



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA

ANA ESTER MACIEL BRAÚNA

**CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL POR MEIO DA GENGIVECTOMIA COM
OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA E REPOSICIONAMENTO LABIAL: RELATO
DE CASO**

FORTALEZA
2025

ANA ESTER MACIEL BRAUNA

CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL POR MEIO DA GENGIVECTOMIA COM
OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA E REPOSICIONAMENTO LABIAL: RELATO DE
CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus como
requisito parcial para obtenção do título de
bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Átila Vinicius Nobre

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Centro Universitário Christus - Unichristus

Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B794c Braúna, Ana Ester Maciel.
CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL POR MEIO DA
GENGIVECTOMIA COM OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA E
REPOSITIONAMENTO LABIAL : RELATO DE CASO / Ana Ester
Maciel Braúna. - 2025.
40 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. Átila Vinicius Nobre .

1. Sorriso gengival. 2. Cirurgia periodontal . 3. Gengivectomia. I.
Título.

CDD 617.6

ANA ESTER MACIEL BRAÚNA

CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL POR MEIO DA GENGIVECTOMIA COM
OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA E REPOSICIONAMENTO LABIAL: RELATO DE
CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus como
requisito parcial para obtenção do título de
bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Átila Vinicius Nobre

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Átila Vinícius Vitor Nobre (Orientador)
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Profª. Dra. Camila Carvalho de Oliveira Coelho
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dedico este trabalho à minha mãe Sheila, que, debaixo de muito sol, me fez chegar até aqui, na sombra e à minha avó Celina, que não me viu formar, mas vive em cada conquista, no brilho discreto de cada vitória, no riso que brota quando lembro da tua voz chamando meu nome.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, à minha mãe **Sheila Ancelmo Maciel** — minha fortaleza e minha inspiração. Mulher de sabedoria rara, cuja força e fé moldaram o meu caminho. Ela é o alicerce da minha vida e o exemplo vivo de resiliência e amor incondicional, foi quem me ensinou a nunca desistir e a confiar plenamente nos planos de Deus — foi essa fé que me sustentou em cada passo desta jornada. Que eu possa, com minha trajetória, honrar cada sacrifício seu e retribuir todo o amor e dedicação que me formaram.

À minha avó, **Maria Celina**, que foi meu refúgio e meu abrigo enquanto caminhou entre nós. Suas palavras simples reconfortavam e transformavam qualquer lugar em lar. Sua partida me impediu de compartilhar com ela a realização deste sonho, que também era seu, mas sua presença, seu amor e seus ensinamentos permanecem vivos em mim, me guiando a cada passo.

Ao meu pai **Francisco Eliomar** e meu irmão **João Victor**, que estiveram presentes ao longo dos anos, lembrando-me de que família é laço sagrado, capaz de resistir a qualquer adversidade.

Às minhas tias **Dulce** e **Célia**, que, mesmo não estando fisicamente presentes, me envolveram com cuidado, generosidade e apoio, me impulsionando a seguir nesta jornada acadêmica. Sem elas, o caminho não teria sido tão leve e acolhedor.

Por fim, quero agradecer às amizades genuínas que floresceram nos últimos cinco anos, companheiras de longos dias dentro da faculdade. A Camila e a Erica, que caminharam comigo desde os primeiros passos desta jornada, minha gratidão; e a Lívia, Andie e Helloyse, cujas presenças e risadas tornaram cada desafio mais leve, compartilharam momentos e tornaram esta caminhada mais colorida.

“Para que todos vejam, e saibam, e considerem, e juntamente entendam que a mão do Senhor fez isso” – Isaías 41:20

RESUMO

O sorriso harmônico é composto pelo equilíbrio entre a estética branca (dentes) e estética rosa (gengivas). Esta harmonia pode ser alterada na presença de vários fatores anatômicos ou patológicos. O excesso de exposição gengival ao sorrir tem sido relatado como uma condição que gera insatisfação estética. Este aspecto é chamado de sorriso gengival (SG) e possui vários fatores etiológicos. O diagnóstico do SG pode ser realizado pelo exame clínico, associado a exames de imagem como a tomografia computadorizada de feixe cônicos. A Periodontia pode atuar na correção do SG quando há indicação de cirurgia plástica periodontal. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de SG oriundo da associação de fatores, EPA e HLS. Paciente E.G.E, 31 anos, sexo feminino, normossistêmica, não-fumante, apresentava SG associado a exostoses ósseas maxilares e ampla atividade do lábio superior. O tratamento proposto foi realizado em duas etapas: gengivectomia com osteotomia e osteoplastia e, em seguida, o reposicionamento cirúrgico do lábio superior. Podemos concluir que o tratamento do SG com sobreposição de fatores etiológicos deve ser diagnosticado e tratado de forma multidisciplinar. A associação de técnicas aplicadas na resolução deste caso proporcionou melhor harmonia do sorriso e satisfação estética pela paciente.

Palavras-chave: sorriso gengival; cirurgia periodontal; gengivectomia.

ABSTRACT

The harmonious smile is composed of the balance between the white esthetics (teeth) and the pink esthetics (gums). This harmony can be altered in the presence of various anatomical or pathological factors. Excessive gingival display when smiling has been reported as a condition that generates esthetic dissatisfaction. This aspect is called a gummy smile (GS) and has multiple etiological factors. The diagnosis of GS can be performed through clinical examination, associated with imaging exams such as cone-beam computed tomography. Periodontology can play a role in correcting GS when there is an indication for periodontal plastic surgery. The objective of this study was to report a case of GS resulting from the combination of factors, EPA and HLS. Patient E.G.E., 31 years old, female, systemically healthy, non-smoker, presented with GS associated with maxillary bony exostoses and hyperactivity of the upper lip. The proposed treatment was carried out in two stages: gingivectomy with osteotomy and osteoplasty, followed by surgical repositioning of the upper lip. We can conclude that the treatment of GS with overlapping etiological factors should be diagnosed and treated in a multidisciplinary manner. The combination of techniques applied in the resolution of this case provided improved smile harmony and esthetic satisfaction for the patient.

Keywords: Gummy smile. Periodontal surgery. Gingivectomy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Avaliação pré operatória.

Figura 2 – Tomografia computadorizada pré-operatória

Figura 3 – Procedimento cirúrgico: Gengivectomia com osteotomia e osteoplastia.

Figura 4 – Avaliação pré e pós operatória da cirurgia de gengivectomia e osteotomia e osteoplastia.

Figura 5 – Procedimento cirúrgico: Reposicionamento labial.

Figura 6 – Avaliação pós operatória de 15 dias da CRL.

Figura 7 – Avaliação pós operatória de 60 dias da CRL.

Figura 8 – Aspecto inicial e final do sorriso.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRL	Cirurgia de reposicionamento labial
EPA	Erupção passiva alterada
HLS	Hiperatividade do lábio superior
JCE	Junção cimento-esmalte
SG	Sorriso gengival
TCFC	Tomografia computadorizada de feixe cônicoo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVO.....	14
2.1	Geral.....	14
2.2	Específicos	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1	Sorriso gengival	15
3.2	Reposicionamento Labial.....	16
3.3	Reposicionamento labial associada a outras abordagens terapêuticas	17
3.4	Técnicas excisionais: Gengivectomia	17
3.5	Técnicas excisionais: Osteotomia e osteoplastia.....	18
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Pacientes	21
4.2	Diagnóstico do sorriso gengival	21
4.3	Procedimento cirúrgico: Gengivectomia com osteotomia e osteoplastia	23
4.3.1	Procedimento cirúrgico: Reposicionamento labial	28
5	DISCUSSÃO	32
6	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS	36
	ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

Um sorriso harmônico é composto pela estética branca (dentes) e pela estética rosa (gengiva). Esta harmonia pode ser alterada na presença de fatores associados aos dentes ou às gengivas, tais como o posicionamento, formato e cor dos dentes, doenças periodontais, hiperplasia gengival, exposição de ampla faixa de gengiva ao sorrir, dentre outros. O excesso de exposição gengival ao sorrir tem sido relatado como uma condição que gera insatisfação na estética do sorriso (DE CASTRO *et al.*, 2024). Existem vários fatores etiológicos causadores dessa ampla exposição gengival, dentre eles, podemos destacar excesso vertical da maxila, hiperplasia gengival inflamatória, erupção passiva alterada (EPA), hiperatividade do lábio superior (HLS) e crescimento gengival induzido por fármacos (MAHARDAWI *et al.*, 2019).

A exposição excessiva de gengiva ao sorrir pode ser chamada de sorriso gengival (SG). Este é definido como exposição acima de 3 milímetros (mm) de tecido gengival ao sorrir entre a borda inferior do lábio superior e a margem gengival dos dentes anterossuperiores (DYM & PIERRE, 2020). A Periodontia pode atuar na correção do SG, diante do diagnóstico de EPA, HLS e aumentos gengivais, seja inflamatório ou induzido por fármacos. Casos de crescimento vertical de maxila são tratados por meio de cirurgia bucomaxilofacial (ortognática), realizada por especialistas em Cirurgia Bucomaxilofacial. Fatores relacionados ao posicionamento dentário devem ser tratados com intrusão ortodôntica dos dentes maxilares por especialistas em Ortodontia. Desta forma, o SG deve ser minuciosamente diagnosticado e o tratamento planejado adequadamente (GIBSON & TAKAKIS, 2017).

As técnicas cirúrgicas periodontais que visam corrigir o SG compreendem as técnicas excisionais de gengivectomia (com ou sem osteotomia/osteoplastia), retalhos posicionados apicalmente e excisão de uma faixa de mucosa alveolar para reposicionamento labial. Essas cirurgias periodontais visam reduzir a exposição de gengiva ao sorrir (DOMINGUES *et al.*, 2021). Com isso, o diagnóstico preciso da etiologia do excesso de exposição gengival ao sorrir ajudará na escolha do tratamento eficaz para a causa subjacente (DE CASTRO *et al.*, 2024). O diagnóstico é clínico, mas pode-se utilizar exames complementares imaginológicos para o melhor planejamento cirúrgico, utilizando tomografias computadorizadas com afastamento labial. Este recurso além de fornecer detalhes tridimensionais de espessura óssea e

gengival, ainda permite traçar medidas lineares da junção cimento-esmalte (JCE) ao topo da crista óssea, da margem gengival à JCE, entre outras.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Relatar um caso clínico de diagnóstico e correção cirúrgica do sorriso gengival por meio da associação de técnicas de gengivectomia com osteotomia e osteoplastia e reposicionamento labial.

2.2 Específicos

- Mensurar a exposição gengival antes e depois da gengivectomia com osteotomia e osteoplastia;
- Mensurar a exposição gengival antes e depois do reposicionamento labial.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sorriso gengival

O sorriso desempenha um papel fundamental na comunicação e na estética facial. Além dos dentes, fatores como a integridade dos tecidos bucais, o contorno gengival e a posição dos lábios influenciam de maneira significativa na estética do sorriso (TAWFIK *et al.*, 2018). Entre as alterações estéticas mais comuns, destaca-se o sorriso gengival, o qual representa uma condição que pode prejudicar a harmonia facial, afetando de forma negativa as interações sociais e a autoestima do indivíduo. Essa característica é definida pela exposição gengival ao sorrir e, quando tal exposição ultrapassa 3 mm, o sorriso é considerado esteticamente desfavorável (FAUS-MATOSES *et al.*, 2018). Estima-se que 10,5% dos adultos na faixa etária entre 20 e 30 anos são afetados por essa condição, sendo as mulheres cerca de duas vezes mais afetadas do que os homens (ANDIJANI, 2019).

A exposição gengival excessiva é uma condição consequente de vários fatores etiológicos que são frequentemente combinados e dependentes, podendo ser classificados como originários de tecidos duros (origem óssea alveolar ou esquelética) ou de tecidos moles (origem gengival ou do lábio superior) (DYM e PIERRE, 2020). Estudos recentes mostram que a erupção passiva alterada (EPA) e a hipermobilidade do lábio superior (HLS) são as principais etiologias de tecidos moles instituídas para a exposição gengival excessiva (ÇETIN *et al.*, 2021; TATAKIS e SILVA 2023). Por sua vez, os achados clínicos de um estudo transversal realizado em 2024, que examinou as características faciais, dentárias, periodontais e tomográficas associadas à exposição gengival excessiva, indicaram que a causa da exposição gengival é multifatorial e está principalmente ligada ao crescimento vertical da maxila e a EPA, no entanto, fatores contribuintes adicionais como HLS, sobremordida acentuada devido à hiper erupção e inflamação gengival foram incluídos (DE CASTRO *et al.*, 2024). A utilização da análise facial, associada a obtenção de parâmetros dentários, periodontais e tomográficos, torna-se relevante na determinação do fator etiológico envolvido em um caso específico de exposição gengival excessiva, possibilitando o estabelecimento de um plano de tratamento adequado à causa subjacente (DE CASTRO *et al.*, 2024).

O tratamento realizado para exposição gengival excessiva é adequado conforme o fator etiológico envolvido e pode abranger várias abordagens, incluindo aumento de coroa, cirurgia ortognática e aplicações estratégicas de toxina botulínica

(DOS SANTOS PEREIRA et al., 2021; SALIHU, AGANI e SINANAJ, 2024), além da cirurgia de reposicionamento labial (BHOLA *et al.*, 2015; SALIHU, AGANI e DEMIRI, 2024) e tratamento ortodôntico (SALIHU, AGANI e DEMIRI, 2024).

3.2 Reposicionamento Labial

A técnica de reposicionamento labial consiste na modificação cirúrgica do lábio superior para restringir seu movimento (SALIHU, AGANI e DEMIRI, 2024). Essa cirurgia foi relatada pela primeira vez por Rubinstein e Kostianovsky (1973) que a inseriram como um método alternativo para o tratamento do sorriso gengival. A técnica cirúrgica consistiu na remoção de uma faixa de tecido de espessura parcial da mucosa alveolar e aproximação da margem apical da ferida gerada à junção mucogengival, acarretando na redução da dimensão do vestíbulo. Comumente, o comprimento apico-coronal do tecido removido é o dobro da exposição gengival presente (TATAKIS, 2022). Entretanto, em 2013 foi relatada a primeira mudança na cirurgia de reposicionamento labial e consistiu na conservação do freio labial na linha média e na remoção de duas faixas de tecido da mucosa alveolar bilateral separadas, diferindo da faixa única abrangendo a linha média realizada na técnica descrita em 1973 (SILVA *et al.*, 2013).

A cirurgia de reposicionamento labial (CRL) apresenta resultados satisfatórios para o tratamento de exposição gengival excessiva, no entanto, ela mostra-se eficaz para melhorar a estética do sorriso em curto prazo (até 6 meses), após esse período, a eficácia do procedimento parece reduzir e uma recidiva de aproximadamente 25% é esperada após 12 meses (DOS SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2021). Por isso, a associação do procedimento de reposicionamento labial com outras abordagens terapêuticas, a exemplo das cirurgias periodontais plásticas, procedimentos restauradores ou injeções de toxina botulínica têm sido relatadas como eficaz na obtenção de resultados previsíveis e estáveis, além da tentativa de reduzir a taxa de recidiva associada a esse procedimento (DOS SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2021).

No entanto, a técnica cirúrgica de reposicionamento labial é contraindicada em casos de excesso vertical da maxila e área mínima de gengiva inserida, tendo em vista que a pouca disponibilidade de gengiva inserida pode complicar o desenho do retalho, estabilização e sutura (HADDADI, ZARE e AZADIKHAH, 2021).

3.3 Reposicionamento labial associada a outras abordagens terapêuticas

Assim, algumas modificações na técnica cirúrgica de reposicionamento labial têm sido relatadas nos últimos 5 anos, incluindo abordagens que excluem ou reduzem a função dos músculos responsáveis pela elevação do lábio superior durante o sorriso ou técnicas que modifiquem o trajeto do movimento labial (TATAKIS e SILVA, 2023).

A utilização do laser de diodo para realizar as incisões convencionais e para dissecar e remover a faixa de mucosa alveolar na CRL é uma abordagem que tem sido realizada recentemente (CADER *et al.*, 2020). O uso concomitante de injeções de toxina botulínica objetivam alcançar os músculos envolvidos na movimentação do lábio superior apenas de forma temporária, principalmente durante o período inicial de cicatrização, tendo em vista seu efeito benéfico na redução da tensão muscular pós-operatória, entretanto, outras terapêuticas como a fixação de implantes de polimetilmetacrilato (PMMA) visam ter um efeito permanente, especialmente em casos de depressão óssea subnasal significativa (TATAKIS e SILVA, 2023).

Recentemente, a inserção de fios de poliéster tem sido utilizada como uma nova abordagem após a CRL para conter a atividade muscular e reduzir a recidiva (HORN, ELIAS e JOLY, 2022; HORN e JOLY, 2023), os fios possuem a finalidade de agir como uma barreira física para impossibilitar o movimento muscular, no entanto, não existem evidências que assegurem a eficácia dos fios ou que demonstrem que sua adição potencialize os resultados da técnica de reposicionamento labial realizada (TATAKIS e SILVA, 2023).

Já a associação da CRL com as cirurgias periodontais é bem relatada na literatura e são indicadas, especialmente em casos que a exposição gengival excede 4 mm (HADDADI, ZARE e AZADIKHAH, 2021), a realização da gengivectomia após o reposicionamento labial auxilia na eliminação de irregularidades ou inconsistências remanescentes (SALIHU, AGANI, DEMIRI, 2024).

3.4 Técnicas excisionais: Gengivectomia

As cirurgias plásticas periodontais são terapêuticas cirúrgicas que podem ser realizadas para tratar a exposição gengival excessiva ao sorrir, essas abordagens objetivam expor a coroa anatômica dos dentes revestidos por tecido gengival e formar ou estabelecer proporções adequadas de inserção dos tecidos supracrestais apical à JCE, preservando um tamanho gengival satisfatório (TATAKIS e SILVA, 2023).

A gengivectomia é uma abordagem cirúrgica cuja origem é relatada após Robicsek (1884) introduzir o procedimento com a finalidade principal de eliminar bolsas periodontais. Essa técnica consistia na remoção dos tecidos gengivais doentes e era comumente associada com a remodelação do contorno da gengiva, objetivando reconstruir sua arquitetura normal. A princípio, a indicação mais óbvia da gengivectomia era o remodelamento de contornos gengivais anormais, como as crateras gengivais e hiperplasia gengival, nestes casos, a técnica passou a ser chamada de gengivoplastia (BERGLUNDH *et al.*, 2024).

Com o aperfeiçoamento das técnicas, o procedimento foi adaptado a diferentes contextos clínicos. Nos casos em que a exposição gengival excessiva é ocasionada pelo deslocamento apical dos tecidos gengivais, mas com as relações anatômicas entre raiz e osso alveolar normais, torna-se necessária a indicação da gengivectomia/gengivoplastia. Nessas condições, a técnica possibilita o reposicionamento apical controlado dos tecidos moles, sem comprometer a crista óssea ou o nível de inserção dos tecidos supracrestais, promovendo exposição adequada da coroa anatômica do dente (BERGLUNDH *et al.*, 2024).

A gengivectomia pode ser realizada através de uma incisão em bisel externo, que regularmente atravessa a linha média e ocasiona uma ampla área de cicatrização por segunda intenção ou por uma incisão em bisel interno, comumente finalizada com uma gengivoplastia para alcançar contornos gengivais adequados (BERGLUNDH *et al.*, 2024).

3.5 Técnicas excisionais: Osteotomia e osteoplastia

A evolução da cirurgia periodontal explorou a necessidade de intervenções no tecido ósseo. Os princípios da cirurgia óssea foram delineados por Schluger (1949) e Goldman (1950), eles observaram que a perda óssea consequente das doenças periodontais constantemente produzia contornos irregulares da crista óssea alveolar. Como a morfologia do tecido gengival é diretamente dependente da anatomia óssea subjacente, a eliminação das bolsas de tecidos moles frequentemente necessitava ser associada com a remodelação óssea para assegurar um contorno gengival estável e esteticamente satisfatório (BERGLUNDH *et al.*, 2024).

Nesse contexto, Friedman (1955) instituiu o conceito de osteoplastia, que foi definida como o remodelamento do osso alveolar sem remoção do osso de suporte, com o objetivo de melhorar a adaptação dos retalhos cirúrgicos e reduzir riscos como

a exposição óssea durante a cicatrização e a necrose da mucosa sem suporte. Já a osteotomia abrange a eliminação do osso de suporte, ou seja, aquele responsável pela inserção do dente, e seu objetivo é estabelecer uma anatomia mais fisiológica do osso alveolar, mas em um nível mais apical (BERGLUNDH *et al.*, 2024).

Com o fortalecimento desses conceitos, surgiram os procedimentos de aumento de coroa clínica, que geralmente envolvem a realização de um retalho posicionado apicalmente (RPA), com ou sem ressecção óssea, conforme descrito por Palomo e Kopczyk (1978) (BERGLUNDH *et al.*, 2024). Em cirurgias estéticas, torna-se essencial não apenas alcançar uma posição correta das margens gengivais, como também garantir sua estabilidade (DEAS *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a conformação da estrutura óssea deve ser cuidadosamente alinhada de modo a estabelecer uma arquitetura positiva e festonada, acompanhando o contorno natural dos dentes. Essa configuração favorece a formação de uma arquitetura gengival harmônica e festonada, contribuindo para a preservação de profundidades de sondagem reduzidas (QALI, ALSAEGH e ALSARAF, 2024).

Por outro lado, quando a arquitetura óssea resultante da ressecção apresenta uma arquitetura negativa, há um aumento do risco de retração gengival durante a cicatrização, podendo comprometer o resultado estético e funcional do aumento de coroa clínica (QALI, ALSAEGH e ALSARAF, 2024).

Dessa forma, é importante salientar que o tecido gengival nem sempre acompanha modificações repentinas do contorno ósseo, por isso, para certificar a estabilidade da margem gengival em sua nova posição apical, o recontorno ósseo deve ser realizado não apenas no dente em questão, mas também nos dentes adjacentes, possibilitando uma transição gradual do perfil ósseo (BERGLUNDH *et al.*, 2024).

Apesar das técnicas relatadas apresentarem segurança e resultados previsíveis a longo prazo, a posição final da margem gengival após a cicatrização depende de uma técnica adequadamente executada. Intercorrências cirúrgicas, como retracções gengivais, levando a resultados indesejáveis, podem ocorrer devido a falha na execução e planejamento do procedimento cirúrgico (CHRISIAENS *et al.*, 2018) podendo influenciar o resultado (BERGLUNDH *et al.*, 2024).

É fundamental destacar que nem todas as pessoas são candidatas ideais à cirurgia para correção do sorriso gengival. A causa subjacente do sorriso gengival e

as condições gerais de saúde bucal estão entre os fatores que influenciam na elegibilidade do procedimento (SALIHU, AGANI e SINANAJ, 2024).

4 METODOLOGIA

4.1 Modalidade de pesquisa e aspectos éticos

Este estudo trata-se de um estudo descritivo observacional e foi submetido e aprovado pelo CEP da Unichristus sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 88447825.4.0000.5049. Foi selecionado uma paciente, do sexo feminino, não-fumante e sem doenças sistêmicas, em seguimento na Clínica Escola de Odontologia da Unichristus. A participante foi informada dos objetivos do trabalho e assinou o consentimento livre e esclarecido (ANEXO B).

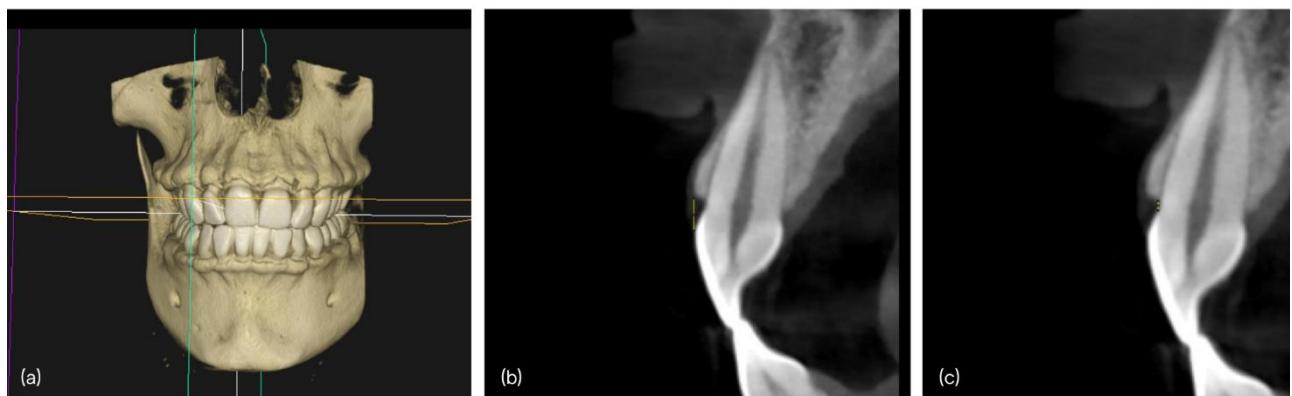
4.2 Diagnóstico do sorriso gengival

Foi incluído neste estudo apenas o sorriso gengival oriundo de EPA e HLS, como definido acima. Para o diagnóstico de HLS, os lábios precisam ser avaliados em repouso e ao sorrir, para averiguar um lábio hipermóvel. Um movimento translacional normal do lábio a partir do repouso é de cerca de 6 a 8 mm e até 10 mm em uma situação de lábio hipermóvel. No presente caso, a paciente apresentava exposição de 8 mm dos incisivos centrais superiores em repouso, a quantidade de exposição dos incisivos superiores em repouso foi utilizada como parâmetro para determinar a extensão da remoção da mucosa, sendo, portanto, removidos 16 mm da mucosa alveolar para a CRL (Figura 1). Além do registro fotográfico pré-operatório, foi realizada uma tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) com o objetivo de avaliar de forma detalhada a altura da crista óssea alveolar em relação à JCE, bem como a espessura dos tecidos ósseo e gengival (Figura 2).



Fonte: Autores

Figura 1 – Avaliação pré operatória. (Figura 1A) Vista lateral do aspecto inicial do sorriso da paciente. (Figura 1B) Vista frontal do aspecto inicial do sorriso da paciente: a paciente apresentava exposição de 13 mm da margem gengival a borda inferior do lábio superior ao sorrir. (Figura 1C) Vista lateral do aspecto inicial do sorriso da paciente. (Figura 1D) Aspecto labial em repouso. (Figura 1E) Medição com a sonda milimetrada Carolina do Norte da exposição dos incisivos centrais superiores em repouso.



Fonte: Autores

Figura 2 – Tomografia computadorizada pré-operatória. (Figura 2A) Reconstrução 3D do terço inferior da face. (Figura 2B) Corte sagital do incisivo central superior direito (11): A distância entre a margem gengival e a crista óssea alveolar é de 6 mm. (Figura 2C) Corte sagital do incisivo central superior direito (11): A distância entre a JCE e a crista óssea alveolar é de 2 mm.

4.3 Procedimento cirúrgico: Gengivectomia com osteotomia e osteoplastia

Foi realizada antisepsia extra e intrabucal com digluconato de clorexidina a 2% e a 0,12% respectivamente, seguido da anestesia tópica da região com Benzotop no fundo de sulco vestibular na região entre o canino e o 1º pré-molar superior direito e esquerdo. Para anestesia local foi utilizada Articaína a 4% com epinefrina 1:200.000 utilizando a técnica terminal infiltrativa em direção a raiz do 1º pré-molar superior direito para bloqueio do nervo infraorbitário, além disso foram anestesiados os nervos alveolar superior anterior e médio, e nasopalatino.

Com a sonda milimetrada Carolina do Norte (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil), foi realizada a localização da junção cemento-esmalte (JCE) de segundo pré-molar a segundo pré-molar (15 a 25) a fim de determinar a quantidade de gengiva que será excisada durante o procedimento. A marcação dos pontos sangrantes foi realizada ainda com a sonda Carolina do Norte para delimitar a área.

As incisões foram realizadas em bisel interno com lâmina de bisturi 15C (Medix, Cascavel, Paraná, Brasil), evitando alcançar a região das papilas. Em seguida, incisões sulculares foram realizadas para confecção dos “colarinhos”. Com o auxílio do Descolador de Molt (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil) e de uma cureta de Gracey 5-6 (Millenium, Pindamonhangaba, São Paulo, Brasil) foi removido o tecido gengival. Após a remoção dos “colarinhos”, a tesoura de Castroviejo (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil) foi utilizada para retoques e melhora dos contornos gengivais. Em seguida, um retalho de espessura total (mucoperiosteal) com o auxílio do Descolador de Molt foi confeccionado para exposição e acesso ao osso subjacente e realização da osteotomia e osteoplastia.

A remoção das exostoses vestibulares na hemi-arcada superior direita e esquerda foi realizada com a peça reta e a broca de Tungstênio Maxicut Pêra N 1251 (American Burrs, Palhoça, São Paulo, Brasil) e irrigação constante com soro fisiológico e consistiu na realização de movimentos horizontais da distal para mesial com o intuito de reduzir o volume ósseo, principalmente, na região de pré molares e caninos superiores. A osteoplastia foi realizada com o auxílio da ponta diamantada esférica 3018 (KG Sorensen, Serra, Espírito Santo, Brasil) e consistiu na confecção de regiões de vale a fim de regularizar e proporcionar o contorno ósseo alveolar adequado após a remoção das exostoses vestibulares. A osteotomia para reposicionamento apical da crista óssea alveolar foi realizada com cinzéis de

Oscheinbein manualmente e ponta diamantada esférica 1014 (KG Sorensen, Serra, Espírito Santo, Brasil). As distâncias relacionadas a inserção dos tecidos supracrestais foi verificada com o uso da sonda Carolina do Norte. Ao final, as suturas foram realizadas em colchoeiro vertical modificado com o fio de sutura não reabsorvível Nylon 5-0 (ProCare, Osasco, São Paulo, Brasil) (Figura 3).

Foi prescrito Amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas durante 7 dias, Dexametasona 4mg até 1 hora após o procedimento e 1 comprimido 24 horas após o procedimento. Também foi prescrito Nimesulida 100mg a cada 12 horas durante 4 dias e Dipirona 1g a cada 12 horas durante 4 dias. Bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12%, a cada 12 horas durante 7 dias foi recomendado. O (a) paciente foi orientada em relação às instruções de higiene oral e aos cuidados pós-operatórios.



Fonte: Autores

Figura 3 – Procedimento cirúrgico: Gengivectomia com osteotomia e osteoplastia. (Figura 3A) Foi realizada anestesia local dos nervos alveolar superior anterior e médio, e nasopalatino. (Figura 3B)

Localização da JCE do dente 15 ao 25. (Figura 3C) Aspecto após a marcação dos pontos sangrantes. (Figura 3D) Realização da incisão em bisel interno. (Figura 3E) Incisão sulcular para a confecção do colarinho. (Figura 3F) Refinamento dos contornos gengivais. (Figura 3G) Descolamento do retalho. (Figura 3H) Realização do retalho mucoperiosteal exibindo as exostoses vestibulares do lado direito. (Figura 3I) Retalho mucoperiosteal exibindo as exostoses vestibulares do lado esquerdo. (Figura 3J) Remoção das exostoses ósseas vestibulares. (Figura 3K) Aspecto ósseo após a remoção das exostoses vestibulares. (Figura 3L) Osteoplastia para regularização do contorno ósseo. (Figura 3M) Realização da sutura em colchoeiro vertical modificado. (Figura 3N) Aspecto final do procedimento cirúrgico e da sutura realizada no lado direito. (Figura 3O) Aspecto final da sutura em colchoeiro vertical modificado com o fio de sutura não reabsorvível Nylon 5-0.

Foram realizadas medições nas avaliações pré e pós-operatória, abrangendo os dentes anteriores da arcada superior (do dente 13 ao 23), com o objetivo de quantificar e comparar a exposição gengival antes e após os procedimentos cirúrgicos. As mensurações foram efetuadas no ponto médio da margem gengival de cada dente até a borda inferior do lábio superior, permitindo uma análise objetiva da redução da exposição gengival e da efetividade das intervenções realizadas (Figura 4).

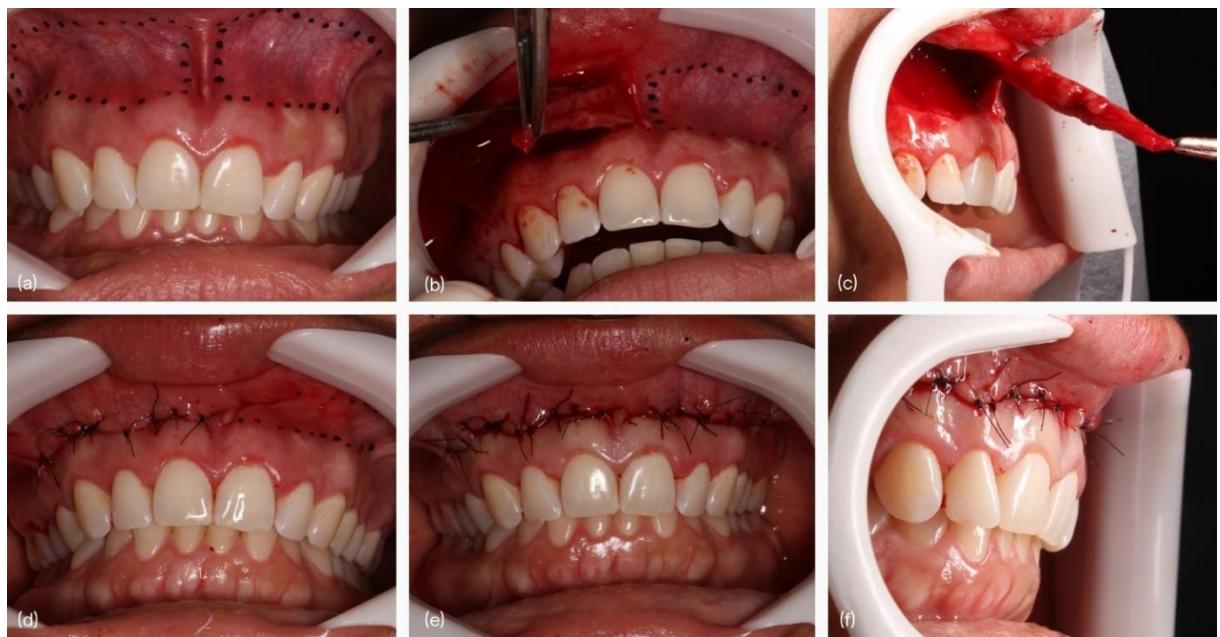


Fonte: Autores

Figura 4 – Avaliação pré e pós operatória da cirurgia de gengivectomia e osteotomia e osteoplastia. (Figura 4A) e (Figura 4B) Avaliação pré operatória: Observa-se ampla exposição gengival ao sorrir e presença de exostoses vestibulares. (Figura 4C) e (Figura 4D) Avaliação pós operatória: Observa-se redução de 4 mm da exposição gengival ao sorrir. (Figura 4E) Aspecto inicial do sorriso da paciente: avaliação pré operatória. (Figura 4F) Aspecto do sorriso após a cirurgia de gengivectomia e osteotomia e osteoplastia.

4.3.1 Procedimento cirúrgico: Repositionamento labial

Quanto ao reposicionamento cirúrgico do lábio superior, foi utilizada a técnica de Silva *et al.*, (2013). Nesta modificação da técnica de Rubinstein & Kostianovsky (1973), o freio labial maxilar da linha média não é excisado. Os mesmos procedimentos de antisepsia extra e intrabucal foram realizados como descrito acima. O procedimento cirúrgico foi iniciado no lado direito da maxila com uma incisão horizontal de espessura parcial, 1 mm coronalmente à linha mucogengival, do freio da linha média até a região do primeiro molar. Em cada extremidade da primeira incisão, uma incisão vertical será feita, estendendo-se 10–12 mm apicalmente. Finalmente, uma incisão horizontal conectando as duas incisões verticais, e paralela à primeira incisão, foi feita. A faixa de mucosa delineada foi removida por uma dissecação superficial de espessura parcial, deixando o tecido conjuntivo exposto. Glândulas salivares menores foram removidas, quando necessário. O procedimento foi repetido no lado contralateral, mantendo o freio da linha média intacto. Suturas contínuas foram usadas para estabilizar a nova margem mucosa à gengiva utilizando fio de Nylon 5-0 (ProCare, Osasco, São Paulo, Brasil) (Figura 5).



Fonte: Autores

Figura 5 – Procedimento cirúrgico: Repositionamento labial. (Figura 5A) Área a ser incisada foi delimitada. (Figura 5B) Foram realizadas incisões verticais e horizontais no lado direito. (Figura 5C) Faixa de mucosa de espessura parcial removida. (Figura 5D) Estabilização da mucosa com suturas no lado direito. (Figura 5E) Aspecto final do procedimento cirúrgico com suturas contínuas. (Figura 5F) Vista lateral do aspecto final da sutura.

Observou-se que os resultados estéticos foram potencializados após o reposicionamento labial. Na avaliação pós-operatória de 15 dias, evidenciou-se uma redução significativa da exposição gengival na região dos dentes 13 a 23, com maior equilíbrio na exposição gengival e aprimoramento do contorno estético do sorriso (Figura 6).



Fonte: Autores

Figura 6 – Avaliação pós operatória de 15 dias da CRL. (Figura 6A) Vista lateral do sorriso após CRL. (Figura 6B) Vista frontal do sorriso após CRL: Observa-se redução significativa da exposição gengival ao sorrir. (Figura 6C) Vista lateral do sorriso após CRL. (Figura 6D)

Na avaliação pós-operatória realizada 60 dias após a cirurgia de reposicionamento labial, foi possível observar um discreto aumento da exposição gengival ao sorrir em comparação à avaliação realizada aos 15 dias.



Fonte: Autores

Figura 7 – Avaliação pós operatória de 60 dias da CRL. (Figura 7A) Vista lateral do sorriso após CRL. (Figura 7B) Vista frontal do sorriso após CRL: houve um moderado aumento da exposição gengival quando comparado à avaliação de 15 dias. (Figura 7C) Vista lateral do sorriso após CRL.



Fonte: Autores

FIGURA 8 – Aspecto inicial e final do sorriso. (Figura 8A) Vista frontal do aspecto inicial: Possível observar a presença de exostoses vestibulares. (Figura 8B) Aspecto inicial do sorriso: Paciente apresentava exposição de 13 mm do incisivo central superior direito (11) na avaliação pré-operatória. (Figura 8C) Vista lateral do aspecto inicial. (Figura 8D) Vista frontal do aspecto final: Possível observar a redução das exostoses vestibulares 60 dias pós a CRL. (Figura 8E) Aspecto final do sorriso: Redução da exposição gengival ao sorrir 60 dias após os procedimentos cirúrgicos. (Figura 8F) Vista lateral do aspecto final com acompanhamento de 60 dias. (Figura 8G) Registro fotográfico inicial do sorriso da paciente. (Figura 8H) Registro fotográfico final do sorriso da paciente após os procedimentos cirúrgicos.

5 DISCUSSÃO

Este trabalho reportou um caso clínico de uma paciente com SG com duplo fator etiológico: EPA e HLS, tratada com gengivectomia, osteotomia e osteoplastia e reposicionamento cirúrgico do lábio superior. Os resultados obtidos demonstraram uma redução eficaz da exposição gengival após a realização das cirurgias de gengivectomia, osteotomia e osteoplastia, evidenciando melhora significativa na harmonia do sorriso.

O sorriso realiza uma função significativa na expressão facial e fisionomia. A procura por estética tem aumentado e a busca por um sorriso harmônico tornou-se o objetivo de muitos pacientes, portanto, além da anatomia dental, os tecidos orais, o contorno gengival e a posição dos lábios são fatores que interferem na estética final do sorriso (TAWKIF *et al.*, 2018). A exposição gengival excessiva apresenta uma condição inestética que pode acarretar na insatisfação e aceitabilidade do sorriso (JANANNI, SIVARAMAKRISHNAN e LIBBY, 2014). Diversos fatores podem ser atribuídos à formação do sorriso gengival, incluindo EPA, hiperatividade do lábio superior, excesso vertical da maxila e hiperplasia gengival ocasionada pela inflamação (ANDIJANI e TATAKIS, 2019). Segundo Pavone, Ghassemian e Verardi (2016), o protocolo para definir a etiologia do SG deve incluir análise facial por meio da imagem de raio-x cefalométrico, avaliação dos lábios superiores e músculos periorais em repouso e ao sorrir, análise do sorriso e mensuração da exposição dos incisivos centrais em repouso e realização de exames periodontais para identificar EPA (PAVONE, GHASSEMIAN e VERARDI, 2016).

No caso clínico relatado, o exame clínico pré-operatório consistiu na realização de uma sondagem periodontal com a finalidade de avaliar a proporção da coroa anatômica e a existência de espaço adequado para inserção dos tecidos supracrestais, como exame complementar, a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) foi solicitada e fotografias pré-operatórias.

Devido à natureza multifatorial da exposição gengival excessiva (DE CASTRO *et al.*, 2024), mais de um procedimento pode ser executado a fim de se obter o resultado estético almejado (BHOLA *et al.*, 2015). O aumento de coroa estético é o procedimento cirúrgico mais conhecido para correção do sorriso gengival, entretanto, quando a coroa possui dimensões adequadas, outras terapêuticas podem ser consideradas (ARRUDA *et al.*, 2024). Dentre as modalidades de tratamento indicadas para tratar exposição gengival excessiva, incluem tratamentos cirúrgicos e não

cirúrgicos (MALEKI *et al.*, 2024). A cirurgia ortognática (DILAVER e UCKAN, 2018), a cirurgia de reposicionamento labial com ou sem modificações (ABDULLAH *et al.*, 2014; ISHIDA *et al.*, 2009), o aumento de coroa estético e a gengivectomia (MALEKI *et al.*, 2024) fazem parte das intervenções cirúrgicas que podem ser realizadas. Já as intervenções não cirúrgicas, incluem injeção de toxina botulínica (BTX) e intrusão ortodôntica dos dentes maxilares (MCENTIRE, 2013).

No caso clínico relatado a abordagem incluiu gengivectomia associada a osteotomia e osteoplastia e o reposicionamento labial. A combinação das intervenções cirúrgicas é comumente realizada no tratamento do SG, especialmente, quando há mais de um fator etiológico envolvido (HADDADI, ZARE e AZADIKHAH, 2021). A seleção da técnica cirúrgica baseou-se na presença de coroas clínicas curtas com disponibilidade de estrutura dentária a ser exposta, exostoses ósseas maxilares, além da necessidade de recontorno da crista óssea alveolar e criação do espaço fisiológico necessário para a inserção dos tecidos supracrestais. A cirurgia de reposicionamento labial foi realizada após o procedimento de aumento de coroa. A determinação de executar o procedimento cirúrgico baseou-se na existência de um amplo movimento translacional do lábio superior durante o sorriso. A intervenção cirúrgica seguiu a técnica modificada proposta por Silva *et al.* (2013), a qual sugere a conservação do freio labial na linha média. Essa abordagem evidencia-se pelo fato de que a eficácia na redução do sorriso gengival, por meio do reposicionamento labial, permanece nos casos em que o freio labial não está envolvido (YOUNESPOUR *et al.*, 2021).

O estudo de Silva *et al.* (2013) também avaliou os resultados clínicos quantitativos de uma cirurgia de reposicionamento labial modificada com acompanhamento de seis meses, demonstrando que o procedimento reduziu com êxito a exposição gengival excessiva pré-operatória em todos os casos. Esses achados reforçam a previsibilidade e a efetividade da técnica utilizada no presente caso. Além disso, estudos mais recentes corroboram esses resultados: uma revisão sistemática realizada em 2022 evidenciou que a cirurgia de reposicionamento labial continua sendo uma técnica bem-sucedida no tratamento do sorriso gengival, tanto de forma isolada quanto associada a outros procedimentos (MENDOZA-GENG *et al.*, 2022). Ademais, observou-se que a redução da exposição gengival excessiva está fortemente relacionada ao aumento do comprimento do lábio superior e do vermelhão durante o sorriso (ANDIJANI *et al.*, 2021; TATAKIS, 2022).

O procedimento de reposicionamento labial é uma conduta terapêutica eficaz para a redução do sorriso gengival, apresentando resultados adequados em até 6 meses (DOS SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2021), no entanto, a estabilidade a longo prazo pode ser um dos parâmetros mais contestáveis dessa técnica cirúrgica (ALAMMAR e HESHMEH, 2018). A recidiva, por vezes, é inevitável e pode ocorrer em vista de diversos fatores, como o envelhecimento fisiológico, falhas no processo de cicatrização, técnica e habilidade, bem como a variabilidade inerente ao indivíduo (YEH e BLANCHARD, 2021). Em relação a CRL, Alammar e Heshmeh (2018) relataram que a recidiva pode acontecer em consequência da separação incompleta dos músculos do tecido ósseo durante a cirurgia ou à recolocação da memória muscular na base óssea anterior (ALAMMAR e HESHMEH, 2018). Entretanto, diversos procedimentos podem ser associados à CRL com o intuito de reduzir as recidivas e promover maior estabilidade ao longo do tempo, evitando a reinserção dos músculos do sorriso em sua localização original (AL JASSER *et al.*, 2021). Dentre esses procedimentos incluem frenectomia, uso de adjuvantes como o botox, miotomia, dissecção muscular, contenção com suturas de poliéster (HORN, ELIAS e JOLY, 2022) e a colocação de suturas periosteais com CRL que, além de acarretar maior redução na exposição gengival em 6 e 12 meses após o tratamento (MENDOZA-GENG *et al.*, 2022) apresenta-se como mais eficaz contra recidivas (AL JASSER, 2023).

6 CONCLUSÃO

A exposição gengival excessiva representa um desafio estético significativo, afetando a autoestima e a qualidade de vida dos pacientes. No presente estudo, a associação de gengivectomia e gengivoplastia com osteotomia e osteoplastia, aliada ao reposicionamento cirúrgico do lábio superior, mostrou-se uma abordagem segura e eficaz para a redução do SG, considerando os fatores etiológicos individuais e a avaliação clínica e radiográfica do caso. O tratamento proporcionou harmonia estética, reconstrução adequada da margem gengival e melhora na percepção estética do paciente, evidenciando que a abordagem multidisciplinar é essencial em casos com múltiplos fatores etiológicos, como hiperatividade do lábio superior (HLS) e erupção passiva alterada (EPA).

REFERÊNCIAS

ABDULLAH, Walid Ahmed et al. Modificando o sorriso gengival: uma abordagem minimamente invasiva. **Journal of Contemporary Dental Practice**, v. 15, p. 821–826, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-25825116>. Acesso em: 13 nov. 2025

ALAMMAR, Asmaa Mohammad; HESHMEH, Omar Ahmad. Reposicionamento labial com miotomia dos músculos elevadores para manejo de sorriso gengival. **Dental and Medical Problems**, v. 55, p. 241–246, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30328300/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

ALFARAJ, Turki M Abu et al. Uma revisão das técnicas atuais em cirurgia de reposição labial para tratar exposição gengival excessiva. **Cureus**, v. 16, n. 12, dez. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39776712/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

AL JASSER, Reham N. Uma abordagem modificada na cirurgia de reposicionamento labial para exposição gengival excessiva para minimizar recidiva pós-cirúrgica: ensaio clínico randomizado controlado. **Diagnostics**, v. 13, n. 4, p. 716, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36832213/>. Acesso em: 17 out. 2025.

AL JASSER, Reham N. et al. Uma abordagem modificada na cirurgia de reposicionamento labial: estudo prospectivo em população de gêmeos com acompanhamento de 3 anos. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 41, p. e243–e253, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34818391/>. Acesso em: 15 out. 2025.

ANDIJANI, Remm I. et al. Cirurgia de reposicionamento labial para sorriso gengival: alterações dimensionais clínicas e radiográficas dos lábios em 6 meses. **Clinical Oral Investigations**, v. 25, n. 10, p. 5907–5915, out. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33745100/>. Acesso em: 16 dez. 2025.

ANDIJANI, Reem I. Hipermobilidade do lábio superior é altamente prevalente entre os pacientes que buscam tratamento para sorriso gengival. **Journal of Periodontology**, v. 90, n. 3, p. 256–262, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/JPER.18-0468>. Acesso em: 13 nov. 2025.

ARRUDA, Cesar Augusto Signori et al. Aumento estético de coroa associado à cirurgia de reposicionamento labial modificada (LipStat modificado) no tratamento da exposição gengival excessiva: relato de caso com acompanhamento de 6 anos. **Case Reports in Dentistry**, 5 set. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39268185/>. Acesso em: 22 out. 2025.

BERGLUNDH, Tord et al. **Lindhe tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. Disponível em: <https://www.grupogen.com.br/livro-lindhe-tratado-de-periodontia-clinica-e-implantologia-oral-tord-berglundh-guanabara-koogan->

9788527740043?srsltid=AfmB0ooar67zDG1sIBUcgOSUM86Y7cGZ8Cb0qmq4Tzr5uSF_YIpusD3P. Acesso em: 27 out. 2025.

BHOLA, Monish et al. LipStaT: técnica de estabilização labial — indicações e diretrizes para seleção de casos e classificação da exposição gengival excessiva. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 35, n. 4, p. 549–559, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26133145/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

CADER, S. A et al. Uma abordagem minimamente invasiva para tratar o sorriso gengival: cirurgia de reposicionamento labial assistida por laser. **International Journal of Clinical Dentistry**, v. 13, n. 2, 2020. Disponível em: https://novapublishers.com/shop/volume-13-issue-2-international-journal-of-clinical-dentistry/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 28 nov. 2025.

ÇETIN, Mehtap Bilgin et al. Avaliando os impactos de alguns fatores etiologicamente relevantes na exposição gengival excessiva. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 41, n. 3, p. 73–80, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33819318/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

CHRISTIAENS, Véronique et al. Avaliação do nível ósseo periodontal revisitada: um estudo controlado sobre a precisão diagnóstica de métodos clínicos de avaliação e radiografia intraoral. **Clinical Oral Investigations**, v. 22, p. 425–431, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28550521/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

DEAS, David E. et al. Alongamento de coroa na região anterior de maxila: estudo clínico prospectivo de 6 meses. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 34, n. 3, p. 365–373, maio–jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.1926>. Acesso em: 22 out. 2025.

DE CASTRO, Luciana Tanaka et al. Características faciais, dentárias, periodontais e tomográficas da etiologia da exposição gengival excessiva: um estudo clínico transversal. **Journal of Periodontal Implant Science**, v. 54, n. 6, p. 419–431, dez. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39058347/>. Acesso em: 13 out. 2025.

DILAVER, E.; UCKAN, S. Efeito da plástica em V-Y no alongamento labial e tratamento do sorriso gengival. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 47, p. 184–187, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29042176/>. Acesso em: 03 nov. 2025.

DOMINGUES, Letícia de Oliveira et al. Cirurgia plástica periodontal: gengivectomia e gengivoplastia: relato de caso clínico. **E-Acadêmica**, v. 2, n. 2, p. e012224, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/351980668_Cirurgia_plastica_periodontal_gengivectomia_e_gengivoplastia_Relato_de_caso_clinico. Acesso em: 10 nov. 2025.

DOS SANTOS-PEREIRA, Silvio Antônio et al. Eficácia das cirurgias de reposicionamento labial no tratamento da exposição gengival excessiva: uma

revisão sistemática e meta-análise. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 33, n. 3, p. 446–457, dez. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33325589/>. Acesso em: 22 de out. 2025.

DYM, Harry; PIERRE, Robert. Abordagens de diagnóstico e tratamento para o “sorriso gengival”. **Dental Clinics of North America**, v. 64, n. 2, p. 341–349, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.12.003>. Acesso em: 10 out. 2025

FAUS-MATOSES, Vincent et al. Técnica de reposicionamento labial: um procedimento cirúrgico simples para melhorar a harmonia do sorriso. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 10, n. 4, p. e408–e412, abr. 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5937970/>. Acesso em: 26 nov. 2025.

FRIEDMAN, N. Cirurgia óssea periodontal: osteoplastia e ostectomia. **Journal of Periodontology**, v. 26, p. 257–269, 1955. Disponível em: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1281714>. Acesso em: 25 out. 2025.

GIBSON, Monica P.; TATAKIS, Dimitri N. Tratamento do sorriso gengival de etiologia multifatorial: relato de caso. **Clinical Advances in Periodontics**, v. 7, n.4, p. 167-173, nov. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31539214/>. Acesso em: 8 out. 2025.

GOLDMAN, H. M. Desenvolvimento de contornos gengivais fisiológicos por gengivoplastia. **Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology**, v. 3, p. 879–888, 1950. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15430055/>. Acesso em: 22 out. 2025

HADDADI, Pardis; ZARE, Hadi; AZADIKHAH, Ali. Reposicionamento labial, uma solução para o sorriso gengival. **Frontiers in Dentistry**, v. 18, p. 15, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35965696/>. Acesso em: 01 nov. 2025.

HORN, Renata Oliveira Ribeiro; ELIAS, Carlos Nelson; JOLY, Júlio César. Técnica de reposicionamento labial usando fios de poliéster para tratamento do sorriso gengival. **International Journal of Dentistry**, 2022, p. 3972150. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36284524/>. Acesso em: 02 nov. 2025.

HORN, Renata Oliveira Ribeiro; JOLY, Júlio César. Tratamento do sorriso gengival combinando alongamento coronário, reposicionamento labial e uso de fios de poliéster. **Clinical Advances in Periodontics**, v. 13, n. 1, p. 42–45, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cap.10214>. Acesso em: 02 nov. 2025.

ISHIDA, Luis H. et al. Miotomia do músculo levantador do lábio superior e reposicionamento labial: uma abordagem combinada para a correção do sorriso gengival. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 126, n. 3, p. 1014–1019, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181e3b6d4>. Acesso em: 25 out. 2025.

JANANNI, M.; SIVARAMAKRISHNAN, M.; LIBBY, Thomas J. Correção cirúrgica da exposição gengival excessiva em excesso maxilar vertical classe I: técnica de faixa mucosa. **Journal of Natural Science, Biology and Medicine**, v. 5, n. 2, p. 494–498, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25097447/>. Acesso em 05 nov. 2025.

MAHARDAWI, Basel; CHAISAMUT, Teeranut; WONGSIRICHAT, Natthamet. Sorriso gengival: uma revisão da etiologia, manifestações e tratamentos. **Siriraj Medical Journal**, v. 71, n. 2, p. 168-174, mar. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/331961722_Gummy_Smile_A_Review_of_Etiology_Manifestations_and_Treatment. Acesso em: 7 nov. 2025.

MALEKI, Mahdis et al. Revisão sistemática e metanálise comparando tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos para exposição gengival excessiva. **Dentistry Journal (Basel)**, v. 12, n. 6, p. 154, 22 maio 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38920855/>. Acesso em: 04 nov. 2025.

MCENTIRE, C. Alterações tridimensionais de tecido mole ao sorrir. Dissertação — **Virginia Commonwealth University**, 2013. Disponível em: <https://scholarscompass.vcu.edu/etd/3009/>. Acesso em: 27 out. 2025.

MENDOZA-GENG, Andrea et al. Eficácia clínica da técnica de reposicionamento labial e suas modificações para o tratamento do sorriso gengival: revisão sistemática e meta-análise. **Clinical Oral Investigations**, v. 26, n. 6, p. 4243–4261, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35347420/>. Acesso em: 04 nov. 2025.

NARAYAN, Siddharth; RAJASEKAR, Arvina. Regeneração de tecido mole após diferentes técnicas de aumento de coroa entre pacientes indianos. **Bioinformation**, v. 17, n. 12, p. 1130–1133, 2021. Disponível em: <https://www.bioinformation.net/017/973206300171130.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2025.

PAVONE, Antonello F.; GHASSEMIAN, Marjan; VERARDI, Simone. Sorriso gengival e síndrome do dente curto — parte 1: etiopatogenia, classificação e diretrizes diagnósticas. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**, v. 37, p. 102–107, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26905089/>. Acesso em: 22 out. 2025.

QALI, M.; ALSAEGH, H.; ALSARAF, S. Considerações clínicas sobre o alongamento de coroa: uma revisão abrangente. **Cureus**, v. 16, n. 11, 3 nov. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11614317/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

ROBICSEK, S. Sobre a natureza e o surgimento da piorreia alveolar e seu tratamento. 3º Relatório Anual da Associação Dentária Austríaca (Revisado em **Journal of Periodontology**, v. 36, p. 265, 1965), 1884. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14326690/>. Acesso em: 20 out. 2025.

ROCA, Jenifer Eduarda Costa; ANTEZANA-VERA, Saul Allfredo. Relato do caso clínico de gengivoplastia para a correção do sorriso gengival. **Brazilian Journal of**

Implantology and Health Sciences, v. 5, n. 5, p. 2086–2097, 2023. Disponível em: <https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/802>. Acesso em: 22 out. 2025.

RUBINSTEIN, A.; KOSTIANOVSKY A. Cirurgia estética para malformação do riso: técnica original. **Prensa Médica Argentina**, v. 60, p. 952, 1973.

SALIHU, Besir; AGANI, Zana; DEMIRI, Arta Sinanaj. Cirurgia de reposicionamento labial: um procedimento simples que transforma o sorriso e a vida. **Case Reports in Dentistry**, fev. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38440050/>. Acesso em: 02 nov. 2025.

SCHLUGER, S. Ressecção óssea – um princípio básico na cirurgia periodontal?. **Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology**, v. 2, p. 316–325, 1949. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18112168/>. Acesso em: 02 nov. 2025.

SILVA, Cléverson et al. Exposição gengival excessiva: tratamento por técnica modificada de reposicionamento labial. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 40, p. 260–265, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23278672/>. Acesso em: 17 out. 2025.

TATAKIS, Dimitris N. et al. Características do lábio superior e etiologias associadas à exposição gengival excessiva em adultos: diferenças raciais e sexuais. **Journal of Periodontology**, v. 95, n. 1, p. 74–83, jan. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37436716/>. Acesso em: 22 out. 2025.

TATAKIS, Dimitris N.; SILVA, Cléverson O. Técnicas contemporâneas de tratamento para exposição gengival excessiva causada por erupção passiva alterada ou hiperatividade labial. **Journal of Dentistry**, v. 138, p. 104711, nov. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37730094/>. Acesso em: 15 out. 2025.

TATAKIS, Dimitris N. Técnicas e modificações de reposicionamento labial. **Dental Clinics of North America**, v. 66, n. 3, p. 373–384, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35738733/>. Acesso em: 15 out. 2025.

TAWFIK, Omnia K. et al. Reposicionamento labial para o tratamento da exposição gengival excessiva: uma revisão sistemática. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 30, n. 2, p. 101–112, mar. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29193632/>. Acesso em: 02 nov. 2025.

YEH, Yu-Ting; BLANCHARD, Steven B. Manejo do sorriso gengival recorrente após 7 anos: relato de caso. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**, v. 42, n. 9, p. 516–519, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34555913/>. Acesso em: 16 dez. 2025.

YOUNESPOUR, Shima et al. Eficácia de diferentes modalidades de cirurgia de reposicionamento labial para o manejo de pacientes com queixa de exposição gengival excessiva: uma revisão sistemática e meta-análise. **BioMed Research**

International, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34660802/>. Acesso em: 13 nov. 2025.

ANEXO A – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL POR MEIO DA GENGIVECTOMIA COM OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA E REPOSIÇÃO LABIAL: RELATO DE CASO

Pesquisador: Atila Vinícius Vitor Nobre

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88447825.4.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.607.811

Apresentação do Projeto:

Um sorriso harmônico é composto pela estética branca (dentes) e pela estética rosa (gengiva). Esta harmonia pode ser alterada na presença de fatores associados aos dentes ou às gengivas, tais como o posicionamento, formato e cor dos dentes, doenças periodontais, hiperplasia gengival, exposição de ampla faixa de gengiva ao sorrir, dentre outros. O excesso de exposição gengival ao sorrir tem sido relatado como uma condição que gera insatisfação na estética dental (DE CASTRO et al., 2024). Existem vários fatores etiológicos causadores dessa ampla exposição gengival, dentre eles, podemos destacar excesso vertical da maxila, hiperplasia gengival inflamatória, erupção passiva alterada (EPA), hiperatividade do lábio superior (HLS) e crescimento gengival induzido por fármacos (MAHARDAWI et al., 2019). A exposição excessiva de gengiva ao sorrir pode ser chamada de sorriso gengival (SG). Este é definido como exposição acima de 3 milímetros (mm) de tecido gengival ao sorrir entre a borda inferior do lábio superior e a margem gengival dos dentes anterossuperiores (DYM & PIERRE, 2020). A Periodontia pode atuar na correção do SG, diante do diagnóstico de EPA, HLS e hiperplasias, seja inflamatória ou por fármacos. Casos de

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocal

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Solicita-se o (a) Sr. (a) Elisberlânia Guimarães Gomes autorização para coletar seus dados pessoais (nome completo, idade, RG, endereço, CEP, telefone, nome dos pais), medicação, histórico médico, história odontológica, realização de exames periodontais para o projeto de pesquisa: **Correção de sorriso gengival por meio da gengivectomia com osteotomia e osteoplastia e reposicionamento labial: relato de caso.** O aceite da participação implica na utilização de dados clínicos, procedimento cirúrgico, documentação radiológica e fotográfica que se encontram em seu prontuário para apresentação como trabalho de conclusão de curso e publicação do caso em revista científica como “Relato de caso” de responsabilidade da pesquisadora. Este trabalho objetiva apresentar um relato de caso clínico no qual foram realizadas técnicas cirúrgicas periodontais de gengivectomia com osteotomia e osteoplastia e reposicionamento labial para correção de sorriso gengival. Todos os dados relacionados com o (a) Sr. (a) serão confidenciais e sua identidade será mantida em sigilo. A divulgação dos resultados deste trabalho será realizada por meio da publicação em revista científica que será selecionada quando terminarmos o estudo.

Os riscos previsíveis à sua saúde em consequência desta pesquisa são mínimos em virtude de os protocolos clínicos propostos serem bem estabelecidos na literatura, no entanto, diante de riscos esperados como por exemplo, constrangimento do participante em participar deste relato de caso ou mesmo possíveis incômodos que possam ser gerados durante o curso da pesquisa, o (a) participante tem o total direito de recusar em participar ou mesmo desistir a qualquer momento sem acarretar qualquer penalidade ao mesmo. Os pesquisadores entrarão em contato com o (a) Sr. (a), caso necessário, serão: **Átila Vinícius Vitor Nobre e Ana Ester Maciel Braúna.** Como benefícios, este relato de caso busca apresentar o tratamento para correção do sorriso gengival por meio da junção de técnicas cirúrgicas periodontais. Os benefícios permeiam duas esferas: (1) resolução do problema clínico apresentado pelo paciente com melhoria da estética do sorriso da paciente; (2) compartilhar experiência com a comunidade científica, principalmente alunos de graduação sobre protocolos clínicos de cirurgia periodontal.

A sua autorização não é obrigatória e o (a) Sr. (a) poderá desistir a qualquer momento, retirando o seu consentimento. A não autorização deste trabalho não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pela equipe multiprofissional e pesquisadores do Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS.

Você receberá uma via deste termo, com o contato de cada pesquisador e da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com os pesquisadores a qualquer momento, antes, durante ou após a realização da pesquisa. Além disso, o (a) Sr. (a) terá tempo necessário para refletir e consultar familiares ou outras pessoas de sua confiança para avaliar se deseja ou não participar da pesquisa.

Este documento será assinado pelos pesquisadores **Átila Vinícius Vitor Nobre e Ana Ester Maciel Braúna**. Além disso, os dados obtidos neste protocolo não serão usados em outra pesquisa sem novo consentimento.

Em caso de insatisfações ou reclamações, você poderá entrar em contato com a secretaria do CEP e seu nome será mantido em anonimato.

Fortaleza-CE, 11 de novembro de 2025

Átila Vinícius Vitor Nobre

Ana Ester Maciel Braúna

Átila Vinícius Vitor Nobre

CPF: 030.039.723-24

Tel: (85) 98154-8184

Ana Ester Maciel Braúna

CPF: 613.072.273-76

Tel: (85) 98938-7728

Elisbelone Amorim

(Participante da pesquisa)

CPF: 050.787.263-06

Telefone: (85) 9 9964-0362

Endereço: Rua Amancio Valente, 1555 – Cambeba