

JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA MONTEIRO PEREZ

**OSTEOTOMIA E REPOSICIONAMENTO APICAL DO
RETALHO NA HARMONIZAÇÃO DO SORRISO**

**Araçatuba – SP
2024**

JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA MONTEIRO PEREZ

**OSTEOTOMIA E REPOSICIONAMENTO APICAL DO
RETALHO NA HARMONIZAÇÃO DO SORRISO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Odontologia
de Araçatuba da Universidade Estadual
Paulista (UNESP), como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Juliano Milanezi de
Almeida

**Araçatuba – SP
2024**

Dedico este trabalho àqueles que sonharam este sonho comigo, que forneceram meios e foram alicerce para a realização do meu objetivo. À minha mãe, ao meu irmão e à memória do meu pai João Carlos Perez Monteiro, o meu amor é inteiramente de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e ao Universo, por todo o amor; saúde; sorte; sabedoria e força que permeiam minha vida, e pela luz que guia meu caminho.

À minha mãe Jane Maria Perez, por ser meu exemplo de vida. Àquela que conhece minha alma e meu coração por inteiro e me ensinou a sonhar, amar, respeitar, persistir e viver. A quem pertence todo o meu amor e admiração. Sou grato pela sua vida. Tudo que sou e um dia sonho em ser, dedico à senhora.

Ao meu irmão João Vitor Perez, por todo seu amor, carinho e sensibilidade. Obrigado por ser sempre o meu melhor amigo. Que sorte a minha ter você como irmão. Eu serei sempre por você, e estarei sempre ao seu lado.

À minha amiga Ester Santos, por ser luz radiante em meu caminho desde o início da vida acadêmica. Obrigado por permanecer em minha vida e cultivar nossa amizade com tanto carinho e dedicação. Obrigado por sempre ter calçado as luvas por mim; sem sua amizade e apoio eu não teria chegado até aqui. Eu agradeço por todo o seu amor e companheirismo.

Às minhas amigas-irmãs Ana Beatriz Feroldi e Bárbara Freitas, por me permitirem conhecer e fazer morada nos corações de vocês, assim como habitam e preenchem o meu. Agradeço por todos os momentos que vivemos juntos e aguardo, com expectativa, por todos os quais ainda viveremos. Estar com vocês traz brilho à minha vida. Eu as amo.

A todos meus amigos e amigas, companheiros dessa jornada, que sem dúvidas, tornaram o caminho mais leve e especial. Agradeço pelos encontros de almas, pelas experiências trocadas e por todos os momentos vividos. Sinto-me privilegiado em tê-los ao meu lado e em poder compartilhar deste encerramento de ciclo com vocês. Vocês têm a minha admiração e sinto muito orgulho da nossa trajetória.

À Professora Vivian Novaes, pela oportunidade de acompanhar e contribuir com sua rotina clínica em seu consultório; onde a vi executar com maestria a boa prática da profissão e adquirir uma bagagem de conhecimento de grande valia para meu futuro profissional. Agradeço por cultivar em mim a estima pelos encantos da Periodontia.

Ao Professor Juliano Milanezi, por ter aceitado ser meu orientador neste trabalho e por conduzir com tamanha excelência o tratamento cirúrgico deste relato de caso. Agradeço sua prontidão e gentileza em fornecer meios para tratar e corrigir minha queixa com o sorriso, quando eu o solicitei. Recebi essa oportunidade como um presente, ao qual sou muito grato. Agradeço pela orientação e por todos ensinamentos na graduação. Busco como profissional, um dia, assemelhar-me ao senhor.

À Doutoranda Elisa Furquim, por todo seu conhecimento transmitido nos laboratórios e clínicas durante a disciplina de Periodontia; sempre muito atenciosa, doce e generosa. Agradeço pela prontidão e suporte, ao conduzir com desenvoltura o tratamento cirúrgico deste relato de caso, juntamente ao Professor Juliano Milanezi. Agradeço por ter aceitado compor a banca examinadora deste trabalho e pelo carinho que cultiva por mim.

Ao Professor Douglas Roberto Monteiro, pela disponibilidade de ter aceitado o convite para compor a banca examinadora deste trabalho. Agradeço pelas experiências compartilhadas nas clínicas da disciplina de Clínica Integrada e por todo o conhecimento transmitido. É gratificante poder receber os ensinamentos de um profissional da sua qualidade, com tamanha competência, humanidade e comprometimento com a Odontologia.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", por ter sido lar ao longo de 7 anos. Agradeço por todas as oportunidades a mim ofertadas dentro da Instituição, as quais me permitiram perseverar em busca de um propósito e contribuíram para o meu desenvolvimento e formação profissional.

“Liberdade é pouco. O que eu desejo ainda não tem nome.”

Clarice Lispector

RESUMO

PEREZ, J. A. O. M. **Osteotomia e reposicionamento apical do retalho na harmonização do sorriso.** 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2024.

Nota-se, cada vez mais, um destaque na estética e harmonia do sorriso, fato este que leva alguns pacientes acometidos pelo sorriso gengival a buscarem meios para sua correção. O sorriso gengival é caracterizado pela exposição superior a 3mm de tecido gengival nos dentes anteriores superiores, quando ao sorrir. Paciente masculino, 22 anos, apresentou-se à clínica de pós-graduação em Periodontia da FOA-UNESP buscando a correção do sorriso gengival. Após exame físico, diagnosticou-se que essa condição do sorriso foi ocasionada por crescimento vertical excessivo da maxila e grande volume ósseo horizontal na tábua óssea vestibular da maxila. O tratamento cirúrgico proposto foi a realização de um retalho reposicionado apicalmente associado à osteotomia e osteoplastia, a fim de aumentar a coroa clínica dos dentes e diminuir a exposição gengival ao sorrir, além de remodelar o tecido ósseo subjacente para que houvesse melhor acomodação do tecido gengival. O sucesso na resolução do caso se deu por meio do assentimento final do paciente, o qual relatou satisfação e contentamento com a harmonia do sorriso. Assim, o objetivo do presente trabalho será apresentar um relato de caso clínico de osteotomia e reposicionamento apical do retalho na harmonização do sorriso.

Palavras-chave: estética; osteotomia; sorriso.

ABSTRACT

PEREZ, J. A. O. M. Osteotomy and apical repositioning of the flap in smile harmonization. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2024.

There is an increasing emphasis on the aesthetics and harmony of the smile, which has led some patients affected by gummy smiles to look for ways to correct them. Gingival smile is characterized by the exposure of more than 3mm of gingival tissue on the upper anterior teeth when smiling. A 22-year-old male patient came to the Periodontics postgraduate clinic at FOA-UNESP seeking correction of his gingival smile. After physical examination, it was diagnosed that this smile condition was caused by excessive vertical growth of the maxilla and a large horizontal bone volume in the buccal bone plate of the maxilla. The proposed surgical treatment was an apically repositioned flap associated with osteotomy and osteoplasty, in order to increase the clinical crown of the teeth and reduce gingival exposure when smiling, as well as remodeling the underlying bone tissue to better accommodate the gingival tissue. The successful resolution of the case was achieved through the patient's final consent, who reported satisfaction and contentment with the harmony of his smile. The aim of this paper is to present a clinical case report of osteotomy and apical repositioning of the flap to harmonize the smile.

Keywords: esthetics; osteotomy; smiling.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aspecto pré-operatório exibindo grande exposição gengival devido ao crescimento vertical excessiva de maxila. Vista: frontal (A), oclusal (B) e lateral (C)	22
Figura 2 - Incisão intrasulcular na extensão vestibular da face distal do dente 15 à face distal do dente 25	23
Figura 3 - Descolamento total do retalho mucoperiósteo	23
Figura 4 - Osteotomia (A) e aspecto prévio à osteoplastia (B) com brocas diamantadas nº06 e nº3118, respectivamente	24
Figura 5 - Restabelecimento da distância de 3mm da JCE até crista óssea, para preservação do espaço de inserção supracrestal	25
Figura 6 - Osteoplastia da tábua óssea vestibular, reduzindo espessura óssea horizontal e conferindo ângulo 0° entre cervical dos dentes e crista óssea. Antes da osteoplastia (A) e depois da osteoplastia (B)	26
Figura 7 - Sutura interrompida simples nas papilas interdentais	27
Figura 8 - Pós-operatório imediato na vista lateral	27
Figura 9 - Controle pós-operatório após 14 dias de cirurgia	28
Figura 10 - Controle pós-operatório após 2 anos de cirurgia	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

JCE	Junção cimento-esmalte
mm	Milímetros
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 RELATO DE CASO	14
3 DISCUSSÃO	17
4 CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

O apelo estético é um fato crescente na sociedade contemporânea, dada a relação mútua entre estética e bem-estar de um indivíduo. Segundo Matos (2019) o equilíbrio dessa relação dispõe o ser humano à condição de saúde psicológica e emocional. O sorriso é um fator que desempenha papel importante na estética e harmonia da face, sendo crucial na manifestação de expressões faciais e de sentimentos, tais quais felicidade, aprovação, gentileza e simpatia, e desta forma, rege uma comunicação não-verbal nas relações interpessoais, além de contribuir para autoconfiança e satisfação pessoal do indivíduo (Araújo; Barros, 2018; Ribeiro, 2021).

À vista disso, o sorriso harmônico é uma das maiores demandas atuais levantadas pelos pacientes nas consultas com o cirurgião-dentista. Para que o sorriso seja considerado harmônico e estético, segundo Tumenas e Ishikiriyama (2002), ao analisar o sorriso, há uma lista de checagem de algumas características clínicas que devem ser observadas, como a estrutura labial, o formato e a estrutura facial, a linha do sorriso, o comprimento e a curvatura durante a dinâmica do sorriso, o formato dos dentes e o contorno gengival (Fowler, 1999).

Tratando-se da linha do sorriso, segundo Azenha & Macluf Filho (2008), esta pode ser classificada como: baixa, normal ou alta. A linha do sorriso alta é definida pela exposição maior que 3mm de tecido gengival ao sorrir e é considerada não-estética (Farias *et al.*, 2009), constituindo, assim, a condição de “sorriso gengival”.

Sobre o contorno gengival, quando se trata de estética do sorriso e linha do sorriso alta, é um aspecto muito importante a se considerar, uma vez que este se mostra com evidência ao sorrir. O contorno gengival acompanha a formação anatômica do colo dos dentes e do tecido ósseo subjacente, preenche as ameias cervicais e delimita o zênite de margem gengival, o qual se refere ao ponto mais apical da gengiva em sua curvatura distal no aspecto vestibular da coroa clínica, localizado, em média, 1mm para distal da inclinação axial dos incisivos centrais superiores e caninos superiores, e 0,5mm nos incisivos laterais superiores (Pawar *et al.*, 2011).

O sorriso gengival acomete cerca de 10% da população, entre 20 e 30 anos, sendo mais prevalente no sexo feminino (Rao; Sethi; Mody, 2013) e à medida que a

idade da população aumenta, a incidência dessa condição diminui em decorrência da perda do tônus muscular e mudanças na estrutura labial (Mendes, 2011; Ribeiro, 2021). Destaca-se que “sorriso gengival” é um termo técnico e descritivo para a condição de exposição gengival maior que 3mm ao sorrir, porém não se constitui como um real diagnóstico (Mendes, 2011).

A etiologia do sorriso gengival pode ser composta de diversas variantes, dentre elas ressalta-se: etiologias dentárias, musculares e ósseas, ou uma combinação desses fatores. É sabido que estão frequentemente associados ao ocasionamento do sorriso gengival, os seguintes fatores etiológicos: hiperplasia gengival, erupção passiva alterada e crescimento vertical excessivo de maxila. Em decorrência disso, há diversas possibilidades terapêuticas que requerem do profissional um fundamentado conhecimento teórico e experiência técnica para diagnosticar, planejar e executar de forma eficaz e longínqua este desafio clínico.

O aumento da coroa clínica dos dentes para reduzir a exposição de gengiva ao sorrir pode ser obtido por meio de procedimentos como a gengivoplastia ou a cirurgia a retalho total, a qual se dá em situações em que a crista óssea está próxima da junção cimento esmalte (JCE), e, dessa forma, a osteotomia é necessária para formação do tecido de inserção supracrestal (Silberberg; Goldstein; Smidt, 2009). Em outros casos, uma terapêutica ortopédica, ortodôntica e/ou ortognática pode ser indicada, de acordo com a seriedade, complexidade e etiologia da exposição gengival (Morris, 1965).

Em face do exposto, nota-se que há diversas modalidades terapêuticas para o tratamento do sorriso gengival, a depender de suas etiologias e do diagnóstico clínico feito pelo cirurgião-dentista. Alinhada aos anseios estéticos da sociedade, a odontologia contemporânea se utiliza de tais terapêuticas em busca de sanar a queixa de pacientes que apresentem sorriso gengival. Deste modo, este trabalho apresenta um relato de caso clínico de reposicionamento apical do retalho associado à osteotomia e osteoplastia para harmonização do sorriso em paciente acometido por sorriso gengival ocasionado pelo crescimento vertical excessivo de maxila.

2 RELATO DE CASO

Paciente J.A.O.M.P., sexo masculino, 22 anos de idade, estudante de Odontologia, compareceu à clínica de pós-graduação em Periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/Unesp), queixando-se de insatisfação com o sorriso gengival e desejo de aumentar a coroa clínica dos dentes anteriores superiores. Durante a anamnese, constatou-se boa condição de saúde sistêmica, sem hábitos de tabagismo e etilismo. Não possuía comorbidades e nem fazia uso contínuo de medicamentos. Durante o exame físico, observou-se que o paciente apresentava sorriso gengival, demonstrado pela grande exposição de gengiva ao sorrir, além de grande volume ósseo horizontal na tábua óssea vestibular, subjacente ao tecido gengival, da região anterior da maxila e dos corredores bucais (Figura 1). O periograma do paciente apresentou profundidade de sondagem menor que 3mm, ausência de sangramento gengival, recessões gengivais, cálculos dentários, degraus e mobilidade. Além disso, o fenótipo gengival detectado foi do tipo espesso e a mucosa queratinizada na região a ser operada media cerca de 3mm.

Diante dos achados no exame clínico, o diagnóstico foi de grande exposição gengival devido ao excesso vertical de maxila e grande volume ósseo horizontal subjacente ao tecido gengival (Figura 1), e o tratamento de eleição, buscando a resolutividade da queixa do paciente e harmonização do sorriso, foi reposicionamento apical do retalho associado à osteotomia e osteoplastia.

Antes de realizar o procedimento, foram apresentados os riscos e benefícios da cirurgia por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o processo teve início após o seu consenso e assinatura. Inicialmente, foi montada a mesa cirúrgica. Em seguida, procedeu-se com antissepsia intraoral feita com colutório de Digluconato de Clorexidina a 0,12% (Periogard – Colgate Palmolive Ind. e Com. Ltda, São Paulo-SP, Brasil), seguida da antissepsia extrabucal do paciente com PVPI 10% (Iodopovidona PVPI - Rioquímica S/A. Indústria, São José do Rio Preto-SP, Brasil), embebido em gaze estéril.

Para a anestesia foram utilizados tubetes de Mepivacaína a 2% associado à Epinferina 1:100.000 (Mepiadre – Nova DFL Ind. e Com. S.A. Rio de Janeiro-RJ,

Brasil), seringa carpule e agulha curta. As técnicas de eleição foram bloqueio do nervo infraorbitário direito e esquerdo e bloqueio do nervo nasopalatino, além de anestésias infiltrativas de fundo de sulco em toda região dos elementos anteriores superiores e isquemia das papilas interdentárias. Após a anestesia, procedeu-se à diérese dos tecidos por meio de incisão intrasulcular em toda a extensão vestibular da face distal do dente 15 à face distal do dente 25 (Figura 2). Após a incisão da área, iniciou-se o descolamento total do retalho mucoperiósteo por meio de movimentos de direcionamento ápico-lateral, utilizando Descolador de Molt (Figura 3). O descolamento deu-se até ultrapassar a linha mucogengival para que houvesse maior mobilidade do retalho, e assim, cessou-se o rebatimento do retalho e iniciou-se a osteotomia e a osteoplastia, com brocas diamantadas nº06 e nº3118, respectivamente, em alta-rotação sob irrigação constante de soro fisiológico 0,9% estéril (Figura 4).

Para a osteotomia, calculou-se o tamanho adequado da visualização dos dentes pela linha do sorriso máximo do paciente, e a partir dessa posição, retirou-se 3mm de osso em altura com objetivo de restabelecer o espaço de inserção supracrestal, preservando essa distância biológica entre a JCE e crista óssea, atentando-se ao princípio do zênite gengival (Figura 5). Observou-se que, em alguns elementos dentários, a margem da crista óssea encontrava-se no nível da JCE, o que impedia a devida acomodação dos tecidos supracrestais previamente à osteotomia.

Para a osteoplastia, buscou-se amenizar a espessura proeminente da tábua óssea vestibular de toda região anterior e corredores bucais bilaterais, visando anular degraus ósseos e obtenção de ângulo 0° entre cervical dos dentes e crista óssea (Figura 6), permitindo uma anatomia mais delicada e refinada ao tecido ósseo.

Na sequência, reposicionou-se o retalho rente à crista óssea e procedeu-se com suturas interrompida simples nas papilas interdetais com Vicryl 5-0 (Ethicon - Johnson & Johnson do Brasil Ind. Com. Prod. para Saúde Ltda, São Bernardo do Campo, Brasil), (Figura 7), a fim de manter o reposicionamento apical do retalho e sua devida adaptação às novas dimensões conferidas às coroas clínicas dos dentes, bem como a correta acomodação da gengiva sobre o tecido ósseo subjacente.

Finalizados os tempos cirúrgicos, o paciente foi instruído quanto às orientações pós-operatórias de dieta, higiene e terapêutica medicamentosa, a qual consistiu na prescrição de Azitromicina 500mg (1 comprimido a cada 12 horas por 5 dias), Nimesulida 100mg (1 comprimido a cada 12 horas por 3 dias) e Dipirona 500mg (1 comprimido a cada 6 horas) se houvesse dor. Fisioterapia térmica com compressa fria sobre a face nas primeiras 24 horas também foi recomendada ao paciente para redução de edema. O controle pós-operatório foi realizado após 14 dias da cirurgia com remoção das suturas (Figura 9), e novamente após 2 anos (Figura 10). A essa data, o paciente relatou contentamento com o resultado obtido por meio da cirurgia e a devida resolução da sua queixa estética.

3 DISCUSSÃO

Diante do exposto, a cirurgia de reposicionamento apical do retalho associada à osteotomia e osteoplastia para correção de sorriso gengival descrita aumentou a coroa clínica dos dentes e diminuiu a exposição de tecido gengival durante o sorriso, observando-se assim, a resolução da queixa estética do paciente. A conservação da mucosa queratinizada pela técnica cirúrgica escolhida, permitiu a manutenção e saúde do periodonto, sem recessões gengivais a longo prazo e estabilização da margem gengival com contorno festonado e harmonioso. O tecido gengival mostrou-se estável e bem adaptado, mesmo após dois anos, indicando a resolução satisfatória do caso clínico.

Como discorrido anteriormente neste trabalho, a etiologia do sorriso gengival pode ser complexa, abrangendo etiologias dentárias, musculares, ósseas e esqueléticas ou uma combinação de fatores. A hiperplasia gengival, a erupção passiva alterada e o crescimento vertical excessivo da maxila são algumas das etiologias que podem ocasionar esse fenômeno (Araújo; Kina; Bruguera, 2007).

Tratando-se da hiperplasia gengival, esta é uma condição em que há aumento no volume gengival decorrente de efeitos adversos de fármacos como anticonvulsivantes, imunossupressores e bloqueadores de canais de cálcio, além de condições patológicas de acúmulo de biofilme dental que induz à inflamação gengival. Dentre as opções de tratamento para hiperplasia gengival, salienta-se: gengivoplastia, gengivectomia, reposição apical do retalho, extrusão ortodôntica e cirurgia ortognática, a depender do diagnóstico clínico (Farias *et al.*, 2009). Quanto à erupção passiva alterada, de acordo com (Garber; Salama, 1996), refere-se a uma condição clínica na qual a margem gengival não acompanha a erupção dos dentes, resultando em coroas clínicas de tamanhos variados cobertas por tecido gengival, fato este que pode ser ocasionado por um lábio superior curto ou tração excessiva do lábio. Para abordagem terapêutica no tratamento da erupção passiva alterada, pode-se indicar técnicas cirúrgicas periodontais e/ou extrusão ortodôntica, a depender do diagnóstico clínico e etiologia envolvida no caso (Fernández-González; Arias-Romero; Simonneau-Errando, 2005; Garber; Salama, 1996). Por fim, o crescimento vertical excessivo de maxila é uma condição que se manifesta por meio de grande exposição

de tecido gengival ao sorrir e sobre sua etiologia, encontra-se na literatura: fatores genéticos, funcionais (respiração bucal e deglutição inadequada), além de fatores ambientais e patológicos (excesso de hormônio de crescimento e síndromes genéticas). Os tratamentos a serem propostos dependem do diagnóstico clínico, sendo eles: tratamento ortopédico e ortodôntico, se o paciente estiver em fase de desenvolvimento ósseo, gengivoplastia, reposicionamento apical do retalho associado a osteotomia, se houver necessidade de manutenção de faixa adequada de gengiva queratinizada, e cirurgia ortognática (Morris, 1965; Silberberg; Goldstein; Smidt, 2009).

Tendo em vista que o tratamento de eleição deve ser individualizado para cada paciente, um planejamento adequado e eficaz, bem como a atenção meticulosa aos detalhes, é imprescindível para a resolução do sorriso gengival. Nos casos de excesso vertical de maxila, como este relatado, o sorriso do paciente apresenta dentes de proporções coronais normais, e uma quantidade excessiva de osso na tábua óssea vestibular da maxila, coberta por periodonto normal (Figura 1). Considerando-se que a gengiva queratinizada é um tecido de extrema importância para a proteção e manutenção da saúde periodontal, prevenindo a instalação de doenças periodontais e a ocorrência de recessões gengivais (Araújo; Barros, 2018), o reposicionamento apical associado à osteotomia torna-se uma opção de tratamento seguro e previsível para solucionar casos de sorriso gengival nestes pacientes (Lindhe; Lang; Karring, 2010). Assim, frente à queixa estética do paciente e ao correto diagnóstico clínico, a cirurgia a retalho com reposicionamento apical associado à osteotomia e osteoplastia, foi o tratamento de escolha para resolução do caso. Este procedimento permite reduzir a quantidade de tecido gengival visível durante o sorriso e reposicionar a gengiva sobre o osso subjacente a fim de criar uma linha gengival mais harmoniosa, atendendo às necessidades estéticas do paciente e mantendo a saúde e a função do periodonto a longo prazo, visto que, nesses casos, o sulco gengival apresenta uma profundidade de sondagem normal (Keim, 2001) e a retirada de tecido mole poderia resultar em danos periodontais e sequelas estéticas.

A técnica do reposicionamento apical do retalho preconiza a realização de um retalho mucoperiósteo de espessura total permitindo o acesso ao tecido ósseo sem necessidade de remover tecido gengival (Figura 3). O recontorno do tecido ósseo, por

meio da osteotomia e osteoplastia, permite corrigir irregularidades e protuberâncias ósseas e restabelece a distância de inserção dos tecidos supracrestais (Figura 5 e 6). Observou-se que, no caso relatado, a profundidade de sondagem do paciente era inferior a 3mm e, em alguns elementos dentários, a crista óssea encontrava-se justaposta à JCE, o que causava recobrimento de parte da coroa clínica pelo tecido gengival e impedia a devida acomodação dos tecidos supracrestais, fato este solucionado pela osteotomia e reposicionamento apical do retalho. Dentre as diversas vantagens apresentadas pelo procedimento de retalho posicionado apicalmente, as mais enfatizadas são o controle da posição da margem gengival pós operatória e a preservação do complexo mucogengival (Lindhe; Lang; Karring, 2010). Isso porque, durante a cicatrização, a margem gengival acompanha a nova JCE determinada pela osteotomia, preservando o tecido queratinizado (Lindhe; Lang; Karring, 2010).

Todavia, como toda técnica cirúrgica periodontal, a cirurgia a retalho com reposicionamento apical associado à osteotomia e osteoplastia não é isenta de limitações e desafios técnicos. Durante a ressecção óssea é imprescindível respeitar a distância de 3mm da JCE até a crista óssea para a saúde periodontal (Figura 5). Seguir essa distância evita a exposição excessiva das superfícies radiculares, o que poderia levar a problemas estéticos indesejados, aumento da sensibilidade radicular e também a recidiva do sorriso gengival em casos que essa distância biológica (espaço de inserção supracrestal) não seja devidamente restabelecida. Além disso, o uso constante de irrigação com soro fisiológico 0,9% durante a cirurgia é essencial para manter a saúde e a vitalidade do tecido ósseo, prevenindo necroses e danos irreversíveis, evitando assim complicações pós-operatórias (Lindhe; Lang; Karring, 2010). Outro aspecto importante a ser considerado durante a osteotomia e osteoplastia é garantir que o novo contorno ósseo obtenha ângulo 0° em relação à superfície do dente (Figura 6). Esse posicionamento facilita a melhor acomodação do tecido gengival após a reposição do retalho, favorecendo uma cicatrização adequada e resultados estéticos mais satisfatórios. Essas precauções são fundamentais para o sucesso da terapêutica de escolha e a satisfação do paciente com a estética, harmonia e simetria das estruturas componentes do sorriso (Carvalho *et al.*, 2008).

Portanto, quando corretamente indicado, planejado e executado, o reposicionamento apical do retalho com osteotomia e osteoplastia, é um procedimento

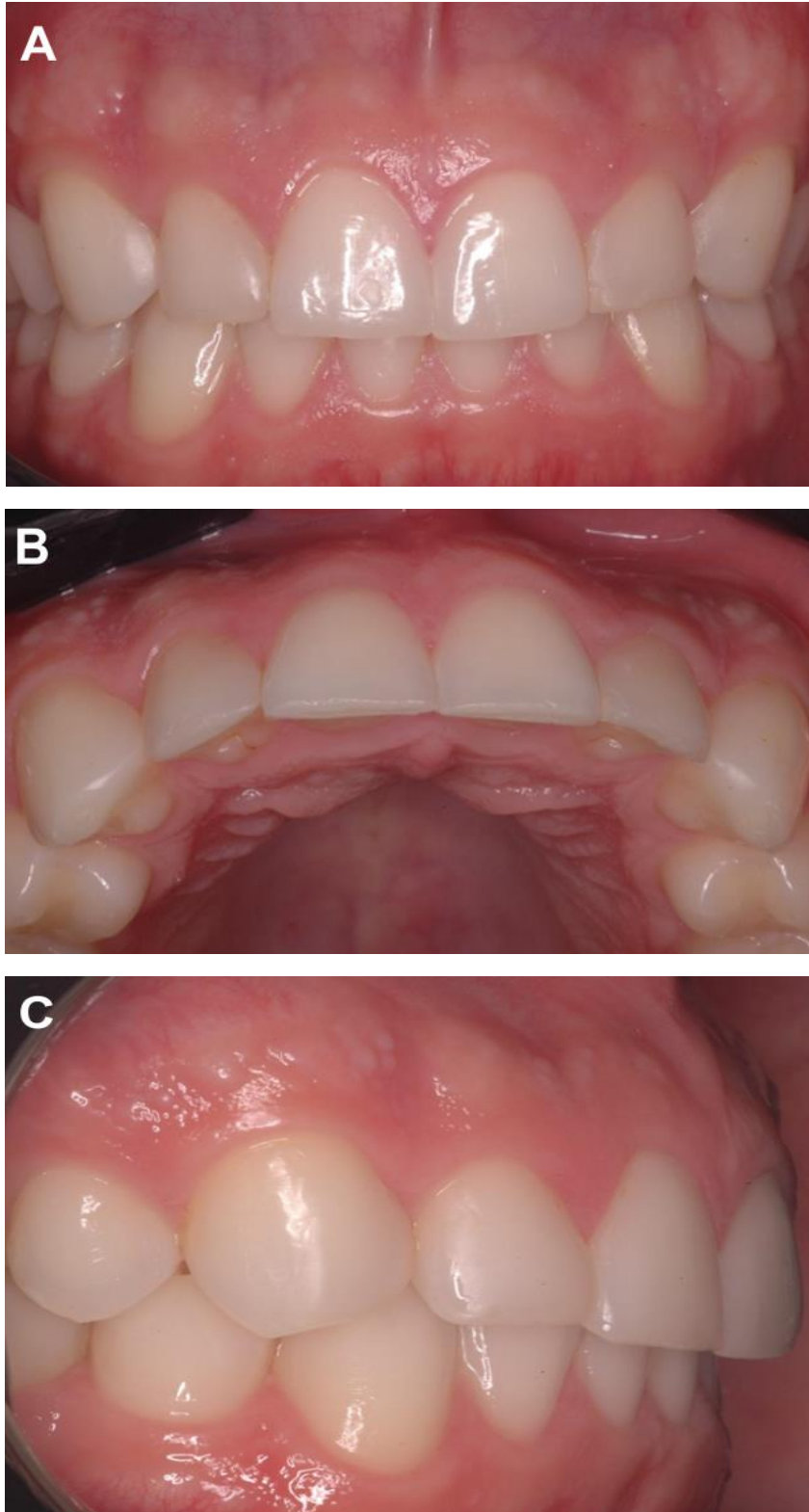
de cirurgia plástica periodontal com resultados muito previsíveis e com alto índice de sucesso e de satisfação dos pacientes (Lindhe; Lang; Karring, 2010).

4 CONCLUSÃO

A partir do exposto, pode-se concluir que a correta indicação da técnica e planejamento cirúrgicos para o caso, baseados em um refinado conhecimento técnico-científico acerca da estética periodontal - e sua contribuição na harmonia do sorriso - bem como amplo saber a respeito da anatomia óssea e gengival, permitiram a assertividade na resolução do tratamento ao atingir o objetivo da intervenção, uma vez que o assentimento final se deu por meio do relato do paciente, o qual referiu seu contentamento com a menor exposição de tecido gengival ao sorrir e satisfação com a harmonia do sorriso. Desta forma, conclui-se que o reposicionamento apical do retalho associado à osteotomia e osteoplastia é um procedimento com previsibilidade e alto índice de sucesso, quando indicado para pacientes que necessitem corrigir o sorriso gengival em virtude do excesso vertical de maxila.

FIGURAS

FIGURA 1 - Aspecto pré-operatório exibindo grande exposição gengival devido ao crescimento vertical excessiva de maxila. Vista: frontal (A), oclusal (B) e lateral (C).



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

Figura 2 - Incisão intrasulcular na extensão vestibular da face distal do dente 15 à face distal do dente 25.



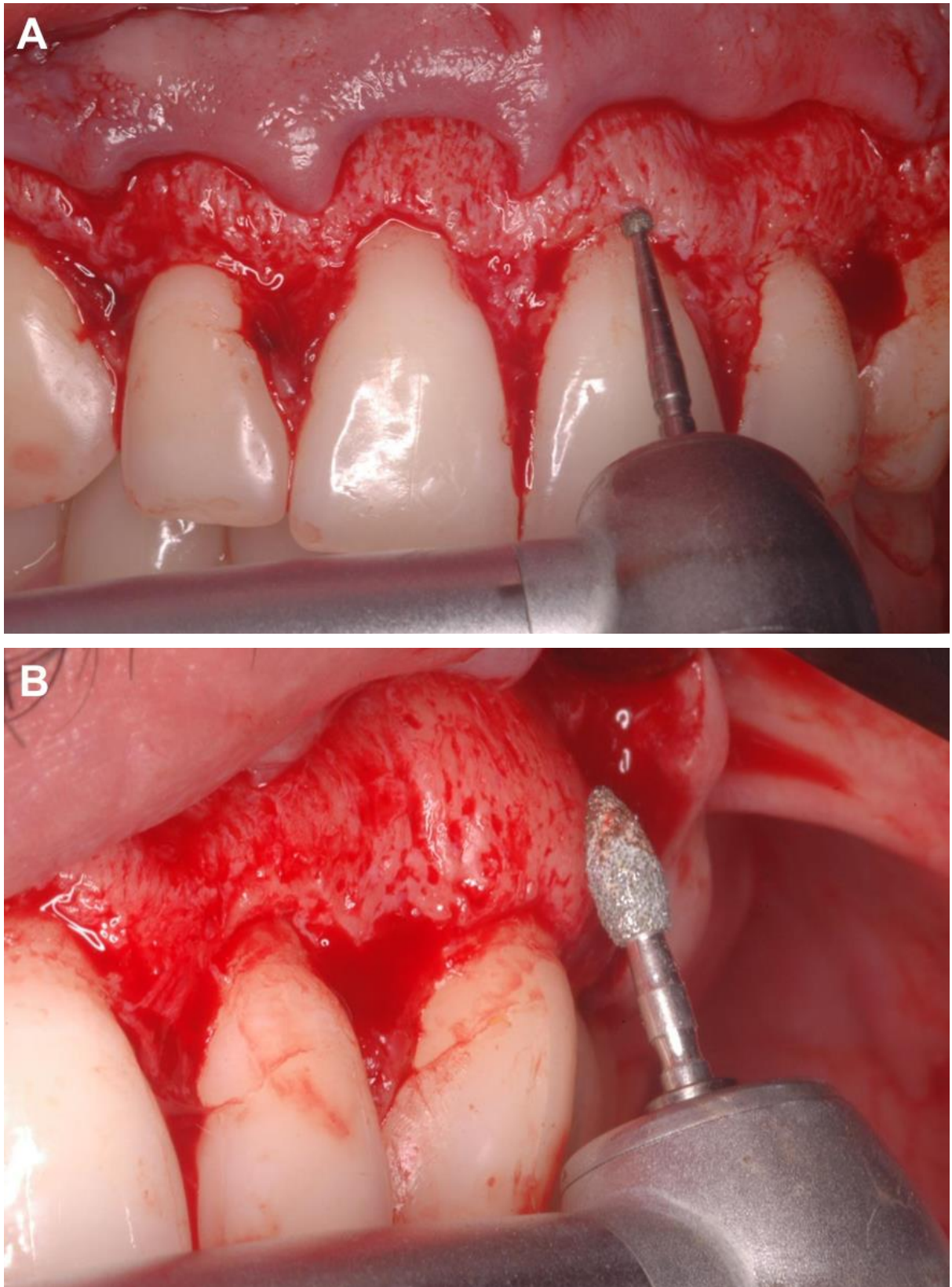
Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

Figura 3 - Descolamento total do retalho mucoperiosteal.



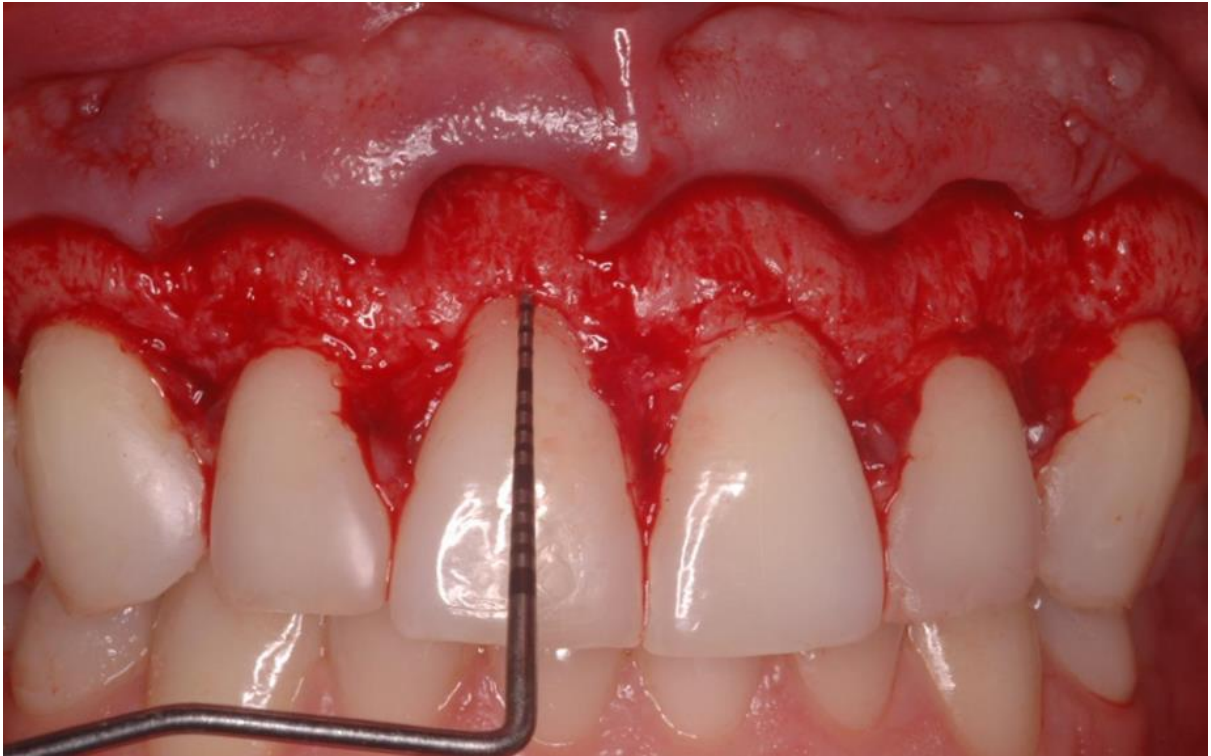
Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

Figura 4 - Osteotomia (A) e aspecto do volume ósseo horizontal prévio à osteoplastia (B) com brocas diamantadas nº06 e nº3118, respectivamente.



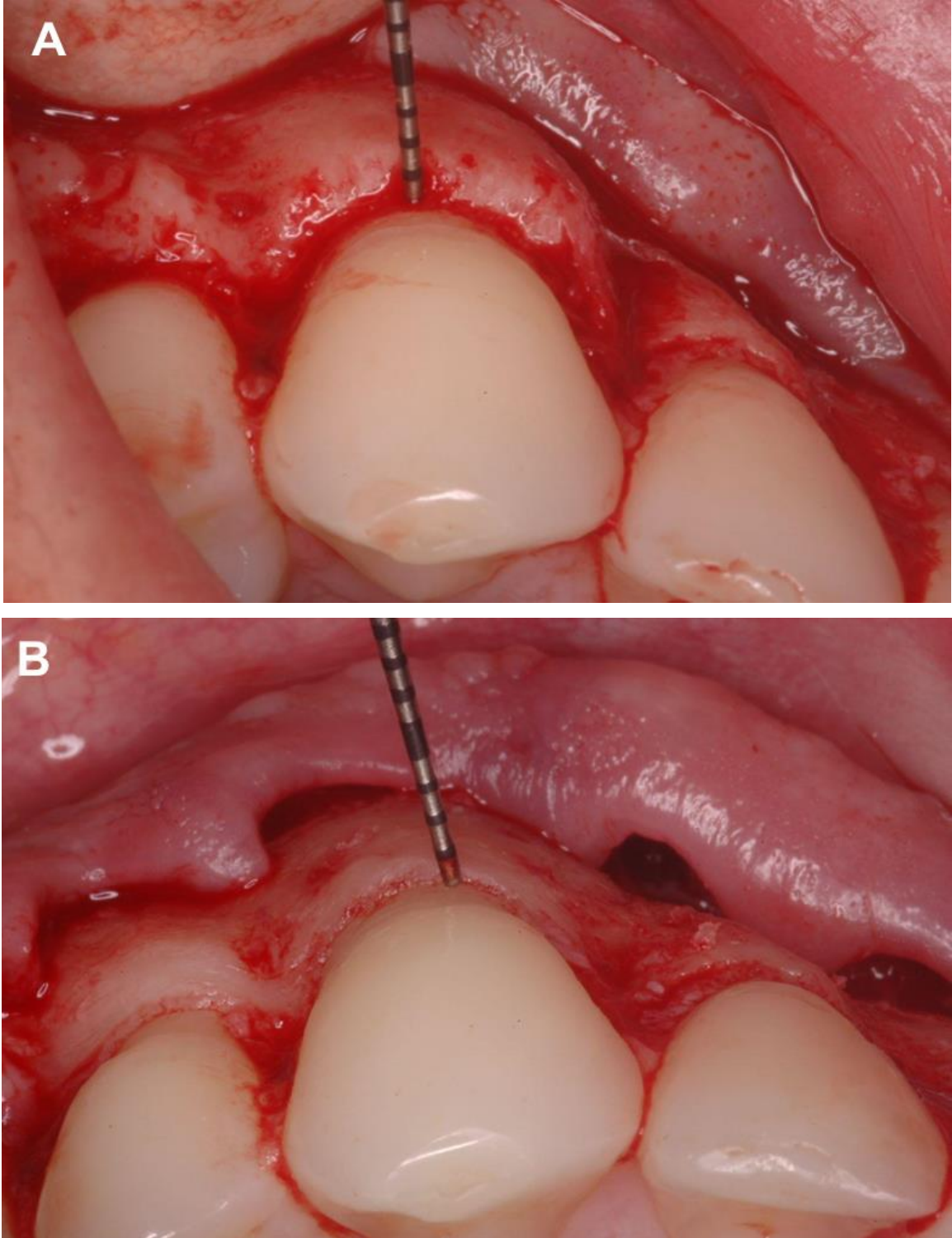
Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

Figura 5 - Restabelecimento da distância de 3mm da JCE até crista óssea, para preservação do espaço de inserção supracrestal.



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

Figura 6 - Osteoplastia da tábua óssea vestibular, reduzindo espessura óssea horizontal e conferindo ângulo 0° entre cervical dos dentes e crista óssea. Antes da osteoplastia (A) e depois da osteoplastia (B).



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

Figura 7 - Sutura interrompida simples nas papilas interdetais.



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

Figura 8 - Pós-operatório imediato na vista lateral.



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

Figura 9 - Controle pós-operatório após 14 dias da cirurgia.



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

Figura 10 - Controle pós-operatório após 2 anos de cirurgia.



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. K. C.; BARROS, T. K. M. **Sorriso gengival: etiologia, diagnóstico e tratamento por intermédio de gengivectomia e gengivoplastia**, 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário São Lucas de Porto Velho, Universidade de Rondônia, Porto Velho, 2018.
- ARAÚJO, M.; KINA, S.; BRUGERA, A. Manejo do sorriso gengivoso. **Revista Dental Press Periodontia e Implantodontia**, v. 1, p. 68-75, 2007.
- AZENHA, C. R.; MACLUF FILHO, E. **Protocolos em ortodontia: diagnóstico, planejamento e mecânica**. 2. ed. Nova Odessa: Napoleão, 2008
- CARVALHO, P. M.; CURY, P. R.; SILVA, R. C.; JOLY, J. C.; CIOTTI, D. L. Tratamento de pigmentação melânica gengival por abrasão epitelial: relato de casos clínicos. **Revista Dental Press Periodontia e Implantologia**, v. 2, n. 1, p. 47-57, 2008.
- FARIAS, B. C.; FERREIRA, B.; MELO, R. S. A.; MOREIRA, M. F. Cirurgias periodontais estéticas: revisão de literatura. **International Journal of Dentistry**, v. 8, n. 3, p. 160-166, 2009.
- FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, R.; ARIAS-ROMERO, J.; SIMONNEAU-ERRANDO, G. Erupción pasiva alterada: repercusiones en la estética dentofacial. **RCOE**, v. 10, n. 3, p. 289-302, 2005.
- FOWLER, P. Orthodontics and orthognathic surgery in the combined treatment of an excessively “gummy smile”. **New Zealand Dental Journal**, v. 95, n. 420, p. 53-54, 1999.
- GARBER, D. A.; SALAMA, M. A. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. **Periodontology 2000**, v. 11, p. 18-28, 1996.
- KEIM, R. G. Aesthetics in clinical orthodontic-periodontic interactions. **Periodontology 2000**, v. 27, p. 59-71, 2001.
- LINDHE, J.; LANG, N. P.; KARRING, T. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MATOS, R. C. N. **Sorriso gengival**: etiologia, diagnóstico e tratamento. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, 2019.

MENDES, A. P. M. **Sorriso gengival**: etiologia, diagnóstico e opções de tratamento. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa, Universidade de Portugal, Lisboa, 2011.

MORRIS, M. L. Suturing techniques in periodontal surgery. **Periodontics**, v. 3, p. 84-89, 1965.

PAWAR, B.; MISHRA, P.; BANGA, P.; MARAWAR, P. P. Gingival zenith and its role in redefining esthetics: a clinical study. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 15, n. 2, p. 135-138, 2011.

RAO, P. K.; SETHI, K. S.; MODY, N. Prevalence and characteristics of gingival smile: a cross-sectional study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 7, n. 12, p. 2848-2850, 2013.

RIBEIRO, L. C. **Harmonização do sorriso gengival através da gengivoplastia e gengivectomia**: uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário AGES de Paripiranga, Universidade da Bahia, Paripiranga, 2021.

SILBERBERG, N.; GOLDSTEIN, M.; SMIDT, A. Excessive gingival display--etiology, diagnosis, and treatment modalities. **Quintessence International**, v. 40, n. 10, p. 809-818, 2009.

TUMENAS, I.; ISHIKIRIAMA, S. M. **Planejamento estético integrado em periodontia/dentística**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.