

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**LAIS DO CARMO DE ÁVILA
LETÍCIA FÁTIMA ÁVILA**

**SORRISO GENGIVAL: revisão de literatura e relato
de caso clínico**

**PATOS DE MINAS
2016**

**LAIS DO CARMO DE ÁVILA
LETÍCIA FÁTIMA ÁVILA**

**SORRISO GENGIVAL: revisão de literatura e relato
de caso clínico**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Lilian de Barros.
Co-Orientador: Prof.^o Esp. Eduardo Moura Mendes.

LAIS DO CARMO DE ÁVILA
LETÍCIA FÁTIMA DE ÁVILA

SORRISO GENGIVAL: revisão de literatura e relato de
caso clínico.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em XX de novembro de 2016, pela
comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.º Esp. Lilian de Barros
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.º Esp. Eduardo Moura Mendes
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.º Esp. Vinicius Augusto Gonçalves
Faculdade Patos de Minas

SORRISO GENGIVAL: revisão de literatura e relato de caso clínico.

Lais do Carmo de Ávila

Letícia Fátima de Ávila*

Lilian de Barros**

Eduardo Moura Mendes***

RESUMO

A exposição exagerada de gengiva ao sorrir é um dos problemas que geralmente afetam a harmonia do sorriso. A Técnica de Gengivectomia tem se mostrado uma alternativa viável para o tratamento do Sorriso Gengival. A Gengivectomia consiste em um procedimento periodontal que recupera a conformação fisiológica da gengiva, quando existe um excesso de tecido. Cabe ao Cirurgião-Dentista descobrir a correta etiologia do sorriso gengival para propor um excelente plano de tratamento ao paciente. Este artigo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura atual acerca dos objetivos e indicações de cada técnica para o tratamento do sorriso gengival e apresentar um caso clínico de Tratamento de Sorriso Gengival com a Técnica de Gengivectomia associada a Osteotomia.

Palavras-chave: Sorriso Gengival. Gengivoplastia. Osteotomia.

ABSTRACT

Overexposure gum when smiling is one of the problems that usually affect the smile harmony. The Gingivectomy technique is proving to be a viable alternative for the treatment of gingival smile. The Gingivectomy consists of a periodontal procedure that retrieves the physiological conformation of the gums when there is excess tissue. It is for the Dental Surgeon discover the correct etiology of gingival smile, to develop an excellent treatment plan to succeed. This article aims to conduct a current literature review about the aims and directions of each technique for the treatment of gummy smile and illustrate a case of Gingival Smile treatment with Gingivectomy technique associated with osteotomy.

Keywords: Gingival smile. Gingivoplasty. Osteotomy.

*Alunas do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) formando no ano de 2016. lais_avila2011@hotmail.com leticiafavila@hotmail.com

**Professora de Cirurgia no Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Facial pela Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic.

*** dados eduardo

INTRODUÇÃO

Atualmente, além da procura por diagnósticos e tratamentos funcionais nas áreas da cabeça e pescoço, a procura por tratamentos odontológicos estéticos tem aumentado exponencialmente. A busca por um sorriso belo tem sido um fator crescente para os que desejam ter resultados estéticos favoráveis, sendo a correção do sorriso gengival um dos tratamentos mais procurados. Alguns pacientes chegam com a queixa de mostrar muito a gengiva na hora de sorrir; já outros não sabem relatar o que incomoda ao sorrir, só afirmam não gostar do seu sorriso e, na maioria das vezes, esse incômodo vem da exposição excessiva da gengiva. ^(4, 5, 7, 9, 18)

Como o ato de sorrir é um processo dinâmico, a beleza do sorriso não depende apenas do correto posicionamento dentário e esquelético, mas também da anatomia e movimento da musculatura labial. Para alcançar um sorriso harmônico é de extrema importância haver simetria entre as estruturas dos lábios, contorno gengival e dentes. O principal objetivo do tratamento é satisfazer a exigência do paciente, levando em consideração que a estética e a função mastigatória variam muito de um indivíduo para outro. Esse procedimento pode ser conseguido através de um aumento de coroa clínica. ^(11, 15, 16)

A estética do sorriso depende da harmonia de diversos fatores: o contorno facial, cor, textura e forma dos dentes; acrescentam-se a arquitetura e coloração do tecido gengival aparente, a linha média, a linha interpupilar e a intercomissural. Devem ser avaliados o tipo de lábio do paciente (grosso, médio e finos) e a relação dos incisivos centrais superiores com o lábio inferior. A linha do sorriso pode sofrer distorções com o desgaste acentuado ou sobrecontorno dos dentes. No contorno gengival, avalia-se o zênite, que é o maior comprimento do dente. Avalia-se, também, o formato dos dentes que pode ser de três formas: quadrada, triangular e oval. ^(3,17)

Este trabalho tem como objetivo revisar a literatura, apresentando as técnicas e possibilidades para correção do sorriso gengival, dando ênfase em erupção passiva alterada, abordando seu planejamento e um relato de caso clínico.

REVISÃO DE LITERATURA

A etiologia do sorriso gengival se relaciona com o excesso vertical maxilar, protrusão dento-alveolar superior, extrusão ou erupção passiva alterada dos dentes ântero-superiores, hiperatividade dos músculos elevadores do lábio superior. Na maioria das vezes grande parte dos casos encontram-se associados. A íntima relação entre a Periodontia e a Prótese não se limita à necessidade de saúde periodontal para instalação do trabalho final definitivo, mas também à avaliação estética e propícia ao caso particular. (3, 16)

No sorriso gengival, existem aspectos a serem obrigatoriamente avaliados durante o exame clínico dos pacientes, como: o registro sistematizado da distância interlabial em repouso, a exposição dos incisivos superiores durante o repouso e a fala, o arco do sorriso, a proporção largura e comprimento dos incisivos superiores e as características morfofuncionais do lábio superior. (3, 16)

Portanto, a exposição gengival durante o sorriso está relacionada com a posição do zênite gengival, presença de papila interdentária, posição da margem gengival. É importante que os incisivos centrais e caninos apresentem-se na mesma altura e acima da margem do incisivo lateral. (2,3,16)

Para determinar alturas gengivais ideais é necessário estabelecer uma correta relação largura/comprimento dos dentes superiores anteriores, determinando também a quantidade desejada de exposição gengival e estabelecendo a simetria entre as hemi-arcadas superiores.. (3, 16)

A correção dos níveis gengivais pode ser obtida através de cirurgias periodontais de gengivectomia, gengivoplastia ou cirurgias ósseas ressectivas (osteotomia) para o aumento de coroa clínica e restabelecimento fisiológico do espaço biológico. O nível gengival também pode ser corrigido por tratamentos ortodônticos, intruindo ou extruindo os elementos envolvidos. (2, 3, 16)

São fatores determinantes para escolher o método de correção a ser utilizado: a profundidade do sulco, a localização da junção amelocementária em relação ao nível ósseo, a relação coroa-raiz e ainda a estrutura coronária remanescente, além da exposição gengival durante o sorriso. (3, 16)

O aumento de corora clínica não é indicado para pacientes com linha de sorriso baixa, pois não há necessidade de correção, já que o lábio sobrepõe toda a gengiva marginal. (2, 3, 8)

Levando em consideração a estética periodontal, mede-se o sulco gengival dos elementos discrepantes; se o dente mais curto tem a profundidade de sondagem maior que o outro, tendo eles saúde periodontal, uma cirurgia de gengivectomia pode ser realizada. (2, 3, 8)

O sorriso gengival é definido pela exposição excessiva de gengiva durante o sorriso. Sua causa é variada e sua correta identificação é muito importante para confecção de um plano de tratamento eficaz. Durante o ato de sorrir, o normal é se expor de 1 a 3 milímetros de tecido gengival, interdental e margem gengival. Portanto há outras razões em que o indivíduo expõe uma grande quantidade de tecido gengival, expondo acima de 3 milímetros, não sendo considerado um sorriso estético. (3, 16)

Técnicas para Correção do Sorriso Gengival

Cirurgias Ortognáticas

O desenvolvimento excessivo da maxila no sentido vertical pode levar a associação com a síndrome da face longa, este aumento ocorre no terço inferior da face. Diferentemente da extrusão dos incisivos superiores, não há discrepância entre o plano de oclusão dos segmentos anteriores e posteriores. A exposição excessiva da gengiva, nesses casos, se dá devido a presença de um plano oclusal mais baixo do que o padrão normal devido ao desenvolvimento maxilar em sentido vertical, levando o lábio inferior a cobrir a borda dos incisivos, caninos e pré-molares superiores. Esses achados clínicos permitem diagnosticar o excesso vertical de maxila e a confirmação do diagnóstico deve ser feita após a leitura cefalométrica. (16, 20)

A cirurgia ortognática é indicada para pacientes que não se importam em submeterem-se a procedimento cirúrgico muito invasivo, que não possuem coroas clínicas curtas e/ou excesso gengival, mas apenas o crescimento ósseo vertical da maxila, tendo uma exposição gengival e de mucosa maiores que 4 mm. (16, 20)

O objetivo da indicação de cirurgia ortognática para pacientes com excesso vertical de maxila é corrigir, com osteotomia, o excesso vertical de osso presente na maxila, corrigindo assim o sorriso gengival e levantando o plano oclusal. Quando um sorriso gengival diagnosticado por crescimento excessivo do terço médio da face, característico de pacientes classe II de Angle, subdivisão II, indica-se a intrusão ortodôntica, que não pode exceder 3mm, proporcionando ao paciente o perfil de dólico-facial. (3, 4, 16, 17, 22)

Aplicações de Toxina Botulínica

Nos dias atuais, a aplicação de toxina botulínica tem sido indicada para tratamento de hipermobilidade do lábio superior. Os tratamentos por cirurgia ortognática, gengivoplastia são procedimentos complexos, de alto custo e tempo considerável. A toxina botulínica representa um método simples, rápido e efetivo para a correção estética do sorriso gengival. Um dos motivos da técnica ser eficaz é a facilidade e a segurança durante a injeção e o uso de dosagem mínima, a rápida ação, o baixo risco e efeito reversível, dando a chance do paciente desistir do tratamento. (17, 22)

Liberação do Músculo do Septo nasal

Após revisão da literatura, conseguiu-se identificar uma técnica cirúrgica que dá ênfase ao tratamento do músculo depressor do septo nasal, com o intuito de promover modificações na ponta nasal e a correção do sorriso gengival. Esta técnica visa a correção da elevação do lábio superior e menor exposição gengival ao sorrir. É indicada para pacientes que não possuem excesso gengival, pacientes que não querem se submeter a um procedimento cirúrgico muito invasivo como a cirurgia ortognática, muito menos correr o risco de perder o tratamento reversível quando são submetidos ao tratamento com toxina botulínica. (19, 23)

Técnica de Reposicionamento Labial

É uma técnica utilizada quando o sorriso gengival é causado pela hiperfunção do lábio superior, geralmente associada ao crescimento vertical exagerado da

maxila. Na maioria dos casos, essa técnica promove a redução do excesso de exposição da gengiva ao sorrir, mas sem posicionar os lábios com perfeição. A cirurgia consiste no reposicionamento da parte interna dos lábios superiores mais próxima aos dentes, o que permite que ocorra o travamento muscular e labial ao sorrir, evitando o levantamento excessivo dos lábios. É realizada a partir de uma incisão na parte mais interna e superior da mucosa labial e sutura em posição mais próxima aos dentes. Os resultados dessa técnica são bastante estáveis ao longo do tempo. ⁽²⁴⁾

Cirurgias Periodontais

Gengivoplastia

A gengivoplastia é uma cirurgia ressectiva gengival, que tem por objetivo o restabelecimento fisiológico do contorno gengival, corrigindo ou eliminando deformidades gengivais, permitindo que procedimentos restauradores sejam compatíveis. É realizada na ausência de doença periodontal, sendo necessária a existência de larga faixa de gengiva queratinizada, de natureza fibrótica, ausência de deformidades ósseas e, motivação pelo paciente no controle do biofilme dentário. É uma técnica de fácil execução, indicada em casos onde o espaço biológico apresenta-se em normalidade, apresentando resultados favoráveis e satisfatórios. ^(4, 15, 16, 21)

Gengivoplastia e Osteotomia

A gengivoplastia está indicada principalmente nos casos de hiperplasia gengival, cuja etiologia pode ser: inflamatória, genética, associada à fatores irritantes, associada à doenças sistêmicas e medicamentosa. Ela promove a eliminação de bolsas supra-ósseas ou falsas bolsas, crateras interproximais gengivais, margens espessas, remoção de crescimento gengival causado por processos inflamatórios hormonais, hiperplasia gengival hereditária ou induzida por medicamentos. Faz-se necessária a presença de longas faixas de gengiva queratinizada, ausência de deformidade óssea e conscientização do paciente no controle do biofilme dental. ^(2, 5, 17, 19, 20, 21)

A associação da gengivoplastia com a osteotomia é indicada nos casos onde o espaço biológico não permite a acomodação das estruturas biológicas que o compõem. Para indicação correta da técnica e sucesso é de extrema importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento do espaço biológico. Espaço biológico é uma entidade anatômica representada pela união dos tecidos gengivais e superfície dental, estendendo-se do topo da crista óssea até a base do sulco gengival, correspondendo à inserção conjuntiva e à aderência epitelial sobre a superfície dental. Sua integridade significa uma barreira de defesa entre a ação do biofilme dental e a crista óssea alveolar, além da relação fisiológica pré-estabelecida, garantindo a saúde periodontal. ⁽¹⁷⁾

Cirurgias mal planejadas podem gerar abertura de frestas interproximais, perda da papila gengival, prolongamento extremo das coroas clínicas, coroas clínicas desiguais e alterações fonéticas. ^(8, 17)

Tabela 1 - Medidas do Espaço Biológico:

Dentre o Sulco Gengival Histológico	0,69mm (em média).
Aderência do Epitélio Juncional	0,97mm
Inserção do Tecido Conjuntivo	1,07mm
Totalizam o Periodonto Normal Sadio	2,04 mm

Fonte: (1)

A seleção incorreta da técnica pode originar problemas mucogengivais, como retração gengival excessiva, exposição transcirúrgica de tecido ósseo, predisposição a doença periodontal e perda de dente. Isto pode ocorrer em casos que existam pequenas faixa de gengiva queratinizada. ⁽¹⁷⁾

Sendo assim, para a correta indicação das cirurgias periodontais, o cirurgião dentista deve saber diagnosticar os casos de erupção passiva alterada. A erupção passiva alterada caracteriza-se por uma quantidade excessiva de tecido mole sobre a superfície do esmalte. Ela ocorre quando o periodonto não migra satisfatoriamente em sentido apical, recobrando assim a junção amelocementária (JAC), deixando uma coroa clínica pequena e o sorriso semelhante ao de uma criança. ⁽¹⁾

Tabela 2 – Classificação de McGuire (1998) de Erupção Passiva Alterada e a Previsibilidade de Tratamento.

Classificação McGuire (1998)	Conjugação	Tratamento
Tipo I: JMG apical à crista óssea.	Subtipo A – pelo menos 2mm entre a JAC e a crista óssea.	Gengivoplastia.
	Subtipo B – menos de 2mm entre a JAC e a crista óssea.	Gengivoplastia e osteotomia.
Tipo II: JMG no nível ou coronal à crista óssea.	Subtipo A – pelo menos 2mm entre a JAC e a crista óssea.	Retalho de espessura parcial deslocado apicalmente.
	Subtipo B – menos de 2mm entre JAC e a crista óssea.	Retalho de espessura total deslocado apicalmente e osteotomia.

Fonte: (9)

Normalmente, a JAC é utilizada como parâmetro para as incisões iniciais e osteotomia. Os tecidos gengivais devem ser avaliados por sua dimensão, estado de saúde, forma, contorno e cor. Os dentes também devem ser examinados observando o comprimento da coroa clínica, cuja medida é realizada da borda incisal à gengiva marginal e, o comprimento da coroa é medido da borda incisal até a junção amelocementária. ⁽¹⁾

Aumento Gengival Influenciado por Medicamentos

O aumento gengival influenciado por drogas é caracterizado pelo crescimento anormal volumétrico dos tecidos gengivais, podendo ser localizado ou envolver várias regiões. E a etiopatogenia da hiperplasia medicamentosa ainda não está totalmente esclarecida, é um fator multifatorial. Somente nos casos mais severos é capaz de recobrir os elementos dentários e interferir na fonação e nutrição do indivíduo. ^(10, 12, 13, 14)

O uso de medicações sistêmicas podem induzir alterações nos tecidos periodontais, modificando as respostas inflamatória e imunológica. Vários

medicamentos podem levar a esta condição, destacando-se: fenitoína, nifedipina e ciclosporina que podem induzir o crescimento gengival, além da eritromicina e contraceptivos orais, promovendo aspecto clínico semelhantes aos anticonvulsivantes, bloqueadores de canais de sódio imunossupressores, como a nedefipina, ciclosporina e a fenitoína. ⁽¹⁴⁾

Ressalta-se que, nos indivíduos que apresentam o quadro de hiperplasia/hipertrofia gengival, o profissional da saúde deverá estar atento no que diz a respeito da inter-relação multidisciplinar. Isso envolve o médico e o cirurgião-dentista, com o objetivo de reduzir os riscos de sua ocorrência. ^(12, 13, 14)

O acúmulo de biofilme dentário não é considerado um fator etiológico, mas é um fator que contribui para a severidade dos diferentes tipos de hiperplasia gengival; sendo assim, o bom controle do biofilme deverá estar associado à técnica de gengivoplastia. ^(12, 13, 14)

Em relação ao manejo do paciente de risco para ocorrência do aumento gengival, a literatura científica é consensual no que diz respeito a adoção de uma higiene bucal rigorosa, de forma a realizar a escovação pelo menos três vezes ao dia, limpeza profissional raspagem com o ultrassom e reavaliações frequentes. O controle domiciliar da placa bacteriana é importante, fazendo o uso da solução de Digluconato de Clorexidina 0,12%, por exemplo, para a prevenção do desenvolvimento dessa placa e da hiperplasia gengival associada. ^(12, 14)

RELATO DE CASO CLINICO

Paciente do sexo feminino, 22 anos, procurou atendimento odontológico na clínica FPM, Faculdade Patos de Minas, relatando insatisfação com a aparência do seu sorriso que exibia uma faixa de tecido gengival excessiva e dentes curtos, como pode-se observar na imagem 1.



Imagem 1 – Aspecto Inicial

Para fins de diagnóstico, foi realizado um exame clínico que consistia na sondagem periodontal convencional com a finalidade de localizar a junção cimento-esmalte (JCE), como ilustrado na imagem 2. Posteriormente, realizou-se anestesia local infiltrativa e realizou-se a sondagem transgengival, medindo-se a distância da margem gengival ao topo da crista óssea. A diferença entre as duas medidas de sondagem determinou a distância da JCE à crista óssea.



Imagem 2 – Sondagem Periodontal

Esse procedimento foi realizado na arcada superior de segundo pré-molar esquerdo à segundo pré-molar direito. Em todos esses dentes, a distância da JCE até o nível ósseo foi inferior a 2mm, com média de 1mm, inferior aos 2-3 milímetros necessários à acomodação das estruturas que compõem as distâncias biológicas. Diante desses números e, após avaliação clínica, foi diagnosticado como causa principal do sorriso gengival, a erupção passiva alterada tipo I - Subtipo B.

A técnica escolhida foi o aumento de coroa clínica através de gengivoplastia e osteotomia.

Na anamnese, constatou-se que a paciente não era portadora de alterações sistêmicas e também não era tabagista.

Em um ambiente estéril, realizou-se a assepsia externa dos terços inferior e médio da face com solução de Digluconato de Clorexidina 2% e antisepsia intra-oral com solução de Digluconato de Clorexidina a 0,12%. Em seguida foram realizadas anestésias infiltrativas com Lidocaína 2% com vasoconstrictor Epinefrina 1:100.000, anestesiando os nervos alveolar superior médio e anterior, como pode-se observar na imagem 3.



Imagem 3 – Anestesia

Após anestesia, foi realizada a sondagem para a marcação dos pontos sangrantes com a sonda de Willians. A incisão primária foi realizada com lâmina de bisturi número 15c unindo-se os pontos sangrantes, como ilustrado nas imagens 4 e 5.



Imagem 4 – Determinação dos Pontos Sangrantes



Imagem 5 – União dos Pontos Sangrantes

Realizou-se a técnica do bisel interno, inclinando-se a lâmina a 45° em direção apical. Para liberar o tecido gengival a ser removido foram utilizadas incisões secundárias e, nas regiões interproximais, incisões terciárias com o gengivótomo de Orban. Logo após, através de descolamento do retalho mucoperiosteal, realizou-se a osteotomia. Esta foi feita utilizando-se caneta de alta rotação e broca diamantada 1014 de haste longa, sob abundante irrigação com soro fisiológico 0,9%, também estéril, de acordo com a imagem 6.



Imagem 6 – Osteotomia

A osteotomia teve como objetivo o restabelecimento dos 2mm da JCE à crista póssea e, ainda, devolver o contorno ósseo fisiológico, como pode-se observar na imagem 7.



Imagem 7 – Aspecto Gengival após Gengivoplastia e Osteotomia.

Foram realizadas suturas simples em 8, em cada espaço interproximal, com fio de nylon 5.0, como ilustrado na imagem 8.



Imagem 8 – Sutura

A paciente foi orientada a manter a higiene bucal no pós-operatório e realizar bochechos, após o terceiro dia da cirurgia, com solução de Digluconato de Clorexidina 0,12%, 10mL da solução (1 colher de sopa) por duas vezes ao dia, durante 7 dias. Além disso foram prescritos medicamentos de uso oral/via interna: Antiinflamatório não-hormonal - Nimesulida 100mg, 1 comprimido de 12 em 12 horas, durante três dias e um analgésico simples em caso de dor - Dipirona Sódica 500mg/mL, 35 gotas de 6 em 6 horas, durante três dias.

Após sete dias, como pode-se observar na imagem 9, realizou-se a remoção das suturas e pôde-se observar a diminuição da profundidade de sondagem e o

aumento da coroa clínica dos dentes, o que proporcionou harmonia dentogengival e completa satisfação da paciente.



Imagem 9 – Aspecto após 7 dias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado nesta revisão de literatura é possível concluir que a causa do Sorriso Gengival é multifatorial e sua correta identificação é muito importante para confecção de um plano de tratamento eficaz.

O principal objetivo do tratamento de correção do sorriso gengival é satisfazer a exigência do paciente, levando em consideração que a estética e a função mastigatória variam muito de um indivíduo para outro. No entanto, cabe ao Cirurgião-Dentista descobrir a correta etiologia do sorriso gengival, para desenvolver um excelente plano de tratamento e estabelecer a conduta com resultado mais previsível após o tratamento.

Técnicas cirúrgicas mais atuais e menos invasivas como a gengivoplastia e gengivectomia podem ser realizadas. Mas, antes do tratamento cirúrgico, deve haver o controle eficaz do biofilme dental. Esses procedimentos só deve ser realizados se o índice de placa do indivíduo for inferior a 20%.

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. Fuentes TB, Romero DMP, Caballero AD. Gingivectomia a Bisel Externo. Revista de la Facultad de Ciencias de La Salud. 2008;5(2):125-8.
3. Zanetti GR, Bradão RCB, Zanetti LSS, de Castro GC, Borges Filhos FF. Integração Orto-Perio-Prótese para correção de Assimetria Gengival – Relato de Caso. R Dental Press Estét. 2007;4(4):50-60.
4. Pedron IG, Utumi ER, Silva LPN, Moretto LEML, Lima TCF, Ribeiro MA. Cirurgia Gengival Ressectiva no Tratamento da Desarmonia do Sorriso. Rev Odontol Brass Central. 2010;18(48):87-91.
5. Pires CV, Gomes de Souza CGL, Menezes SAF. Procedimentos Plásticos Periodontais em Paciente com Sorriso Gengival – Relato de Caso. Revista Periodontia. 2010;20(1):48-53.
6. Mestrener SR, Komatsu J. Recuperação de Linha do Sorriso Utilizando Procedimentos Cirúrgicos e Restaurador. JBD. 2002;1(3):226-230.
7. Menezes Filho PF, Barros CHO, Noronha JAA, Melo Júnior PC, Cardoso RM. Avaliação Crítica do Sorriso. 2006;1(1):14-19.
8. Farias BC, Ferreira B, Aguiar de Melo RS, Moreira MF. Cirurgias Periodontais Estéticas: Revisão de Literatura. Int J Dent. 2009;8(3):160-6.
9. França de Castro PHD, Lopes LPB, Crispin M, Silva SL, Westphal MRA. Planejamento Reverso na Correção de Sorriso Gengival. Revista Periodontia. 2010;20(3):42-46.
10. Souza DF, Chiapinotto GA, Martos J. Indução de Hiperplasia Gengival Associada ao Uso de Bloqueadores do Canal de Cálcio. RSBO. 2009;6(4):447-453.
11. Luzzi LIT, Mantovani V. Tratamento de Hiperplasia Gengival Fibrótica Associada à Terapia Ortodôntica na Adolescência – Caso Clínico. Revista Varia Scientia. 2009;7(13):125-133.

12. Paraguassú GM, De Castro ICV, Sacramento dos Santos M, Ferraz EG, Pinto Filho JM. Aspectos Periodontais da Hiperplasia Gengival Modificada por Anticonvulsivantes. UNITAU. 2012;4(1):26-30.
13. Pedron IG, Gomes T, Loureiro CCS, Aburad A, Adde CA. A Doença Periodontal como Fator Etiopatogênico à Hiperplasia Gengival Inflamatória. Revista Odonto. 2009;17(34):76-81.
14. Mendes TEB, Cerqueira LB, Azoubel MAF. Aumento Gengival Influenciado por Drogas. Revista Bahiana de Odontologia. 2014;5(1):29-37.
15. Silva DB, Zaffalon GT, Corazza PF, Bacci JE, Steiner-Oliveira C, Magalhães JCA. Cirurgia Plástica Periodontal para Otimização da Harmonia Dentogengival – Relato de Caso Clínico. Brazilian Journal Of Heatch. 2010;1(1):31-6.
16. Seixas MR. Costa-Pinto RA, Araújo TM. Checklist dos Aspectos Estéticos a serem Considerados no Diagnóstico e Tratamento no Sorriso Gengival. Dental Press J Orthod. 2011;16(2):131-57.
17. Pedron IG, Utumi ER, Tracredi ARC, Perrella A, Perez FEG. Sorriso Gengival: Cirurgia Ressectiva Coadjuvante à Estética Dental. Odonto. 2010;18(35):97-95.
18. Oliveira SAR, Venturim RTZ. Cirurgia Periodontal Ressectiva Valorizando o Sorriso Gengival: Relato de Caso Clínico. Colloquium Vitae. 2012;4(2):118-28.
19. Bertolini PFR, Biondi Filho O, Kiyam VH, Saraceni CHC. Recuperação da Estética do Sorriso: Cirurgia Plástica Periodontal e Reabilitação Protética. Ver. Ciênc. Méd. 2011;20(5-6):137-43.
20. Rosetti EP, Sampaio LM, Zuza EP. Correção de Assimetria Dentogengival com Finalidade Estética: Relato de Caso. RGO. 2006;54(4):384-7.
21. Souza CP, Garzon ACM, Sampaio JEC. Estética Periodontal: Relato de um Caso. Revista Brasileira de Cirurgia e Periodontia. 2003;1(4):262-7.
22. Macedo ACVB, et al. O Sorriso Gengival – Tratamento Baseado na Etiologia: Uma Revisão de Literatura. Braz J Periodontol. 2012;22(4):36-44.

23. Freitas RS. Liberação do Músculo Depressor do Septo Nasal para Tratamento do Sorriso Gengival. Soc Bras Cir Craniomaxilofac. 2006;9(1):1-5.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente à Deus pelo dom da inteligência, aos nossos pais, nossa família e amigos pelo apoio, ao nosso Co-Orientador Eduardo Moura Mendes pela contribuição no planejamento e realização do caso clínico, e a nossa orientadora Lilian de Barros pela orientação e por sempre transmitir seus conhecimentos, contribuindo de forma primordial para realização deste trabalho.

Data de entrega do artigo para a banca: 00/11/2016.