



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



ARY JOAZEIRO NASCIMENTO

**Reposicionamento Labial na Promoção do
Sorriso – Relatos de Caso**

Araçatuba

2018

ARY JOAZEIRO NASCIMENTO

**Reposicionamento Labial na Promoção do
Sorriso – Relatos de Caso**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientador: Prof. Dr. Juliano Milanezi de Almeida

Araçatuba

2018

*Dedico este trabalho, que simboliza o final da minha caminhada para alcançar este sonho especialmente à minha mãe **Cida** que quando jovem sonhou em ser Cirurgiã Dentista, a realização deste sonho é nossa, ao meu pai **Geraldo** que foi quem me deu suporte para chegar até aqui, à minha irmã **Ana Paula** que sempre me apoiou e incentivou, à minha sobrinha **Ana Laura** que terá um grande futuro e ao meu companheiro **Gabriel** por todo carinho, apoio, incentivo, paciência e amor nestes anos juntos.*

Por estes motivos e muitos outros eu dedico e compartilho esta conquista com cada um, vocês foram e são muito importantes! Obrigado.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Aos meus amigos que se tornaram uma família **Amanda, Caroline, Fernanda, Julia, Juliana, Marina, Maurício, Rafaela e Vinícius**, obrigado por todos os momentos que partilhamos, por todas as histórias que fazem destes anos terem sido incríveis, quero muito continuar participando da vida de cada um. Desejo muito sucesso na carreira e na vida de vocês.*

*Em especial agradeço à **Amanda e Julia** por todo apoio nos momentos mais difíceis que vivenciei, nunca vou me esquecer das palavras, do cuidado e carinho, muito obrigado. Desde o primeiro ano vocês foram minhas irmãs aqui e estão presentes em todas as lembranças felizes destes 5 anos, tenho certeza que nossa amizade será levada para vida. Se hoje eu sou um Ary diferente do que entrou em 2014 vocês duas são parte disso. Amo vocês.*

A todos os amigos, conhecidos e familiares que de alguma forma estiveram comigo durante o curso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP**, pela oportunidade de realizar este curso.

À disciplina de **Periodontia** e ao departamento de **Cirurgia e Clínica Integrada** da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araçatuba, São Paulo, Brasil.

Ao Prof. Dr. **Juliano Milanezi de Almeida** pela oportunidade de acompanhar a Clínica de Pós-Graduação de Periodontia e pelo convívio, foi onde pude conhecer um pouco mais da Periodontia, por me orientar durante este trabalho contribuindo imensamente para minha formação e me inspirando na minha trajetória.

À **Banca Examinadora**, Prof. Dr. Juliano Milanezi de Almeida, Profa. Dra. Daniela Atili Brandini de Weert e à Doutoranda Nathália Januário de Araújo, pela disponibilidade em avaliar o meu trabalho. Contribuindo imensamente para minha formação.

À doutoranda **Nathália Januario de Araujo**, que foi indispensável na execução deste trabalho, sanando minhas dúvidas, pela disponibilidade, atenção e carinho.

A todos os professores, técnicos e assistentes que influenciaram de maneira direta na minha trajetória e contribuíram para minha formação.

"Mesmo as noites totalmente sem estrelas podem anunciar a aurora de uma grande realização."

Martin Luther King

NASCIMENTO, A. J. **Reposicionamento labial na promoção do sorriso – Relatos de caso.** 2018. 30f. Trabalho de conclusão de curso - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

RESUMO

As exigências estéticas vêm aumentando consideravelmente ao longo desses anos na rotina da prática clínica odontológica. A exposição gengival excessiva, comumente descrita como "sorriso gengival", tem recebido maior ênfase na literatura odontológica nos últimos anos e tem sido queixa de muitos pacientes, já que tal situação pode influenciar na autoestima e no relacionamento social. Existem diversas causas que podem levar ao sorriso gengival. Quando a causa está relacionada à mobilidade labial, não a fatores periodontais ou esqueléticos severos, a cirurgia de reposicionamento do lábio é uma modalidade de tratamento viável. A cirurgia envolve a excisão programada de parte da mucosa alveolar da maxila bilateralmente ao freio labial, seguida de sutura do lábio em uma posição mais próxima à junção mucogengival, o que resulta em diminuição da profundidade do vestíbulo com consequente diminuição da mobilidade labial. Assim, a exposição gengival também diminui. Nos casos clínicos apresentados, os pacientes com média de idade de 24 anos, saudáveis e não fumantes queixando-se da estética de sorriso alto, passaram pelo procedimento cirúrgico de reposição labial e os resultados satisfatórios atenderam às suas expectativas. Estes relatos de caso demonstraram que a técnica cirúrgica é uma **opção previsível e vantajosa para correção do chamado "sorriso gengival"**.

Palavras chave: Sorriso, Estética, Lábio.

NASCIMENTO, A. J. **Lip repositioning in smile promotion - Case reports.** 2018. 30f. Trabalho de conclusão de curso - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

ABSTRACT

The esthetic requirements in the practical routine of dental clinic are increasing considerably over the last few years. The excessive gingival display, **commonly described as "gummy smile"**, has been receiving a bigger emphasis in recent dentistry literature specially because it is a usual complaint of many patients - since the condition may influence in self-esteem and social network. There are several causes that may lead to a gummy smile. When it is related to lip mobility, not periodontal or severe bone factors, the **lip repositioning surgery it's a viable treatment choice**. The surgery involves a programmed excision of part of the maxilla alveolar mucosa bilateral to the labial frenulum, followed by a lip suture in a position closer to the mucogengival junction, which results in lowering the **vestibule's depth** leading to lower lip mobility. Therefore, the gingival display also decreases. In this presented clinical cases, the patients are in an average age of 24, healthy and non-smokers, and have complaints about the esthetic of high smile. They went through the surgical procedure of lip repositioning and the satisfactory results reached their expectations. These case reports showed that the **surgical technique it's a predictable and advantageous option to correct the so called "gummy smile"**.

Keywords: Smile, Esthetic, Lip.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Caso 1 - Sorriso inicial. Observar a faixa gengival exposta.

Figura 2 – Incisões na mucosa alveolar.

Figura 3 – Remoção da faixa de tecido epitelial.

Figura 4 – Área cruenta exposta.

Figura 5 – Sutura da linha média.

Figura 6 – Suturas no lado direito.

Figura 7 – Ferida totalmente suturada.

Figura 8 – Pós-operatório de 7 dias.

Figura 9 – Pós-operatório de 6 meses. Observar menor exposição da faixa gengival.

Figura 10 – Caso 2 – Sorriso inicial. **Observar o “sorriso alto”.**

Figura 11 – Medida da quantidade de gengiva exposta frontal.

Figura 12 – Medida da quantidade de gengiva exposta lateral.

Figura 13 – Fundo de vestibulo.

Figura 14 – Área cruenta exposta.

Figura 15 – Ferida totalmente suturada.

Figura 16 – Bandagem.

Figura 17 – Pós-operatório de 6 meses.

LISTA DE ABREVIATURAS

EGE – Exposição Gengival Excessiva

SG – Sorriso Gengival

LS – Lábio Superior

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. PROPOSIÇÃO	15
3. RELATOS DE CASOS	15
3.1 Caso 1	15
3.2 Caso 2	17
4. DISCUSSÃO	19
5. CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
FIGURAS	28

1. INTRODUÇÃO

O sorriso é uma expressão facial básica e universal que é fundamental para a comunicação e atratividade facial (Omnia et al., 2018). É o resultado da exposição dos dentes e da gengiva durante a contração dos grupos musculares dos terços médio e inferior da face (Mazzuco et al., 2010). Um sorriso harmônico é determinado não só pela forma, posição e cor dos dentes, mas também pelo tecido gengival (Silva, 2007). Existem diversas queixas dos pacientes em relação à estética e a exposição gengival excessiva (EGE) ao sorrir é uma das mais frequentes por aqueles que procuram por tratamento estético.

A EGE, também conhecida como sorriso gengival (SG), é uma condição caracterizada por uma superexposição da gengiva maxilar durante o sorriso, (Faus-Matoses et al., 2018) alguns casos podem aparentar um sorriso infantil e uma exposição gengival maior que 3 mm pode ser considerado pouco atraente. (Pandurić et al., 2014). É uma questão estética que afeta uma grande parte da população, com prevalência relatada entre 10.5% (Tjan et al., 1984) e 29% (Dong et al., 1999), mais prevalente em mulheres que homens. (Geron & Atalia 2005). Não existe na literatura um consenso quanto à quantidade de gengiva exposta para ser considerada como um SG.

A etiologia do SG é multifatorial, podendo resultar de variadas alterações. Didaticamente podem ser divididas em: dentárias, gengivais, ósseas e musculares.

Estes fatores etiológicos podem surgir isoladamente ou em combinação (Bidra, 2012). Quando de origem dentária, ocorre extrusão excessiva dos incisivos superiores, caracterizando overbite, que poderá ser tratada apenas com mecânica intrusiva, podendo ser

associada cirurgia periodontal ao final do tratamento ortodôntico (Tae-Woo et al., 2006; Cheng et al., 2008). A desproporção altura/largura da coroa clínica é, frequentemente, indicativa de problema associado a excesso gengival mais localizado, como nos casos de erupção passiva alterada, ou mais generalizado, como nos casos de crescimento hiperplásico (Reddy et al., 2006). A etiologia óssea é caracterizada pelo excesso vertical maxilar, manifestando-se principalmente em pacientes com crescimento predominantemente vertical, onde, clinicamente observa-se um SG anterior e posterior sem a presença de excesso gengival (Ricketts et al., 1994). Durante a análise muscular é necessário observar o comprimento e a contração labial ao sorriso espontâneo. Quando todos os fatores anteriores, inclusive o comprimento labial estão normais, a única causa possível torna-se então, a hipercontração labial - justamente dos músculos elevadores do lábio superior (LS) determinando o SG. Portanto, um adequado exame clínico e um correto diagnóstico são essenciais para determinar qual a causa do sorriso gengival. (Faus-Matoses et al., 2018)

Existem diversas abordagens terapêuticas que podem incluir áreas da periodontia, cirurgia maxilofacial, ortodontia e dentística restauradora. Casos de EGE cuja etiologia é multifatorial requerem mais do que uma técnica para alcançar os objetivos esperados (Mantovani et al., 2016). Técnicas como gengivoplastia e osteotomia são utilizadas em casos de remodelação gengival e/ou óssea. Para casos de excessivo crescimento vertical da maxila é indicada a cirurgia ortognática. Em alguns casos poderá estar indicada a extrusão ou intrusão ortodôntica para a correção do sorriso gengival. Também existem técnicas cujo objetivo é reduzir a capacidade de elevação ou a função do LS. Na literatura diferentes técnicas vêm sendo preconizadas para hiperatividade de LS como: injeções de toxina botulínica (Polo 2005, Mazzuco & Hexsel 2010),

alongamento de lábio associado à rinoplastia (Ezquerria et al. 1999), separação dos músculos labiais (Litton & Fournier 1979), miotomia e remoção parcial (Miskinyar 1983, Ishida et al. 2010) e reposicionamento labial (Rubinstein & Kostianovsky 1973, Rosenblatt & Simon 2006, Simon et al. 2007).

O reposicionamento labial foi descrito pela primeira vez em 1973 por Rubinstein e Kostianovsky, como um método cirúrgico conservador para correção de EGE. Essa correção foi através da limitação da tração dos músculos do sorriso, músculo zigomático menor, músculo elevador do ângulo da boca, músculo orbicular da boca e músculo levantador do LS através de uma redução na profundidade do vestíbulo. Originalmente, a técnica descrita por Rubinstein & Kostianovsky era procedimento médico de cirurgia plástica estética, posteriormente em 2006 foi relatado como um procedimento odontológico pela primeira vez por Rosenblatt & Simon (Omnia et al., 2018).

Segundo Rosenblatt e Simon (2006), a técnica cirúrgica consiste na realização de duas incisões de espessura parcial, horizontais e paralelas, entre as linhas de ângulo mesiais dos primeiros molares, direito e esquerdo. A primeira incisão é realizada ao nível da junção mucogengival e a segunda ao nível da mucosa labial, 10-12mm apicalmente da primeira. As duas incisões devem, posteriormente, ser unidas ao nível dos primeiros molares superior, formando um desenho elíptico. O epitélio é então removido, deixando exposto tecido conjuntivo subjacente. Por fim, os bordos das incisões são aproximados e estabilizados com suturas interrompidas ao nível da linha média e em outros locais pontuais, garantindo o adequado alinhamento entre linha média do lábio e a linha média dentária, conferindo menor exposição gengival ao sorrir.

2. PROPOSIÇÃO

Desta forma, o presente trabalho clínico tem como objetivo mostrar a correção do sorriso através da técnica de reposicionamento labial.

3. RELATOS DE CASOS

3.1 Caso 1

Paciente de 26 anos, gênero feminino, não fumante, sem alterações sistêmicas relevantes e com boa higiene oral, apresentou-se à disciplina de periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, com queixa de exposição gengival excessiva sorrir. Foi realizada anamnese e exame clínico, ao exame clínico periodontal observou-se uma grande faixa de gengiva enquanto a paciente sorria (Figura 1). Após o diagnóstico de hiperfunção muscular do LS, foi programada a cirurgia para reposicionamento do LS.

Previamente a cirurgia a paciente foi submetida aos procedimentos periodontais básicos: raspagem e alisamento radicular, controle e orientações de higiene bucal.

Após anti-sepsia extra-bucal com polivinilpirrolidona iodo a 10% (Riodeine, Rioquímica, São José do Rio Preto, Brasil) e intra-bucal com bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard, Procter & Gamble, São Paulo, Brasil) foi realizada a anestesia com Mepivacaína HCL 2% (Nova DFL, Indústria e Comércio S.A, Rio de Janeiro, Brasil). Com auxílio de uma lâmina de bisturi nº 15C (Swann-Morton, Sheffield, Inglaterra) foi realizada uma incisão inferior 1mm da junção mucogengival até a mesial dos primeiros molares, bilateralmente. A segunda incisão, superior, foi ao nível da mucosa labial, 10-12 mm apicalmente a primeira. As duas incisões

foram então unidas formando um desenho retangular (Figura 2). O epitélio foi removido (Figura 3) deixando exposto o tecido conjuntivo subjacente, as glândulas salivares menores desta região foram removidas com auxílio de uma tesoura Goldman Fox para tecidos (Quinelato), a fim de evitar formação de mucocelos (Figura 4). Finalmente as bordas das incisões inferiores e superiores foram aproximadas e estabilizadas com suturas interrompidas ao nível da linha média (Figura 5), e em outros locais pontuais garantindo o adequado alinhamento entre linha média do lábio e a linha média dentária (Figura 6 e 7). Foi utilizado o fio de sutura (Vicryl 5.0, ETHICON, Johnson & Johnson). Logo após o termino do procedimento cirúrgico foi realizado uma bandagem extraoral com fita microporosa (Micropore, 3M) com o objetivo de diminuir a ação muscular sobre o LS durante o processo de reparo inicial.

A paciente foi orientada a aplicar compressas frias sobre o rosto na região da área cirúrgica durante as primeiras horas de pós-operatório. Os seguintes medicamentos foram prescritos: Amoxicilina 500 mg de 8 em 8 horas, durante sete dias; Dipirona Sódica 500 mg/ml de 6 em 6 horas, durante dois dias e Digluconato de Clorexidina 0,12%, como bochechos com 15 ml duas vezes ao dia para controle de infecção e dor pós-operatória.

As suturas e a bandagem foram removidas após sete dias. Nas consultas de acompanhamento foram reforçadas instruções e motivação de higiene bucal.

No pós-operatório a região cicatrizou-se normalmente, sem apresentar eventos adversos, ausência de reação inflamatória extensa associada ao procedimento cirúrgico. Aos sete dias a área encontrava-se em processo inicial de cicatrização, demonstrando ainda inflamação em evidência (Figura 8), a paciente queixou-se sobre tensão ao falar e sorrir. Aos 15 dias encontrava-se nos períodos finais

da cicatrização, já apresentado as características de normalidade dos tecidos. Aos 90 dias foi observada completa cicatrização da área. No acompanhamento do caso, após 6 meses os tecidos permaneceram saudáveis, obteve-se uma redução de exibição gengival, com apenas 2 mm de gengiva visível durante sorriso demonstrando o sucesso do tratamento realizado (Figura 9). A paciente relatou extrema satisfação com o resultado estético.

3.2 Caso 2

Paciente de 22 anos, gênero feminino, não fumante, sem alterações sistêmicas relevantes e com boa higiene oral, apresentou-se à disciplina de periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, com queixa de exposição gengival excessiva sorrir. Foi realizada anamnese e exame clínico, ao exame clínico periodontal observou-se uma grande faixa de gengiva de 5mm (Figura 10, 11 e 12). Após o diagnóstico de hiperfunção muscular do LS, foi programada a cirurgia para reposicionamento do LS.

Previamente a cirurgia a paciente foi submetida aos procedimentos periodontais básicos: raspagem e alisamento radicular, controle e orientações de higiene bucal.

Após anti-sepsia extra-bucal com polivinilpirrolidona iodo a 10% (Riodeine, Rioquímica, São José do Rio Preto, Brasil) e intra-bucal com bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard, Procter & Gamble, São Paulo, Brasil) foi realizada a anestesia com Mepivacaína HCL 2% (Nova DFL, Indústria e Comércio S.A, Rio de Janeiro, Brasil). Com auxílio de uma lâmina de bisturi nº 15C (Swann Morton, Sheffield, Inglaterra) e cureta periodontal foi realizada uma incisão inferior 1mm da junção mucogengival até a mesial dos primeiros molares, bilateralmente. A segunda incisão, superior, foi ao nível da mucosa labial, 10-12 mm apicalmente a

primeira. As duas incisões foram então unidas formando um desenho retangular. O epitélio foi removido deixando exposto o tecido conjuntivo subjacente (Figura 14), as glândulas salivares menores desta região foram removidas com auxílio de uma tesoura Goldman Fox para tecidos (Quinelato), a fim de evitar formação de mucocelos. Finalmente as bordas das incisões inferiores e superiores foram aproximadas e estabilizadas com suturas interrompidas ao nível da linha média, e em outros locais pontuais garantindo o adequado alinhamento entre linha média do lábio e a linha média dentária (Figura 15). Foi utilizado o fio de sutura (Vicryl 5.0, ETHICON, Johnson & Johnson). Logo após o término do procedimento cirúrgico foi realizada uma bandagem extraoral com fita microporosa (Micropore, 3M) com o objetivo de diminuir a ação muscular sobre o LS durante o processo de reparo inicial (Figura 16).

A paciente foi orientada a aplicar compressas frias sobre o rosto na região da área cirúrgica durante as primeiras horas de pós-operatório. Os seguintes medicamentos foram prescritos: Amoxicilina 500 mg de 8 em 8 horas, durante sete dias; Dipirona Sódica 500 mg/ml de 6 em 6 horas, durante dois dias e Digluconato de Clorexidina 0,12%, como bochechos com 15 ml duas vezes ao dia para controle de infecção e dor pós-operatória.

As suturas e a bandagem foram removidas após sete dias. Nas consultas de acompanhamento foram reforçadas instruções e motivação de higiene bucal.

No pós-operatório a região cicatrizou-se normalmente, sem apresentar eventos adversos, ausência de reação inflamatória extensa associada ao procedimento cirúrgico. Aos 90 dias foi observada completa cicatrização da área. No acompanhamento do caso, após 6 meses os tecidos permaneceram saudáveis, obteve-se

uma redução de exibição gengival e satisfação da paciente com o resultado estético (Figura 17).

4. DISCUSSÃO

A atividade do sorriso é determinada por vários músculos faciais, como o elevador do LS e da asa do nariz, zigomático menor e maior, elevador do ângulo da boca, orbicular da boca e risório (Indra et al., 2011; Mazzuco e Hexsel, 2010; Hwang et al., 2009). É importante diferenciar o sorriso social do sorriso espontâneo. O sorriso social é voluntário, o indivíduo faz quando se encontra em um ambiente social ou quando vai sorrir para uma fotografia (Sarver et al., 2003). Neste, o LS é elevado até ao nível do sulco nasogeniano, pela contração dos músculos elevadores do LS. (Seixas, 2011). O sorriso espontâneo, por sua vez, é involuntário e representa a emoção que o indivíduo sente no momento. Neste, há uma maior elevação de ambos os lábios e acentuação do sulco nasogeniano devido à ação principalmente dos músculos elevadores do LS, zigomático maior e fibras do músculo bucinador. (Seixas, 2011; Sarver et al., 2003). Quando o indivíduo apresenta hiperfunção dos músculos elevadores do lábio pode ocorrer a exposição gengival excessiva, principalmente no sorriso espontâneo. Sendo uma queixa bastante comum na clínica odontológica.

Várias técnicas vêm sendo descritas na literatura para tratamento do sorriso gengival, o presente trabalho apresentou 2 casos onde foi demonstrado a técnica cirúrgica de reposicionamento labial para corrigir casos de sorriso gengival, os quais foram diagnosticados com hiperfunção dos músculos levantadores do lábio. Técnica descrita por Rubinstein & Kostianovsky em 1973 pela primeira vez e adaptada para odontologia mais tarde por Rosenblatt & Simon em 2006. Segundo Simon e colaboradores (2007), a quantidade de tecido removido deverá ser o dobro da quantidade de

exposição gengival que é necessária ser reduzida, com uma remoção máxima de 10 a 12 mm. Algumas modificações à técnica original de Rosenblatt e Simon têm sido sugeridas. **Pandurić e colaboradores** (2013) executaram um reposicionamento labial reversível antes de realizar o reposicionamento definitivo. O propósito foi demonstrar ao paciente como será, aproximadamente, o resultado estético final. Nesta técnica, os autores optaram por realizar anestesia infraorbitária, com o objetivo de evitar o aumento de espessura do lábio e dos tecidos moles envolventes, pelo fluido do anestésico. A mucosa onde serão realizadas as futuras incisões cirúrgicas é unida através de fio de sutura. O paciente pôde observar, deste modo, qual seria o resultado final.

Outra modificação, relativamente à técnica proposta por Rosenblatt e Simon, tem sido reportada na literatura. Nesta técnica executa-se não a remoção de uma, mas de duas faixas de mucosa, bilaterais à linha média, preservando, assim, o freio labial superior. Esta técnica de reposicionamento labial modificada, na qual se deixa intacto o freio labial, permite minimizar as assimetrias do reposicionamento final do LS. Adicionalmente, para o mesmo efeito, deverá remover a mesma quantidade de tecido dos dois lados do freio labial, sendo que esta remoção deverá ser feita dos dois lados antes da sutura, permitindo, desta forma, a sua comparação (Silva, Ribeiro Júnior et al., 2013; **Pandurić et al.**, 2014).

O reposicionamento labial originalmente não incluía a separação dos músculos anexos. Mais tarde, diferentes pesquisadores modificaram a técnica propondo soltar o músculo elevador superior, no caso de um LS curto, ressecção parcial dos músculos elevadores do LS, transição parcial dos músculos do elevador do lábio ou recorrer a enxerto aloplástico ou autógeno. Todas estas modificações foram feitas para evitar falhas no pós-tratamento (**Pandurić et al.**, 2014). Este procedimento tem como objetivo a possibilidade de

realizar suturas livres de tensão e ainda, o alongamento do músculo elevador comum do LS e asa do nariz, devido ao seu reposicionamento num plano inferior (Storrer et al. 2014). Ishida e colaboradores (2010) realizaram miotomia e dissecação subperiosteal dos músculos elevadores do LS associada à dissecação subcutânea e frenectomia labial em 14 pacientes. O resultado obtido foi a redução de exposição gengival de 5.22 ± 1.48 mm para 1.91 ± 1.50 aos 6 meses de follow-up. Abdullah e colaboradores (2014) realizaram um estudo clínico no qual 12 pacientes com exposição gengival de 4 a 6 mm foram operados utilizando uma técnica cirúrgica que consistiu na dissecação da mucosa gengival e miotomia e reposicionamento numa posição inferior dos músculos depressor do septo nasal e elevador do LS. Os resultados revelaram, ao primeiro e sexto mês, exposição gengival de 2 a 4 mm (média de 3 mm).

No presente estudo, após 6 meses de acompanhamento os resultados se mantiveram estáveis. Corroborando com nossos resultados, Silva e colaboradores (2013), realizaram um estudo prospectivo com o objetivo de avaliar os resultados obtidos em 13 pacientes cuja exposição gengival excessiva foi minimizada, exclusivamente, através da técnica de reposicionamento labial. Os resultados revelaram uma redução significativa da quantidade de gengiva exposta durante o sorriso, de $5,8 \pm 2,1$ mm para $1,4 \pm 1,0$ mm aos 3 meses, que se mantiveram até aos 6 meses de follow-up ($1,3 \pm 1,6$ mm). A satisfação dos 13 pacientes foi alta, com 70% relatando que a quantidade pós-operatória de exibição gengival foi "satisfatória" e mais de 90% passariam pelo procedimento novamente. (Silva et al., 2013). Resultados semelhantes foram obtidos por Rosenblatt e Simon (2006), Simon et al. (2007), Humayun e colaboradores (2010), que alcançaram valores de 4mm de redução de exposição gengival. Ribeiro-Júnior e colaboradores (2013), apresentaram um relato de caso no qual, o paciente tratado

unicamente com a técnica modificada de reposicionamento labial mostrou, aos 6 meses de follow-up uma redução de 6 mm de exposição gengival durante o sorriso.

As queixas pós-operatórias mais relatadas na literatura são a presença de equimose, desconforto e edema do LS. Com menor frequência, foi reportado, o desenvolvimento de um mucocele devido provavelmente a algum dano provocado às glândulas salivares menores. Foram também reportadas, com rara frequência, parestesia e paralisia transitória. Demonstrando desta forma, mínimos efeitos adversos e a segurança da técnica proposta. No presente trabalho, estes eventos não foram relatados pelos pacientes envolvidos, demonstrando ser uma técnica segura e previsível para o tratamento de EGE.

5. CONCLUSÃO

A técnica de reposicionamento labial vem demonstrado resultados favoráveis, estando associada a mínimos efeitos adversos como hematomas, desconforto e edema; alcançando alto nível de satisfação dos pacientes além de promover a harmonia do sorriso de forma conservadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abdullah WA, Khalil HS, Alhindi MM, Marzook H. Modifying Gummy Smile: A Minimally Invasive Approach. **J Contemp Dent Pract** 2014. 15(6): 821-826.
2. Bidra AS, Agar JR, Parel SM. Management of patients with excessive gingival display for maxillary complete arch fixed implant-supported prosthesis. **J Prosthet Dent.** 2012;108: 324-331.
3. Cheng YJ, Chin-Liang Y, Jein-Wein LE, Bowman SJ. Treatment of skeletal-origin gummy smiles with miniscrew anchorage. **J Clin Orthodont** 2008;42:285-96.
4. Dong JK, Jin TH, Cho HW, Oh SC. The esthetics of the smile: A review of some recent studies. **Int J Prosthodont.** 1999;12: 9-19
5. Ezquerro F, Berrazueta MJ, Ruiz-Capillas A, et al. New approach to the gummy smile. **Plast Reconstr Surg.** 1999;104(4):1143–1150; discussion 1151–1152.
6. Gabrić Pandurić D, Blasković M, Brozović J, Sušić M. Surgical treatment of excessive gingival display using lip repositioning technique and laser gingivectomy as an alternative to orthognathic surgery. **J Oral Maxillofac Surg.** 2014; 72: 4041–4051.
7. Humayun N, Kolhatkar S, Souiyas J, Bholá M. Mucosal Coronally Positioned Flap for the Management of Excessive Gingival Display in the Presence of Hypermobility of the Upper Lip and Vertical Maxillary Excess: A Case Report. **Journal of Periodontology** 2010 Dec; 81(12): 1858-1863.
8. Hwang J, Silberberg N, Golstein M, Smidt A. Excessive gingival display – Etiology, diagnosis, and treatment modalities. **Quintessence Int** 2009; 40(10): 809-18.

9. Indra AS, Biswas PP, Vineet VT. Botox as an Adjunct to Orthognathic Surgery For A Case of Severe Vertical Maxillary Excess. **J. Maxillofac. Oral Surg** 2011 Jul-Set; 10(3): 266–270.
10. Ishida LH, Ishida LC, Ishida J, et al. Myotomy of the levator labii superioris muscle and lip repositioning: a combined approach for the correction of gummy smile. **Plast Reconstr Surg**. 2010;126(3):1014–1019
11. Litton C, Fournier P. Simple surgical correction of the gummy smile. **Plast Reconstr Surg**. 1979;63:372-373.
12. Mangano A, Mangano A. Current strategies in the treatment of gummy smile using botulinum toxin type A. **Plast Reconstr Surg** 2012;129(6):1015.
13. Mantovani MB, Souza EC, Marson FC, Corrêa GO, Progiante PS, Silva C. Use of modified lip repositioning technique associated with esthetic crown lengthening for treatment of excessive gingival display: a case report of multiple etiologies. **J Indian Soc Periodontol**. 2016 20:82-87.
14. Mazzuco R, Hexsel D. Gummy smile and botulinum toxin: A new approach based on the gingival exposure area. **J Am Acad Dermatol**. 2010;63:1042-51.
15. Miskinyar SA. A new method for correcting a gummy smile. **Plast Reconstr Surg**. 1983; 72:397-400
16. Polo M. Botulinum toxin type A in the treatment of excessive gingival display. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. 2005;127:214-18.
17. Reddy PK, Nayak DG, Uppoor A. Aesthetic Crown Lengthening: a report of 3 cases. **Malaysian Dent J**. 2006;1:110-3.

18. Ricketts R. M. Perspectives in the clinical application of cephalometrics: the first fifty years. **Angle Orthodont.** 1994;51:115-50.
19. Rosenblatt A, Simon Z. Lip repositioning for reduction of excessive gingival display: a clinical report. **Int J Periodontics Restorative Dent.** 2006;26:433-437.
20. Rubinstein A, Kostianovsky A. Cosmetic surgery for the malformation of the laugh: original technique. **Prensa Med Argent.** 1973;60:952-954.
21. Sarver DM, Ackerman MB. Dynamic smile visualization and quantification: Part 2. Smile analysis and treatment strategies. **Orthod Dentofacial Orthop** 2003;124:116-27.
22. Seixas MR, Costa-Pinto RA, Araújo TM. Checklist of esthetic features to consider in diagnosing and treating excessive gingival display (gummy smile). **Dental Press J Orthod** 2011 Mar-Apr;16 (2):131-57.
23. Silva R, Carvalho P, Joly J. Planejamento Estético em Periodontia: In: **Congresso internacional de odontologia de São Paulo**, 25. 2007. p. 299-341.
24. Simon Z, Rosenblatt A, Dorfman W. Eliminating a gummy smile with surgical lip repositioning. **J Cosmet Dent.** 2007;23:100– 108.
25. Storrer CLM, Valverde FKB, Santos FR, Deliberador TM. Treatment of gummy smile: Gingival recontouring with the containment of the elevator muscle of the upper lip and wing of nose. A surgery innovation technique. **J Indian Soc Periodontol** 2014; 18: 656-660.
26. Tae-Woo K, Hyewon K. Correction of deep overbite and gummy smile by using a mini-implant with a segmented wire in a growing Class II

Division 2 patient. **Am J Orthodont Dentofac Orthop**
2006;130:676-85.

27. Tjan AH, Miller GD, The JG. Some esthetic factors in a smile. **J Prosthet Dent**. 1984 Jan; 51(1):24-8.

FIGURAS

Caso 1

Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9



Caso 2

Figura 10



Figura 11



Figura 12



Figura 13



Figura 14



Figura 15



Figura 16



Figura 17

