

**UNIVERSIDADE CESUMAR UNICESUMAR**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

**AUMENTO DE COROA CLÍNICA NA CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL:  
RELATO DE CASO**

**THATIELE DA COSTA PASSOS**  
**THIAGO ALBERTO COLODA**

**PONTA GROSSA – PR**

**2021**

THATIELE DA COSTA PASSOS  
THIAGO ALBERTO COLODA

**AUMENTO DE COROA CLÍNICA NA CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL:  
RELATO DE CASO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação da Prof(a). Dr(a). Evelyn Lopez Soares.

PONTA GROSSA – PR

2021

**FOLHA DE APROVAÇÃO**  
**THATIELE DA COSTA PASSOS**  
**THIAGO ALBERTO COLODA**

**AUMENTO DE COROA CLÍNICA NA CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL:**  
**RELATO DE CASO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação da Prof(a). Dr(a). Evelyn Lopez Soares.

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Jessica Bauer – (Especialista, Universidade Cesumar - UNICESUMAR)

---

Leticia Antonelo Campos - (Doutora, Universidade Cesumar - UNICESUMAR)

---

Evelyn Lopez Soares - (Doutora, Universidade Cesumar - UNICESUMAR)

# **AUMENTO DE COROA CLÍNICA NA CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL: RELATO DE CASO**

Thatiele da Costa Passos

Thiago Alberto Coloda

## **RESUMO**

Uma das principais questões na área de Odontologia, atualmente, percebida na sociedade é a preocupação dos pacientes com relação à busca pela harmonia do sorriso, muitas vezes, tornando-se a queixa principal em casos com aparente exposição gengival excessiva, caracterizada como “sorriso gengival”. Para tratamento desses casos são exigidos adequados diagnóstico e planejamento para indicação correta do procedimento. Desta forma, o presente trabalho tem por objetivo relatar um estudo de caso sobre aumento de coroa clínica para correção de sorriso gengival e o restabelecimento de um sorriso harmonioso em uma paciente que buscou esse equilíbrio e estética devido ao descontentamento pessoal com seu sorriso e que apresentava doença gengival. O método proposto para conseguir atender as expectativas da paciente foi a cirurgia de aumento de coroa clínica para correção de sorriso gengival por meio da cirurgia a retalho com osteotomia. Com esse tratamento odontológico conseguiu-se alcançar resultados esperados previamente pela paciente, modificando seu sorriso conforme a expectativa criada por ela devolvendo assim sua autoestima e motivação para higiene bucal, além de devolver o prazer em sorrir que outrora fora relatado não possuir previamente ao tratamento.

**Palavras-chave:** Tratamento Odontológico. Sorriso. Cirurgia Estética.

## **INCREASE OF CLINICAL CROWN IN GINGIVAL SMILE CORRECTION: CASE REPORT**

### **ABSTRACT**

One of the main questions in the area of Dentistry, actually, perceived in society is the concern of patients with the search for smile harmony, often becoming the main complaint in cases with apparent excessive gingival exposure, characterized as “gingival smiles”. For the treatment of these cases requires adequate diagnosis and planning for the correct indication of the procedure. In this way, this actual work aims to report a case study on clinical crown augmentation for the correction of gummy smile and the reestablishment of a harmonious smile in a patient who sought this balance and aesthetics due to personal dissatisfaction with her smile and who presented gum disease. The method proposed to meet the patient's expectations was clinical crown augmentation surgery to correct gummy smile through flap surgery with osteotomy. With this dental treatment, it was possible to achieve results previously expected by the patient, modifying her smile according to the expectation created by her, returning her self-

esteem and motivation for oral hygiene, in addition to returning the pleasure in smiling that was previously reported not to have before the treatment.

**Keywords:** Dental Treatment. Smile. Aesthetics surgery.

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a busca pela estética vem sendo cada vez mais explorada e reconhecida. Sendo assim, um sorriso harmonioso e com proporções adequadas tem sido almejado e considerado importante para autoestima, todavia alguns pacientes relatam um excesso gengival e que pode desencadear, muitas vezes, um prejuízo na estética bucal (ARAÚJO & CASTRO, 2012). Embora a beleza seja um aspecto subjetivo, é crescente a busca pela face e sorriso mais harmoniosos (BASTOS; SANTOS, 2015). Para que a harmonia bucal ocorra, deve ser observado, além das características de conjunto dos dentes, formato e cor, também o conjunto das propriedades e a arquitetura do tecido gengival. Para atingir o objetivo de devolver a autoestima dos pacientes e atender às expectativas de queixa principal relacionada à estética do sorriso, são utilizados alguns recursos odontológicos estéticos, que envolvem procedimentos cirúrgicos, a fim de melhorar a estética gengival, como, por exemplo, diminuir exposição do tecido gengival durante o sorriso. (SAVITHA, SAHAR e ROSH 2012).

A etiologia da alteração estética associada à grande exposição do tecido gengival, ou seja, denominado “sorriso gengival”, possui três principais fatores: de origem esquelética, muscular e gengival (TERENZI; SAMPAIO, 2013). O lábio superior alto, em relação aos incisivos superiores em um sorriso natural, ocorre na hiperativação muscular labial, quando um paciente sorri e mostra demasiadamente gengiva e dentes, relatando incômodo, sendo um exemplo de alteração (SABA-CHUJFI; PEREIRA, 2007). A alteração de sorriso gengival associada ao crescimento crânio-facial, é o fator em que ocorreu o desenvolvimento excessivo da maxila, de origem esquelética. Adicionalmente, pode haver a associação de mais de um fator etiológico (RIVERO & SILVA, 2006). Em terceiro, o fator associado às alterações de etiologia gengival, a principal condição é denominada Erupção Passiva Alterada. (DOLT e ROBBINS 1997)

A erupção passiva alterada é uma alteração desencadeada na fase de erupção dentária, em que a margem gengival que deveria se posicionar em íntimo contato com a junção amelocementária passa a recobrir a coroa anatômica, além dos limites normais para a estética do sorriso. Sua etiologia ainda não se encontra completamente elucidada e o tratamento dessa condição deve ser indicado e realizado conforme a sua classificação (BASTOS; SANTOS, 2015). A cirurgia plástica periodontal é uma das opções de tratamento mais indicadas para essa correção, para conseguir alcançar a estética desejada (BERTOLINI *et al* 2011).

As opções de tratamento para o sorriso gengival dependem de sua etiologia, ou devido a coexistência de mais de um fator associado, deve-se perceber se há necessidade de

intervenção cirúrgica ortognática, por exemplo, restauradora, ortodôntica, ou cirúrgica periodontal. Portanto, é de suma importância o correto desenvolvimento e planejamento do caso para haver o tratamento e resultado satisfatórios, sendo procedimentos relevantes para a autoestima do paciente (ARAÚJO & CASTRO, 2012). A cirurgia plástica periodontal é uma técnica cirúrgica que objetiva a eliminação ou correção dos tecidos gengivais, visando um contorno gengival harmônico, removendo o tecido gengival em excesso. Esse tipo de cirurgia periodontal é indicado para pacientes que possuem um sorriso gengival e que não possuem nenhuma alteração nos tecidos periodontais com relação à saúde gengival. A saúde periodontal é importante para que seja alcançada a estética e o resultado desejado, criando um correto contorno da nova margem gengival, remodelando sulcos interdentais e papilas (LISBOA et al., 2011).

A associação com a osteotomia é considerada quando a distância da crista óssea à junção amelo cementária é menor que 3mm, ou seja, quando existe necessidade de restabelecer a distância da adesão tecidual supracrestal. Uma cirurgia óssea eficaz é proporcionada a uma boa visualização e acesso para realizar a osteotomia, utilizando brocas esféricas a fim de diminuir a espessura óssea e, em seguida cinzel e curetas manuais. É de suma importância nessa técnica que a crista óssea seja diminuída até a distância adequada da JCE (CARRANZA, 2016).

Este trabalho é de grande impacto para o conhecimento odontológico, além da expectativa frente a autoestima dos pacientes, promove identificação e conhecimento dos principais fatores etiológicos associados ao sorriso gengival, sua forma de tratamento, adequada indicação e planejamento e, sua necessidade de osteotomia, tendo como objetivo a diminuição do aparecimento de gengiva exacerbada no sorriso, que é um comprometimento estético que pode acometer inúmeros pacientes, relatando como queixa principal constrangimento e baixa autoestima. Com a possibilidade de tratamento cirúrgico, principalmente periodontal, podemos devolver a autoestima e melhorar a estética, além de demonstrar a importância do diagnóstico e planejamento corretos relacionados à essa condição (CUNHA, 2020).

Assim, o objetivo de estudo desse trabalho foi relatar um caso clínico de erupção passiva alterada referente à um caso de sorriso gengival, por meio de correção com procedimento cirúrgico de cirurgia plástica periodontal.

## 2 RELATO DE CASO CLÍNICO

### 2.1 Exame Clínico Inicial

Paciente do gênero feminino, 18 anos, E.A.C., ASA I, compareceu à clínica odontológica da Unicesumar Campus Ponta Grossa, em busca de realizar uma correção em seu sorriso gengival. A paciente queixou-se da estética de seu sorriso relatando que “as margens da sua gengiva eram muito desniveladas e que achava seus dentes muito pequenos” (Figura 1).



**Figura 1:** Aspecto Inicial da Paciente. Fonte: Os autores.

Ao exame clínico e anamnese a paciente não relatou alterações sistêmicas e sua condição de higiene bucal apresentava-se regular, com presença de biofilme moderada. No exame clínico periodontal, com auxílio da sonda milimetrada periodontal Williams, verificou-se a existência de sangramento à sondagem, porém sem detecção de mobilidade ou recessão gengival em nenhum elemento dentário. Foi identificada a presença de cálculo supragengival e subgengival no arco superior e no inferior e realizadas medições dos seguintes parâmetros: profundidade de sondagem, perda clínica de inserção, sangramento à sondagem, comprimento e largura dos dentes e da JEC (junção cimento-esmalte) para verificar a viabilidade da cirurgia de aumento de coroa clínica (Figura 2). As medidas de profundidade de sondagem e tamanho dos elementos dentários podem ser verificadas na Tabela 1.



**Tabela 1:** Medidas de profundidade de sondagem, altura e largura dos incisivos superiores

Elemento Dentário	Profundidade de Sondagem (mm)	Altura (mm)	Largura (mm)
11	2	8,5	8,5
12	2	7	7
13	1	8	8
21	1	9,5	8
22	1	8	7
23	1	9	9

Fonte: os autores (2021)

**Figura 2:** Medição de Comprimento e Largura dos Dentes. Fonte: Os autores.

## 2.2 Planejamento cirúrgico

Inicialmente, de acordo com o planejamento do caso, foram realizadas sessões de RAP (raspagem, alisamento e polimento radicular) superior e inferior; OHB (orientações de higiene bucal). Para que a paciente tivesse motivação e reconhecesse a importância de higienizar e assim melhorar o perfil de saúde bucal, os métodos mecânicos de controle de biofilme foram indicados. É fundamental, para realização da cirurgia periodontal, restabelecer saúde gengival e muitos jovens, desde a adolescência, apresentam falta de conhecimento sobre técnica de higiene bucal indicada e adicionalmente demonstram falta em reconhecer a importância do

autocuidado com a higiene bucal (VASQUEZ et al., 2015). Todas as sessões de raspagem e alisamento radicular foram acompanhadas da orientação de higiene bucal. Posteriormente às sessões de tratamento periodontal não cirúrgico, foi realizada uma nova avaliação da condição de saúde periodontal da paciente e verificou-se que estava apta a receber o tratamento cirúrgico, por meio da melhora dos parâmetros clínicos periodontais e ausência de inflamação.

A cirurgia proposta para corrigir o sorriso gengival da paciente foi a técnica de retalho de espessura total mucoperiosteal com osteotomia (CARRANZA, 2012). De acordo com os exames solicitados previamente (coagulograma, hemograma e glicemia em jejum) a paciente estava dentro dos valores de referência condizentes com um padrão de saúde (PNCQ, 2020).

As etapas da cirurgia foram: aferição da pressão arterial da paciente previamente ao início da cirurgia (120 por 80 mmHg) e medição do pulso (registrado 70 pulsações em 60 segundos), procedimento importante para averiguar a tensão arterial da paciente no momento e o ritmo regular averiguado na pulsação, ambos são dados importantes previamente a cirurgia (ANDRADE, E. D. 2018). Outro dado coletado importante foi a frequência respiratória (registrado 17 incursões em um minuto) que se verificou dentro dos padrões de normalidade (ANDRADE, E. D., 2018). Além de realizar bochecho com digluconato de clorexidina 0,12% por 1 minuto com o objetivo de diminuir a contaminação cruzada e realizar a cirurgia com maior segurança (HORTENSE, et al., 2017). Após paramentação, realizou-se a anestesia tópica, seguida de anestesia utilizando tubete do anestésico de mepivacaína com epinefrina 1:100.000 devido a seu tempo de meia vida relativamente longo se comparado aos demais anestésicos, cerca de 1,9 horas. (ANDRADE, E. D., 2018). Técnica anestésica foi realizada por meio da técnica infiltrativa com agulha média dos nervos alveolar superior anterior e alveolar superior médio, essas duas injeções anestésicas foram realizadas em ambos hemiarcos superiores (MALAMED, 2013).

Na sequência, foi demarcada, com sonda periodontal, a incisão em pontos sangrantes com as distâncias verificadas em planejamento nos elementos dentários 13, 12, 11, 21, 22 e 23. Após o desenho da incisão, foi realizada a incisão primária em bisel interno e incisão secundária intra-sulcular nestes elementos, com lâmina de bisturi 15C (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Posteriormente às incisões, o colarinho gengival foi removido com auxílio de cureta McCall 13-14 e o retalho mucoperiosteal de espessura total foi rebatido com descolador de Freer e descolador de Molt. Em seguida, após realização de retalho e exposto o tecido ósseo com visualização adequada, foi feita a medição da adesão tecidual supracrestal (distância biológica), com utilização da sonda periodontal, que deve ser entre 2 e 3 milímetros

da JEC até o nível de tecido ósseo (Figura 3). A osteotomia foi feita com microcinzel nas áreas vestibulares com o objetivo de melhorar o nivelamento gengival (FALABELLA, et al., 2015). E em seguida para nova verificação foi novamente utilizada a sonda milimetrada periodontal.



**Figura 3:** Retalho descolado de espessura total e tecido ósseo. Fonte: Os autores.

A irrigação tecidual durante o trans-operatório foi realizada com soro fisiológico em seringa descartável. Foi reposicionado o retalho e realizadas suturas em cada uma das papilas interdentais com fio de seda 4-0 com o propósito de preservar as papilas e promover uma adequada adaptação dos bordos (RISSATO, M., TRENTIN, M. S., 2012). Foi prescrito para a paciente como analgésico após a cirurgia a administração de Paracetamol - 750mg, por se tratar de medicação segura e sem contraindicação para a paciente em questão (ANDRADE, E. D. 2018). As suturas foram removidas sete dias após a cirurgia (Figura 4). Na imagem seguinte é possível como ficou o sorriso da paciente 6 meses após a cirurgia (Figura 5).



**Figura 4:** Após a realização da sutura (esquerda) e após remoção dos pontos 7 dias depois (direita). Fonte: Os autores.



**Figura 5:** 6 meses após a cirurgia. Fonte: Os autores.

### 3 APRESENTAÇÃO DOS DADOS (RESULTADOS)

O sorriso gengival é uma condição que pode causar desarmonia na estética, quando uma grande faixa de tecido gengival é exposta em um sorriso (acima de 2 mm) (CARRANZA, 2016). Quando o lábio superior, os elementos dentais e a gengiva estão em equilíbrio, gera um sorriso agradável aos olhos (SENISE, *et al.*, 2015). Para Faria e colaboradores (2015) cerca de 10% da população jovem entre 20 a 30 anos apresentam essa alteração, relatando uma queixa para os cirurgiões dentistas. As principais causas do sorriso gengival são de origem esquelética, muscular e gengival (TERENZI; SAMPAIO, 2013), sendo a de origem gengival o relato de caso clínico apresentado nesse trabalho.

No processo eruptivo do dente ocorrem duas fases: erupção ativa e passiva. A erupção ativa é quando o dente se move em direção ao seu antagonista, juntamente o tecido gengival em sentido vertical se desloca junto com a coroa dentária (ALPISTE-ILLUECA, 2011). No momento em que o dente encontra o seu antagonista é iniciado, então, o processo denominado erupção passiva, fazendo com que o tecido gengival migre apicalmente para uma posição estável, que é pouco coronal a junção cimento esmalte expondo 2/3 da coroa, formando também o sulco gengival, e o epitélio juncional (GOTTLIEB e ORBAN, 1933). A erupção passiva possui 4 fases: na primeira fase o epitélio juncional e a base do sulco gengival encontram-se posicionados sobre o esmalte; a segunda ocorre quando o epitélio juncional pode apresentar-se deslocado tanto no esmalte quanto no cimento; na terceira fase, o epitélio juncional encontra-se apenas no cimento e por último, de causa ainda desconhecida, essa fase pode estar associada a um processo patológico, em que o epitélio juncional migra apicalmente expondo gradativamente a coroa dentária. (ALPISTE-ILLUECA, 2011).

Quando a erupção passiva não progride para além das fases 1 e 2, ou seja, a margem gengival não migra até sua posição final, sem nenhuma razão aparente, resulta em coroas clínicas curtas, com a margem gengival excessivamente coronal a junção cimento esmalte, sendo denominada de erupção passiva alterada (EPA). Essa alteração afeta aproximadamente 12% de toda população e segundo Alpiste-Illueca, em 2011, os autores discutiram essa alteração como um atraso ou uma falha na fase de erupção dentária e, adicionalmente, essa condição possui tipos e subtipos.

A erupção passiva alterada é classificada em 2 tipos, tipo 1 e tipo 2 e essa classificação é baseada na quantidade de mucosa queratinizada, sendo medida a partir da margem gengival até a mucosa alveolar. Pacientes que possuem quantidade de gengiva queratinizada suficiente são denominados tipo 1, enquanto aquele paciente que apresenta pouca mucosa queratinizada é classificado em tipo 2, sendo de suma importância essa classificação, pois em casos onde não se diagnostica corretamente pacientes tipo 2 e realiza uma cirurgia para aumento de coroa clínica com gengivectomia, ocorre a possibilidade de remover a gengiva queratinizada do paciente. Em relação aos subtipos dessa classificação, subtipo A e subtipo B são relacionados ao tecido ósseo do paciente, o subtipo A é aquele em que a crista óssea está em posição correta, sendo que o subgrupo B é quando o nível da crista óssea está na junção cimento esmalte ou a menos de 2mm da JCE. Nas opções de tratamento para aumento de coroa clínica, deve sempre ser levado em consideração tipo e subtipo de EPA, sendo da seguinte forma: quando o paciente é classificado tipo 1 e subtipo A o tratamento a se seguir é a gengivectomia, já que o paciente tem quantidade de gengiva queratinizada suficiente e o nível da crista óssea está correto. Na situação clínica que o paciente é considerado tipo 1 e subtipo B o melhor tratamento é a gengivectomia aliada à osteotomia, o qual foi realizado no presente trabalho, em que o paciente em questão possuía gengiva queratinizada, mas o osso alveolar estava posicionado na junção cimento esmalte. Se o paciente for classificado tipo 2 e subtipo A é indicado apenas reposicionar o retalho em sentido apical, sem retirar mucosa queratinizada, para os pacientes tipo 2 subgrupo B é indicado além do reposicionamento do retalho, a osteotomia (FERRÚS, 2003).

Além da EPA, outras etiologias desencadeiam o sorriso gengival, como a hiperatividade labial, o crescimento vertical da maxila em excesso, a extrusão dento alveolar, o lábio superior curto, dentre outras etiologias, e isso acarreta diretamente na estética bucal relacionando a baixa estima dos pacientes. Para que o correto tratamento seja executado, é imprescindível o correto diagnóstico da etiologia, pois ele irá definir qual é a melhor solução de tratamento (CARRANZA, 2016).

São vários tratamentos que têm sido desenvolvidos nos últimos anos para solucionar esse problema estético e, destes, vários almejam alcançar a harmonia gengival, correlacionando a simetria gengival e dental (SEPOLIA, *et al.*, 2014). Sendo assim, as opções dependem da etiologia, e a osteotomia podendo ser indicada ou não, entretanto para isso deve-se levar em consideração os seguintes determinantes: primeiro a necessidade de se deixar no mínimo 3mm de tecido queratinizado; segundo a necessidade de realizar osteotomia. Ao se utilizar a técnica com osteotomia, removendo o excesso de osso na região anterior da maxila, esse procedimento resulta em uma melhora significativa na estética, não somente pela proporção osso/gengiva mas também pela melhor adaptação do lábio, e evitando o crescimento gengival após o reparo, pois estudos relataram grandes chances de recidiva sem a remoção do tecido ósseo (PONTES *et al.*, 2016). O principal objetivo de realização da osteotomia é remover o tecido de suporte para recuperar o espaço biológico, usando instrumentais manuais como cinzeis e micro cinzel, instrumentos rotatórios, como alta rotação e dispositivos de corte como o piezoelétrico, e, além disso, sendo de suma importância na cirurgia a irrigação constante para que evite dor pós operatória e ressecamento do tecido. Para Pedron (2010) existem contraindicações de realizar a osteotomia nas cirurgias plásticas periodontais quando, por exemplo, o paciente possui biofilme em grande quantidade, quando existe um processo inflamatório, quando entre a coroa e a raiz existe uma desproporção, desnível marginal, pouca faixa de gengiva queratinizada, necessidade de desgaste da crista óssea e o risco de possível exposição na região da furca.

Para Pontes *et al.*, (2016) tiveram estudos os quais foram realizadas cirurgias com a técnica cirúrgica com a osteotomia de maneira mínima invasiva que se sobressaiu à técnicas cirúrgicas realizadas de maneira convencional, resultando em estabilidade da margem gengival e bons resultados quanto a exposição da coroa, na mesma não foi realizada sutura e o tempo do procedimento diminuiu, o que resultou em mais conforto ao paciente. Entretanto, segundo os autores, relatou que para pacientes com biótipos espessos é indicado usar a técnica convencional de retalho aberto, já que fica inviável o desgaste ósseo pela técnica mínima invasiva.

Para Carranza (2016), a osteotomia é indicada para recuperar o espaço biológico do paciente, sendo dividida em 2mm de espaço biológico e 1mm de sulco gengival, sendo defendido pelos autores a abertura de retalho total, resultando em boa visualização e um bom acesso. É imprescindível reduzir a crista óssea para que tenha uma nova posição da margem gengival situada paralela a junção cimento esmalte, em todos os dentes que será realizado o aumento de coroa clínica, devendo, portanto reduzir o tecido ósseo à 3mm apical à junção

cimento esmalte. Se for necessário remover crista óssea, a espessura interdental pode ser também reduzida utilizando brocas arredondadas, que produzem uma ligeira proeminência das raízes, em relação ao rebordo. Para fechar o retalho rebatido, são realizadas suturas interrompidas e o paciente é instruído ao controle de biofilme para evitar possíveis traumas e retrações.

## 5 CONCLUSÃO

Com o presente trabalho, relato de caso clínico da paciente com desarmonia estética do sorriso que, conseqüentemente estimulou a procura por parte da paciente para alcançar a beleza do sorriso, verificou-se que com um correto diagnóstico embasado em conceitos e princípios biológicos, além de estudos previamente comprovados cientificamente, foi possível identificar a erupção passiva alterada. Sendo a classificação da EPA do tipo 1 e subtipo B, foi realizada a gengivectomia com osteotomia, com acompanhamento pós-operatório, que permitiu alcançar os resultados esperados. Conseguiu-se, dessa maneira, um aumento significativo das coroas que necessitavam da intervenção, e a recuperação do correto espaço biológico, por meio da osteotomia, assegurando assim a saúde do periodonto da paciente e harmonia estética do sorriso.

Além disso, ao ser questionada sobre a satisfação com o sorriso atual após a cirurgia, a paciente relatou que atualmente pode sorrir normalmente, pois seus dentes ficaram “maiores” e mais bonitos. Assim, foi possível identificar um fator determinante para a manutenção de sua autoestima. Por fim, conclui-se que a cirurgia a retalho com osteotomia é a técnica mais indicada na correção de sorriso gengival, para casos em que pacientes possuem gengiva queratinizada e o nível da crista óssea inadequado. Os resultados são satisfatórios para alcançar uma harmonia do sorriso e devolver sua autoestima.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. D. **TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM ODONTOLOGIA**. 3ª Ed. São Paulo: Artes Médicas LTDA. 2018. *Ebook*.

ALPISTE-ILLUECA, F. Altered passive eruption (EPA): A little-known clinical situation, **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**. v.16,n.1, p. 100-104, 2011.

ARAÚJO, G. Á. O; CASTRO, A; Sorriso gengival: diagnóstico e tratamento. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, v. 11, n. 5, 2012.

BASTOS, R. A. V. S. **Erupção passiva alterada – Considerações Periodontais**. 2015. 45 f. Dissertação (Mestrado em odontologia). Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2015.

BERTOLINI, P. F. R; FILHO O, B; KIYAN V. H; SARACENI C. H. C. Recuperação da estética do sorriso: Cirurgia plástica periodontal e reabilitação protética – Relato de caso. **Revista de Ciências Médicas**, v.20, n.5-6, p.137-143, 2011.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE: MANUAL DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE BUCAL**. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_especialidades\\_saude\\_bucal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2021

CARRANZA, M. G. N. **Periodontia clínica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. *Ebook*.

CUNHA, P. D. M. C. A., **Diagnóstico e Tratamento do Sorriso Gengival por Erupção Passiva Alterada. Revisão Sistemática Integrativa**. CESPU – Instituto Universitário de Ciências da Saúde. 2020. Disponível em: <[https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/3569/MIMD DISSERT pdf\\_23554\\_PedroCunha.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/3569/MIMD DISSERT pdf_23554_PedroCunha.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 16 set. 2021

DOLT, A. H; ROBINS J. W. Altered passive eruption: An etiology of short clinical crowns. **Quintessence International**, v.28, n.6, p.363-372, 1997.

DOMINGUES, L. O; MARQUES, C. L; SHITSUKA, C; STOPGLIA, R. M. M; Cirurgia plástica periodontal: gengivectomia e gengivoplastia: Relato de caso clínico. **E-Acadêmica**. v.2, n. 2, p. e012224, 2021.

FALABELLA, M. E. V., NABAK, R. L. T. S., COSTA, L. A., VIEIRA, A. D. M., SILVA, D. G., SOARES, L. G. Aumento de Coroa Clínica – Relato de Casos Clínicos. **Sociedade Brasileira de Periodontia**. v. 25 n. 2 p. 55-59. 2015. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/290820661\\_AUMENTO\\_DE\\_COROA\\_CLINICA\\_-\\_RELATO\\_DE\\_CASOS\\_CLINICOS\\_Crown\\_lengthening\\_-\\_Case\\_reports](https://www.researchgate.net/publication/290820661_AUMENTO_DE_COROA_CLINICA_-_RELATO_DE_CASOS_CLINICOS_Crown_lengthening_-_Case_reports)>. Acesso em: 20 set. 2021

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**, 2015, 25.1: 61-66

FERRÚS, J. *et al*. **Periodoncia clínica, paso a paso, Periodoncia**, 2003. V 13 n 2, p. 105-120. Disponível em: [http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA\\_PO/articulos.pdf/13-2\\_03.pdf](http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/13-2_03.pdf)

HORTENSE, S. R., CARVALHO, E. S., CARVALHO, F. S., SILVA, F. P. R., BASTOS, J. R. M., BASTOS, R. S. Uso da clorexidina como agente preventivo e terapêutico na Odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. São Paulo. v. 22 n. 2 p. 178-184. 2010. Disponível em:



<https://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/414/309>. Acesso em: 16 set. 2021

MALAMED, S. F. **Manual de Anestesia Local**. 6ª Ed. São Paulo: Elsevier. 2013. *Ebook*.

PONTES S. A., DUARTE P. M., OLIVEIRA A. C. G., COELHO E. F., ESTEVES F. M., MELLO G. B. R., TENORIO I. P., FERES M., RETAMAL-VALDES B. S. Aumento de coroa clínica estético minimamente invasivo: relato de caso de 12 meses. **Revista Saúde**. v. 10, n. 3-4, 2016.

RISSATO, M., TRENTIN, M. S. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com a finalidade restauradora – revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo**. Passo Fundo. v. 17 n. 2 p. 234-239. 2012. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v17n2/a20v17n2.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2021

ROCHA, E. F; HEMMER, B; ROCHA, V. C. F; Harmonização do sorriso através da cirurgia plástica periodontal: Um relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 26, p. e 780, 2019.

SENISE, Isabela Righetto. O uso de toxina botulínica como alternativa para o tratamento do sorriso gengival causado pela hiperatividade do lábio superior. **Revista UNINGÁ Review**, v.23,n.3, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANÁLISES CLÍNICAS. Programa Nacional de Controle de Qualidade. **VALORES DE REFERÊNCIA HEMATOLÓGICOS PARA ADULTOS E CRIANÇAS. 2017. Disponível em:** <<https://pncq.org.br/wp-content/uploads/2020/07/VRH2020.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2021.

TERENZI, M.; SAMPAIO, L. M. Abordagem cirúrgica periodontal associada à ortodontia: gingivectomia e gingivoplastia. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n.2, 2013.

VAZQUEZ, F. L., CORTELLAZZI, K. L., GONÇALO, C. S., BULGARETI, J. V., GUERRA, L. M., TAGLIAFERRO, E. S. P., MIALHE, F. L., PEREIRA, A. C. Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. **ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/rRpK8nw8qyFFQzmpjdXhGJP/?lang=pt>>. Acesso em: 18 set. 2021.

## ANEXO I – TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

24

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Paciente: Eduardo Aponecio Celso RG: 14034920-8 CPF: 110.508.667-08

Por este instrumento de consentimento livre e esclarecido, autorizo a acadêmicos e professores do Curso de Odontologia da UNICESUMAR Ponta Grossa, a estabelecer diagnóstico, fazer planejamento e realizar o tratamento por mim escolhido, dentre as alternativas terapêuticas aplicáveis ao meu caso, que me foram apresentadas e comigo discutidas, de acordo com os conhecimentos atuais no campo das diferentes especialidades da Odontologia, estando eu ciente de que serei atendido (a) por quaisquer integrante do Curso de Odontologia UNICESUMAR -Ponta Grossa, sempre sob supervisão direta dos professores.

Estou ciente de que a Odontologia não é uma ciência exata, não se podendo prever resultados, mas sim aplicar os meios adequados de tratamento, podendo ocorrer eventuais limitações em razão das respostas biológicas de meu organismo. Também, fui devidamente orientado (a) sobre a importância de minha participação, contribuição e compromisso para que sejam alcançados os objetivos almejados em meu tratamento, devendo comparecer com assiduidade e pontualidade às consultas agendadas, bem como seguir criteriosamente as recomendações e prescrições que me forem passadas e manter adequada higiene bucal, conforme me foi ensinado. Comprometo-me a retornar sempre que me for recomendado, para o devido acompanhamento de minha saúde bucal.

Estou ciente de que, em casos específicos, havei de arcar com os custos envolvidos com serviços especializados indispensáveis a condução de meu tratamento (parte protética), assim como deverei arcar com as despesas pré-estabelecidas, no caso de haver, por minha parte, interrupção do tratamento.

Concordo, ainda, com o fato de que meu prontuário odontológico, exames complementares (laboratoriais, modelos, radiografias e entre outros) e fotografias, ficarão sob a guarda da UNICESUMAR, e autorizo o uso de dados e imagens para fins diversos de ensino e de publicação em jornais ou revistas científicas do país e do estrangeiro, tendo sido a mim garantido que não haverá nenhuma forma de identificação pessoal.

Assim sendo, de pleno acordo com o supracitado, autorizo o início de meu tratamento.

Ponta Grossa, 30 de setembro de 2020

Assinatura do paciente ou responsável Assinatura do professor

Eduarda Ft. Celso

**ANEXO II – FOLHA DE APROVAÇÃO****FOLHA DE APROVAÇÃO**

THATIELE DA COSTA PASSOS


THIAGO ALBERTO COLODA

**AUMENTO DE COROA CLÍNICA NA CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL:  
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dra. Evelyn Lopez Soares.

Aprovado em: 07 de dezembro de 2021.

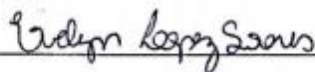
BANCA EXAMINADORA



JESSICA BAUER – (Especialista, Universidade Cesumar - UNICESUMAR)



LETÍCIA ANTONELO CAMPOS - (Doutora, Universidade Cesumar - UNICESUMAR)



EVELYN LOPEZ SOARES - (Doutora, Universidade Cesumar - UNICESUMAR)