

INTRODUÇÃO

O sorriso gengival é caracterizado pela exposição superior a 3 mm de gengiva durante o sorriso, sendo considerado um distúrbio estético (Chagas, 2018). As diferentes etiologias do sorriso gengival podem ser: erupção passiva alterada, lábio hiper móvel e classe II esquelética (Robbins et al., 1999). Desta forma, a avaliação de parâmetros como a altura da face, do lábio, do sorriso e das coroas dentárias, bem como a quantidade de gengiva queratinizada presente, permitem determinar com maior rigor o diagnóstico do sorriso gengival (Silberberg et al., 2009; Chu et al., 2004). São diversas as técnicas para atenuar este distúrbio, desde aumentar a coroa clínica a alterar a posição do lábio superior (Ribeiro, FV. et al., 2014).

DESCRIÇÃO

Jovem do sexo feminino de 22 anos, saudável, não fumadora, referenciada para a consulta assistencial de periodontologia do IUEM, demonstrando algum constrangimento social pela exposição excessiva de gengiva, principalmente durante o sorriso.



Figura 1. Fotografia pré-operatória do sorriso. Nesta fotografia é observável o excesso de exposição gengival aquando do sorriso.



Figura 2. Fotografia intra-oral pré-operatória.

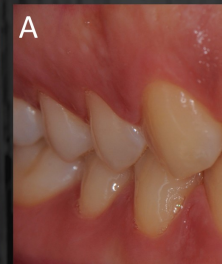


Figura 3. Fotografia intra-oral pré-operatória dos pré-molares do 1º Quadrante (Figura 3 A) e do 2º Quadrante (Figura 3 B).

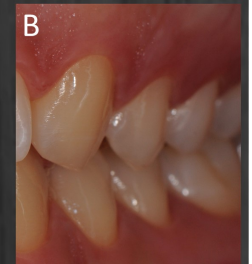


Figura 4. Fotografia intra-oral pré-operatória. Antes de iniciar a cirurgia, o tecido queratinizado é medido com sonda periodontal e determinada a localização da JAC.



Figura 5. Gengivectomia do 2º Quadrante através da realização de uma incisão para-sulcular com bisel externo, guiada pelas marcações pré-operatórias da JAC.



Figura 6. Fotografia pós-operatória. Alongamento coronário dos pré-molares bilateralmente e finalização com sutura. Frenectomia do freio labial superior.

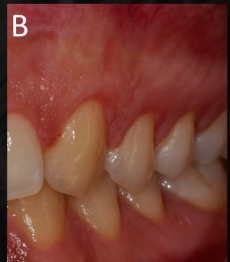
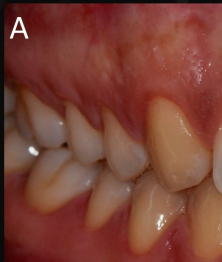


Figura 7. Fotografia pós-operatória do alongamento coronário dos pré-molares no 1º Quadrante (Figura 7 A) e 2º Quadrante (Figura 7 B); Follow-up 9 meses.



Figura 8. Fotografia intra-oral de follow-up a 9 meses.



Figura 9. Fotografia do sorriso (follow-up de 9 meses).

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

A técnica de gengivectomia aplicada do dente 13 ao 23 surge como solução para o recontorno do tecido gengival, através da eliminação do tecido em excesso recobrando a coroa dentária. Este tipo de abordagem pode ser utilizado em indivíduos com biotipo gengival grosso e com alguma disponibilidade de banda queratinizada. (Stoll, LB. et al., 1997; Lindhe., 2015).

Quanto aos dentes 14 e 24 a técnica utilizada foi de alongamento coronário. A gengivectomia isoladamente não seria suficiente devido à invasão do espaço biológico. Desta forma conjuga-se a osteoplastia/osteotomia para a criação de um novo espaço biológico (Gargiulo., 1961;Vacek e cols, 1994). Neste caso procedeu-se à frenectomia para que não existisse interferência com o novo contorno gengival. (Huang, WJ. et al., 1995; Jhaveri, H. et al., 2006). Estas são técnicas simples e previsíveis sendo o pós-operatório de baixa morbilidade. Com estes procedimentos cirúrgicos, as expectativas da doente foram alcançadas.

BIBLIOGRAFIA

Chagas, T. F., Almeida, N. V. de, Lisboa, C. O., Ferreira, D. M. T. F., Mattos, C. T., & Mucha, J. N. (2018). Duration of effectiveness of Botulinum toxin type A in excessive gingival display: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Oral Research*, 32, 1–11. <https://doi.org/10.1590/1807-3107hor-2018.vol32.0030>; Robbins JW. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. *Pract Periodont Aesthet Dent*. 1999 Mar; 11(2):265-72; Silberberg N, Goldstein M, Smidt A. Excessive gingival display – Etiology, diagnosis, and treatment modalities. *Quintessence Int*. 2009 Nov-Dec; 40(10):809-18; Chu SJ, Karabin S, Mistry S. Short tooth syndrome: diagnosis, etiology, and treatment management. *J Calif Dent Assoc*. 2004 Feb; 32(2):143-52; Ribeiro FV, Hirata DV, Reis FA, Santos VR, Miranda TS, Favari M, et al. OpenFlap Versus Flapless Esthetic Crown Lengthening: 12-Month Clinical Outcomes of a Randomized Controlled Clinical Trial. *J Periodontol*. 2014, Abril. 85(4); Stoll, L.B.; Novaes, A.B. Importância, indicações e técnicas do aumento de coroa clínica. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. v. 51, n. 3, p. 269-273, Maio 1997; Lindhe, J. & (2015). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*, Vol. 53. WILEY Blackwell; Gargiulo AW, Wentz FM., Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. *J Periodontol*. 1961;32:261–7; Vacek, JS, Gher, ME., Assad, DA, Richard-son, AC & Giambarrisi, LI. (1994) The dimensions of the human dentogingival junction. *The International journal of periodontics & restorative dentistry* 14, 154–165; Huang WJ, Creath CJ. The midline diastema: a review on its etiology and treatment. *Pediatric Dentistry*. 1995;17:171–9; Jhaveri H. Jhaveri Hiral., editor. *The Aberrant Frenum*. Dr PD Miller the father of periodontal plastic surgery. 2006:29–34.