



Mariana Simões
24521@upportalegre.pt

Mariana Simões ¹, João Nascimento ², Margarida Quezada ^{2,3}

¹ Aluna da Universidade Politécnica de Portalegre

3 CARE – Centro de Investigação em Saúde e Ciências Sociais

INTRODUÇÃO

A exposição gengival excessiva (EGE) é geralmente definida pela exposição de mais de 2 mm de tecido gengival durante o sorriso máximo.[1] A literatura reporta alguma variabilidade quanto ao limiar considerado fisiologicamente aceitável, existindo estudos que sugerem que uma exposição gengival entre 1 e 4 mm pode ainda ser percebida como esteticamente aceitável.[2–5] A sua etiologia é multifatorial, podendo envolver fatores esqueléticos, musculares e dentogengivais. Entre as principais causas destaca-se a erupção passiva alterada (EPA), caracterizada pela migração apical incompleta da margem gengival após a erupção dentária [6].

OBJETIVO

Determinar a precisão com que procedimentos de aumento de coroa clínica planejados digitalmente predizem os resultados clinicamente alcançados em adultos com EGE associada à EPA, avaliando especificamente a estabilidade da margem gengival, os resultados estéticos e os resultados reportados pelos pacientes.

METODOLOGIAS

REGISTO **PROSPERO** CRD420261289901

QUESTÃO
de investigação

Em pacientes adultos com sorriso gengival excessivo associado à erupção passiva alterada (EPA) submetidos ao aumento de coroa clínica estético, com que precisão os procedimentos planejados digitalmente predizem os resultados clinicamente obtidos em relação à estabilidade da margem gengival, aos resultados estéticos e aos resultados relatados pelo paciente?

PESQUISA 2 Revisoras Independentes

Outubro 2025 $\Rightarrow$ Abril 2026

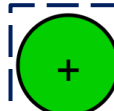


SELEÇÃO *Guidelines PRISMA*
dos artigos

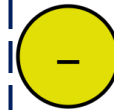
Artigos Duplicados – RAYYAN

QUALIDADE
dos artigos

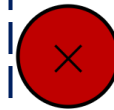
RCTs



Baixo risco de viés
Low risk of bias



Algumas preocupações



Risco elevado de viés
High risk of bias

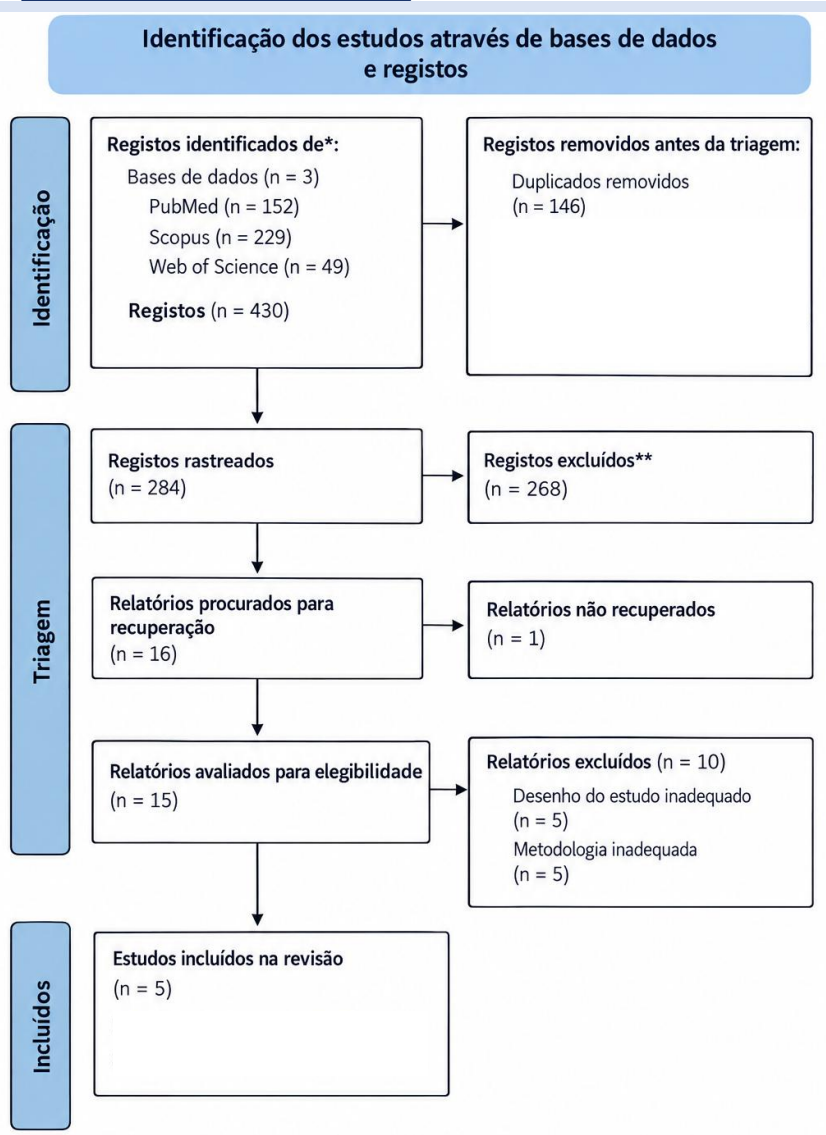
RoB 2.0 *tool* [7]

Case Series

Low risk	8-10 "Yes"
Moderate risk	5-7 "Yes"
High risk	0-4 "Yes"

JBI Critical Appraisal Checklist [8]

RESULTADOS



Esquema 1. Fluxograma do processo de pesquisa de acordo com os *guidelines* PRISMA 2021 [9]

AUTOR, ANO	AMOSTRA/IDADES	MÉTODOS DIGITAIS	TRATAMENTO	RESULTADO CLÍNICO	RESULTADO REPORTADO PELO PACIENTE
Enfedaque-Prat et al., 2025[10]	n = 10 pacientes Idade: 30,4	CBCT + scan intraoral Sobreposição STL/DICOM (Exocad)	Gengivectomia Osteotomia Osteoplastia	GMP / CCL / GMS estáveis em T1 (imediato), T2 (8 sem) e T3 (6 meses)	Dor (VAS): ligeira, < 40 mm (p<0,001) Estética (VAS): 52,8 → 93 mm aos 6 meses Satisfação: melhorou, do início aos 6 meses (p<0,05)
Borham et al., 2024[11]	n = 16 (8/8) Idade: 21-30 anos	CBCT + scan intraoral Guia cirúrgico (Blender) — só grupo estudo	Controlo: gengivectomia + osteotomia (livre) Estudo: gengivectomia + osteotomia guiadas Ambos: osteoplastia se exostose	GMS: semelhante nos dois grupos, ≈8,5 mm aos 6 meses Tempo cirúrgico (p<0,001): Estudo 44,6 min vs Controlo 53,9 min	Dor (VAS 0–10), menor com guia: 24h 4,0 vs 5,1; 7d 1,1 vs 2,8; 14d 0,25 vs 0,88 (p≤0,001)
Tinh et al., 2026[12]	n = 30 pacientes Idade: 26,3±4,9 anos	CBCT + scan intraoral Guia cirúrgico (Exocad)	Gengivectomia Osteotomia Osteoplastia	Recaída: 0,69 mm aos 6 meses Varição GMS: 0,24 mm (1–6 meses)	Satisfação: 100% satisfeitos aos 6 meses 10% (n=3) “indecisos” quanto a repetir a cirurgia
Carrera et al., 2023[13]	n = 24 (12/12) 22 concluíram Idade: 23,5±3,1 anos	Estudo: CBCT + scan intraoral (digital) Controlo: sondagem transgengival + Rx panorâmica	Ambos: gengivectomia + osteotomia	CCL / GD: estáveis nos dois grupos até aos 12 meses, sem diferença (digital vs convencional)	Dor / estética: sem diferença entre grupos (p>0,05) Satisfação: melhorou em ambos os grupos (p<0,05)
Gonçalves et al., 2025[14]	n = 20 (10/10) Idade: 23,25±3,5 anos	CBCT + scan intraoral Guia (Exocad) — só grupo estudo	Gengivectomia Gengivoplastia Osteotomia	Estabilidade tecidual: mantida aos 6 e 12 meses, em ambos os grupos	Dor: baixa em ambos os grupos após o dia 15 Satisfação: alta ao fim de 1 ano

Tabela 1. Extrapolação dos resultados dos artigos selecionados [10-14]

CONCLUSÃO

- ❖ A evidência disponível indica que a ECL guiada por computador e a técnica convencional realizada à mão livre produzem desfechos clínicos globalmente equivalentes nos principais parâmetros avaliados - CCL, GMP/GMS e GD.
- ❖ Identificou-se uma tendência generalizada para recidiva coronal da margem gengival em todos os estudos incluídos, independentemente da técnica, embora $p>0.05$
- ❖ A vantagem clínica mais consistente observada em favor da abordagem digital foi uma redução estatisticamente significativa no tempo operatório, sugerindo que os fluxos de trabalho digitais podem conferir benefícios práticos em termos de eficiência e reprodutibilidade do procedimento.
- ❖ Os desfechos reportados pelos pacientes foram uniformemente favoráveis, com baixos níveis de dor pós-operatória e elevados índices de satisfação em seguimentos de médio e longo prazo, independentemente da abordagem cirúrgica adotada.

BIBLIOGRAFIA

