

TÉCNICA CIRÚRGICA DE REMOÇÃO DE PIGMENTAÇÃO MELÂNICA RELATO DE CASO CLÍNICO

Surgical technique of gingival depigmentation Case report

Mônica Grazieli Corrêa*
Taiana Rizzo Xavier Ferro*
Ranata Pavan**
Timóteo Coura**
Graziella E. Vilas-Boas de Oliveira***
Karla Fernandes de Melo Beltrão****

RESUMO

A pigmentação melânica é uma mancha escura localizada na mucosa mastigatória. É consequência do depósito excessivo de melanina nos melanócitos e/ou queratinócitos localizados na camada basal do epitélio, entre algumas células epiteliais e em algumas células do tecido conjuntivo. Acomete indivíduos de todas as raças e também fumantes. No entanto, na raça negra, a sua manifestação é mais freqüente.

Esta é uma condição fisiológica normal que não necessita de tratamento. Entretanto, o aspecto escurecido da gengiva quando exacerbado, traz constrangimento estético para o paciente que solicita então, a intervenção do profissional. Uma vez solicitada a intervenção do profissional, é necessária intervenção cirúrgica em que todo o epitélio pigmentado e parte do tecido conjuntivo são eliminados.

Apresentamos o caso clínico de pigmentação melânica em uma paciente do gênero feminino e raça negra em que a conduta terapêutica consistiu na gengivoplastia. Objetivamos mostrar o caso inicial, a técnica cirúrgica e o pós-operatório.

UNITERMOS

Melanócito, Gengivoplastia, Clareamento gengival.

INTRODUÇÃO

A coloração escurecida da gengiva, causada pelo excesso de melanina, muitas vezes, gera incômodo à algumas pessoas no simples ato de sorrir ou até mesmo durante um "auto-exame" diante do espelho, principalmente quando localizada na gengiva vestibular dos dentes anteriores e/ou em pacientes com sorriso gengival.

A pigmentação melânica é uma condição fisiológica normal que não exige tratamento. Porém, quando o paciente se sente constrangido com essa coloração, pode-se optar por uma das inúmeras condutas terapêuticas existentes para solucionar o caso.

Neste artigo, discorreremos a seqüência cirúrgica da técnica de gengivoplastia em um caso clínico de pigmentação melânica nas arcadas superior e inferior. A cirurgia foi realizada em duas sessões com um intervalo de 15 dias entre as mesmas.

REVISÃO DE LITERATURA

A melanina é um pigmento de coloração marrom escura produzido pelos melanócitos, os quais se localizam nas camadas basal e espinhosa do epitélio e em algumas células do tecido conjuntivo. Estes realizam a síntese de melanina em seu interior e possuem prolongamentos que a levam para as células destas camadas⁷.

A enzima tirosinase, produzida pelo retículo endoplasmático rugoso e armazenada em vesículas no aparelho de Golgi, é responsável pela síntese de melanina. Essas vesículas no aparelho de Golgi, denominadas de pré-melanossomos,

são o local de início da síntese de melanina. A enzima tirosinase transforma a tirosina em 3,4-diidroxifenilalanina (DOPA) e a DOPA em DOPA-quinona, a qual sofre várias transformações até formar a melanina. Os pré-melanossomos acumulam melanina e após estarem repletos desta receberão o nome de melanossomos, onde haverá, concomitantemente, melanina e atividade de tirosinase. O melanossomo será denominado grão de melanina quando cessar a atividade de tirosinase e houver apenas melanina em seu interior. Os grãos de melanina migrarão para as células das camadas basal e espinhosa através dos prolongamentos dos melanócitos e serão fagocitados e contidos pelos melanófagos ou melanóforos (células do epitélio e do tecido conjuntivo)^{4,7}.

Certas vezes, há um depósito excessivo de melanina nas camadas basal e espinhosa do epitélio oral resultando em manchas escuras localizadas na mucosa mastigatória. Denomina-se este quadro de pigmentação melânica e acomete indivíduos de todas as raças e também fumantes. No entanto, na raça negra a sua manifestação é mais freqüente, uma vez que a coloração da gengiva e mucosa oral parece estar relacionada à pigmentação cutânea^{4, 5, 6, 10, 16}.

A pigmentação melânica pode ter uma variação de cor do marrom claro até ao preto e uma distribuição desde difusa até grandes manchas irregulares por toda a gengiva e mucosa alveolar. Pode aparecer na gengiva três horas após o nascimento^{4,16}.

Esta é uma condição fisiológica normal que não necessita de tratamento.

*Acadêmica do 9º período e Monitoras da disciplina de Periodontia - FOA.

**Acadêmica do 7º período de Odontologia - FOA.

***Especialista em Periodontia - Bauru - USP/Prof. da disciplina de Periodontia da FOA.

****Mestre em Clínicas Odontológicas - UFRN/Prof. da disciplina de Periodontia da FOA/GO e UNIP/DF.

Entretanto, o aspecto escurecido da gengiva, muitas vezes, traz constrangimento estético para o paciente que solicita então, a modificação do quadro. Uma vez solicitada a correção estética, é necessária a intervenção cirúrgica em que todo o epitélio pigmentado e parte do tecido conjuntivo são eliminados^{4, 5, 6, 16}.

A melanose do fumante tem sido vista como uma reação de defesa frente a algumas substâncias nocivas do tabaco. Esta difere da pigmentação melânica fisiológica no que diz respeito à distribuição e tratamento, uma vez que se localiza com maior frequência na mucosa alveolar vestibular anterior e somente a interrupção do hábito de fumar leva ao seu desaparecimento gradual num período de três anos¹⁰.



Figura 1 - Melanose do fumante

Existem doenças que aumentam a pigmentação por melanina, tais como: Doença de Addison, Síndrome de Peutz-Jeghes, Síndrome de Albright e a Doença de Von Recklinghausen⁴.

Existem muitas condutas terapêuticas que podem ser utilizadas na despigmentação da gengiva. Essas técnicas usadas para a eliminação da pigmentação melânica são: uso de agentes químicos (fenol 90% e álcool 95% combinados), crioterapia com nitrogênio líquido, enxertos gengivais livres, desgastes com instrumentos rotatórios, gengivectomia, gengivoplastia e o uso de laser de CO₂ e de Nd:YAG^{1, 2, 5, 6, 11}.

A combinação de fenol e álcool não é utilizada atualmente em consequência da capacidade de injúria aos tecidos moles. A crioterapia torna-se um pouco inviável devido à necessidade de aparelhos e instrumentos específicos. A técnica de enxerto gengival livre tem agravantes estéticos devido à coloração diferente^{6, 15, 17}.

O laser vem trazendo bons resultados, já que a repigmentação não tem ocorrido e os efeitos colaterais são insignificantes. No entanto, também são necessários equipamentos específicos^{5, 7, 9, 12}.

O desgaste com instrumentos rotatórios e a gengivoplastia com instrumentos manuais (gengivótomos ou lâminas de bisturi) são boas opções, pois, são técnicas

de fácil aplicação e exigem curto tempo cirúrgico. Apresentam mínimo sangramento, mínimo desconforto ao paciente, baixo custo e bons resultados^{6, 11}.

A repigmentação ou recidiva pode ser uma desvantagem da intervenção cirúrgica. Segundo BERGAMASSHI³ (1986), é um processo rápido em alguns pacientes e lento em outros, mais intenso em alguns pacientes e menos em outros. Depois de determinado tempo da realização da cirurgia pode-se observar mitoses de melanócitos nas margens da ferida cirúrgica, o que leva à repigmentação da área. A repigmentação, apesar de ser uma desvantagem, é um processo lento que ocorre entre 2 e 5 anos após o ato cirúrgico, e pode ser corrigida novamente se o paciente assim desejar.

RELATO DO CASO CLÍNICO

A paciente L.H, 28 anos, gênero feminino, raça negra apresentou-se à Clínica de Periodontia da FOA queixando-se de insatisfação com a coloração de sua gengiva e relatando constrangimento ao sorrir e ao falar.

Observou-se clinicamente intensa pigmentação gengival na mucosa gengival maxilar e mandibular. Foi diagnosticado pigmentação melânica fisiológica em consequência da coloração cutânea da paciente e ausência de doenças sistêmicas que pudessem influenciar na coloração da gengiva, bem como da ausência do vício do fumo.

A paciente foi alertada sobre o fato da pigmentação ser uma condição fisiológica, a qual dispensa tratamento, bem como dos riscos de recidiva. No entanto, a mesma optou pela intervenção estética cirúrgica que consistiu na gengivoplastia.

A remoção foi realizada em duas sessões com um intervalo de 15 dias entre as mesmas.

Inicialmente procedeu-se a anestesia infiltrativa terminal complementada com a anestesia papilar, com o objetivo de eliminar a dor, bem como reduzir o sangramento trans-cirúrgico.

Realizou-se a remoção de todo o tecido epitelial, por meio do uso do Gengivótomo de Kirkland. O mesmo foi tracionado contra a superfície epitelial de forma que este tecido fosse completamente removido até expor o tecido conjuntivo.

A área cirúrgica foi protegida com cimento cirúrgico que foi removido após sete dias.

O pós-operatório foi satisfatório, uma vez que não houve relato de dor, edema ou sangramento gengival.

Transcorridas 03 semanas da cirurgia, pôde-se notar a repigmentação da gengiva com poucos pontos de pigmentação.



Figura 2 - Pigmentação gengival melânica nos arcos superior e inferior



Figura 3 - Técnica cirúrgica de gengivoplastia (gengivótomo de Kirkland) arco superior



Figura 4 - Técnica cirúrgica de gengivoplastia (gengivótomo de Kirkland) arco inferior



Figura 5 - Tecido pigmentado superior removido



Figura 6 - Tecido pigmentado inferior removido



Figura 7 - Pós-operatório (03 semanas)



Figura 8 - Aspecto clínico inicial



Figura 9 - Controle (04 meses)

COMENTÁRIOS

Nos dias atuais busca-se a satisfação do paciente, e isso se torna possível com as variadas técnicas cirúrgicas de despigmentação da gengiva. Isto ainda é facilitado diante da facilidade de execução desses procedimentos e do mínimo desconforto trans e pós-cirúrgico causado ao paciente.

É preciso ressaltar que em pacientes de coloração cutânea muito escurecida, o resultado pós-cirúrgico pode ser desarmonioso devido ao grande contraste resultante entre pele e gengiva.

Sendo assim, tanto a satisfação do paciente quanto a realização profissional são fáceis de ser alcançadas em consequência dos resultados obtidos.

CONCLUSÕES

Após a realização deste procedimento, pode-se concluir que:

1. A pigmentação melânica é uma condição normal que não necessita de tratamento. No entanto, certas vezes, o paciente sente-se incomodado com a estética solicitando a correção da mesma.
2. A gengivoplastia é uma boa técnica cirúrgica para a remoção de pigmentação melânica, pois, proporciona resultados satisfatórios e é de fácil execução.
3. O resultado obtido foi bom, uma vez que toda a camada pigmentada foi removida e a paciente ficou satisfeita com a estética conseguida.

SUMMARY

The melanotic pigmentation is a dark macula localized on the masticatory mucous. It's a consequence of the excessive melanin deposit in the melanocytes and/or keratinocytes localized in the basal layer of the epithelium, among the cells of the epithelium and in some cells of the bio tissue. It occurs in people of all races and also the smokers. But in the black race it's manifestation is more frequent.

This is a normal physiological condition that doesn't need a treatment. But the obscured aspect of the gum when it's exacerbated, brings an esthetic constraint to the patient who requires the cases modification. Once the esthetic intervention is required, it's necessary the surgical intervention where all the dark epithelium and part of the bio tissue is eliminated.

We present the clinic case of melanotic pigmentation in a black female patient where the therapeutic conduct consisted on the gengivoplasty. We have as objective to show the initial case, the surgical technique and the post operatory.

UNITERMS

Melanocytes, Gengivoplasty, Gingival depigmentation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMAS, K; SADIG, W. Surgical treatment of melanin-pigmented gingiva; an esthetic approach. *Indian J. Dent. Res.* v. 13, n. 2, p. 70-3, apr./jun. 2002.
2. AMORIM LOPES, J. C.; LOPES, R. R.; SILVA, K. V.; ALMEIDA, R. V. de. Três diferentes técnicas cirúrgicas empregadas no clareamento gengival. *JBC.* V. 4, n. 23, set/out., 2000.
3. BERGAMASHI, Osvaldo. **Estudo clínico e ultra-estrutural da repigmentação melânica fisiológica em gengiva de caucasianos.** 1986. 119 p. Tese (doutorado em Odontologia) – Faculdade de odontologia de Odontologia – USP, São Paulo.
4. CARRANZA, F. A. **Periodontia Clínica.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992, 754 p.
5. DUARTE, C. A. **Cirurgia Periodontal Pré-protética e Estética.** São Paulo: Santos, 2002, 424p.
6. HENRIQUES, P. G. **Estética em Periodontia e Cirurgia Plástica Periodontal.** São Paulo: Santos, 2003, 302 p.
7. JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica.** 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p.

- 305-9.
8. MISHIRO, Y.; OGIHARA, K.; ZHANG, Y. HU, D. Gingival pigmentation in preschool children of Chengdu, West China. *J. Pedod.*, v. 14, n. 3, p. 150-1, 1990.
9. NAKAMURA, Y.; FUNATO, A.; WAKABAYASHI, H.; MATSUMOTO, K. A study on the removal of the melanin pigmentation of dog gingiva by CO2 laser irradiation. *J. Clin. Laser Med. Surg.* v. 10, n. 1, p. 41-6, feb., 1992.
10. NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral e Maxilofacial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p. 2223.
11. PUTTER, O. H.; PUTTER, A.; VILABOIA, B. FERNANDEZ, M. A non-traumatic technique for removing melanotic pigmentation lesions from the gingiva: gingiabrasion. *Dent. Today.* v. 13, n. 10, p. 60, oct., 1994.
12. SHARON, E.; AZAZ, B.; ULMANSKY, M. Vaporization of melanin in oral tissues and skin with a carbon dioxide laser: a canini study. *J. Oral Maxillofac. Surg.* v. 58, n. 12, p. 1387-93, dec. 2000.
13. SOUSA, F. B. **Estudo epidemiológico, histológico e imuno-histoquímico de lesões pigmentadas relacionadas aos melanócitos da mucosa bucal.** 2002. 120 p. Tese (doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia – USP, São Paulo.
14. SPOSTO, M. R.; NAVARRO, C. M. Alterações de cor da mucosa bucal. In: KIGNEL, Sérgio. **Diagnóstico Bucal.** São Paulo: Robe, 1997. p.157-201.
15. TAMIZI, M.; TAHERI M. Treatment of severe physiologic gingival pigmentation with free gingival autograft. *Quintessence Int.* v. 27, n. 8, p. 555-8, Aug. 1996.
16. WILSON, T. G.; KORNMAN, K. S. Fundamentos de Periodontia. São Paulo: Quintessence, 2001, 564p.
17. YEH, C. J. Cryosurgical treatment of melanin-pigmented gingiva. *Oral surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* v. 86, n. 6, p. 660-3, dec. 1998.