

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

MARIA MONALIZA GOMES MONTEIRO

**IMPACTO DA CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL NA QUALIDADE DE
VIDA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO COM GENGIVECTOMIA
SUFICIENTEMENTE INVASIVA E GUIADA**

PATOS-PB

2018

MARIA MONALIZA GOMES MONTEIRO

IMPACTO DA CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL NA QUALIDADE DE VIDA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO COM GENGIVECTOMIA SUFICIENTEMENTE INVASIVA E GUIADA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa

PATOS-PB

2018

M775i

Monteiro, Maria Monaliza Gomes.

Impacto da correção do sorriso gengival na qualidade de vida : relato de um caso clínico com gengivectomia suficientemente invasiva e guiada / Maria Monaliza Gomes Monteiro. - Patos-PB, 2018.

67 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2018.

"Orientação: Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa".

Referências.

1. Gengivectomia. 2. Estética Dentária. 3. Sorriso. I. Sousa, João Nilton Lopes de. II. Título.

CDU 616.314(43)

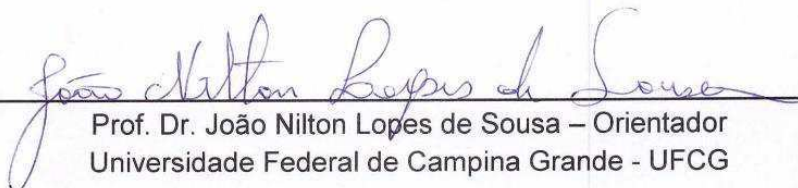
MARIA MONALIZA GOMES MONTEIRO

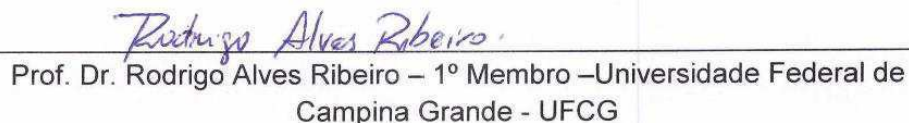
IMPACTO DA CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL NA QUALIDADE DE VIDA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO COM GENGVECTOMNIA MINIMAMENTE INVASIVA E GUIADA

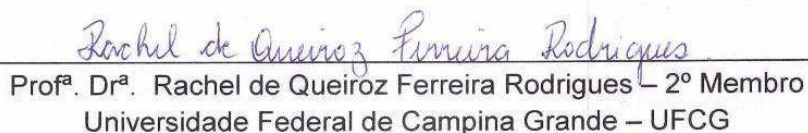
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 16/10/18

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG


Prof. Dr. Rodrigo Alves Ribeiro – 1º Membro – Universidade Federal de Campina Grande - UFCG


Profª. Drª. Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico esse trabalho aos meus pais, meu irmão, meus avós, meu noivo e meus amigos por todo apoio nesse momento tão importante em minha vida

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente ao Senhor Deus, meu Salvador, por ter derramado tantas bênçãos em minha vida mesmo sem merecer favor algum, pois sem Ele nada seria possível.

Agradeço aos meus pais, Paulo Monteiro de Souza e Walquiria Gomes Monteiro, que sempre batalharam para nunca faltar nada e me proporcionar o melhor, e me ensinaram que a minha fé e confiança devem estar depositada somente em Jesus Cristo. Ao meu irmão Walter Leandro C. Neto, pelo companheirismo e carinho que sempre teve comigo.

A Walter Leandro, Maria José e Quirina Oliveira, meus avós, por sempre me ajudarem em tudo que precisei, por acreditarem e me apoiar na realização desse sonho, como também a todos os meus tios que sempre se dispuseram em ajudar.

Ao meu noivo Diobson Gonçalves, que é para mim o melhor amigo e apoio em todos os momentos. Obrigada por estar sempre presente e disposto a me ajudar em tudo o que for preciso, me incentivando a conquistar meus sonhos, tendo paciência e me ajudando a enfrentar e enxergar a vida da melhor forma possível. Te amo!

Minha amada igreja, PIB-Patos, ao qual tenho grande carinho e orgulho de fazer parte, sendo esse o local que tive os mais importantes aprendizados para minha vida espiritual, onde declarei a Cristo, como único e suficiente Salvador da minha vida.

Aos meus grandes amigos Aristóteles Magalhães, Lorena Silva, Rodolfo Sinésio, Aryadna Kelley que foi um dos melhores presentes que Deus me deu, amizade construída no decorrer desses anos na UFCG e que vou levar para toda vida.

Ao meu orientador João Nilton, ao qual tenho grande admiração e respeito, sou muito grata pela oportunidade que me proporcionou. Agradeço também as professoras Rachel, Maria Carolina e Fátima pela oportunidade e confiança em fazer parte do programa de extensão Heróis do Sorriso, sem dúvida foi algo que mudou a minha vida. Todos os professores do curso de

Odontologia da UFCG. Sou grata a todos pelos conhecimentos e valores transmitidos, que foram essenciais para a minha construção como profissional.

Muito obrigada a todos os funcionários que compõem a equipe UFCG por todo carinho e ajuda durante todos esses anos. É meu agradecimento a todos os Dentistas (Renaly Lucena, Diobson Gonçalves, Ayllana Lemos, Vinícius Bitu e Eguiberto Junior) que me receberam muito bem nos estágios obrigatórios e voluntário que tive o prazer de fazer parte e ter colhido um pouco do rico conhecimento que cada um tem.

“Porque Deus amou o mundo tanto, que deu o seu único Filho, para que todo aquele que nele crer não morra, mas tenha a vida eterna. ”

João 3:16

RESUMO

Introdução: O sorriso gengival ela é uma das queixas mais comuns relacionada a estética, possuindo uma etiologia variada, sendo sua causa mais comum a erupção passiva alterada. Para melhor êxito nos resultados, é necessário um planejamento prévio utilizando fotografias, modelos de gesso, enceramento diagnóstico, possibilitando antecipação dos resultados sem a realização cirurgica. **Objetivo:** relatar um caso clínico de correção de sorriso gengival por meio de gengivectomia e osteotomia sem deslocamento de retalho, auxiliada por um guia cirúrgico, avaliar o grau de dor no pós-operatória e o impacto deste tratamento na qualidade de vida da paciente. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino apresentava biótipo periodontal plano e espesso com larga faixa de mucosa ceratinizada, coroas clínicas curtas e quadradas, linha cervical plana e exposição gengival maior que 3,0 mm, com inexistência de perda de inserção, estabelecendo uma proporção de 80% na relação largura/comprimento das coroas para seu planejamento cirúrgico. **Resultados:** Após 60 dias da cirurgia o aumento dos elementos foi conforme ao planejado, e os tecidos periodontais apresentaram contornos regulares, linha cervical do sorriso convexa, zênites gengivais dos caninos e incisivos centrais posicionados mais apicalmente e para distal em relação aos incisivos laterais. **Conclusão:** A correção cirúrgica do sorriso gengival pela técnica de gengivectomia com osteotomia sem deslocamento de retalho impactou positivamente na melhora da qualidade vida da paciente deste estudo.

Descritores: Gengivectomia. Estética Dentária. Sorriso.

ABSTRACT

Introduction: The gingival smile is one of the most common complaints related to aesthetics, having a varied etiology, its most common cause being altered passive eruption. To achieve better results, prior planning is required using photographs, plaster models, diagnostic waxing, allowing anticipation of the results without performing surgery. **Objective:** to report a clinical case of gingival smile correction through gingivectomy and osteotomy without flap displacement, assisted by a surgical guide, to assess the degree of postoperative pain and the impact of this treatment on the quality of life of the patient. **Case report:** A female patient presented a flat, thick periodontal biotype with a wide range of keratinized mucosa, short and square clinical crowns, a flat cervical line and gingival exposures greater than 3.0 mm, with no loss of insertion, establishing a ratio of 80% in the width / length ratio of crowns to their surgical planning. **Results:** After 60 days of surgery, the increase of the elements was as planned, and the periodontal tissues presented regular contours, cervical line of the convex smile, zirconium of the canines and central incisors positioned more apically and distal to the lateral incisors. **Conclusion:** The surgical correction of the gingival smile by the gingivectomy technique with osteotomy without flap displacement had a positive impact on the quality of life of the patients in this study.

Keywords: Gingivectomy. Aesthetic Dentistry. Smile.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Exposição gengival durante repouso e sorriso	34
Figura 2: Aspecto clínico dos tecidos periodontais	35
Figura 3: Exame radiográfico do sextante anterossuperior	35
Quadro 1: Exame Periodontal Detalhado (Periograma)	36
Quadro 2: Planejamento cirúrgico periodontal para avaliar a quantidade de tecido gengival na gengivectomia	37
Figura 4: Em A, Guia cirúrgico; em B, guia posicionado na boca da paciente.....	38
Figura 5: Em A, Incisão paramarginal auxiliada pela guia cirúrgico; em B, remoção do tecido excisado; em C, Aspecto clínico após gengivectomia	39
Figura 6: Em A, localização da junção cimento-esmalte (JCE) e da crista óssea alveolar (COA); em B, osteotomia via sulco gengival cirúrgico	40
Quadro 3: Planejamento da osteotomia em cada dente	40
Quadro 4: Resultado do aumento da coroa clínica e exposição gengival ao sorrir após o procedimento cirúrgico	43
Figura 7: Exposição gengival ao sorrir no pós-operatório de 21 dias.....	44
Figura 8: Aspecto da estética do sorriso no pós-operatório de 60 dias	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resultado da dor relacionada à cirurgia pela Escala Analógica Visual (EVA) e da quantidade de comprimidos de analgésicos ingeridos no pós-operatório	42
Tabela 2 - Avaliação da qualidade de vida relacionada ao sorriso gengival e após cirurgia periodontal por meio do OHIP-14	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COA	Crista Óssea Alveolar
JCE	Junção Cimento Esmalte
MGC	Margem Gengival Cirúrgica
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
EVA	Escala Visual Analógica
EPA	Erupção Passiva Alterada
EAA	Erupção Ativa Alterada
R	Recessão Gengival
S	Profundidade de Sondagem
MV	Mesio Vestibular
DV	Disto Vestibular
MC	Mucosa Ceratiniza
GI	Gengiva Inserida

LISTA DE SÍMBOLOS

mm	Milímetro
%	Por Cento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3. REFERÊNCIAS	25
4. ARTIGO	29
5. REFERÊNCIAS	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
ANEXO	56
ANEXO A – Normas para publicação	56
ANEXO B.....	64
APÊNDICES	65
Apêndice A	65
Apêndice B	66
Apêndice C	67

1 INTRODUÇÃO

A expressão de um sorriso aponta muitas nuances do comportamento humano. Certamente é um fator crucial para o bem-estar individual e social, motivo que resulta em grande interesse e valoração estética (CLOZZA, SUZUKI e ENGBRETSON, 2014). O campo de atuação estética do odontólogo tem crescido numericamente e qualitativamente, ganhando espaço cada vez maior e ocasionando no aumento de pacientes em busca de procedimentos estéticos (PIRES, DE SOUZA e MENEZES, 2010). A busca por um sorriso estético e harmonioso é encarado como uma necessidade, aumentando a procura por procedimentos com esta finalidade (SILVA et al., 2010).

O sorriso harmônico é composto por vários fatores, dentre os principais está a posição e tamanho de dentes, gengiva e lábios. O sorriso gengival é uma das queixas mais comuns relacionada à estética, e a odontologia tem se inovado no aprimoramento de técnicas que intervenham efetivamente nesta condição com o intuito de proporcionar um sorriso harmonioso (HERNÁNDEZ e GONZÁLEZ, 2013; BORGES et al., 2012).

O sorriso gengival é definido pela exposição excessiva de gengiva maxilar durante o sorriso. Apresenta etiologia variada, que deve ser corretamente identificada para confecção de um plano de tratamento eficaz (FARIA et al., 2015). A erupção passiva alterada (EPA) é considerada a etiologia mais comum na formação do sorriso gengival. A partir do diagnóstico pode-se realizar o planejamento para essa etiologia, que envolve o aumento das coroas clínicas por meio de técnicas como gengivectomia associada à osteotomia, sendo imprescindível a manutenção da saúde periodontal, que através de um adequado diagnóstico e planejamento resultará no sucesso do tratamento. (ESPIN et al., 2013).

Para a obtenção de êxito nos resultados e o contentamento do paciente, alguns métodos de diagnóstico têm sido utilizados pelos profissionais, tais como: fotografias, modelos de gesso, radiografias, tornando possível a visualização antecipada dos resultados, previamente às intervenções no paciente (EUSTÁQUIO et al., 2014). Os avanços tecnológicos têm proporcionado a odontologia ferramentas úteis no planejamento dos casos clínicos, como o desenho digital do sorriso, que permite uma

análise detalhada das estruturas faciais e dentárias do paciente, proporcionando uma maior previsibilidade dos resultados (MIRANDA et al., 2016).

Calixto; Bandeca; Andrade (2011) demonstraram através de casos clínicos a importância do enceramento diagnóstico, que garante maior previsibilidade no tratamento. Por meio deste é possível executar o *mock-up*, diminuindo de forma considerável os insucessos. Diversos estudos têm demonstrado que a confecção do *mock-up* são possíveis com a resina acrílica, destacando a utilidade deste para o planejamento cirúrgico periodontal e para a previsibilidade do resultado (DE ALMEIDA et al., 2012).

Objetivou-se com este trabalho relatar um caso clínico de correção de sorriso gengival por meio de gengivectomia e osteotomia sem deslocamento de retalho, auxiliada por um guia cirúrgico, avaliar o grau de dor associado a quantidade de comprimidos ingeridos no pós-operatória e o impacto deste tratamento na qualidade de vida da paciente.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Métodos de diagnóstico e de planejamento para a correção estética do sorriso

Machado (2014) relatou que a busca por procedimentos estéticos é uma rotina constante de muitos profissionais. Acompanhado esta tendência, os pacientes odontológicos procuram tratamentos com o objetivo primário de melhorias na estética do sorriso. Este estudo apresentou um protocolo de avaliação do sorriso, intitulado de “Os 10 mandamentos da estética do sorriso”, no qual enfatizou a importância do tratamento interdisciplinar, a utilização de recursos como filmagens e fotografias como auxiliares do exame clínico. Ainda mostrou que a comunicação com o paciente é um fator relevante para que haja compreensão do seu desejo, sendo o planejamento do tratamento algo particularizado, respeitando sempre a complexidade e dinamismo do ato sorriso de cada indivíduo.

A comunicação entre profissional e paciente e sua avaliação das condições são essenciais para entender e nortear o planejamento cirúrgico. Alguns pontos importantes devem ser observados para a tomada de decisão e para o sucesso nos procedimentos estéticos: o motivo da procura pelo tratamento; hábitos de saúde do paciente; simetria da face; perfil dos lábios; linha de sorriso; condição e dimensões dos dentes; largura da gengiva queratinizada; biótipo gengival e nível ósseo vestibular e lingual, como também espessura alveolar (NARAYAN et al., 2011).

Mesmo com os padrões estéticos sendo refletidos na prática odontológica, é fundamental que o profissional procure primeiramente a promoção de saúde através de um tratamento integralizado que vai desde adequação do meio bucal até as restaurações estéticas, respeitando a expectativa do paciente (DE MIRANDA et al., 2016).

Em Hernández; González (2013) é visto que há fatores que podem afetar a estética intrabucal, são estes: a perda de papilas, defeitos ósseos localizados, recessão gengival, a exposição excessiva gengival, perda de gengiva queratinizada, tatuagem gengival, textura desagradável gengival e alta inserção de freio, dentre outros.

Feu et al. (2011) analisou a percepção de 160 indivíduos (dos quais 50% são profissionais da odontologia e 50% são leigos) quanto a identificação de alterações no

plano gengival. Por meio de imagens realizou-se alterações simétricas na altura gengival de uma mulher jovem sorrindo, tornando o plano gengival progressivamente ascendente. A percepção do sorriso harmonioso no grupo de dentistas e de pacientes ($p < 0,001$; $p < 0,05$, respectivamente) foi significativa, demonstrando que as modificações no contorno gengival seriam perceptíveis. No grupo dos dentistas não houve distinção de conhecimento entre as especialidades odontológicas, sendo que entre os pacientes a maior percepção foram daqueles que frequentam consultório particular.

Conforme Espin et al. (2013), o planejamento e tratamento adequado deve considerar a dinâmica do sorriso, observando aspectos da atividade muscular, características faciais, a relação existente entre tecidos moles e dentários visíveis, pois sorrir é uma expressão que demonstra emoções, e quando há alguma condição que afeta os elementos que compõem o sorriso, como o excesso gengival, atinge diretamente a espontaneidade do indivíduo.

A exibição gengival de até três milímetros é aceitável durante o sorriso. Valores superiores são caracterizados por sorriso gengival, que é esteticamente desfavorável, ocasionando em procura por procedimentos corretivos (NARAYAN et al 2011).

A influência do sorriso na vida pessoal e profissional dos indivíduos aumentou a procura por procedimentos que tenham efetividade na resolução do sorriso gengival, tornando-os uma das maiores demandas dos consultórios odontológicos. Para o sucesso nos resultados, é necessária a realização de diagnóstico correto; pois, através desse, o profissional planejará a técnica adequada para modificações no sorriso gengival (PIRES, 2010).

Para tratar a exposição excessiva da gengiva, é necessária a análise facial, da idade e sexo do indivíduo também são importantes. Além disso, para o planejamento deve ser considerado o comprimento da coroa clínica, da largura da coroa anatômica, do tecido queratinizado no sentido apical-coronal, a localização do rebordo alveolar, a posição dos dentes, avaliação de radiografias periapicais, a posição da margem gengival e da crista do osso em relação a junção cimento-esmalte, para o diagnóstico do sorriso gengival essas características são essenciais na obtenção de resultados satisfatórios (HERNÁNDEZ; GONZÁLEZ, 2013).

Hungund et al. (2012) analisaram a arquitetura do sorriso e as perspectivas do periodonto para a avaliação estética. Foram encontradas diferenças na exibição gengival em relação à idade e ao gênero. As mulheres apresentaram maior quantidade de exposição de gengiva durante o sorriso do que os homens. Cerca de 80% dos indivíduos revelaram sua gengiva durante o sorriso máximo. Os autores concluíram que a exibição gengival deve ser examinada durante o sorriso expandido para consideração avaliação da estética. Isso indica que a estética rosa é um fator primordial na odontologia estética para dentistas restauradores e periodontista. O impacto visual do sorriso não está associado exclusivamente à beleza dos dentes, mas também ao periodonto.

Com o aumento na frequência por resoluções estéticas, a cirurgia periodontal se tornou algo presente no cotidiano dos consultórios. Vários aspectos devem ser avaliados para nortear o planejamento, tais como: a condição periodontal; o biótipo periodontal; o contorno e zênite gengival; a papila interdental; recessão e coloração gengival. Avaliação das proporções dentárias, simetria, linha média facial x linha interincisiva, eixos dentários, ângulos incisais e borda incisal x lábio inferior. Após diagnóstico, escolha da técnica cirúrgica mais adequada, entre as técnicas para o tratamento do sorriso gengival está cirurgia para aumento de coroa clínica, que aumenta a quantidade de estrutura dentária exposta (BORGES et al., 2012).

O sorriso gengival possui diversas etiologias, para o diagnóstico é de extrema importância que o cirurgião dentista realize um exame clínico apurado do fator causador do sorriso gengival. Alguns aspectos clínicos devem ser avaliados, são esses: saúde periodontal, exposição dentária durante repouso, análise dimensional e funcional do lábio superior, mensuração da coroa clínica dos incisivos e caninos, e harmonia entre os planos oclusais anteriores e posteriores (FARIA et al., 2015).

Peto (2015) abordou a descrição de duas técnicas de *mock-up*, destacando a importância deste para o planejamento cirúrgico periodontal, pois fornece previsibilidade e otimização da etapa periodontal, fidelidade, harmonia e equilíbrio do resultado estético.

Castro et al. (2010) evidenciaram a importância do planejamento reverso e sua usabilidade na prática clínica, a partir da confecção de um guia cirúrgico, onde o mesmo apresentava diversas funções que facilitariam o procedimento como também

observar o resultado esperado para que haja uma maior aceitação do paciente, conferindo maior segurança e precisão ao dentista.

Guerrea; Bruguera (2014) realizaram relatório de caso demonstrado como utilizar o binômio de cera/maquete na prática diária e como transferir a informação da cera de diagnóstico até a boca do paciente, proporcionando auxílio ao dentista restaurador e o técnico de laboratório.

Fernandes et al. (2014) observaram que ferramentas como as fotografias e modelos de estudo, podem auxiliar no planejamento e desenvolvimento dos casos clínicos, garantindo resultados sólidos e previsíveis. Foram utilizadas técnicas de análise dentofacial, enceramento diagnóstico, *mock-up*, gengivectomia, clareamento dental e finalizado com facetas e coroas em dissilicato de lítio. Seguindo protocolo de planejamento reverso é possível obter resultados de excelência envolvendo menos elementos dentais, com menor desgaste e estética natural.

Eustáquio et al. (2014) estudaram um caso clínico em que foram utilizados protocolo de atendimento, sugerido exame clínico, fotografias, modelos de gesso e enceramento diagnóstico. Previamente aos procedimentos de *mock-up* e cirurgia periodontal estética, demonstraram a facilidade na obtenção da previsão do resultado final antes da execução do tratamento.

Trigueiro et al. (2016) relataram reabilitações do sorriso em cerâmica pura com base em enceramento diagnóstico e planejamento reverso, uso de *mock-up* e fotografias, aumento de coroa clínica, clareamento, com foco no resultado estético final. Concluíram que a interação entre as várias especialidades produz resultados mais estéticos com grande satisfação do paciente.

De Miranda et al. (2016) relataram um caso clínico de reabilitação integral do aparelho estomatognático envolvendo diferentes áreas de atuação odontológica, tendo como objetivo descrever as etapas de diagnóstico, planejamento, tratamento e transformação de um sorriso. Os procedimentos iniciais de adequação do meio bucal foram por meio de raspagem supragengival, escavação em massa e exodontias. Posteriormente, incluiu procedimentos de endodontia e restabelecimento oclusal por meio de próteses parciais provisórias. Por fim, contou com uma cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica e confecção de facetas diretas em resina composta nos dentes 13 ao 23. Enfatiza-se assim a importância de um tratamento odontológico

completo na reabilitação biológica, funcional e estética, sendo de grande impacto no aspecto psicológico, pessoal e social do paciente e na sociedade no qual este se insere.

2.2 Técnicas cirúrgicas para correção de sorriso gengival

Ragghianti; Zangrando et al. (2017) modificaram a classificação clínica anterior e forneceram guia cirúrgico para planejamento de tratamento de casos envolvendo EAA (Erupção Ativa Alterada) e/ou EPA (Erupção Passiva Alterada). Sendo considerados os biótipos periodontais, a EPA é uma condição genética ou de desenvolvimento caracterizada pelo posicionamento coronal da margem gengival sobre o esmalte, resultando em coroas clínicas curtas. Erupção ativa é definida como o movimento do dente na direção oclusal quando o dente entra em erupção de sua cripta óssea. A EAA ocorre quando os dentes atingem a relação oposta ao plano oclusal prematuramente e a crista óssea está ligada ou muito perto da junção cimento-esmalte (JCE).

A compreensão correta dos eventos biológicos relacionados à EAA e EPA deve ser considerada na classificação de um sorriso gengival. Quando associadas, deve-se realizar tanto gengivectomia, quanto osteotomia para que não ocorra um possível crescimento excessivo gengival novamente. A base para realização da osteotomia é distanciar a crista óssea alveolar (COA) da JCE, que deve ser de aproximadamente dois milímetros. A osteoplastia muitas vezes é necessária para fornecer um contorno ósseo mais apropriado (RAGGHIANI; ZANGRANDO et al., 2017).

A erupção dentária compreende duas fases: uma fase de erupção ativa, na qual o dente surge na cavidade oral, e uma fase de erupção passiva, envolvendo migração apical dos tecidos macios cobrindo a coroa do dente. A Erupção Passiva Alterada é uma situação clínica produzida por sobreposição de gengiva sobre esmalte, resultando em coroa clínica curta, que pode ser aumentada por cirurgia periodontal. No entanto, é essencial estabelecer um diagnóstico correto e um bom plano de tratamento (ALPISTE-ILLUECA, 2011).

Seixas e Araújo (2011) apresentaram um *checklist* das características dentolabiais e ilustraram como o método de registro de dados, durante o diagnóstico

ortodôntico, pode facilitar a tomada de decisões no tratamento do sorriso gengival, este envolve o conhecimento da Ortodontia e de outras especialidades médico-odontológicas, através dos dados registrados ocorre melhora nas informações fundamentais ao plano de tratamento.

A interdisciplinaridade é relevante para atingir as expectativas cosméticas, como descrito por Bynum (2016) que realizou o tratamento de sorriso gengival com inclusão de ortodontia combinada ao aumento de coroa. O tratamento foi projetado para atender o resultado desejado do paciente e para abordar as áreas de risco estabelecidas na avaliação pré-operatória. O risco dentofacial foi reduzido, diminuindo a quantidade de exibição gengival. Embora a dinâmica do lábio alto permaneceu, a quantidade de tecido exibido no sorriso completo diminuiu significativamente sem realizar cirurgia ortognática ou plástica. Diminuir a quantidade de exibição gengival e evitar a cirurgia ortognática foi importante para este paciente.

Nos casos em que a etiologia da exposição excessiva de gengiva é o excesso maxilar vertical e por meia-face longa, o alongamento da coroa dentária por intervenção cirúrgica não são suficientes, nesses casos a maxila tem que ser tratada cirurgicamente com cirurgia maxilofacial, onde o risco-benefício e custo devem ser avaliados criteriosamente (NARAYAN et al., 2011).

As buscas por alternativas menos invasivas têm sido descritas, mesmo com a existência de técnicas e procedimentos já conceituados. Com o objetivo principal, a obtenção de melhoria nos procedimentos, menor desconforto para o paciente e a garantia de resultados satisfatórios (FARIA et al., 2015).

Hegde; Hegde; Bhat (2014) realizaram um caso clínico com a correção cosmética do sorriso gengival em que a cirurgia plástica periodontal para o alongamento estético da coroa foi realizada em uma única consulta usando um laser de diodo e os dentes foram restaurados com laminados para aprimoramento estético.

Faria et al. (2015) relataram um caso clínico de sorriso gengival utilizando como método auxiliar no diagnóstico a imagem tomográfica, o qual se mostrou confiável na decisão diagnóstica de erupção passiva alterada, e por meio do exame foi confirmado a necessidade osteoplastia, evidenciando a importância de um correto diagnóstico para que se realize um adequado planejamento.

2.2.1 Reposicionamento labial

Borges et al. (2012) analisaram um caso de tratamento de sorriso gengival, em quem foi constatada a presença de coroas curtas nos dentes anteriores superiores associada a uma depressão subnasal acentuada, na qual o lábio superior se alojava durante o sorriso espontâneo e mesmo na fala. Realizou-se com o auxílio do guia cirúrgico a gengivectomia e osteotomia com deslocamento de retalho, no qual o cimento ortopédico foi estabilizado e fixado por meio de dois parafusos para enxerto ósseo. O aumento de coroa estético associado ao reposicionamento do lábio com o uso de Cimento Ortopédico é uma técnica inovadora e adequada para o tratamento do sorriso gengival por falta de suporte labial.

2.2.2 Gengivectomia com osteotomia com deslocamento de retalho

O êxito dos procedimentos será possível a partir de um bom planejamento. Um dos fatores importantes para o sucesso do tratamento do sorriso gengival é realizar um exame clínico pré-operatório criterioso do nível da JCE, além disso, deve-se avaliar a morfologia óssea no transoperatório para observar a necessidade de osteoplastia (CLOZZA, SUZUKI e ENGEBRETSON 2014).

A maior quantidade de casos de sorriso gengival é devido a erupção passiva alterada. Espin et al. (2013) relataram um caso de uma paciente que queixava-se bastante do tamanho do seus dentes. Através da avaliação radiográfica percebeu-se que a margem óssea se encontrava ao nível da junção de cimento-esmalte, sendo a paciente diagnosticada com erupção passiva alterada, no qual foi realizado o planejamento para o alongamento das coroas dentárias, por meio da técnica de gengivectomia e osteotomia com deslocamento de retalho, e colocação de implantes devido à ausência de alguns elementos dentários.

Durante o procedimento cirúrgico, a ressecção óssea excessiva pode resultar em recessão gengival residual. Por outro lado, quando a osteotomia é limitada, pode ocasionar a recidiva da EPA. O planejamento adequado evita complicações e garante maior segurança, conferindo estabilidade nos resultados do tratamento. Cairo et al. (2012) realizaram cirurgia periodontal incluindo a osteotomia com deslocamento de

retalho em onze pacientes, com realização de raios-X pré-operatórios para avaliação do comprimento da coroa na linha de base e para realização de incisões paramarginais. Foi observado após seis meses resultados significativos, que levam a previsibilidade no tratamento de erupção passiva alterada.

Silva et al. (2015) realizaram estudo prospectivo para avaliar as características clínicas de pacientes com erupção passiva alterada, o comportamento pós-operatório de tecidos moles após a cirurgia estética de aumento da coroa e os resultados relatados pelo paciente em relação à satisfação com o sorriso, a gengiva e o dente, características e experiência com o procedimento evidenciaram que a maior parte dos pacientes ficaram satisfeitos com o procedimento.

Braga et al. (2015) realizaram cirurgia plástica periodontal para correção de erupção passiva alterada, com finalidade estética, em que paciente de 23 anos, gênero masculino, apresentou durante exame clínico excesso de gengiva ao sorrir. Diagnosticou-se erupção passiva alterada, o tratamento proposto foi a realização de gengivectomia associada a osteoplastia e osteotomia da região anterior superior a paciente ficou muito satisfeita com o resultado estético.

2.2.3 Gengivectomia com osteotomia sem deslocamento de retalho

Coroas clínicas curtas e grande exposição gengival representam erupção passiva alterada, em que existe indicação do aumento de coroa clínica através da cirurgia periodontal. Trevisani (2015) relatou caso clínico de sorriso gengival causado pela erupção passiva alterada. Inicialmente foi realizado um enceramento diagnóstico e confecção de um *mock-up*. Este procedimento permite a visualização dos resultados que serão alcançados com a correção do sorriso gengival. Após a apresentação do estudo para a paciente e consentimento do tratamento, foi realizada a cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica, por meio da técnica sem elevação de retalho *flapless*, minimamente invasiva, resultando em desconforto mínimo e satisfação pelo paciente.

Lobo (2011) realizou um procedimento cirúrgico minimamente invasivo de aumento das coroas clínicas, para resolução estética do sorriso gengival sendo a osteotomia realizada nesta técnica com cinzéis de forma manual e a remoção dos

fragmentos ósseos com curetas periodontais sob abundante irrigação. Esta técnica demonstrou que a ausência de suturas e o menor tempo de maturação tecidual representam grande conforto pós-operatório para o paciente, promovendo maior aceitação.

3 REFERÊNCIAS

ALPISTE-ILLUECA, F. Altered passive eruption (APE): a little-known clinical situation. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Valencia, v. 16, n. 1, p. 100-104, jan. 2011.

BORGES, G. J. et al. Aumento de coroa estético associado ao reposicionamento labial com cimento ortopédico. **ROBRAC**, Goiânia, v. 21, n. 57, p. 493-497, 2012

BYNUM, J. Treatment of a "Gummy Smile": Understanding Etiology is Key to Success. **Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, NJ: 1995)**, v. 37, n. 2, p. 114-122, 2016.

CAIRO, F. et al. Periodontal plastic surgery to improve aesthetics in patients with altered passive eruption/gummy smile: a case series study. **Int j dent**, v. 2012, p. 1-6, set. 2012

CASTRO, P. H. D. F. de et al. Planejamento reverso na correção de sorriso gengival. **Periodontia**, v. 20, n. 3, p. 42-46, 2010.

CALIXTO, L. R.; BANDECA, M. C.; ANDRADE, M. F. Enceramento diagnóstico: previsibilidade no tratamento estético indireto. **Rev dental press estét**, Maringá, v. 8, n. 3, p. 26-37, jul.-set. 2011.

CLOZZA, E.; SUZUKI, T.; ENGBRETSON S. P. Full-mouth esthetic rehabilitation with acellular dermal matrix. **Int J Esthet Dent**, London, v. 9, n. 4, p. 468-479. fev. 2014.

DE ALMEIDA DECURCIO, Rafael et al. O Uso do Mock-up na Otimização e Precisão do Resultado da Cirurgia Plástica Periodontal. **International Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v.8, n.1, p. 74-85, jan./mar. 2012

DE MIRANDA, R. R. et al. Tratamento odontológico integrado com ênfase em estética: relato de caso. **ROBRAC**, Goiânia, v. 25, n. 74, p. 162–169, 2016.

BRAGA, M. D. S. et al. CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA CORREÇÃO DE ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA. **Braz J Periodontol**, Belo horizonte, v. 25, n. 04, p. 64-68, dez. 2015.

ESPÍN, C. V.; BUENDÍA, M. C. L. Interdisciplinary treatment of patient with gummy smile. **Rev odontol mex**, México, v. 17, n. 1, p. 51-56. jan.-mar. 2013.

EUSTÁQUIO, J. et al. Planejamento estético reabilitador integrado. **Rev dental press estét**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 72-80, abr.-jun. 2014

FARIA, G. J. et al. A importância do planejamento multidisciplinar para correção do sorriso gengival: Relato de caso clínico. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 25, n. 1, p. 61-66, 2015.

FERNANDES, T. V.; SOUZA JÚNIOR, E. J. ; CHAVES, E. A. L. Integração Periodontia/Dentística na restauração estatica anterior. **Full dent. Sci**, São José dos Pinhais, v. 6, n. 21, p. 7-15, 2014

FEU, D. et al. Percepção das alterações no plano gengival na estética do sorriso. **Dental Press J Orthod**, Maringa, v. 16, n. 1, p. 68-74, jan.-fev. 2011.

GURREA, J.; BRUGUERA, A. Wax-up and mock-up. A guide for anterior periodontal and restorative treatments. **The international journal of esthetic dentistry**, London, v. 9, n. 2, p. 146-62, set. 2014.

HEGDE, M. N.; HEGDE, N.; BHAT, R.. Gummy Smile Correction: Case Report. **J Laser Opt Photonics**, v. 1, n. 103, p. 2, 2014.

HERNÁNDEZ, R. M.; GONZÁLEZ, G. M. Periodontal plastic surgery performed in clinically short crowns for prosthetic rehabilitation. **Rev Odontol Mex**, México, v. 17, n. 4, p. 236-42, out. 2013

HUNGUND, S. et al. Assessment of smile architecture and pink aesthetics: A successful methodology in cosmetic dentistry. **European J Gen Dent**, Kirikkale, v. 1, n. 2, p. 85-89, mai.-ago. 2012.

LOBO, M. Aumento de coroa anterior estético minimamente traumático: caso clínico selecionado. **Dentistry Clínica**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 26-29, ago. 2011.

MACHADO, A. W. 10 commandments of smile esthetics. . **Dental Press J Orthod**, Maringa, v. 19, n. 4, p. 136-157, jul.-ago. 2014.

MIRANDA, M. E. et al. Esthetic challenges in rehabilitating the anterior maxilla: a case report. **Operative dentistry**, v. 41, n. 1, p. 2-7, 2016.

NARAYAN, S. et al. Correction of gummy smile: A report of two cases. **J Indian Soc Periodontol**, Mumbai, v. 15, n. 4, p. 421-424, out.-dez. 2011.

PETO, D. Periodontal considerations in veneer cases. **J Calif Dent Assoc**, Sacramento, v. 43, n. 4, p. 193-198, abr. 2015.

PIRES, C. V.; DE SOUZA, C. G. L. G.; MENEZES, S. A. F. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival—relato de caso. **R. Periodontia**, v. 20, n. 1, p. 48-53, mar. 2010.

RAGGHIANI ZANGRANDO, M. S. et al. Altered Active and Passive Eruption: A Modified Classification. **Clin Adv Periodontics**, Chicago, v. 7 n. 1, p. 51-56, fev. 2017.

SEIXAS, M. R.; COSTA-PINTO, R. A.; ARAÚJO, T. M. Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. **Dental Press J Orthod**, Maringa, v. 16, n. 2, p. 131-57, mar.-abr. 2011.

SILVA, D. B. et al. Cirurgia Plástica Periodontal para Otimização da Harmonia Dentogengival-Relato de Caso Clínico. **Brazilian Journal of Health**, v. 1, n. 1, p. 31-36, jan.-abr. 2010.

SILVA, C. O. et al. Aesthetic crown lengthening: periodontal and patient-centred outcomes. **Journal of clinical periodontology**, v. 42, n. 12, p. 1126-1134, 2015.

TRIGUEIRO, T. A. et al. Reabilitação estética e funcional do sorriso: Revisão de literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, v. 3, n. 9, p. 25-30, abr. 2016.

TREVISANI, R. S.; VON MEUSEL, D. R. D. Z. Aumento de coroa clínica em dentes anteriores. **Journal of Oral Investigations**, Passo fundo, v. 3, n. 2, p. 19-24, 2015.

4 ARTIGO

IMPACTO DA CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL NA QUALIDADE DE VIDA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO COM GENGIVECTOMIA SUFICIENTEMENTE INVASIVA E GUIADA

IMPACT OF CORRECTION OF GENGIVAL SMILING ON QUALITY OF LIFE: REPORT OF A CLINICAL CASE WITH SUFFICIENTLY INVASIVE AND GUIDED GENGIVECTOMY

Maria Monaliza Gomes Monteiro¹, Diobson Gonçalves de Lima¹, Rodrigo Alves Ribeiro², Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues², João Nilton Lopes de Sousa²

1. Graduado do Curso de Odontologia do Centro de Saúde e Tecnologia Rural (CSTR). Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Patos, PB, Brasil.

2. Professor Doutor da Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas-Curso de Odontologia/CCSTR – UFCG.

**Correspondência: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos - Paraíba – Brasil.
Email: jnlopesodonto@gmail.com.*

RESUMO

Introdução: O sorriso gengival é uma das queixas mais comuns relacionada a estética, possuindo uma etiologia variada, sendo sua causa mais comum a erupção passiva. Para melhor êxito nos resultados, é necessário um planejamento prévio utilizando de fotografias, modelos de gesso, enceramento diagnóstico, possibilitando antecipação dos resultados sem a realização cirúrgica. **Objetivo:** relatar um caso clínico de correção de sorriso gengival por meio de gengivectomia e osteotomia sem deslocamento de retalho, auxiliada por um guia cirúrgico, avaliar o grau de dor no pós-operatória e o impacto deste tratamento na qualidade de vida da paciente. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino apresentava biótipo periodontal plano e espesso com larga faixa de mucosa ceratinizada, coroas clínicas curtas e quadradas, linha cervical plana e exposição gengival maior que 3,0 mm, com inexistência de perda de inserção, estabelecendo uma proporção de 80% na relação largura/comprimento das coroas para seu planejamento cirúrgico. **Resultados:** Após 60 dias da cirurgia o aumento dos elementos foi conforme ao planejado, e os tecidos periodontais apresentaram contornos regulares, linha cervical do sorriso convexa, zênites gengivais dos caninos e incisivos centrais posicionados mais apicalmente e para distal em relação aos incisivos laterais. **Conclusão:** A correção cirúrgica do sorriso gengival pela técnica de gengivectomia com osteotomia sem deslocamento de retalho impactou positivamente na melhora da qualidade vida da paciente deste estudo.

Descritores: Gengivectomia. Estética Dentária. Sorriso.

ABSTRACT

Introduction: The gingival smile is one of the most common complaints related to aesthetics, having a varied etiology, its most common cause being altered passive eruption. To achieve better results, prior planning is required using photographs, plaster models, diagnostic waxing, allowing anticipation of the results without performing surgery. **Objective:** to report a clinical case of gingival smile correction through gingivectomy and osteotomy without flap displacement, assisted by a surgical guide, to assess the degree of postoperative pain and the impact of this treatment on the quality of life of the patient. **Case report:** A female patient presented a flat, thick periodontal biotype with a wide range of keratinized mucosa, short and square clinical crowns, a flat cervical line and gingival exposures greater than 3.0 mm, with no loss of insertion, establishing a ratio of 80% in the width / length ratio of crowns to their surgical planning. **Results:** After 60 days of surgery, the increase of the elements was as planned, and the periodontal tissues presented regular contours, cervical line of the convex smile, zirconium of the canines and central incisors positioned more apically and distal to the lateral incisors. **Conclusion:** The surgical correction of the gingival smile by the gingivectomy technique with osteotomy without flap displacement had a positive impact on the quality of life of the patients in this study.

Keywords: Gingivectomy. Aesthetic Dentistry. Smile.

INTRODUÇÃO

A expressão de um sorriso aponta muitas nuances do comportamento humano. Certamente é um fator crucial para o bem-estar individual e social, motivo que resulta em grande interesse e valoração estética (Clozza *et al.*, 2014). O campo de atuação estética do odontólogo tem crescido numericamente e qualitativamente, ganhando espaço cada vez maior e ocasionando no aumento de pacientes em busca de procedimentos estéticos (Pires *et al.*, 2010). A busca por um sorriso estético e harmonioso é encarado como uma necessidade, aumentando a procura por procedimentos com esta finalidade (Silva *et al.*, 2010).

O sorriso harmônico é composto por vários fatores, dentre os principais está a posição e tamanho de dentes, gengiva e lábios. O sorriso gengival é uma das queixas mais comuns relacionada à estética, e a odontologia tem se inovado no aprimoramento de técnicas que intervenham efetivamente nesta condição com o intuito de proporcionar um sorriso harmonioso (Hernández & González, 2013; Borges *et al.*, 2012).

O sorriso gengival é definido pela exposição excessiva de gengiva maxilar durante o sorriso. Apresenta etiologia variada, que deve ser corretamente identificada para confecção de um plano de tratamento eficaz (Faria *et al.*, 2015). A erupção passiva alterada (EPA) é considerada a etiologia mais comum na formação do sorriso gengival, a partir do diagnóstico pode se realizar o planejamento para essa etiologia, que envolve o aumento das coroas clínicas por meio de técnicas como gengivectomia associada à osteotomia, sendo imprescindível a manutenção da saúde periodontal, que através de um adequado diagnóstico e planejamento resultará no sucesso do tratamento. (Espin *et al.*, 2013).

Para a obtenção de êxito nos resultados e o contentamento do paciente, alguns métodos de diagnóstico têm sido utilizados pelos profissionais, tais como: fotografias, modelos de gesso, radiografias, tornando possível a visualização antecipada dos resultados, previamente às intervenções no paciente (Eustáquio *et al.*, 2014). Os avanços tecnológicos têm proporcionado a odontologia ferramentas úteis no planejamento dos casos clínicos, como o desenho digital do sorriso, que permite uma análise detalhada das estruturas faciais e dentárias do paciente proporcionando uma maior previsibilidade dos resultados (Miranda *et al.*, 2016).

Calixto *et al.* (2011) demonstraram através de casos clínicos, a importância do encerramento diagnóstico, que garante maior previsibilidade no tratamento, por meio deste é possível executar o mock-up, diminuindo de forma considerável os insucessos. Diversos estudos têm demonstrado que a confecção do mock-up são possíveis com a resina acrílica, destacando a utilidade deste para o planejamento cirúrgico periodontal e para a previsibilidade do resultado (De Almeida *et al.*, 2012).

Objetivou-se com este trabalho relatar um caso clínico de correção de sorriso gengival por meio de gengivectomia e osteotomia sem deslocamento de retalho, auxiliada por um guia cirúrgico, avaliar o grau de dor associado a quantidade de comprimidos ingeridos no pós-operatória e o impacto deste tratamento na qualidade de vida da paciente.

RELATO DE CASO

EXAME CLÍNICO E PERIODONTAL

Paciente do gênero feminino, T.G.L. de 18 anos de idade, leucoderma e sem comprometimento sistêmico, procurou o Projeto de Extensão em Periodontia Clínica e Cirúrgica da UFCG – PROEPEC/UFCG, apresentando como queixa principal a exposição gengival excessiva ao sorrir (figura 1).



Figura 1: Exposição gengival durante repouso e sorriso.

Realizaram-se avaliações clínica e periodontal e a paciente apresentava biótipo periodontal plano e espesso com larga faixa de mucosa ceratinizada, coroas clínicas curtas e quadradas, linha cervical plana e exposição gengival maior que 3,0 mm, caracterizando sorriso gengival (Figura 2). No exame radiográfico, não havia perda de inserção e a crista óssea alveolar interproximal apresentava-se próxima à junção cimento-esmalte (JCE) (Figura 3).



Figura 2: Aspecto clínico dos tecidos periodontais.



Figura 3: Exame radiográfico do sextante anterossuperior.

Foram avaliados, no exame periodontal, os seguintes parâmetros clínicos: profundidade de sondagem, recessão gengival, mucosa ceratinizada, gengiva inserida e índice de sangramento gengival (Quadro 1). Constataram-se profundidade de sondagem inferior a 3 milímetros, ausência de recessões gengivais e presença de sangramento à sondagem, caracterizando a inexistência de perda de inserção e um quadro clínico de gengivite induzida por biofilme. Foi realizado o tratamento periodontal básico, com raspagem coronária e orientação de higiene bucal, para o restabelecimento da saúde gengival.

Quadro 1: Exame Periodontal Detalhado (Periograma)

DENTE	MV		V		DV		MC	GI
	R	S	R	S	R	S	mm	mm
13	0	2.5	0	2	0	3	9	7
12	0	2.5	0	2	0	3	11	9
11	0	2	0	2.5	0	1.5	10	7.5
21	0	2	0	2.5	0	2	10	7.5
22	0	2.5	0	2.5	0	2.5	8	5,5
23	0	3	0	1.5	0	2.5	10	8.5

R – recessão gengival; S – profundidade de sondagem; MV – mesiovestibular; V – vestibular; DV – distovestibular; MC – mucosa ceratiniza; GI – gengiva inserida

PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

Este caso clínico faz parte de um projeto maior não financiado e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos-PB e aprovado com CAAE: 59592016.8.0000.5181 (ANEXO B). Foi explicado o plano de tratamento para a paciente, a qual o responsável assinou um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), autorizando a realização do procedimento cirúrgico e publicação deste caso clínico (APÊNDICE A).

Na reavaliação final, o procedimento cirúrgico escolhido para correção do sorriso gengival foi uma cirurgia plástica periodontal do tipo gengivectomia com osteotomia sem retalho, auxiliada e planejada com guia cirúrgico. O objetivo deste procedimento foi diminuir a exposição gengival da paciente ao sorrir, aumentando as coroas clínicas dos elementos.

No planejamento, foi estabelecida uma proporção de 80% na relação largura/comprimento das coroas dos incisivos centrais superiores, com a qual se

determinou o quanto cada coroa clínica deveria ser aumentada e o quanto de gengiva deveria ser removida, em cada elemento, durante a técnica de gengivectomia. As medidas referentes à faixa de gengiva exposta ao sorrir, à altura e largura de cada coroa clínica foram aferidas com compasso de ponta seca e régua milimétrica de endodontia (Quadro 2).

Quadro 2. Planejamento cirúrgico periodontal para avaliar a quantidade de tecido gengival na gengivectomia

Dente	Planejamento no pré-operatório			
	Coroa clínica (mm)	Sorriso gengival (mm)	Coroa clínica após a cirurgia/ Proporção de 80% (mm)	Gengivectomia (mm)
13	9,5	5	12	2,5
12	8,5	6	10	1,5
11	10,5	4,5	12	1,5
21	10	5	12	2
22	8	5,5	10	2
23	10	4,5	12	2

D - Dente

COA – Crista Óssea alveolar

JCE – Junção cimento-esmalte

CONFECÇÃO DO GUIA CIRÚRGICO

Antes da cirurgia periodontal, executou-se moldagem do arco superior com alginato (DENCRIL, PIRASSUNUNGA-SP, BRASIL) para se produzir o modelo de gesso (TIPO IV ASFER LTDA, SÃO CAETANO-SP, BRASIL). As medidas planejadas para o aumento das coroas clínicas foram transferidas para o modelo de gesso tipo IV e, posteriormente, realizou-se a confecção do guia cirúrgico fenestrado, com resina acrílica autopolimerizável (VIPI LTDA, PIRASSUNUNGA-SP, BRASIL), para orientar

as incisões durante a gengivectomia. Em seguida, realizou-se o acabamento e polimento retirando qualquer excesso que pudesse incomodar a paciente. Depois de finalizado, o guia foi testado na paciente e armazenado em um recipiente com clorexidina a 2,0% (DENTSCARE LTDA, JOINVILLE-SC, BRASIL) para antissepsia até o momento da cirurgia (Figura 4).

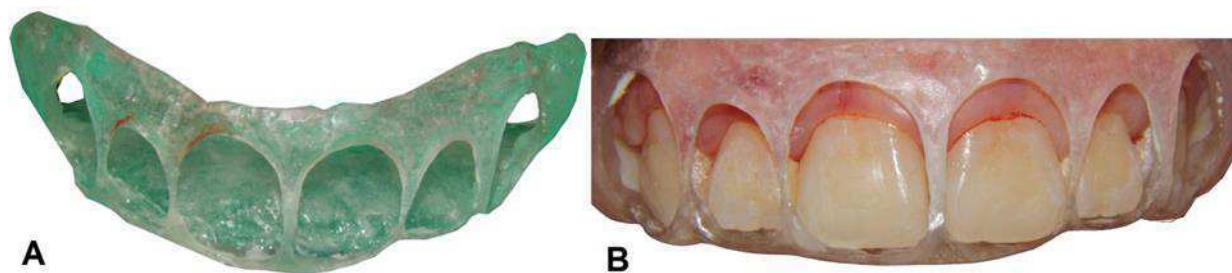


Figura 4: Em A, Guia cirúrgico e, em B, guia posicionado na boca da paciente.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA AO SORRISO GENGIVAL E APÓS CIRURGIA PERIODONTAL

Um questionário auto administrado, Saúde Oral Impact Profile-14 (OHIP-14) foi utilizado para medir o impacto do sorriso gengival e da cirurgia periodontal sobre a qualidade de vida no pré-operatório e em 7 e 21 dias de pós-cirurgia. O OHIP-14 abrange sete domínios de impactos: limitação funcional (por exemplo, dificuldade para falar), incapacidade física (por exemplo, dor no dente), desconforto psicológico (por exemplo, sente-se estressado), incapacidade física (por exemplo, evitar alimentos); incapacidade psicológica (por exemplo, sente-se envergonhado), incapacidade social (por exemplo, dificuldade em realizar as atividades diárias) e desvantagem social (por exemplo, total incapacidade de atividades diárias).

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

No procedimento cirúrgico, foi realizada antissepsia extra e intrabucal com digluconato de clorexidina 2% (DENTSCARE LTDA, JOINVILLE-SC, BRASIL) e 0,12% (RIOQUÍMICA LTDA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP, BRASIL), respectivamente. Em seguida, anestesia com Articaína 4% com vasoconstritor (DFL INDÚSTRIA E COMÉRCIO S.A., RIO DE JANEIRO-RJ, BRASIL), utilizando a técnica infiltrativa no fundo de sulco vestibular e nas papilas vestibulares.

Com o guia em posição, realizou-se a incisão marginal, com a lâmina de bisturi 15C (LAMEDID COMERCIAL E SERVIÇOS LTDA, BARUERI-SP, BRASIL), tangenciando os contornos do guia cirúrgico. Em seguida, realizou-se incisão intrassucular e remoção do tecido gengival com auxílio de cureta periodontal de Gracey 5-6 (**GOLGRAN**, SÃO CAETANO DO SUL-SP, BRASIL) (Figura 5).



Figura 5: Em A, Incisão paramarginal auxiliada pela guia cirúrgico; em B, remoção do tecido excisado e, em C, Aspecto clínico após gengivectomia.

Ao remover o tecido gengival incisado, uma sonda periodontal do tipo HWO OMS (**GOLGRAN**, SÃO CAETANO DO SUL-SP, BRASIL) foi utilizada para localizar a junção cimento-esmalte (JCE) e a crista óssea alveolar (COA). A margem gengival cirúrgica (MGC) estava posicionada nas proximidades da JCE. Em seguida foi realizada osteotomia, via sulco gengival cirúrgico, com Cinzel Mini-Ochsenbein N°2.

Sua lamina ativa foi posicionada a uma angulação de aproximadamente 50 em relação ao longo eixo do dente, realizando movimentos leves apicais e de rotação, distanciando a COA em 3 mm da MGC (Figura 6). Os valores da osteotomia em cada dente podem ser observados no quadro 3.

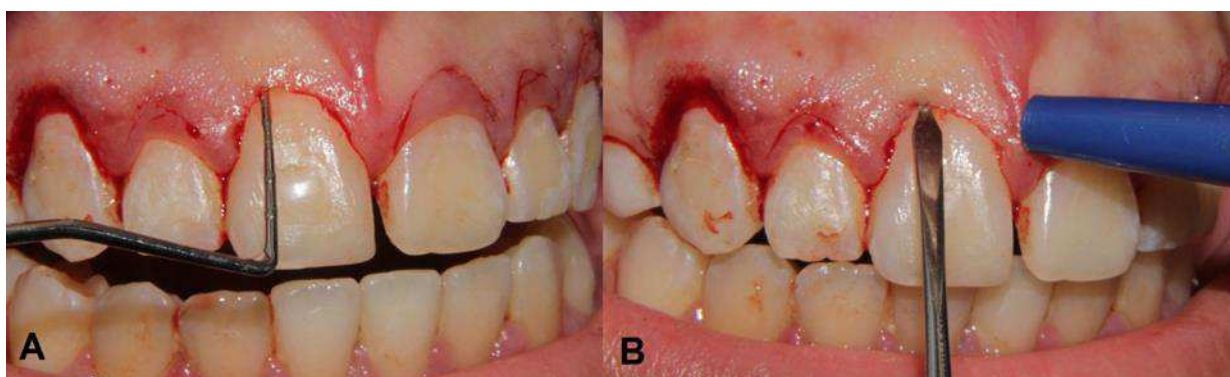


Figura 6: Em A, localização da junção cimento-esmalte (JCE) e da crista óssea alveolar (COA) e, em B, osteotomia via sulco gengival cirúrgico.

Quadro 3: Planejamento da osteotomia em cada dente.

Dente	Gingivectomia (mm)	Planejamento no transcirúrgico Coroa clínica após a gingivectomia (mm)	Distância da COA à MGC (mm)	Osteotomia (mm)
13	2,5	12	0	3
12	1,5	10	1	2
11	1,5	12	0,5	2,5
21	2	12	0,5	2,5
22	2	10	1	2
23	2	12	0	3

COA - Crista Óssea alveolar

MGC – Margem Gengival Cirúrgica

Após a osteotomia, foi realizada a remoção dos fragmentos ósseos através da raspagem e alisamento radicular em 1 mm subgengival, finalizando com irrigação

abundante com solução salina a 0,9 % (EUROFARMA LABORATÓRIOS LTDA, SÃO PAULO-SP, BRASIL) e sem sutura (figura 6).

GESTÃO DO PÓS-OPERATÓRIO

A participante foi informada quanto às instruções de higiene oral e cuidados pós-operatórios, sendo prescritos comprimidos de paracetamol 750 mg administrados a cada 6 horas apenas em caso de dor e bochechos com 15 ml de digluconato de clorexidina a 0,12% durante 1 min, duas vezes ao dia, por 14 dias.

AValiação DA DOR PÓS-OPERATÓRIA E DA QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS DE ANALGÉSICO INGERIDOS NO PÓS-OPERATÓRIO

A Dor pós-operatória foi avaliada após 5 horas e em 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º e 7º dias após a cirurgia com uma escala analógica visual (VAS) de 10 unidades (APÊNDICE C), representada por uma linha contínua com 10 cm de comprimento; onde, da esquerda para direita do gráfico, o escore 0 representa a ausência de dor e o escore 10, que representa a dor mais severa. Esta escala foi entregue ao paciente para avaliar o desconforto durante a cicatrização inicial e nos primeiros 7 dias, levando em consideração a intensidade da sua dor nas últimas 24 horas e também em todos os dias avaliados. Foi avaliada a ingestão de comprimidos de analgésico juntamente com a VAS, orientando a paciente a registrar se houve a necessidade de ingerir o analgésico e as suas quantidades, registrando o escore da dor na escala da VAS. Sendo possível mensurar se a dor sentida pelo indivíduo ocasionou a necessidade de se fazer uso de analgésico.

RESULTADOS

Em relação à dor e número de analgésico ingeridos nos primeiros sete dias de pós-operatório, o paciente relatou um desconforto leve a moderado apenas nas primeiras cinco horas após a gengivectomia e ingeriu apenas um comprimido de analgésico. Relatou ainda que não sentiu nenhum desconforto nos demais dias, como também que não foi necessário o uso de medicação neste período (Tabela 1).

Tabela 1: Resultado da dor relacionada a cirurgia pela Escala Visual Analógica (EVA) e da quantidade de comprimidos de analgésicos ingeridos no pós-operatório.

MOMENTOS DA AVALIAÇÃO APÓS A CIRURGIA	ESCORE/ EVA	QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS
5 HORAS	3	1
1 ^o DIA	0	0
2 ^o DIA	0	0
3 ^o DIA	0	0
4 ^o DIA	0	0
5 ^o DIA	0	0
6 ^o DIA	0	0
7 ^o DIA	0	0

Após 21 dias do procedimento cirúrgico, foram obtidas novas medidas de altura da coroa clínica e exposição gengival ao sorrir comparando-as com aquelas planejadas no pré-operatório para avaliar a previsibilidade do resultado, utilizando o guia cirúrgico e distancia da COA a MGC de 3 mm. O aumento da coroa clínica dos elementos foi conforme ao planejado na gengivectomia e a faixa de gengiva exposta ao sorrir foi diminuída consideravelmente (Quadro 4).

Quadro 4: Resultado do aumento da coroa clínica e exposição gengival ao sorrir após o procedimento cirúrgico

Dente	Planejamento no pré-operatório			Resultado do aumento da coroa clínica após 21 dias	
	Coroa clínica (mm)	Sorriso gengival (mm)	Coroa clínica planejada (mm)	Coroa clínica (mm)	Exposição gengival ao sorrir (mm)
13	9,5	5	12	12	0.5
12	8,5	6	10	10	3
11	10,5	4,5	12	12	2
21	10	5	12	12	2
22	8	5,5	10	10	3
23	10	4,5	12	12	1

A paciente relatou que o sorriso gengival impactava negativamente em sua qualidade de vida, pois repetidamente lhe causava incapacidade psicológica (OHIP = 3,5) e desconforto psicológico (OHIP= 3), as vezes incapacidade social (OHIP = 2) e raramente dor física (OHIP= 1,5), totalizando um OHIP14 de 10. Sete dias após o procedimento, a paciente já relatava muita satisfação com o resultado do procedimento cirúrgico (OHIP-14 = 0). Com 21 dias, relatou que continua muito satisfeita com o resultado e o OHIP relatado foi de 0 novamente, revelando que a correção cirúrgica do sorriso gengival melhorou sua qualidade de vida (Tabela 2).

Tabela 2: Avaliação da qualidade de vida relacionada ao sorriso gengival e após cirurgia periodontal por meio do OHIP-14

DIMENSÃO	ANTES DA CIRURGIA	7 DIAS APÓS A CIRURGIA	21 DIAS APÓS A CIRURGIA
Limitação funcional	0	0	0
Dor física	1,5	0	0
Desconforto psicológico	3	0	0
Incapacidade física	0	0	0
Incapacidade psicológica	3,5	0	0
Incapacidade social	2	0	0
Desvantagem social	0	0	0
TOTAL	10	0	0

Clinicamente, os tecidos periodontais apresentaram-se saudáveis com contornos regulares e linha cervical do sorriso convexa, com zênites gengivais dos caninos e incisivos centrais posicionados mais apicalmente e para distal em relação aos incisivos laterais (Figura 7).



Figura 7: Exposição gengival ao sorrir no pós-operatório de 21 dias.

Após 60 dias, a estética do sorriso da paciente foi novamente avaliada quando observado a exposição gengival ao sorrir e harmonia do sorriso. A paciente expressou-se bastante satisfeita com as novas características do seu sorriso e relatou

ausência de eventos de dor na região e melhora na sua autoestima após a remoção do excesso de tecido gengival (Figura 8).



Figura 8: Aspecto da estética do sorriso no pós-operatório de 60 dias.

DISCUSSÃO

O sorriso é um fator que influencia diretamente a vida das pessoas, pois o ato de sorrir é a demonstração de emoções como felicidade, tornando claro que a harmonização da mesma melhora significativamente a qualidade de vida do indivíduo (Pires *et al.*, 2010; Espin *et al.*, 2013; Ferreira, 2011). Durante a anamnese, o presente estudo avaliou a qualidade de vida da paciente relacionada à satisfação com o seu sorriso e observou-se que o sorriso gengival influenciava diretamente na sua qualidade de vida (OHIP-14 = 10), principalmente, nas dimensões desconforto psicológico e incapacidade psicológica e social.

Feu *et al.* (2011) estudaram, por meio de fotografia, a percepção de profissionais e paciente com relação a estética do sorriso, alterando a faixa de gengiva exposta durante tal ato. Os autores observaram que as imagens que apresentavam uma exposição gengival maior que 2 mm foram consideradas menos estéticas pelos dois grupos estudados. Corroborando com o estudo acima, a paciente procurou o serviço de periodontia da UFCG com o intuito de aumentar suas coroas clínicas, pois apresentava muita gengiva durante o sorriso e que se sentia psicologicamente e socialmente afetada, pois esta alteração a inibia de sorrir naturalmente.

Durante o sorriso, a exibição gengival de até 3 mm é aceitável, valores superiores são caracterizados por sorriso gengival, esteticamente desfavorável, ocasionando a procura por procedimentos corretivos (Narayan *et al.*, 2011). No exame periodontal, observou-se que, no sorriso máximo, a paciente apresentava uma faixa maior que 4 mm de exibição gengival, demonstrando a concordância com os autores em relação ao impacto na qualidade de vida em virtude do sorriso gengival.

A etiologia do sorriso gengival pode ser multifatorial (Faria *et al.*, 2015). Dentre os fatores relacionados, os quais podem apresentar-se isoladamente ou combinados, citam-se: excesso vertical maxilar, protrusão dentoalveolar superior, extrusão e/ou erupção passiva alterada dos dentes anterossuperiores, hiperatividade dos músculos elevadores do lábio superior (Seixas & Araújo, 2011).

Dentre fatores etiológicos citados acima, a erupção passiva alterada (EPA) é considerada uma das causas mais comuns que afeta a estética gengival (Espin *et al.*, 2013), apresentando necessidade de um tratamento mais meticuloso (Alpiste-Illueca, 2011; Cairo *et al.*, 2012). No presente estudo, observou-se que a alteração estética no sorriso da paciente era em decorrência de EPA. Por se tratar de uma paciente, que foi atendida em ambiente universitário e de baixo poder aquisitivo, não foi possível utilizar a tomografia como método auxiliar de diagnóstico e de planejamento para cirurgia periodontal.

Vários aspectos devem ser avaliados para nortear o planejamento cirúrgico periodontal para correção estética do sorriso, tais como: a condição periodontal, o fenótipo periodontal, o contorno e zênite gengival, a papila interdental, recessão e coloração gengival (Borges *et al.*, 2012). O diagnóstico de erupção passiva alterada foi realizado clinicamente, observando o fenótipo periodontal, a proporção largura/altura das coroas clínicas, radiografia periapical, largura de mucosa queratinizada e profundidade do sulco gengival clínico e do complexo dos tecidos supracrestais (zona de transição) com anestesia local. Este diagnóstico foi confirmado no transoperatório, quando foi possível observar que COA posiciona-se na JCE nos caninos e muito próxima, nos incisivos centrais.

Avaliação da proporção largura/altura da coroa clínica e anatômica, do tecido queratinizado no sentido apical-coronal, da localização do rebordo alveolar, da posição dos dentes, das radiografias periapicais, da posição da margem gengival e da crista óssea em relação à junção cimento-esmalte é essencial para o diagnóstico do sorriso gengival e para obtenção de resultados satisfatórios (Hernández & González, 2013). Para aumentar as coroas clínicas da paciente deste estudo, planejou-se trabalhar com uma proporção estética de 80 % na relação largura/comprimento, obtendo a medida da altura que cada coroa clínica deveria apresentar.

Para melhorar a previsibilidade do resultado e transferir estas medidas para o tecido gengival imediatamente à cirurgia periodontal, confeccionou-se um guia cirúrgico fenestrado que auxiliou na confecção do contorno da incisão paramarginal, posicionando os zênites gengivais para distal nos incisivos e caninos. Os êxitos dos procedimentos são possíveis a partir de um bom planejamento (Clozza *et al.*, 2014). A confecção de um guia cirúrgico apresenta diversas funções que facilitam o procedimento, resultando em uma maior segurança e precisão ao profissional, permitindo à paciente previsibilidade do resultado e gerando uma maior aceitação (Castro *et al.*, 2010). A utilização do guia cirúrgico, neste caso clínico, proporcionou que os resultados planejados fossem alcançados. Na reavaliação pós-operatória, as alturas das coroas foram novamente aferidas e, em 100 % delas, o aumento foi igual ao planejado no pré-operatório.

Dentre as técnicas utilizadas para o tratamento do sorriso gengival está a cirurgia para aumento de coroa clínica (Borges *et al.*, 2012). Para esta finalidade, o periodontista pode optar por duas técnicas: gengivectomia e osteotomia com cinzeis e brocas após deslocamento total do retalho mucogengival (Clozza *et al.*, 2014;

Alvarenga *et al.*, 2018) ou gengivectomia e osteotomia sem deslocamento de retalho, também denominada de minimamente traumática (Trevisani & Meuseu, 2014) ou minimamente invasiva ou *flapless* (Pontes *et al.*, 2016). A quantidade de osso removido na osteotomia está relacionada com a distância da junção cimento-esmalte e da crista óssea alveolar (Pires *et al.*, 2010; Fernandes *et al.*, 2014).

Em ambas as técnicas, as distâncias biológicas são estabelecidas distanciando a crista óssea alveolar em 3 mm da junção cimento-esmalte por meio de osteotomia (Clozza *et al.*, 2014). No presente caso clínico, a osteotomia foi realizada em 3 mm pela técnica minimamente traumática, sem deslocamento de retalho, com o cinzel Mini-Ochsenbein N°2 que apresenta a lâmina ativa pequena e delicada, o que favoreceu ressecção óssea sem danos a mucosa. Nesta técnica é fundamental a utilização de microcinzeis, pois a remoção óssea é via sulco gengival (Fernandes *et al.*, 2014). Esta técnica foi escolhida, pois se verificou, durante na sondagem, que a paciente apresentava uma espessura de tecido ósseo vestibular possível de ser removida via sulco, sem necessidade de retalho aberto. Para Pontes *et al.* (2016), quando se tratar de um caso de fenótipo ósseo espesso e/ou exostoses ósseas, será necessário utilizar a técnica convencional, com retalho aberto, para exposição do tecido ósseo e osteoplastia, com a remoção de osso não apenas no sentido coronário-apical, como também em espessura na região vestibular.

Alternativas menos invasivas têm sido descritas, mesmo com a existência de técnicas e procedimentos já conceituados, com o objetivo de melhorar os procedimentos, gerando menos desconforto para o paciente (Faria *et al.*, 2015). Nas avaliações de controle, observaram-se uma boa recuperação do tecido periodontal, com o mínimo desconforto pós-operatório. Em relação à dor e número de analgésico

ingeridos nos primeiros sete dias de pós-operatório, a paciente relatou um desconforto leve a moderado apenas nas primeiras cinco horas após a gengivectomia e ingeriu apenas um comprimido de analgésico. Relatou ainda que não sentiu nenhum desconforto nos demais dias, como também que não foi necessário o uso de medicação neste período.

Uma das formas de avaliar as percepções do impacto das condições bucais sobre o bem-estar das pessoas é a partir do OHIP-14 (Oral Perfil de Impacto da Saúde), composto de 14 itens que mostram instruções para medir a saúde bucal relacionada à qualidade de vida (Souza *et al.*, 2007). No pós-operatório de 21 e 60 dias; observou-se, na paciente deste estudo, uma redução considerável na faixa de gengiva visível ao sorrir. Para observar o impacto da correção cirúrgica do sorriso gengival (OHIP-14 basal = 10) da qualidade de vida relatada pela paciente, foi avaliado novamente o OHIP-14 no pós-operatório de 7 e 21 dias quando se observou, no dois períodos, a redução total da insatisfação da paciente com seu sorriso, melhorando sua qualidade de vida. Este resultado corrobora com as conclusões dos estudos de Castro *et al.* (2010), Trevisani & Meuseu (2015) e Gurrea & Bruguera (2014).

CONCLUSÃO

A correção cirúrgica do sorriso gengival pela técnica de gengivectomia com osteotomia sem deslocamento de retalho impactou positivamente na melhora da qualidade de vida da paciente deste estudo, causando um leve desconforto somente nas cinco primeiras horas com a ingestão de apenas um comprimido durante o pós-operatório. A utilização do guia cirúrgico proporcionou maior previsibilidade dos resultados e precisão cirúrgica.

5 REFERÊNCIAS

1. Clozza E, Suzuki T, Mohajer KA. Tratamento de erupção passiva alterada para melhorar a estética do sorriso. *Dicas* 2014;3(1):36-41.
2. Pires CV, De Souza CGLG, Menezes SAF. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival: relato de caso. *R. Periodontia* 2010; 20(1): 48-53.
3. Silva DB, Zaffalon GT, Corazza PFL, Bacci JE, Steiner-Oliveira C, Magalhães JCA. Cirurgia plástica periodontal para otimização da harmonia dentogengival - relato de caso clínico. *Brazilian Journal of Health* 2010;1(1):31-6.
4. Hernández RM, González GM. Periodontal plastic surgery performed in clinically short crowns for prosthetic rehabilitation. *Rev Odontol Mex* 2013;17(4):236-42.
5. Borges GJ, Ruiz LFN, Souza JB, Santos LFE, de Sousa Andrade R, Batista DG. Aumento de Coroa Estético Associado ao Reposicionamento Labial com Cimento Ortopédico. *Robrac* 2012; 21(57);493-497
6. Faria GJ, Barra SG, Vieira TR, de Oliveira PAD. A importância do planejamento multidisciplinar para correção do sorriso gengival: Relato de caso clínico. *Rev Fac Odonto. Lins* 2015;25(1): 61-66.
7. Espín CV, Buendía MCL. Interdisciplinary treatment of patient with gummy smile. *Rev odontol mex* 2013;17(1):51-56.
8. Eustáquio J, de Andrade Filho JC, Turssi CP, do Amaral FLB, França FMG, Basting RT. Planejamento estético reabilitador integrado. *Rev dental press estét* 2014;11(2):72-80.

9. Miranda ME, Olivieri KA, Rigolin FJF, De Vasconcellos AA. Esthetic challenges in rehabilitating the anterior maxilla: a case report. *Operative dentistry* 2016;41(1):2-7.
10. Calixto LR, Bandeca MC, Andrade, MFD. Enceramento diagnóstico: previsibilidade no tratamento estético indireto. *Rev dent press estét* 2011;8(4):26-37.
11. De Almeida RD, Cardoso PC, Rodrigues DC, Corrêa EJB, Borges GJ. O Uso do Mock-up na Otimização e Precisão do Resultado da Cirurgia Plástica Periodontal. *International Journal of Brazilian Dentistry* 2012;8(1):74-85.
12. Ferreira FR. Cirurgias estéticas, discurso médico e saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2011;6(5): 2373-2382.
13. Feu D, Andrade FB, Nascimento APC, Miguel JAM, Gomes AA, Capelli Júnior J. Percepção das alterações no plano gengival na estética do sorriso. *Dental Press J Orthod* 2011;16(1):68-74.
14. Narayan S, Narayan TV, Jacob PC. Correction of gummy smile: A report of two cases. *J India Soc Periodontol* 2011;15(4):421-424.
15. Seixas MR, Costa-Pinto RA, Araújo TMD. Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. *Dental Press J Orthod* 2011;16(2):131-57.
16. Alpiste-Illueca F. Altered passive eruption (APE): A little-known clinical situation. *Med oral patol oral cir bucal* 2011;16(1):100-104.
17. Cairo F., Graziani F, Franchi L, Defraia E, Pini Prato GP. Periodontal plastic surgery to improve aesthetics in patients with altered passive eruption/gummy smile: a case series study. *Int j dent* 2012;2012:1-6.

18. Castro PHDF, Lopes LPB, Crispin M, Silva SL, Westphal, MRA. Planejamento reverso na correção de sorriso gengival. *Periodontia* 2010;20(3):42-46.
19. ALVARENGA, D.V. et al. Interrelação na periodontia/dentística na correção de sorriso gengival: relato de caso clínico. *Braz J Periodontol* 2018;28(2):7-13.
20. Trevisani RS, Von Meusel DRDZ. Aumento de coroa clínica em dentes anteriores - relato de caso clínico. *J Oral Invest* 2014;3(1):19-24.
21. Pontes A, Duarte P M, Oliveira A C G, Coelho E F, Esteves F M, Mello G B R et al. Aumento de Coroa Clínica Estético Minimamente Invasivo: Relato de Caso de 12 Meses. *Revista Saúde* 2016;10(3):55-64.
22. Fernandes TV, Chaves EADL, Souza Júnior EJ. Integração Periodontia/Dentística na restauração estática anterior. *Full dent. sci* 2014;6(21):7-15.
23. Souza RF, Patrocínio LA, Pero AC, Marra J & Compagnoni MA. Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. *J oral rehabil* 2007; 34: 821–826.
24. Trevisani RS, Von Meusel DRDZ. Aumento de coroa clínica em dentes anteriores. *Journal of Oral Investigations* 2015;3(2):19-24.
25. Gurrea J, Bruguera A. Wax-up and mock-up. A guide for anterior periodontal and restorative treatments. *The international journal of esthetic dentistry* 2014;9(2): 146-62.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O correto diagnóstico é primordial para que se realize um planejamento adequado na correção do sorriso gengival, e associação de ferramentas auxiliares como fotografias e o guia cirúrgico facilitou ainda mais o procedimento cirúrgico, e o uso de uma nova técnica minimamente invasiva promoveu uma melhoria no bem-estar do paciente.

ANEXOS

ANEXO A – Normas para publicação - Sociedade Brasileira de Periodontologia

NORMAS GERAIS

Os artigos para a publicação na REVISTA PERIODONTIA da SOBRAPE deverão ser inéditos e redigidos em português, inglês ou espanhol. Artigos originais de pesquisa terão prioridade para apreciação, mas, artigos de revisão e relatos de casos ou técnicas, de interesse na Periodontia, também poderão ser incluídos. A REVISTA PERIODONTIA reserva todos os direitos autorais do trabalho publicado. As informações contidas nos originais e publicadas na revista são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente, a opinião do Corpo Editorial da revista ou a posição da SOBRAPE.

Envio do Material

Os arquivos abaixo indicados deverão ser submetidos para a Revista Periodontia pelo site: www.sobrape.org.br.

- Artigo (Seguir o item “Apresentação do material”)
- Declaração de conflito de interesses (Disponível no site – Formulários)
- Lista de conferência pré-submissão (Disponível no site – Formulários)

Apresentação do material

Os artigos deverão ser digitados em Word para Windows, com fonte Arial, tamanho 12, justificado, em folhas de papel A4 numeradas consecutivamente. Deve ser usado espaço duplo com margem de 2,5 centímetros de todos os lados. As laudas deverão ter em média 1.600 toques (26 linhas de toques), perfazendo no máximo 20 páginas (excluindo gráficos, figuras e tabelas).

Seleção de artigos

A seleção dos artigos enviados à REVISTA PERIODONTIA será realizada pelo Conselho Editorial, que dispõe de autoridade para decidir sobre sua aceitação. No processo de revisão e aprovação, que será realizado em pares, serão avaliados: originalidade, relevância, metodologia e adequação às normas de publicação.

Considerações Éticas

Estudos que envolvam seres humanos deverão estar de acordo com a RESOLUÇÃO 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e terem sido aprovados pela Comissão de Ética da

Unidade /Instituição em que foram realizados. As mesmas considerações são feitas para estudos em animais. O número de aprovação do comitê deverá estar presente no artigo.

Estudos clínicos

A Revista Periodontia estimula que os pesquisadores responsáveis por estudos clínicos façam os registros dos mesmos (www.clinicaltrials.gov).

Relatos de estudos clínicos randomizados devem contemplar os critérios disponíveis em:<http://www.consort-statement.org/>

Estrutura do artigo

O trabalho deverá ser numerado (canto inferior direito) e dividido conforme os itens abaixo:

Primeira página (página 1):

- Página de título (Português e Inglês – para artigos redigidos em português; Espanhol e Inglês – para artigos redigidos em espanhol; Inglês – para artigos redigidos em inglês): deverá conter o título do artigo em negrito, o nome dos autores numerados de acordo com a filiação (instituição de origem, cidade, país), a principal titulação dos

autores de forma resumida (sem nota de rodapé) e endereço do autor correspondente (contendo o endereço eletrônico – e-mail). As demais páginas devem ser na forma de texto contínuo.

Exemplo:

Associação do PDGF e IGF na Regeneração Periodontal – Revisão de Literatura
Fernando Hayashi¹, Fernando Peixoto¹, Chistiane Watanabe Yorioka¹, Francisco Emílio Pustiglioni²

¹Mestrandos em Periodontia da FOU SP

²Professor titular de Periodontia da FOU SP

Segunda página (página 2):

- Resumo: deve fornecer uma visão concisa e objetiva do trabalho, incluindo objetivos, material e métodos, resultados e as conclusões. Deve conter no máximo 250 palavras (incluindo pontos, vírgulas etc).

- Palavras-chave: são palavras ou expressões que identificam o conteúdo do texto. Para sua escolha, deverá ser consultada a lista “Descritores em Ciências de Saúde – DECS”, da BIREME. Número de palavras-chave: máximo 6.

OBS: Para artigos redigidos em língua estrangeira, Espanhol ou Inglês, o item Resumo não configura item obrigatório.

Terceira página (página 3):

- Abstract e Keywords: cópia precisa e adequada do resumo e palavras-chave em Inglês. Deverá ser consultada a lista “Medical subject headings”. Disponível em www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html. Número de Keywords: máximo 6.

- Sugere-se para autores não-nativos que procurem assistência com a sua escrita utilizando instituições especializadas como American Journal Experts (<http://www.journalexperts.com>)

Quarta e demais páginas (página 4 e demais):

- Introdução: é o sumário dos objetivos do estudo, de forma concisa, citando as referências mais pertinentes. Também deve apresentar as hipóteses em estudo e a justificativa do trabalho.

- Material e Métodos: devem ser apresentados com suficientes detalhes que permitam confirmação das observações encontradas, indicando os testes estatísticos utilizados.

- Resultados: as informações importantes do trabalho devem ser enfatizadas e apresentadas em sequência lógica no texto, nas figuras e tabelas, citando os testes estatísticos. As tabelas e figuras devem ser numeradas (algarismo arábico) e citadas durante a descrição do texto. Cada tabela deve conter sua respectiva legenda, citada acima, em espaço duplo, em página separada, no final do artigo depois das referências. As figuras também devem estar localizadas em páginas separadas, no final do texto, porém, as legendas devem estar localizadas a baixo.

- Discussão: os resultados devem ser comparados com outros trabalhos descritos na literatura, onde também podem ser feitas as considerações finais do trabalho.

- Conclusão: deve responder: objetivamente aos questionamentos propostos.

- Agradecimentos (quando houver): a assistências técnicas, laboratórios, empresas e colegas participantes.

- Referências Bibliográficas: Essa seção será elaborada de acordo com as Normas Vancouver (disponíveis em: www.icmje.org), devendo ser numeradas

sequencialmente conforme aparição no texto. E, as abreviações das revistas devem estar em conformidade com o Index Medicus/ MEDLINE.

Todos os autores da obra devem ser mencionados. Exemplos – Normas Vancouver:

Artigo de Revista:

-Lima RC, Escobar M, Wanderley Neto J, Torres LD, Elias DO, Mendonça JT et al. Revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea: resultados imediatos. Rev Bras Cir Cardiovasc 1993; 8: 171-176.

Instituição como Autor:

-The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 116:41-42.

Sem indicação de autoria:

. Cancer in South Africa. [editorial]. S Af Med J 1994; 84-85.

Capítulo de Livro:

. Mylek WY. Endothelium and its properties. In: Clark BL Jr, editor. New frontiers in surgery. New York: McGraw-Hill; 1998. p.55-64.

Livro:

-Nunes EJ, Gomes SC. Cirurgia das cardiopatias congênitas. 2a ed. São Paulo: Sarvier;1961. p.701.

Tese:

-Brasil LA. Uso da metilprednisolona como inibidor da resposta inflamatória sistêmica induzida pela circulação extracorpórea [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1999. 122p.

Eventos:

-Silva JH. Preparo intestinal transoperatório. In: 45° Congresso Brasileiro de Atualização em Coloproctologia; 1995; São Paulo. Anais. São Paulo: Sociedade Brasileira de Coloproctologia; 1995. p.27-9.

-Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research; 1984 Sep 6-10. Proceedings. Toronto: AMA; 1984;25:293-4.

Material eletrônico: Artigo de revista:

-Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Livros:

-Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996. [cited 1999 May 27]. Disponível em : URL: <http://www.sinuses.com>

Capítulo de livro:

-Tichenor WS. Persistent sinusitis after surgery. In: Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996. [cited 1999 May 27]. Disponível em: URL: <http://www.sinuses.com/postsurg.htm>

Tese:

-Loureço LG. Relação entre a contagem de microdensidade vasal tumoral e o prognóstico do adenocarcinoma gástrico operado [tese online]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999. [citado 1999 Jun 10]. Disponível em: URL:<http://www.epm.br/cirurgia/gastro/laercio>

Eventos:

-Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online].; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. [citado 1999 Jan 17]. Disponível em: URL: <http://www.abrasco.com.br/epirio98>

Informações adicionais podem ser obtidas no seguinte endereço eletrônico:http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

-Citações no texto: Ao longo do texto, deve ser empregado o sistema autor-data. Segundo as normas Vancouver, apenas a primeira letra do sobrenome do autor é grafada em maiúscula, sendo o ano da publicação apresentado entre parênteses. Trabalhos com até dois autores, tem ambos os sobrenomes mencionados no texto, separados por “&”. Trabalhos com três ou mais autores, terão ao longo do texto mencionado apenas o primeiro seguido da expressão “et al”.

Se um determinado conceito for suportado por vários estudos, para a citação desses, deverá ser empregada a ordem cronológica das publicações. Nesse caso, o ano de publicação é separado do autor por vírgula (“,”) e as diferentes publicações separadas entre si por ponto e vírgula (“;”).

-Declaração de conflitos de interesse e fomento: esse é um item obrigatório que deve ser conciso indicando: a) se houve apoio financeiro de qualquer natureza devendo-se nesse caso mencionar nominalmente a agência de fomento e b) se há qualquer tipo de conflito de interesse relacionado à pesquisa em questão. Em casos negativos sugere-se o uso da frase

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse e apoio financeiro relacionados ao presente artigo.

- Figuras e Tabelas

As tabelas e figuras deverão ser apresentadas em folhas separadas após a secção: Referências Bibliográficas (uma tabela/figura por folha com a sua respectiva legenda). Figuras em formato digital (arquivo JPG ou TIFF): Resolução de 300 DPIs.

As imagens serão publicadas em preto e branco. Caso haja interesse dos autores há possibilidade de impressão colorida das imagens, havendo custo adicional de responsabilidade dos autores.

ANEXO B – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



CERTIDÃO

Certificamos, para fins de publicação, que, em Reunião realizada no dia 04 de maio de 2017, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, aprovou o relatório da pesquisa **CONTROLE DA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS PERIODONTAIS UTILIZANDO A LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE**. Protocolo CEP/FIP CAAE: 59592016.8.0000.518 registrado em nome do (a) pesquisador (a): João Nilton Lopes de Sousa.

Patos, 17 de maio de 2017.

FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FIP

APÊNDICES**APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL – CSTR UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS – UACB CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA	
---	--	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento, para a realização dos exames necessários ao diagnóstico das lesões bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, eu Thaynan Guedes de Lima, abaixo assinado, autorizo a retenção e utilização de radiografias, fotografias, resultados de exames e outras informações desta ficha clínica como material didático ou de publicação científica. Declaro estar ciente que, em caso de acidente perfuro-cortante, me submeterei ao teste rápido para HIV e colaborarei com o que for necessário dentro das normas estabelecidas por esta instituição de ensino.

Patos, 12 de 06 de 2017.

Marcelo Davison de Oliveira filho, RG: 3.788.832-2
Assinatura do paciente ou responsável CPF: 104.776.394.02

APÊNDICE B: FICHA CLÍNICA DO PROJETO DE EXTENSÃO EM PERIODONTIA CLÍNICA E CIRÚRGICA

Projeto de Extensão em Periodontia Clínica e Cirúrgica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Local de nascimento: _____

Sexo: _____

Cor: _____ Estado civil: _____ Grau de instrução: _____

Profissão: _____ Empresa/Cidade: _____

Endereço residencial: _____

Cep: _____ Tel fixo: _____ Cel: _____

Doença Sistêmica: () Sim () Não
Alérgia a medicamento: () Sim () Não
Uso contínuo de medicamento: () Sim () Não

Especificar: _____

Alterações na cavidade oral () Sim () Não

Especificar: _____

Condição periodontal do paciente

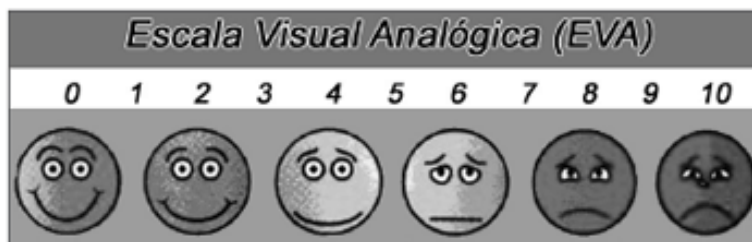
Especificar: _____

Exames complementares

Planejamento cirúrgico

APÊNDICE C: ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR (EVA) E QUESTIONÁRIO OHIP-14

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR - EVA



- ✓ Fez os bochechos clorexidina a sim () Não

com 0,12%: ()

- ✓ Escala da dor após a cirurgia e antes do laser: _____

MOMENTOS DA AVALIAÇÃO APÓS A CIRURGIA	SCORE	QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS
5 HORAS		
1º DIA		
2º DIA		
3º DIA		
4º DIA		
5º DIA		
6º DIA		
7º DIA		

CONSOLIDADO DO OHIP-14

DIMENSÃO	ANTES DA CIRURGIA	7 DIAS APÓS A CIRURGIA	21 DIAS APÓS A CIRURGIA
Limitação funcional			
Dor física			
Desconforto psicológico			
Incapacidade física			
Incapacidade psicológica			
Incapacidade social			
Desvantagem social			
TOTAL			

