (AINEs) e, se necessário, antibióticos em casos específicos. Bochechos com clorexidina 0,12% ou 0,2% (2x/dia por 1-2 semanas) são cruciais para controle do biofilme.
- **Instruções:**
 - **Gelo:** Aplicação intermitente na face nas primeiras 24-48h para controlar edema.
 - **Dieta:** Líquida/pastosa e fria inicialmente.
 - **Higiene Oral:** Escovação delicada da área operada com escova pós-cirúrgica e bochechos com clorexidina.
 - **Evitar Trauma:** Não cuspir, não fumar, evitar atividades físicas intensas nas primeiras 24-48h.
- **Remoção de Suturas:** Geralmente em 7-14 dias.
- **Reavaliação e Reabilitação:**
 - É essencial aguardar o tempo adequado para a cicatrização óssea e estabilização da margem gengival antes de prosseguir com procedimentos restauradores ou protéticos. O tempo de espera varia de **6 semanas a 6 meses**, dependendo da extensão da cirurgia (se envolveu apenas gengiva ou também osso) e do tipo de cicatrização. A espera de **3 a 6 meses** é preferível quando há remodelação óssea significativa, para permitir a maturação dos tecidos e a estabilização da nova posição gengival.

3 CONCLUSÃO

A Cirurgia de Conquista de Espaço Biológico e Aumento de Coroa Clínica é um pilar da Periodontia que harmoniza a saúde periodontal, a função e a estética do sorriso. Fundamentada na compreensão do espaço biológico – a dimensão crítica da inserção supracrestal que, quando invadida, leva à inflamação e perda óssea, e se manifesta clinicamente com sinais como sangramento, mau hálito e desconforto –, essa cirurgia visa restabelecer essa importante relação anatômica. A consciência de que margens restauradoras excessivamente subgengivais, bem como anormalidades de desenvolvimento como a erupção passiva alterada e, em certas situações, a erupção ectópica, são fatores etiológicos chaves, reforça a necessidade de um planejamento interdisciplinar e uma visão abrangente das condições dentoalveolares.

As indicações para este procedimento são amplas, abrangendo desde a resolução de problemas restauradores (acesso a margens subgingivais, ferrulização, retenção) até a correção de deformidades estéticas como o sorriso gengival e coroas clínicas curtas ou parcialmente cobertas. A escolha da técnica – seja uma simples gengivectomia/gengivoplastia para excesso de tecido mole, o mais complexo retalho apicalmente posicionado com osteoplastia/ostectomia para remodelação óssea, ou a extrusão ortodôntica como alternativa conservadora ou coadjuvante – é determinada pelo diagnóstico preciso e pelos objetivos do tratamento, exigindo uma avaliação criteriosa caso a caso e a colaboração entre as diferentes especialidades da odontologia.

Um planejamento pré-operatório rigoroso, que inclui a avaliação clínica e radiográfica detalhada, o uso de modelos de estudo e a comunicação clara com o paciente, é indispensável. O manuseio atraumático dos tecidos durante a cirurgia, a sutura adequada para estabilização do retalho e um pós-operatório bem orientado são cruciais para o sucesso da cicatrização e a obtenção de resultados previsíveis e duradouros.

REFERÊNCIAS

1. Lindhe, Lang e Karring. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 5A. edição. 2010.
2. Joly, J.C., Carvalho, P.F.M; Silva, R.C. Reconstrução Tecidual Estética. Procedimentos Plásticos e regenerativos Periodontais. 1a Ed. Editora Artmed, 2009.
3. Borghetti, A., Monnet-Corti, V. Cirurgia plástica Periodontal. 2a. Ed. Editora Artmed. 2011.
4. Cohen, E. Atlas de Cirurgia Periodontal reconstrutiva e Cosmética. 3a.Ed. Editora Santos. 2008.
5. Duarte, C.A. Cirurgia Periodontal Pré-protética e estética. 3a. Ed. Editora Santos. 2009.
6. Chujfi, E.S. Cirurgias plásticas periodontais e periimplantares. 1a Ed. Editora Santos. 2007.
7. Carranza, Newman, Takei e Klokkevold. Periodontia Clínica. 12 edição.2016.
8. Consolaro, A. Inflamação e reparo. 1aEd. Editora dental Press. 2009.
9. Genco, Goldman & Cohen. Periodontia Contemporânea. 1ª edição. St. Louis. 1990. Editora Mosby,
10. Klaus, Rateitschak & Wolf. Periodontia. Atlas Colorido de Odontologia. 3a edição. Artmed. 2006.
11. Armitage. Bases biológicas da terapia periodontal. 2ª edição. São Paulo. Editora Santos. 1993.
12. Brunetti , Fernandes, Bueno De Moraes. Fundamentos da Periodontia: teoria e prática. Artmed. 2007.
13. Zuhr & Hürzeler. Cirurgia Plástica Estética, Periodontal e Implantar - Uma abordagem microcirúrgica. 1a. Ed. 2013
14. Carranza, Newman, Takei e Klokkevold. Periodontia Clínica. 12 edição.2016.