



JÉSSICA JOANE DA SILVA LOPES

**HARMONIZAÇÃO PERIODONTAL PARA CORREÇÃO
DO SORRISO GENGIVAL: Relato de Caso**
PERIODONTAL HARMONIZATION FOR CORRECTION
OF GENGIVAL SMILE: Case Report

SALVADOR
2018.1

JÉSSICA JOANE DA SILVA LOPES

**HARMONIZAÇÃO PERIODONTAL PARA CORREÇÃO
DO SORRISO GENGIVAL: Relato de Caso**
PERIODONTAL HARMONIZATION FOR CORRECTION
OF GENGIVAL SMILE: Case Report

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Sandro Bittencourt
Co-orientador: Dr. Raphael Cangussu

SALVADOR
2018.1

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser a minha luz e meu alicerce, me permitindo viver a realização desse sonho. À minha amada avó, Anita Machado, pelo seu amor exuberante para comigo, sempre torcendo pelo meu sucesso e acreditando em mim. Aos meus pais pelo apoio e incentivo para vencer esta etapa, me permitindo viver a realização desse sonho. Ao meu noivo Guilherme, por sua compreensão, carinho e apoio durante toda a vida acadêmica. À minha irmã, Isa por todo companheirismo de sempre. Ao meu irmãozinho, João Miguel, por todo carinho.

As minhas amigas, Núbia, Daniele, Nathane e Mirela que estiveram comigo durante todo o curso, crescendo e aprendendo juntas a cada semestre, compartilhando horas de estudo e trabalhos. Em especial a minha dupla e amiga, Náira que me abraçou desde o primeiro dia de aula, nós crescemos e aprendemos juntas, vivenciamos juntas cada momento e experiência desses cinco anos de vida acadêmica.

Aos meus colegas da Liga LAROB que me proporcionaram um crescimento mútuo, muito aprendizado e muitas amizades. Em especial a professora Andréa Lira pelo seu carinho com todos integrantes, pela sua dedicação e amor a essa liga, por todos ensinamentos e experiências passadas.

Agradeço ao professor Sandro Bittencourt, por sua prontidão, paciência, compreensão e disposição em orientar esse trabalho. Dividindo seus conhecimentos e enriquecendo esse trabalho. Ao meu co-orientador, Dr. Raphael Cangussu, pela sua disposição, toda ajuda e por contribuir muito com seus conhecimentos neste trabalho.

A todos que, de alguma forma contribuíram para o meu êxito profissional...
O meu muito OBRIGADA!!!

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	7
2. RELATO DE CASO	10
3. DISCUSSÃO	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22

REFERÊNCIAS

ANEXOS 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXOS 2 – Diretrizes para Autores

RESUMO

Atualmente a exigência estética da sociedade tem aumentado, tornando grande a busca por um sorriso com dentes perfeitamente alinhados e contornados. O sorriso gengival é o problema estético periodontal de maior queixa dos pacientes que procuram atendimento odontológico. A gengivoplastia é um procedimento cirúrgico periodontal amplamente realizado na prática cirúrgica da clínica odontológica, com o intuito de proporcionar ao paciente um sorriso harmônico e esteticamente aceitável, dentro de princípios da estética rosa. O presente artigo tem como finalidade relatar um caso clínico de correção da assimetria gengival e promover melhora da proporção dentária por meio de cirurgia de aumento de coroa clínica estética, ressaltando pontos essenciais para se obter resultados previsíveis e com longevidade. Neste contexto, uma paciente do gênero feminino, 22 anos, leucoderma, estudante de odontologia que apresentava sorriso gengival, alterações de simetria e arcos dentários desnivelados, buscou tratamento integrado. A opção clínica eleita foi o restabelecimento da harmonia do sorriso gengival através de técnicas cirúrgicas periodontais de aumento de coroa clínica associado ao clareamento dentário. Ao final do caso clínico, pode-se concluir que o alinhamento da conduta terapêutica cirúrgica com o desejo estético da paciente proporcionou um sorriso harmônico e satisfatório.

PALAVRAS-CHAVE: gengivoplastia, periodontia, cirurgia estética, sorriso.

ABSTRACT

Currently, the aesthetic requirement of society has increased, making great the search for a smile with teeth perfectly aligned and contoured. Gingival smile is the most frequent periodontal aesthetic problem of patients seeking dental care. Gingivoplasty is a periodontal surgical procedure widely performed in surgical practice of the dental clinic, in order to provide the patient with a harmonic and aesthetically acceptable smile, within the principles of the aesthetic smile. This article aims to report a clinical case of gingival asymmetry correction through a surgery that increases aesthetic clinical crown, highlighting key points in order to get predictable results and longevity. In this context, a female patient, 22 years old, white, a dental student with gingival smile, symmetry alterations and uneven dental arches, sought integrated treatment. The chosen clinical option was the reestablishment of the gingival smile harmony through periodontics surgical techniques to increase clinical crown associated with dental whitening. At the end of the clinical case, it can be concluded that the alignment of the surgical therapeutic conduct with the patient's aesthetic desire provided a harmonious and satisfactory smile.

KEYWORDS: Gingivoplasty, periodontics, cosmetic surgery, smile.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a exigência estética imposta pela sociedade tem aumentado, tornando grande a busca por um sorriso com dentes perfeitamente alinhados e contornados¹. Um sorriso agradável é considerado um símbolo de beleza na sociedade². Muito embora, procedimentos na área de saúde não sejam norteados pela estética, e sim pelo princípio de promoção de saúde, a mesma tornou-se um objetivo a ser alcançado por muitos pacientes que procuram o consultório odontológico³. Insatisfeitos com o sorriso, buscam atendimento com a necessidade de adequarem sua condição dentofacial aos novos padrões de beleza.

A estética periodontal tem seu lugar de destaque na beleza do sorriso, pois compreende a harmonia e simetria do contorno e arquitetura gengival com os dentes e lábios. A determinação da altura adequada da margem gengival leva em consideração que: as margens gengivais dos incisivos centrais superiores devem estar no mesmo nível entre si e com os caninos superiores, situando ainda mais apicalmente que os incisivos laterais superiores, apresentando entre cada dente uma papila que deve ocupar a ameia interproximal⁴.

O sorriso gengival é o problema estético de maior queixa dos pacientes, designado quando há uma exposição da gengiva maior que 3 milímetros⁵. As etiologias relacionadas ao sorriso gengival são: crescimento gengival, erupção passiva alterada, extrusão dentoalveolar, hiperatividade labial, crescimento ósseo vertical em excesso e lábio superior curto. Que podem acontecer de maneira isolada ou de forma associada entre dois ou mais fatores^{6, 12}.

O cirurgião-dentista pode mais facilmente modificar a forma do dente, a papila interdental e o contorno da gengiva, embora possa ser difícil corrigir discrepâncias do lábio e posição do lábio no discurso ^{5, 6}. Neste contexto, na odontologia há uma ampla variedade de procedimentos disponíveis para a correção da gengiva em excesso. Os procedimentos cirúrgicos periodontais de eleição para estabelecimento da estética rosa constituem-se de uma remoção de excessos e remodelação dos tecidos gengivais através das técnicas de gengivoplastia e/ou gengivectomia. A gengivoplastia promove um restabelecimento adequado da forma anatômica e contorno fisiológico, visando facilitar os procedimentos de higiene bucal, bem como, a obtenção de uma melhor estética ⁷.

O tipo de procedimento cirúrgico depende de diversos fatores. Caso o nível ósseo seja adequado e há mais de 3 mm de distância da crista óssea para a margem gengival a gengivoplastia está indicada. Se os procedimentos de diagnóstico, como a sondagem transgengival, revelarem nível ósseo de aproximação da junção cimento esmalte, é indicado um retalho gengival com osteotomia para diminuir essa proximidade, com o objetivo de promover um espaço biológico de 2,5 mm. Se o sorriso gengival é unicamente devido ao inadequado comprimento do lábio ou hiperatividade, o tratamento cirúrgico periodontal de aumento de coroa clínica estética, não é indicado ^{8, 9}.

Os procedimentos cirúrgicos periodontais, tais como recontorno gengival, associado ou não à remoção de tecido ósseo enaltecem a harmonia do sorriso ideal ¹. E o aumento de coroa clínica estética, incluindo remoção óssea objetivando reposicionar o espaço biológico leva a resultados previsíveis no

tratamento de um sorriso gengival⁵. Entretanto, como qualquer procedimento cirúrgico, necessita de um planejamento pré-operatório para evitar complicações e melhorar a estabilidade pós-cirúrgica da margem gengival. As falhas clínicas mais comuns normalmente estão associadas a recessão gengival nos casos de remoção óssea excessiva. Além disso, pode acontecer frequentemente um novo crescimento coronal da margem gengival, reduzindo o comprimento das coroas clínicas pós-cirúrgicas ².

A técnica de gengivectomia e/ou gengivoplastia visa estabelecer um novo contorno do arco côncavo gengival, o que por sua vez favorece harmonia do sorriso ¹⁰. Neste contexto, o presente artigo tem por finalidade abordar um assunto rotineiro da prática cirúrgica da clínica odontológica, ressaltando pontos essenciais para se obter resultados previsíveis com longevidade e satisfatórios para o paciente. Desse modo, este trabalho tem o objetivo de relatar um caso clínico em que foi reestabelecida a harmonia do sorriso gengival através de técnicas cirúrgicas periodontais de aumento de coroa clínica, promovendo a paciente uma autoimagem satisfatória.

2. RELATO DE CASO

Paciente de 22 anos, gênero feminino, leucoderma, sem alterações sistêmicas, estudante de Odontologia, compareceu a clínica de Especialização em Periodontia da Associação Brasileira de Odontologia – (ABO) em Salvador/Bahia - Brasil, relatando insatisfação com seu sorriso, em função do tamanho da coroa clínica e falta de alinhamento gengival. (Figura 1)

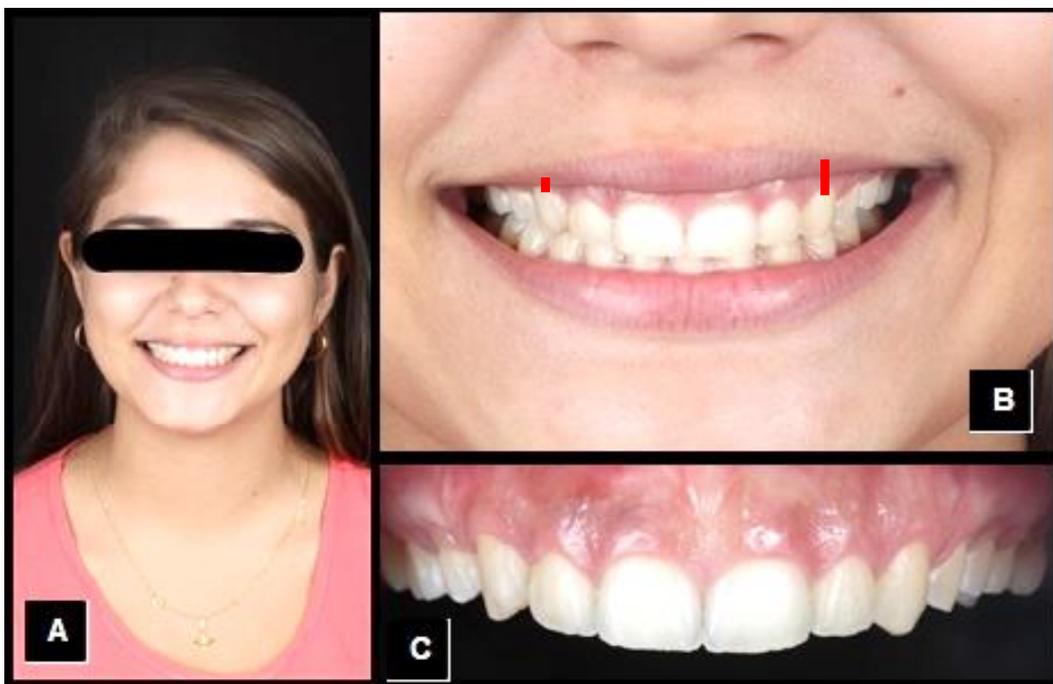


Figura. 1 *Aspecto inicial da paciente:* A) Perfil da paciente, evidenciando o sorriso gengival. B) Aspecto extraoral do sorriso gengival evidenciando assimetria maxilar. C) Aspecto intraoral do sorriso com contorno gengival antiestético e coroas clínicas curtas.

Para fins de diagnóstico foi realizado o exame clínico periodontal que consiste na sondagem clínica convencional com a sonda Carolina do Norte (Hu-Friedy®, Chicago, Illinois, USA). Dessa forma, foi avaliado na unidade 11, onde,

a coroa clínica, que consiste na mensuração do bordo incisal à margem gengival livre, apresentou uma coroa clínica de 8 mm (Figura 2. a), a coroa anatômica que compreende do bordo incisal à junção cimento-esmalte (JCE) com 11 mm (Figura 2. c), a sondagem clínica obtida foi de 2 mm (Figura 2. b). Em seguida a paciente foi anestesiada para a realização de uma nova sondagem, a sondagem transgengival, correspondente a distância da margem gengival livre ao topo da crista óssea alveolar, onde foi obtido 4 mm (Figura 2. d).



Figura. 2 *Parâmetros clínicos de avaliação:* A) Mensuração da coroa clínica. B) Sondagem clínica periodontal. C) Mensuração da coroa anatômica. D) Sondagem da crista óssea alveolar.

Dessa forma, após uma avaliação criteriosa do sorriso por meio de análise facial e registros fotográficos, foi realizado um planejamento estético para o caso por meio de ferramentas digitais, baseado no Incisivo central superior (ICS) que apresentou uma coroa clínica de 8 mm de comprimento e 9 mm de largura.

Seguindo os parâmetros estéticos aceitáveis o ICS deve possuir um comprimento ideal de 11 mm.

Após a sondagem foi constatado saúde gengival, ausência de bolsa periodontal e ausência de placa visível. A paciente apresentava ainda um biótipo periodontal espesso e os arcos dentários desnivelados, o que exigiu um planejamento cuidadoso que, neste caso, implicou num aumento de coroa clínica de maneira assimétrica para minimizar a discrepância maxilar. O plano de tratamento instituído pela equipe de cirurgiões-dentistas, visando melhorar a estética do sorriso gengival, culminou na cirurgia plástica periodontal, para obtenção do aumento das coroas clínicas. Nesse contexto, o procedimento cirúrgico periodontal elegido consiste na gengivoplastia associada à remoção óssea envolvendo os dentes anteriores e posteriores superiores, realizado em um único tempo cirúrgico, para harmonização do sorriso. Como medicação pré-operatória foi prescrito 1g de dipirona sódica e 4mg de dexametasona, ambas, uma hora antes do procedimento cirúrgico. Realizou-se a antissepsia externa do terço inferior da face com solução de PVPI tópico a 10% (Vic Pharma®, Taquaritinga, São Paulo, Brasil), seguida da antissepsia intraoral por meio de bochechos com solução de digluconato de clorexidina a 0,12% (Riohex Gard® - Indústria farmacêutica Rioquímica Ltda. São José do Rio preto, SP, Brasil) pelo tempo de 1 minuto. Logo após, realizou-se a anestesia local por meio do bloqueio dos nervos infra-orbitário bilateralmente, alveolar superior posterior bilateralmente e bloqueio do nervo nasopalatino, complementando com anestesia nas áreas de fundo de sulco utilizando lidocaína 2% com adrenalina a

1:100.000 e articaína 4% com adrenalina a 1:100.000 (DFL®, Jacarepaguá, RJ, Brasil).

Foram feitas as marcações dos pontos sangrantes correspondentes ao novo contorno gengival nos dentes envolvidos na cirurgia. Seguida de incisões em bísel interno com bisturi nº 3 e lâmina nº 15 C (Swann-Morton®, Sheffield England) sem invadir as papilas, contornando a margem cervical criando assim um colarinho de tecido mole. As incisões iniciais também foram realizadas nos pré-molares e molares para diminuir a quantidade de tecido gengival que posteriormente migrar, coronalmente, devido ao desgaste ósseo que será realizado na região posterior (Figura 3).

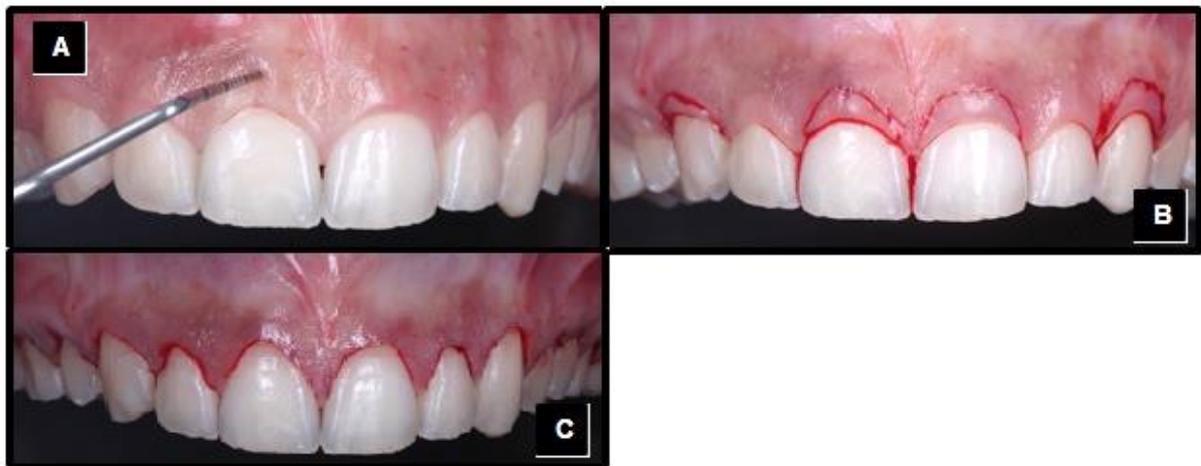


Figura. 3 *Início do Transoperatório* A) Marcações dos pontos sangrantes nos dentes envolvidos na cirurgia. B) Aspecto vestibular da incisão em bísel interno ao nível da JCE, visando restabelecer a proporção largura/comprimento dentária adequada. C) Desenho das incisões em bísel interno confeccionado também nos dentes posteriores devido a necessidade de desgaste ósseo posterior decorrente de uma eventual migração para coronal do excesso de tecido gengival.

Em sequência, uma incisão intrasulcular foi realizada e consecutivamente o retalho total foi descolado utilizando uma cureta tipo Molt, expondo todo o

tecido ósseo. Com a elevação do retalho foi feita a osteotomia e osteoplastia no osso vestibular com broca esférica diamantada de alta rotação e haste longa N° 3018 HL (KG Sorensen®, Cotia, SP, Brasil) para remoção da espessura óssea e realização de sulcos de escape. Após a remoção do tecido gengival, foi restabelecido o espaço biológico, devido à proximidade do osso à JCE ser muito acentuada, o que proporcionava um espaço biológico insatisfatório, estabelecendo assim uma posição óssea mais apical a JCE. Foram também realizados desgastes ósseos na região posterior devido a sua espessura ser ainda mais acentuada que na região anterior. Com o cinzel de Ochsenbein N° 2 (Hu-Friedy®, Chicago, Illinois, USA) foram complementados os desgastes no osso vestibular e com o cinzel Wedelstaedt (Hu-Friedy®, Chicago, Illinois, USA) foi feito um refinamento ósseo na área interproximal, para que todo osso em excesso seja esculpido. (Figura 4)

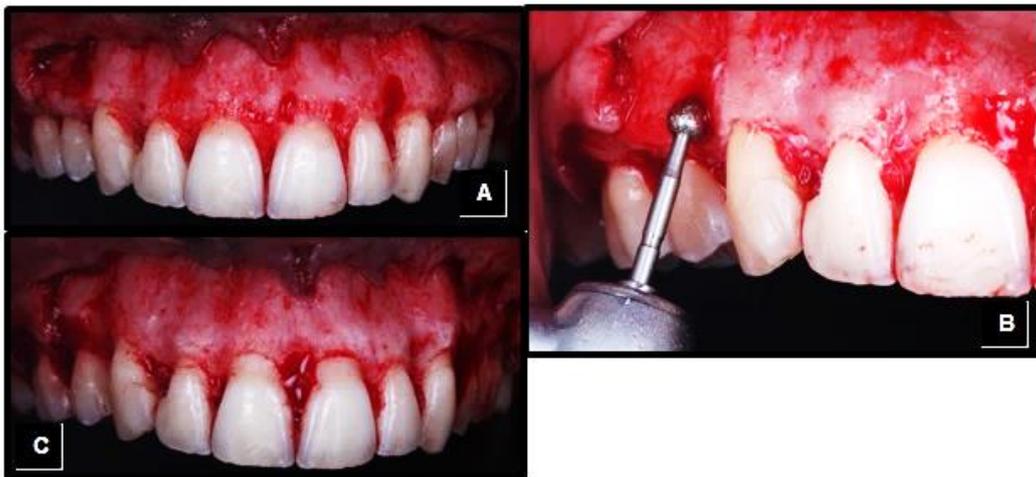


Figura. 4 *Transoperatório* A) Retalho total elevado com acesso ao tecido ósseo, preservando as papilas interdentais e demonstrando a espessura óssea da paciente. B) Uso de broca esférica diamantada de alta rotação nº 3018 HL para realização de osteotomia e osteoplastia no osso vestibular anterior, além da região posterior onde o volume ósseo se encontra mais acentuado. C) Aspecto ósseo pós-osteoplastia com criação de fossas e bossas e demonstrando a nova posição óssea determinada mais apical à JCE.

Finalizada a osteoplastia e osteotomia, o retalho total foi adaptado sobre o dente/osso e verificado a distância da nova margem gengival até o nível ósseo, respeitando a distância biológica, esta deve estar localizada 2,5 mm da margem óssea. Neste caso, a nova margem gengival foi posicionada 1 mm coronal a JCE, obtendo uma coroa clínica de 10 mm, e não 11 mm que seria o ideal, de acordo com os padrões da estética dentária, isso em razão do respeito a vontade da paciente de não querer dentes muito grandes, além da exposição gengival em sorriso máximo da paciente não mostrar todo o comprimento dos dentes. Com o uso de uma tesoura de micro-cirurgia (Schwert®, Seitingen, Oberflacht, Alemanha) e utilizando o planejamento da quantidade de aumento de coroa necessário, realizou-se um refinamento da margem gengival. A cirurgia foi finalizada com suturas suspensória modificada com fio reabsorvível incolor de Gliconato n°5-0. (Monosyn®, Laboratório B. BRAUN S.A. São Gonçalo, RJ, Brasil). (Figura 5)



Figura. 5 A) Aspecto pós-operatório imediato, demonstrando a sutura suspensória modificada, realizada com fio reabsorvível incolor de Gliconato nº5-0. B) Planejamento digital evidenciando o provável resultado final do sorriso da paciente.

Para controle da dor pós-operatória, foi prescrito 1g de dipirona sódica de 8 em 8 horas durante 3 dias e 4mg de dexametasona, 1 vez ao dia, por 3 dias. Além disso, a paciente foi orientada a fazer lavagem bucal com 10 mL durante um minuto com solução de digluconato de Clorexidina 0,12% a cada 12 horas, por 14 dias. A orientação pós-cirúrgica foi concluída com instruções relacionadas a higienização e aos cuidados na alimentação. A paciente não relatou queixas ou complicações após a cirurgia.

O controle pós-operatório foi realizado após 9, 40 e 80 dias, quando se pôde observar o restabelecimento da harmonia estética entre dentes, lábios e gengiva, com características de saúde periodontal presentes, como: cor rosa pálido, ameias preenchidas integralmente pelas papilas interdentais e aspecto de “casca de laranja”.

A segunda parte elegida do tratamento foi o clareamento dental, realizado pela técnica conjugada de clareamento de consultório utilizando Peróxido de Hidrogênio 35% (Whiteness HP Maxx – FGM, Joinville, SC, Brasil) realizado em 3 sessões com intervalos de uma semana. Ao final, foi instituído a técnica caseira utilizando o Peróxido de Carbamida a 16% (Whiteness Perfect – FGM, Joinville, SC, Brasil) por 3 dias, realizado pela própria paciente. (Figura 6)

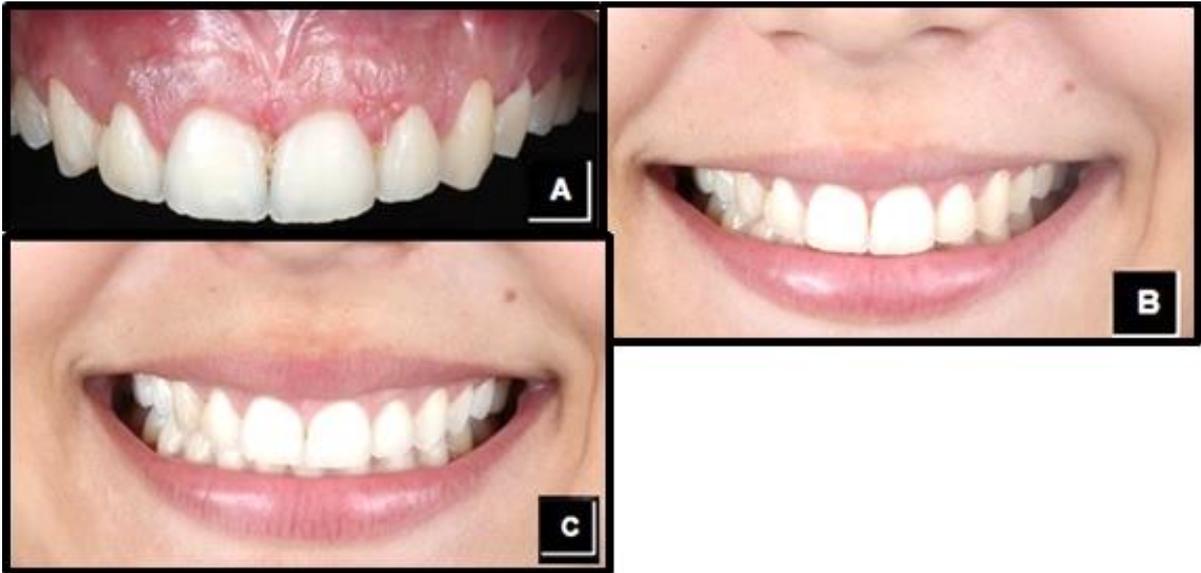


Figura. 6 *Aspecto final do sorriso* A) Pós-operatório de 9 dias com uma cicatrização satisfatória e aspecto periodontal saudável. B) Pós-operatório de 40 dias, demonstrando a harmonia e simetria do sorriso após uma cicatrização mais consolidada. C) Pós-operatório de 80 dias do sorriso final após finalizado o clareamento dentário.

3. DISCUSSÃO

Para a correção cirúrgica periodontal do sorriso gengival e/ou assimétrico, é fundamental um bom planejamento para se obter o sucesso desejado tanto para o profissional quanto para o paciente. O planejamento estético deve ser iniciado pela análise facial e do sorriso do paciente. No caso clínico a paciente apresentava uma linha alta do sorriso, o que deixou evidente a assimetria do contorno gengival marcado pelos zênites gengival mal posicionados e coroas clínicas curtas oriundo da erupção passiva alterada. Essa condição está relacionada ao posicionamento coronário da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte ^{8, 11}.

Coroas dentárias encurtadas relacionadas com a migração gengival coronária geralmente apresentam valores aumentados de profundidade de sulco gengival clínico e a proporção dentária largura/comprimento elevadas tornando os dentes quadrados resultando em um sorriso antiestético, pois, a proporção estética “padrão-ouro” determina que a largura dos incisivos centrais superiores devem ser de aproximadamente 80% do seu comprimento, sendo que uma variação entre 75% - 85% é aceitável, e a dos incisivos laterais superiores em torno de 70% ^{4, 12, 13}. A paciente do caso clínico apresentado possuía as coroas clínicas quadráticas, nesse contexto após toda a avaliação clínica de mensuração da coroa clínica, coroa anatômica e avaliação do espaço biológico, foi realizado o *mock-up* digital, a fim de simular a posição desejada da margem gengival e conseqüente aumento das coroas clínicas, que foi aceito pela paciente e em seguida norteou o procedimento cirúrgico.

O procedimento eleito foi a cirurgia de gengivoplastia em bisel interno, com o objetivo de remover a faixa, em excesso, de tecido queratinizado que recobre o esmalte cervical, tendo por base a JCE e visando expor toda a coroa anatômica¹³. Portanto, para este caso, seguindo o diagnóstico e os anseios da paciente de não querer dentes muito grandes, optou-se por posicionar a nova margem gengival cerca de 1 mm coronal a JCE, ademais no sorriso máximo, a paciente não iria expor todo o comprimento da coroa clínica. A gengivoplastia é um procedimento cirúrgico de remodelação do contorno gengival, usado em caso de ausência de bolsa periodontal. Além do objetivo estético, visa diminuir a margem gengival, criando contorno gengival recortado, afinando a gengiva inserida, criando sulcos interdentais verticais e remodelando a papila interdentária, promovendo espaço para a passagem de alimentos ¹⁴.

Após a remoção do colarinho de tecido gengival, pela técnica de gengivoplastia foi realizada a elevação do retalho total para ter acesso e melhor visualização do tecido ósseo devido a necessidade de realização da osteotomia e osteoplastia, uma vez que a paciente apresentava um volume ósseo vestibular muito acentuado, além do espaço biológico alterado, observando-se uma proximidade muito grande da crista óssea à junção cimento-esmalte, não havendo espaço para acomodação da inserção conjuntiva ³. A osteotomia e osteoplastia, além de promover o aumento da coroa clínica e, conseqüentemente, redução da exposição gengival promove uma ligeira acomodação mais coronal do lábio superior, contribuindo para alcançar o resultado estético mais harmonioso ^{5, 15}.

A característica da paciente em apresentar um biótipo periodontal espesso corroborou para a opção terapêutica de realização de retalho espessura total, pois o mesmo proporciona uma melhor visibilidade de todo o tecido ósseo, favorecendo a osteoplastia e proporcionando assim uma previsibilidade pós-cirúrgica da margem gengival e, conseqüentemente, reduzindo as chances de crescimento coronal de tecido mole ^{5, 16}.

As cirurgias estéticas de correção do sorriso gengival exigem habilidade e conhecimento profissional, principalmente por se tratarem de procedimentos minuciosos que modificam a aparência do paciente. Dessa forma, as contraindicações para a realização do procedimento cirúrgico são: presença de processo inflamatório, controle insatisfatório e inadequado do biofilme dental, proporção coroa-raiz desfavorável, o risco de exposição de furcas e a possibilidade de criação de desníveis na margem gengival nos casos em que são necessários desgastes da crista óssea alveolar ou há pequena quantidade de gengiva inserida ¹⁷. No caso clínico, a paciente não apresentava nenhuma contraindicação para a realização do procedimento cirúrgico.

A escolha incorreta da técnica pode resultar em problemas mucogengivais como: recessão gengival, abertura de frestas interproximais com perda da papila interdental, prolongamento extremo das coroas clínicas, coroas clínicas desiguais e alterações fonéticas ^{2, 18}. Foi realizado o acompanhamento pós-cirúrgico do caso pelo período de 1 ano, não sendo observado nenhuma intercorrência do caso.

Após a cirurgia foi ressaltada a importância da terapia periodontal de suporte, que compreende visitas periódicas ao cirurgião-dentista além de um

controle satisfatório do biofilme, para garantir a saúde periodontal e manutenção da estética satisfatória, como preconizado na literatura ¹⁹.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conduta terapêutica cirúrgica adotada no presente caso, em consonância com o sorriso almejado pela paciente proporcionou um resultado harmônico, satisfazendo também a autoimagem da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Barreto DF, Almeida MAM, Lima DM, Silva ALF, Mendonça AAM. Restabelecimento estético através de procedimentos multidisciplinares - relato de caso. Full Dent. Sci. 2013;4(14):338-43.
2. Cairo F, Graziani F, Franchi L, Defraia E, Prato GPP. Periodontal plastic surgery to improve aesthetics in patients with altered passive eruption/gummy smile: A case series study. Int J Dent. 2012;12(6):1-6.
3. Pires CV, Souza CGLG, Menezes SAF. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival - relato de caso. R. Periodontia. 2010;20(1):48-53.
4. Machado AW. 10 commandments of smile esthetics. Dental Press J Orthod. 2014;19(4):136-57.
5. Narayan S, Narayan TV, Jacob PC. Correction of gummy smile: A report of two cases. J Indian Soc Periodontol. 2011;15(4):421-4.
6. Narayanan M, Laju S, Erali SM, Erali SM, Fathima AZ, Gopinath PV. Gummy smile correction with diode laser: Two case reports. J Int Oral Health. 2015;7(2):89-91.
7. Sousa CP, Garzon ACM, Sampaio JEC. Estética periodontal: relato de um caso. Revista brasileira de cirurgia e periodontia. 2003; 1(4):262-7.
8. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. Periodontol 2000. 1996; 11:18-28.
9. Foley TF, Sandhu HS, Athanasopoulos C. Esthetic periodontal considerations in orthodontic treatment - The management of excessive gingival display. J Can Dent Assoc. 2003;69(6):368-72.
10. Marques L, Capuano A, Machado JG, Belmonte GC, Daher MCV. Reanatomização cosmética associada à cirurgia plástica periodontal – relato de caso clínico. Salusvita. 2012;31(2):169-81.

11. Alpiste-Illueca F. Altered passive eruption (APE): A little -known clinical situation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011; 16 (1):100-4.

12. Seixas MR, Costa-Pinto RA, Araújo TM. Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. *Dental Press J Orthod*. 2011;16(2):131-57.

13. Cruz A, Tunes R, Azoubel MCF, Oliveira MD, Bittencourt S, Ribeiro EDP et al. Sorriso Gengival: Uma Abordagem Multidisciplinar. In: Linden MSS, Carli JP, Cauduro. *Multidisciplinaridade na Saúde Bucal*. Porto Alegre: RGO, 2013. P. 11-9.

14. Takei HH, Carranza FA, Shin k. Técnicas Cirúrgicas gengivais. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. *Periodontia Clínica*. São Paulo: Elsevier, 2012. P. 1498-513.

15. Ribeiro FS, Garção FCC, Martins AT, Sakakura CE, Toledo BEC, Pontes AEF. A modified technique that decreases the height of the upper lip in the treatment of gummy smile patients: A case series study. *J. Dent. Oral Hyg*. 2012;4(3):21-8.

16. Ribeiro FV, Hirata DY, Reis AF, Santos VR, Miranda TS, Faveri M et al. Open-Flap Versus Flapless Esthetic Crown Lengthening: 12-Month Clinical Outcomes of a Randomized Controlled Clinical Trial. *J Periodontol*. 2014;85(4):536-44.

17. Oliveira SAR, Venturim RTZ. Cirurgia periodontal ressectiva valorizando o sorriso gengival: relato de caso clínico. *Colloquium Vitae*. 2012; 4(2):118-28.

18. Morley J, Eubank J. Macroesthetic elements of smile design. *J Am Dent Assoc*. 2001;132(1):39-45.

19. Pedron IG, Utumi ER, Tancredi ARD, Perrella A, Perez FEG. Sorriso gengival: cirurgia ressectiva coadjuvante à estética dental. Revista Odonto. 2010; 18(35):87-95.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fredy Anjos de Almeida
Data Nascimento: 24/08/1994 Idade 23 a 2 m Gênero: () M (X) F
Naturalidade: Medina da Guayana Estado: Bahia Nacionalidade: Braziliana
Endereço: Rua Severina Natividade nº 626 Bairro: Coqueiros
Cidade: Salvador Estado: Bahia Tel: (71) 99962-3464
Responsável: Fredy Anjos de Almeida RG: _____

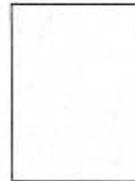
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para intermédio de seus professores e alunos, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade.

Concordo também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, dados do prontuário, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, permaneçam sob guarda desta Instituição, à qual dou plenos direitos de uso para quaisquer fins de ensino, apresentações científicas e de divulgação em palestras, cursos, livros, jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, respeitando os respectivos códigos de ética.

Salvador, 25 de Setembro de 2014

Fredy Anjos de Almeida
Assinatura do responsável



ANEXO 2 – DIRETRIZES PARA AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço duplo e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
 - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
 - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.
 2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações

éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos

arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL