



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

Guilherme Silveira Coelho Pimenta

**Gengivoplastia Associada a Osteotomia
para Harmonização do Sorriso.**

Araçatuba – SP

2018

Guilherme Silveira Coelho Pimenta

**Gengivoplastia Associada a Osteotomia para
Harmonização do Sorriso.**

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 – SP

2018

Dedicatória

*Ofereço esta conquista primeiramente à **Deus**, por me dar força, saúde, a me ensinar que tudo na vida tem um propósito e que me guia na busca da minha missão neste lugar, como homem e em breve como Cirurgião Dentista, ao meu avô **José Cândido da Silveira**, por ser minha luz, que sempre sonhou com a minha formação e que mesmo na sua ausência física, sempre esteve ao meu lado, ao meu pai **Pedro Luiz Pimenta Coelho** e à minha mãe **Keila Santos da Silveira**, que além de toda dedicação, apoio e amor incondicional que me deram durante toda minha vida, sempre batalharam e nunca mediram esforços para que eu pudesse estar aqui hoje, à minha avó **Maria Clarette Santos da Silveira**, por todo amor, cuidado e proteção que sempre me ofereceu, à minha madrinha **Kariny Santos da Silveira** e ao meu tio **Arilson Parreira da Silveira**, por todo amor, educação e presença em todas as fases da minha vida, à minha afilhada **Lavinia Parreira da Silveira**, que desde o seu nascimento trouxe muita luz e vida a nossa família, e por fim à minha namorada e companheira **Victoria Berriel**, por todo amor, dedicação, paciência e lealdade nesses anos juntos, sempre me apoiando e incentivando em todos os momentos. Obrigado por serem “pilares” na minha vida, que me sustentam, que nunca deixaram eu me distanciar da minha essência, do meu caráter e que me dão condições de voar e buscar sempre o melhor de mim. É com muito orgulho e carinho que dedico à vocês essa conquista, sou eternamente grato a cada um de vocês.*

Agradecimentos

Agradeço à Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, pela excelente formação que me proporcionou.

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

*À **Banca Examinadora**, Prof. Dr. Juliano Milanezi de Almeida, Prof. Adj. Celso Koogi Sonoda, e à Doutoranda Nathália Januario de Araujo, pela disponibilidade em avaliar o meu trabalho. Contribuindo imensamente para minha formação.*

Ao Prof. Dr. Juliano Milanezi de Almeida, que desde o primeiro contato, mantivera sempre solícito, exercendo o seu dom de Professor, rodeado de aprendizes diferenciados como tal e que me proporcionou um aprendizado imensurável. Tenho muita admiração pelo profissional e pela pessoa que é; com certeza nos reencontraremos pela vida.

Ao Prof. Adj. Celso Koogi Sonoda, que é orientador da minha ala na disciplina de Clínica Integrada nesse último ano da graduação, por ter tido o privilégio de vivenciar uma didática objetiva e com extrema competência, sempre acessível e com muita naturalidade.

À Doutoranda Nathália Januario de Araujo, por toda atenção, carinho e delicadeza de conduzir todo o meu trabalho. Além disso, ter sido a responsável por abrir as portas da disciplina de Periodontia e ter acesso a esse mundo da iniciação científica que mesmo

que por um curto espaço de tempo, me proporcionou outra dimensão ao conhecimento. Serei eternamente grato por tudo que fez por mim e estarei sempre torcendo e comemorando as suas conquistas.

*Ao Doutorando **David Jonathan Rodrigues Gusman**, pela atenção, calma e amizade durante a minha iniciação científica.*

À todos os professores e funcionários que estiveram comigo durante toda essa trajetória e que me ajudaram, de alguma forma, a chegar até aqui.

Agradecimentos Especiais

*Aos meus pais, **Pedro e Keila**, por me darem condições e estrutura emocional para que eu pudesse realizar os meus sonhos. Vocês dois, são tudo na minha vida!*

Aos meus familiares, por todo amor e dedicação para o meu crescimento.

*À minha namorada **Victoria**, por tudo que nosso relacionamento nos proporciona e o mais importante, a vontade seguir caminhando juntos.*

*À **República Acasalar**, por todos que passaram por essa casa e aos amigos com quem morei por três dos cinco anos da minha graduação, os melhores momentos e as melhores experiências.*

*Aos amigos do “**Beer de Munique**”, Henrique Abe, Arthur Lacerda, Flávio Duarte, Vinícius Orasmo, Tiago Esgalha e Lucas Marcondes, que apesar do rendimento futebolístico ter diminuído, nos mantivemos unidos por todos esses 5 anos e foram os melhores amigos que alguém poderia ter.*

*Aos amigos que a **Unesp** me presenteou, Fernanda Zabatiero, Denis Watanabe, Priscila Vedoatto, Victor Tosta, Hugo Menegolo, Marília Bérghamo, Marcela Dacoll, Rafaela Gaião, Marisa Alves, Laís Maibashi, Bianca Bernardes, Camila Cerantula, Thaís Genesini, Mariana Souza,, Yugo Honda, Heitor Cecílio, Afonso Castro, Leonardo Raniel, Caio Faria, Rogério Vidal, Victor Scalet, João Victor Lion, Mateus Sampaio, Gabriel Sampaio, Pedro Augusto e Antônio Júnior, pela amizade e por tudo que vivemos juntos.*

*Aos amigos de **Passos – MG**, que apesar da distância, sempre mantivemos conectados e a cada reencontro, a satisfação de compartilhar e ouvir experiências semelhantes com as que eu vivia “lá fora”.*

*Aos amigos de **Luiz Antônio – SP**, pela amizade e por todas as histórias que essa conexão “L.A – ATA” nos proporcionou.*

*Á **Turma 60**, pelo orgulho de fazer parte dessa turma e juntos fecharmos esse ciclo tão especial das nossas vidas.*

*Á **Comissão de Formatura**, pela amizade, dedicação, competência e trabalho em equipe. Tenho certeza, que todo o esforço será recompensado em nossa formatura.*

*Á minha terapeuta **Ana Maria de Oliveira Silva**, que me acompanha desde o meu segundo ano, que nunca me deixou esquecer o motivo de eu estar aqui em Araçatuba. Além disso, me conhecer a fundo e vivenciar todos os desafios e emoções que eu passei durante esses 5 anos. Serei eternamente grato por todas as nossas sessões.*

*E por fim, ao meu amigo **Maurício Mariano**, agradecer pela nossa amizade, fruto de uma relação profissional, tamanha confiança, ter se tornado um irmão.*

Epígrafe

*“Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis
a nós mesmos.” Friedrich Nietzsche*

Pimenta, GSC. **Gengivoplastia Associada a Osteotomia para Harmonização do Sorriso**. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

Resumo

A estética dentro da odontologia engloba procedimentos multidisciplinares, dentre eles, técnicas cirúrgicas para correções de imperfeições no sorriso. O sorriso gengival associado a coroa clínica curta comprometem a estética do sorriso e interfere no comportamento social e auto-estima do paciente. Buscando resultados estéticos e funcionais, várias técnicas são propostas para a remoção do tecido gengival. Assim o presente estudo tem como objetivo apresentar um caso clínico submetido a gengivoplastia associado a osteotomia. Paciente de 22 anos, gênero masculino, não fumante e com boa higiene bucal, apresentou-se a disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, com queixa de “sorriso infantil”, dentes curtos e estética desfavorável. Após o diagnóstico de erupção passiva alterada, foi planejado e executado as técnicas de gengivoplastia e osteotomia para correção da estética do sorriso. Após o tratamento cirúrgico e acompanhamento do caso durante 24 meses, verificou-se que a associação das duas técnicas obteve sucesso clínico final, removendo o tecido gengival em excesso, aumentando a coroa clínica e devolvendo o espaço biológico conferindo satisfação estética do paciente e harmonia do sorriso.

Palavras-chave: Sorriso. Gengivoplastia. Osteotomia.

Pimenta, GSC. **Gingivoplasty Associated with Osteotomy for Smile Harmonization.**
Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

Abstract

The aesthetics within dentistry encompasses multidisciplinary procedures, among them, surgical techniques for correction of imperfections in the smile. The gingival smile associated with the short clinical crown compromises the aesthetics of the smile and interferes with the patient's social behavior and self-esteem. Looking for aesthetic and functional results, several techniques are proposed for gingival tissue removal. Thus the present study aims to present a clinical case submitted to gingivoplasty associated with osteotomy. Patient, 22 years old, masculine, non smoker and with good oral hygiene, presented the periodontics discipline of the Faculty of Dentistry of Araçatuba - UNESP, with complaint of "infant smile", short teeth and unfavorable aesthetics. After the diagnosis of altered passive eruption, the techniques of gingivoplasty and osteotomy were planned and executed to correct the smile aesthetics. After the surgical treatment and follow up of the case for 24 months, it was verified that the association of the two techniques obtained a final clinical success, removing excess gingival tissue, increasing the clinical crown and returning the biological space conferring aesthetic satisfaction of the patient and smile harmony.

Keywords: Smile. Gingivoplasty. Osteotomy.

Listade Figuras

Figura 1: Sorriso inicial. Observar as coroas clínicas curtas e excesso de exposição gengival.

Figura 2: Sondagem com sonda milimetrada.

Figura 3: Transferência das medidas para parte externa da gengiva.

Figura 4: Marcação dos pontos sangrantes para orientação da incisão primária.

Figura 5: Incisão primária realizada com gengivótomo de Kirkland.

Figura 6: Incisão primária finalizada.

Figura 7: Incisão com gengivótomo de Orban.

Figura 8: Gengivoplasta finalizada.

Figura 9: Confeção do retalho de espessura total com auxílio de lâmina de bisturi nº 15c.

Figura 10: Exposição do tecido ósseo.

Figura 11: Osteotomia e osteoplastia com auxílio de brocas esféricas.

Figura 12: Osteotomia e Osteoplastia finalizada.

Figura 13: Reposicionamento apical do retalho e suturas interproximais.

Figura 14: Pós operatório de 15 dias.

Figura 15: Completa cicatrização da área após 90 dias.

Figura 16: Sucesso do tratamento realizado após 24 meses da cirurgia.

Lista de Abreviaturas e Siglas

JCE- Junção cimento-esmalte

Sumário

1.INTRODUÇÃO	14
2. PROPOSIÇÃO	16
3.RELATO DE CASO CLÍNICO	17
4. DISCUSSÃO	20
5. CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
FIGURAS	27

1. Introdução

Os padrões estéticos da sociedade atual exigem um sorriso bonito e harmonioso, incentivando a procura de tratamento odontológico para correções de imperfeições no sorriso. (Mandarino,2003).A avaliação estética de um paciente deve incluir exame extra-oral, labial, periodontal e dentário. O sorriso atraente e saudável é um equilíbrio entre a forma e a simetria dos dentes, lábios e tecidos gengivais, bem como a maneira como se relacionam e se harmonizam com o rosto do paciente. (Garber&Salama,1996).

A exibição de tecido gengival excessivo na maxila ao sorrir descrita como "sorriso gengival", vem sendo uma queixa frequente entre os pacientes. Além disso, a presença de um sorriso gengival pode levar a diversas alterações no comportamento social e psicológico do indivíduo como a timidez, o comprometimento da auto-estima e diversas formas de restrição. (Ottoni,2006). As causas que determinam a falta de estética do sorriso são múltiplas e podem envolver diversas estruturas anatômicas isoladamente, mas também combinadas. (Zuchelli,2015).

Na Periodontia três fatores etiológicos estão frequentemente associados ao sorriso gengival: o excesso maxilar anterior que é caracterizado por um crescimento vertical excessivo da maxila. Manifesta-se por visualização excessiva da estética vermelha mantendo, no entanto, as proporções dentárias e profundidade de sulco normais e aspecto gengival saudável.(Ottoni,2006).Outro fator é o crescimento gengival,que pode ser observado em pacientes que relatam o uso de determinados medicamentos como imunodepressores, anticonvulsivantes e bloqueadores de canais de cálcio. (Ottoni,2006).

E por fim, o outro fator etiológico mais frequente é a erupção passiva alterada. O processo de erupção é classificado em erupção ativa e passiva. A erupção ativa consiste no movimento oclusal do dente até entrar em contato com o seu antagonista. Este movimento vertical faz com que o tecido gengival se desloque juntamente com a coroa dentária (Alpiste-Illueca, 2011). A erupção passiva corresponde ao deslocamento apical do epitélio juncional e inserção conjuntiva supra-alveolar, quando o dente oclui com o seu antagonista (Espín et al., 2013; Alpiste-Illueca, 2011, Cairo et al., 2012). Nesta fase, ocorre exposição gradual da coroa clínica, o sulco gengival e o epitélio juncional atingem a sua posição final, sobre o esmalte. No final, a coroa clínica corresponderá,

aproximadamente a 2/3 da coroa anatômica (Espín et al., 2013). Quando a erupção passiva se apresenta ainda incompleta em pacientes que, pela idade, completaram a fase de aumento ósseo maxilar, 18 a 20 anos na mulher e 20 a 22 de idade no homem, ela é denominada “erupção passiva alterada”.(Zuchelli, 2015). Contudo, como em qualquer âmbito da saúde, para se tratar uma determinada patologia é preciso que se determinem estratégias e procedimentos terapêuticos baseados em um diagnóstico preciso. (Ottoni,2006).

Desta forma, quando é diagnosticado um sorriso gengival devido a erupção passiva alterada, como consequência o indivíduo apresenta as coroas clínicas curta, existem técnicas cirúrgicas para aumentar a coroa dos elementos dentários tais como:gengivectomia e gengivoplastia, estes procedimentos cirúrgicos estão relacionados apenas a remoção do tecido gengival. Nesse caso, a gengivectomia consiste na remoção parcial da gengiva com o objetivo de reduzir ou eliminar a parede de tecido mole em regiões com bolsa periodontal. Enquanto que a gengivoplastia consiste em remodelar cirurgicamente a gengiva, dando-lhe um contorno fisiológico (AAP,2001).

Outra técnica cirúrgica muito utilizada é a cirurgia óssea ressectiva que tem como propósito restabelecer as dimensões do espaço biológico, melhorar o controle de placa, otimizar a estética, a oclusão e a função mastigatória(Friedman,1995). Os termos osteoplastia e osteotomia são utilizados quando o tecido ósseo é removido. A osteoplastia tem como finalidade criar uma forma fisiológica do osso alveolar sem remover osso de suporte. Já na osteotomia, o osso de suporte, ou seja, o osso que se encontra diretamente na inserção do dente é removido (Friedman,1995).

2. Proposição

Desta forma, o objetivo do nosso trabalho é mostrar a associação das técnicas cirúrgicas de gengivoplastia e osteotomia na promoção da harmonia do sorriso.

3. Relato do caso

Paciente de 22 anos, gênero masculino, não fumante, sem alterações sistêmicas e com boa higiene bucal, apresentou-se à disciplina de periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, com queixa de “sorriso infantil”, dentes curtos e estética desfavorável. Durante exame clínico intrabucal foi observado que as coroas clínicas dos elementos dentários da arcada superior e inferior encontravam-se encurtadas devido à erupção passiva alterada (Figura 1), confirmada através do exame de sondagem periodontal com sonda milimetrada, (Hy-Friedy®, Chicago, USA), por apresentar junção mucogengival apical à crista óssea e, por ter menos de 2 mm entre a junção cimento-esmalte e a crista óssea. O paciente apresentava aumento de volume em toda extensão vestibular do rebordo, o que pôde ser confirmado após o exame clínico que se tratava de aumento do volume ósseo. A terapia de escolha teve como objetivo o aumento da coroa clínica no sextante superior anterior, por meio de gengivoplastia associada a osteotomia e osteoplastia, devido ao volume ósseo encontrado.

Antes dos procedimentos cirúrgicos o paciente foi submetido aos procedimentos periodontais básicos como: raspagem e alisamento radicular, controle e orientações de higiene bucal. Todos os procedimentos cirúrgicos foram realizados sob anestesia local com mepivacaína 2% associado a epinefrina, a uma concentração de 1: 100.000 (Nova DFL, Indústria e Comércio S.A, Rio de Janeiro, Brasil). Após a anestesia, a sonda milimetrada foi introduzida paralelamente ao longo eixo dos dentes até atingir o fundo de sulco (Figura 2). Em seguida, procedeu-se à transferência dessas medidas para a superfície externa da gengiva (Figura 3), obtendo-se as marcações ou pontos sangrantes (Figura 4), para servirem como referência para realização da incisão primária. Para cada dente, foram realizadas três marcações por vestibular (mesial, medial e distal). Realizou-se, então, a incisão primária utilizando o gengivótomo de Kirkland seguindo uma angulação de 45 graus em relação ao longo eixo dos dentes (Figura 5). Após a confecção da incisão primária (Figura 6), uma segunda incisão foi realizada na região das papilas interdentais com gengivótomo de Orban nº 1 e 2 posicionado a 45 graus em relação ao longo eixo dos dentes (Figura 7). Após remoção do tecido gengival em excesso da superfície vestibular e papilas interdentais, foi utilizado o gengivótomo de Kirkland para realização de plastia gengival. Na sequência, com o auxílio da cureta de

Gracey nos 5 e 6, todo o remanescente de tecido excisionado e de tecido de granulação foi removido. Para finalizar, o alicate de tecido mole foi utilizado para restituir as condições anatômicas e funcionais das regiões das papilas interdentais e margens gengivais de todos os dentes, melhorando a estética (Figuras 8). Com auxílio de uma lâmina de bisturi 15C (Swann-Morton, Sheffield, Inglaterra) realizou-se uma incisão intra-sulcular para confecção de um retalho de espessura total (Figura 9), e logo após, a avaliação da relação do tecido ósseo com a margem gengival foi definida cirurgicamente (Figura 10). Foi executada osteotomia, com auxílio de microcinzel de Ochsenbein, removendo aproximadamente de 2 mm a 3 mm de tecido ósseo, para o restabelecimento do espaço biológico, atentando-se para a formação dos zênites das margens gengivais. Adicionalmente, realizou-se osteoplastia para remodelação do aumento de volume ósseo com auxílio de brocas esféricas acopladas em alta rotação com irrigação abundante de soro fisiológico (Figura 11) até a completa remodelação e plastia do tecido ósseo, terminando em lâmina de faca em relação a superfície dentária (Figura 12). Suturas interrompidas simples foram confeccionadas nas papilas interdentárias com fio de sutura (Vicryl 5.0, Johnson & Johnson) (Figura 13). O paciente foi orientado quanto aos cuidados pós-operatórios usuais.

O paciente foi orientado 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, nimesulida 100 mg de 12 em 12 horas, durante três dias, dipirona sódica 500 mg/ml de 6 em 6 horas, durante dois dias, em caso de dor e realizar bochechos com 15 ml de digluconato de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia para controle de infecções pós-operatória. As suturas foram removidas após sete dias. Nas consultas de acompanhamento, foram reforçadas as instruções de higiene bucal e a importância do controle adequado de placa bacteriana.

Pós-Operatório:

A região cicatrizou-se normalmente, sem apresentar eventos adversos. Ausência de reação inflamatória extensa associada aos procedimentos cirúrgicos. Aos 15 dias, encontravam-se nos períodos finais da cicatrização, já apresentando as características de normalidade (Figura 14). Aos 90 dias foi observado completa cicatrização das áreas (figura 15). O paciente procurou por reabilitação estética com resina composta, na Disciplina de Dentística e finalizou o tratamento estético, com restaurações diretas de

resina composta, para trocar as restaurações antigas, recobrir as áreas de raízes exposta e reanatomizar as coroas clínicas, aumentando as dimensões das coroas, conferindo um sorriso mais harmônico. No acompanhamento do caso, após 24 meses os tecidos permaneceram saudáveis, demonstrando o sucesso do tratamento realizado (Figura 16). O paciente relatou melhora na autoestima, convívio social e extrema satisfação com o resultado estético.

4. Discussão

Um sorriso harmônico depende de vários fatores como a cor, posição, tamanho e forma dos dentes, e a relação com a quantidade de gengiva exposta ao sorrir. (Loi et al., 2010). O sorriso tem um papel importante na expressão facial, revelando vários tipos de sentimentos, contribuindo para o bem-estar e autoconfiança do indivíduo. (Loi et al., 2010; Espín, 2013; Sthapak, 2015). No entanto, alguns fatores podem alterar a estética do sorriso gerando insatisfação e desta forma está aumentando a procura por tratamento estético nos consultórios odontológicos. No presente estudo, o paciente procurou a disciplina de Periodontia por insatisfação estética devido aos dentes superiores curtos (menores que 9mm) com desgaste da borda incisal e excesso de cobertura gengival. O tecido gengival apresentava uma aparência saudável, sem sinais de inflamação e hiperplasia, o comprimento reduzido das coroas clínicas não pode ser completamente explicado pelo desgaste da borda incisal, sendo diagnosticado, após a sondagem, como erupção passiva alterada.

A erupção passiva alterada é classificada em dois tipos: tipo 1 e tipo 2. Tipo 1 é caracterizada por coroas curtas e excessiva quantidade de gengiva inserida. A tipo 2 está associada com uma dimensão normal de gengiva. Além disso, a erupção passiva alterada pode ser subclassificada em classes A e B. Na classe A, a distância entre a crista óssea alveolar e a junção cimento-esmalte é maior que 1mm, enquanto que na classe B essa distância é menor que 1mm, não permitindo uma distância correta para o espaço biológico. No nosso estudo, o diagnóstico foi de erupção passiva tipo 1 subclasse B. O aumento da coroa clínica é uma técnica muito utilizada para tratar casos de erupção passiva alterada, uma condição que afeta cerca de 12%, da população com uma possível correlação genética. (Mantovani et al, 2016). O procedimento cirúrgico adequado para correção do sorriso gengival associado à erupção passiva alterada pode ser selecionado por meio da avaliação das dimensões da gengiva inserida e da distância biológica.

Para diagnóstico e planejamento adequados no tratamento de erupção passiva alterada, alguns estudos sugerem associação de análise radiográfica (Levine McGuire,

1997; Alpiste-Illueca, 2004), sondagem óssea transgengival (Yun et al., 2005; De Rouck et al., 2009) e mais recentemente, utilização de tomografia computadorizada do feixe cônico (cone beam) (Batista Jr. et al., 2012; Benninger et al., 2012;). Segundo Batista Jr et al. (2012) a análise tomográfica do feixe cônico permite análise detalhada da espessura e altura dos tecidos moles e duros, bem como da relação dimensional dos mesmos, permitindo diagnóstico e planejamento do tratamento de erupção passiva alterada de maneira eficaz e previsível.

No presente estudo foi planejado e executado as técnicas de gengivoplastia e retalho reposicionado apicalmente, associado à osteotomia, devido ao diagnóstico do tipo de erupção passiva alterada. A seleção do tipo de cirurgia periodontal a ser realizada depende de vários fatores. Se o nível ósseo é apropriado, ou seja, se há mais do que 3 mm do osso à margem gengival e se uma zona adequada de gengiva inserida permanecerá após a cirurgia, então somente a gengivoplastia estará indicada. (Levine; McGuire, 1997). No entanto, se o nível ósseo está próximo à JCE, assim como no nosso estudo, está indicado um retalho gengival com osteotomia.(Levine; McGuire, 1997).Para o restabelecimento dessa distância será realizada uma osteotomia e o tecido gengival será ligeiramente deslocado da porção coronal à junção cimento-esmalte, onde será suturado. (Robbins, 1999). A vantagem dessa abordagem terapêutica é que ela reduz o tempo de tratamento e dispensa o uso de aparelho ortodôntico, entretanto promove a diminuição da proporção coroa/raiz, a perda de suporte ósseo e a necessidade de restauração protética dos dentes envolvidos. (Seixas; Costa-Pinto; Araújo. 2011). No presente estudo o paciente procurou por reabilitação protética, devido a exposição radicular, na disciplina de Dentística, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Foi reabilitado com restaurações diretas de resina composta. Contribuindo com a finalização da queixa estética do paciente.

Corroborando com nosso estudo, Ribeiro et al. (2012) enfatizaram que em casos de erupção passiva alterada, faz-se necessário a aplicação da técnica de osteoplastia para regularização do excesso de osso na região anterior da maxila. Esse procedimento resulta em uma expressiva melhora na estética, não somente na proporção gengiva/osso, mas também para permitir uma melhor adaptação do lábio superior. Outros autores (Jorgensen&Nowzari, 2001) também indicam o aumento de coroa clínica no sextante superior anterior, por meio da osteotomia e osteoplastia, para correção de erupção passiva alterada. Em procedimentos plásticos periodontais também se preconiza

a utilização da técnica de gengivectomia ou retalho reposicionado apicalmente para alterar a conformação dos tecidos moles que contornam os dentes (Garber&Salama, 1996).

Podemos observar no nosso estudo que esta associação de técnicas cirúrgicas é um procedimento bastante previsível e seguro, com um resultado satisfatório, tanto para o paciente como para o operador. Outros estudos demonstram que, após reduzida a inflamação dos tecidos moles, com o retalho reposicionado apicalmente e o reestabelecimento de um novo espaço biológico através de cirurgia óssea ressectiva, a queixa principal do paciente foi sanada com um resultado estético favorável(Rossi et al.2008),o que corrobora com nosso caso onde no pós operatório foi observado aumento da coroa clínica do paciente, sem efeitos adversos relacionados e após a completa cicatrização dos tecidos, o paciente estava pronto para receber os procedimentos restauradores.

5. Conclusão

Desta forma, concluímos que a associação de técnicas cirúrgicas periodontais na correção de problemas estéticos, quando bem indicadas e bem executadas promovem a harmonia do sorriso e satisfação do paciente.

Referências Bibliográficas

1. AAP (The American Academy of Periodontology). **Glossary of periodontal terms**. 4 ed. Chicago: AAP, 2001.
2. Alpiste-Illueca F. Altered passive eruption (APE): A little –known clinical situation. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal** 2011 Jan; 16 (1): 100-4
3. Alpiste-Illueca, F. Dimensions of the dentogingival unit in maxillary anterior teeth: a new exploration technique (parallel profile radiograph). **The International Journal Periodontics Restorative Dentistry** 2004; 24, 386–396
4. Batista, E.L. Jr. et al. Altered passive eruption diagnosis and treatment: a cone beam computed tomography – based reappraisal of the condition. **J Clin Periodontol**, v.39, p.1089-96, 2012.
5. Benninger, B., Peterson, A. & Cook, V. Assessing validity of actual tooth height and width from cone beam images of cadavers with subsequent dissection to aid oral surgery. **Journal of Oral and Maxillo facial Surgery** 2012; 70, 302 – 306.
6. Cairo F, Graziani F, Franchi L, Defraia E, Prato GPP. Periodontal PlasticSurgeryto Improve Aesthetics in Patients with Altered Passive Eruption/Gummy Smile: A Case Series Study. **Int J Dent**. 2012
7. De Rouck, T., Eghbali, R., Collys, K., De Bruyn, H. &Cosyn, J. The gingival biotype erevisited :transparency of the periodontal probe through the gingival margin as a method to discriminate thin from thick gingiva. **Journal of Clinical Periodontology** 2009; 36, 428–433.
8. Espín CV, Buendía MCL. Tratamiento interdisciplinario de paciente com sorriso gingival: Reporte de un caso. **Revista Odontológica Mexicana**, 2013; 17 (1): 51-56

9. FRIEDMAN, N. Periodontal osseous surgery: Osteoplasty and osteotomy. **Journal of Periodontology**, Chicago v.26, p257-259,1955. (11)
10. GARBER, D.A; SALAMA, M.A. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. **Periodontology 2000.**,1996; v.11,p.18–28.1996. (2)
11. Jorgensen MG, Nowzari H. Aesthetic crown lengthening. **Periodontology 2001**; 27:45-58.
12. KARDOS, T.B; The mechanism of tooth eruption. **British Dental Journal**, Londres, v.181, n.3 ,p.91-95, 1996.
13. Levine, R.A.; McGuire, M. The diagnosis and treatment of the gummy smile. **Compendium**, v.18, p.757-64, 1997.
14. Loi H, Nakata S, Counts AL. Influence of gingival display on smile aesthetics in Japanese. **Eur J Orthod** 2010; 32:633–637
15. MANDARINO, F. Cosmética em restaurações estéticas. 2003. Disponível em: http://www.forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/este_cosm/este_cosm.htm > Acesso em: 15 ago. 2018. (1)
16. MANTOVANI, Matheus Bortoluzzi et al. “Use of Modified Lip Repositioning Technique Associated with Esthetic Crown Lengthening for Treatment of Excessive Gingival Display: A Case Report of Multiple Etiologies.” **Journal of Indian Society of Periodontology** 20.1 (2016): 82–87. PMC. Web. 11 Nov. 2016.
17. MCGUIRE M.K. Periodontal plastic surgery. **Dental Clinics of a North America**, Philadelphia, v42, n.3, p.411-465, 1998
18. OTTONI, J; MAGALHÃES, L.F. **Cirurgia plástica periimplantar**: beleza com proporção e harmonia. São Paulo : Artes Médicas. 2006. 20p. (8)
19. Ribeiro FS, Garção FCC, Martins AT, Sakakura CE, Toledo BEC, Pontes AEF. A modified technique that decreases the height of the upper lip in the treatment of gummy smile patients: A case series study. **J. Dent. O. H.** 2012; 4(3): 21 – 28.
20. Robbins JW. Differential Diagnosis and Treatment of Excess Gingival Display. **Pract Periodont Aesthet Dent** 1999; 11(2): 265-72

21. Rossi R, Benedetti R, Santos-Morales IR. Treatment of Altered Passive Eruption: Periodontal Plastic Surgery of the Dentogingival Junction. **The European Journal of Esthetic Dentistry**. 2008; 212-223.
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. Sthapak U, Kataria S, Chandrashekar KT, Mishra R, Tripathi VD. Management of excessive gingival display: Lip repositioning technique. **J Int Clin Dent Res Organ**2015; 7:151-4
24. Yun, J. H., Hwang, S. J., Kim, C. S., Cho, K. S., Chai, J. K., Kim, C. K. &Choi, S. H. The correlation between the bone probing, radiographic and histometric measurements of bone level after regenerative surgery. **Journal of Periodontal Research** 2005; 40, 453–460.
25. ZUCHELLI, G. **Cirurgia estética mucogengival** – São Paulo: Quintessence Editora. 2015.

Figuras



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10

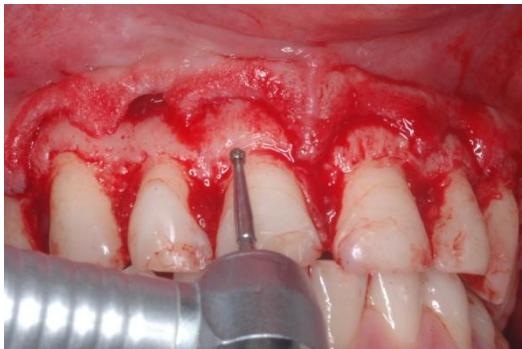


Figura 11



Figura 12



Figura 13



Figura 14



Figura 15



Figura 16