



CURSO DE ODONTOLOGIA

CATARINA BARRETO DE OLIVEIRA

**AUMENTO DE COROA CLÍNICA ESTÉTICA PARA
ALINHAMENTO DO SORRISO: relato de caso**

**AESTHETIC CLINICAL CROWN INCREASE FOR SMILE
ALIGNMENT: case report**

SALVADOR
2019

CATARINA BARRETO DE OLIVEIRA

**AUMENTO DE COROA CLÍNICA ESTÉTICO PARA
ALINHAMENTO DO SORRISO: relato de caso**

**AESTHETIC CLINICAL CROWN INCREASE FOR SMILE
ALIGNMENT: case report**

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

Orientador: Prof. Dr. Sandro Bittencourt Sousa

SALVADOR

2019

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar e guiar meu caminho nessa longa trajetória.

Aos meus pais, Gilson e Graça, pelo amor, incentivo, apoio e carinho.

A minha irmã Analu, pela amizade, confiança e companheirismo.

Ao meu orientador, Prof. Sandro Bittencourt, por aceitar e me ajudar a encarar esse desafio, pelos ensinamentos transmitidos e pela paciência diária. Obrigada por tudo, essa vitória também é sua!

Ao meu namorado, Rafael, pelo companheirismo, torcida e incentivo.

A minha dupla, Luana, pelos anos de convivência, pela troca de conhecimentos e experiências durante essa jornada.

Aos meus amigos, em especial, Rafael, Alana, Laís, Thamiris, Nathalie, João Felipe e Yuri pela convivência, conselhos, por todo o carinho que recebi diariamente.

A minha vó, Janete, pelas orações, palavras de amor e incentivo.

Aos Professores da Graduação, pelo convívio, conhecimentos compartilhados e pelas amizades conquistadas. Em especial a professora Renata Nunes.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para o meu êxito profissional. Muito obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	7
2. RELATO DE CASO	9
3. DISCUSSÃO	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18

REFERÊNCIAS

ANEXO 1 – Documento do Comitê de Ética

ANEXO 2 – Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

ANEXO 3 – Termo de Consentimento para Tratamento

Odontológico

RESUMO

A estética do sorriso é bastante abordada, discutida e valorizada no contexto das especialidades odontológicas. O excesso ou desalinho gengival aparente ao sorrir ou ao falar tem como fatores etiológicos, crescimento vertical maxilar, lábio curto, hipermotricidade labial, dentes pequenos, crescimento gengival e/ou irrupção passiva alterada. O componente gengival tem se mostrado muito importante no que diz respeito ao alinhamento e à simetria do sorriso. A exposição excessiva do tecido gengival é uma das principais queixas dos pacientes que buscam um adequado padrão estético. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de aumento de coroa clínica, para alinhamento do sorriso, abrangendo de primeiro molar superior direito ao primeiro molar superior esquerdo, ressaltando os parâmetros adotados para definir a abordagem cirúrgica empregada. Após o diagnóstico de erupção passiva alterada (EPA), foi realizada a cirurgia de gengivoplastia com osteotomia/osteoplastia, na arcada superior, com finalidade de adequar o espaço biológico às novas alturas de coroas clínicas obtidas e manter a saúde periodontal. O pós-operatório cursou com baixa morbidade, mínimo sangramento e pouco edema. A proporção largura/altura da coroa clínica, após a cirurgia, alcançou 78 %. A paciente mostrou-se completamente satisfeita com o resultado alcançado nas duas semanas de pós-operatório, mantendo-se assim pelos seis meses de acompanhamento.

Palavras Chave: sorriso; gengivoplastia; estética dentária.

ABSTRACT

The aesthetics of the smile is well approached, discussed and valued in the context of dental specialties. The apparent gingival excess or disarray when smiling or speaking has etiological factors, vertical maxillary growth, short lip, lip hypermotricity, small teeth, gingival growth and / or altered passive eruption. The gingival component has been shown to be very important with respect to smile alignment and symmetry. Excessive exposure of gingival tissue is one of the main complaints of patients seeking a suitable aesthetic standard. The objective of this study was to report a case of clinical crown increase for smile alignment, from the first upper right molar to the left upper first molar, highlighting the parameters adopted to define the surgical approach employed. After the diagnosis of altered passive eruption (PAD), gingivoplasty with osteotomy / osteoplasty was performed in the upper arch, in order to adapt the biological space to the new heights of clinical crowns obtained and to maintain periodontal health. The postoperative period had low morbidity, minimal bleeding and little edema. The width / height ratio of the clinical crown, after surgery, reached 78%. The patient was completely satisfied with the result achieved in the two postoperative weeks, thus remaining in the six months of follow-up.

Key-words: smile; gingivoplasty; aesthetic dentistry.

1. INTRODUÇÃO

O sorriso é considerado um dos aspectos mais importantes de um tratamento facial harmônico^{1,2}. Um sorriso dito esteticamente agradável apresenta alguns fatores como: simetria, equilíbrio, proporção e harmonia. E para isso, alguns parâmetros devem ser analisados, os quais são: linha média, contorno dos lábios, corredor bucal, contorno gengival, curvatura incisal, inclinações axiais dos dentes, proporção dentária, contatos interdentais e linha do sorriso³.

Assim, para obtenção de um sorriso harmonioso, não deve mostrar mais do que 3,0mm de gengiva durante o movimento do lábio superior, caso contrário a exibição excessiva de gengiva é considerado sorriso gengival e manifesta-se como antiestético, situação frequentemente encontrada especialmente no sexo feminino⁴. Os fatores etiológicos que mais contribuem para o aspecto de sorriso gengival são crescimento vertical maxilar aumentado, lábio curto, hipermotricidade labial, dentes pequenos, crescimento gengival e/ou erupção passiva alterada⁵.

Nos dentes anteriores superiores, os bordos incisais normalmente seguem a forma do lábio inferior e convergem mesialmente. A angulação do longo eixo do dente é refletida pelo zênite, ponto mais apical do contorno da gengiva, seguindo a arquitetura óssea subjacente. A coroa clínica dita ideal tem sua relação largura/comprimento de 0,76 a 0,86. O estado de saúde, a dimensão, cor, forma e contorno dos tecidos gengivais devem ser avaliados/considerados⁵.

Analisando as proporções dentárias percebe-se que a distribuição proporcional dos dentes, visualizada em vista frontal, deve ser decrescente a partir dos incisivos centrais, sendo estes de tamanho semelhante aos caninos e diferenciando-se dos incisivos laterais em 1,0mm no bordo incisal e 1,0mm cervical na região da gengiva inserida³.

A saúde periodontal depende intimamente da preservação do espaço biológico, que se define como sendo a distância da crista óssea até a base do sulco, incluindo o epitélio juncional e a inserção conjuntiva⁶. Deve-se remover

uma quantidade satisfatória de tecido para expor a coroa clínica, visando uma melhor recuperação pós-operatória⁷.

A cirurgia gengival ressectiva é uma técnica fácil e apresenta resultados satisfatórios e favoráveis. Tem como um dos objetivos remover o excesso de tecido gengival e restabelecer o espaço biológico, mantendo a gengiva saudável, nutrida e com sua função de proteção, pois o periodonto também é um componente do sorriso. No restabelecimento e alinhamento do sorriso a escolha da técnica deve sempre respeitar o espaço biológico, deixando o periodonto de proteção em condições favoráveis para obtenção da excelência do resultado⁸.

A obtenção de um resultado estético favorável está intimamente relacionada com a destreza manual do cirurgião dentista, assim como de sua perspectiva visual e embasamento científico para apontar o melhor método para casos individuais, assim como o emprego da interdisciplinaridade quando esta se faz fundamental⁹. Este artigo justifica-se para ressaltar as novas abordagens que vêm sendo adotadas no tratamento das desarmonias do sorriso.

Desta forma, este relato de caso tem o objetivo de estabelecer o alinhamento do sorriso através da cirurgia periodontal de gengivoplastia e osteotomia com finalidades estéticas. Ressaltando os parâmetros adotados para definir a abordagem cirúrgica empregada.

2. RELATO DE CASO

Paciente E.B.M, sexo feminino, leucoderma, 23 anos, ASA I, compareceu ao curso de cirurgia plástica periodontal do Núcleo de Pós-Graduação em Odontologia (Núcleo), Salvador-Ba, relatando insatisfação com a estética do sorriso decorrente de excesso gengival na arcada superior. Verificou-se também que a paciente possuía aparentemente coroas curtas.

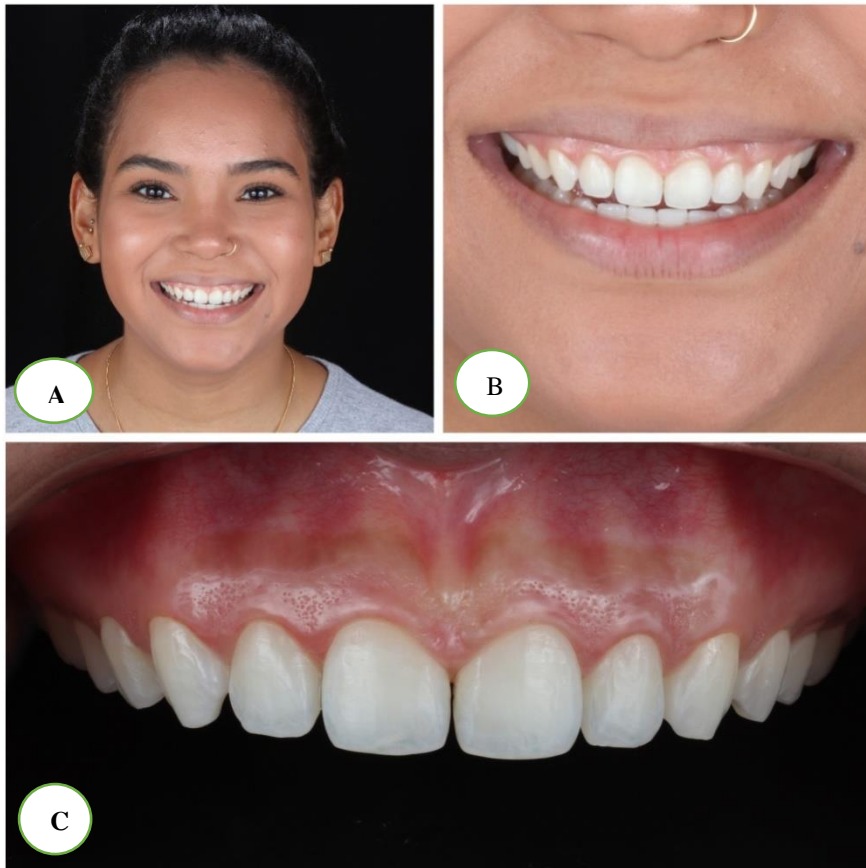


Figura 1: Quadro clínico pré-operatório mostrando desarmonia estética **(A)** Sorriso inicial. **(B)** Vista frontal do sorriso. **(C)** Aspecto intraoral imediato.

Foi realizado o planejamento digital do sorriso (DSD) e posteriormente solicitados exames laboratoriais (hemograma, glicemia de jejum e coagulograma), os quais não demonstraram alterações que impossibilitassem o procedimento cirúrgico. Ao exame físico, detectou-se profundidade de sondagem variando entre 1,5mm e 2,0mm, papilas volumosas, dentes anteriores curtos, boa higiene oral, ausência de lesões de cárie e boa saúde periodontal e fenótipo

gengival espesso. O tratamento proposto foi a cirurgia de aumento de coroa clínica com osteotomia e refinamento ósseo, por vestibular, das unidades 1.6 a 2.6, com finalidade estética.

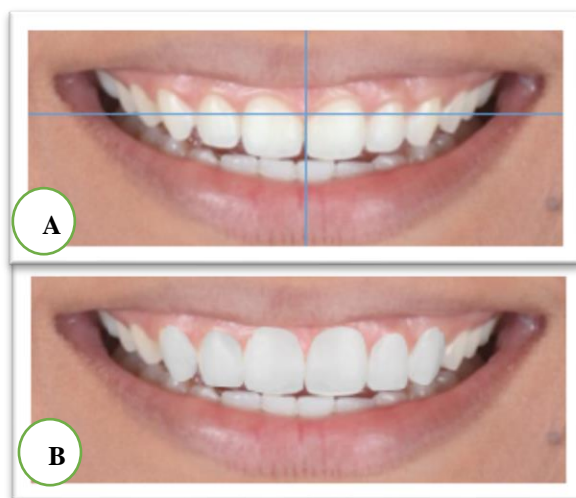


Figura 2: Planejamento digital do sorriso
(A) Sorriso inicial. (B) Simulação final.

Para realização do procedimento cirúrgico a paciente foi submetida à antissepsia intraoral com bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12% e extraoral com digluconato de clorexidina a 2% e, então, as técnicas anestésicas empregadas foram: bloqueio do nervo infraorbitário (alveolar superior anterior, alveolar superior médio), infiltrativa terminal supraperiosteal e papilar, com uso de articaína (Articaine 100, Nova DFL®, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.). Com a sonda milimetrada de Williams, foram marcados pontos sangrantes na margem gengival, correspondentes à posição da junção cimento-esmalte (JCE) e, em seguida, ligou-se esses pontos com a lâmina de bisturi 15C (Swann-Morton, Sheffield, Inglaterra), numa incisão em bisel interno, após definição do posicionamento da nova margem gengival e reposicionamento do zênite. O tecido gengival incisado foi removido com auxílio da cureta Goldman-Fox 4 (Hufriedy, Rio de Janeiro, RJ, Brasil).



Figura 3: Gengivoplastia realizada com incisão em bisel interno.

UNIDADE	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6
COMPRIMENTO INICIAL	7 mm	8 mm	8 mm	8,5 mm	8 mm	9 mm	9,5 mm	8 mm	8,5 mm	8 mm	7 mm	7 mm
COMPRIMENTO FINAL	9 mm	9 mm	9 mm	11 mm	10 mm	11 mm	11 mm	10 mm	11 mm	9 mm	9 mm	9 mm

Figura 4: tabela indicando os tamanhos iniciais e finais das coroas clínicas.

Em seguida, foi realizada uma incisão intrasulcular para obtenção do retalho total com o auxílio do descolador de Molt (Trinity Odontologia®, Jaraguá, SP, Brasil), observando-se a presença de invasão de espaço biológico com a nova margem gengival adquirida em todas as unidades dentárias envolvidas, cuja distância mínima ideal deveria ser de 2,5mm. Nesse caso, foi utilizada a broca esférica diamantada 3018 (KG Sorensen®, Cotia, SP, Brasil), em alta rotação e sob refrigeração abundante com soro fisiológico, para regularização óssea, removendo osso em altura e espessura a fim de estabelecer 3,0mm de distância da JCE à crista óssea (CO), a fim de realizar o contorno adequado da margem óssea e restabelecer o espaço biológico.

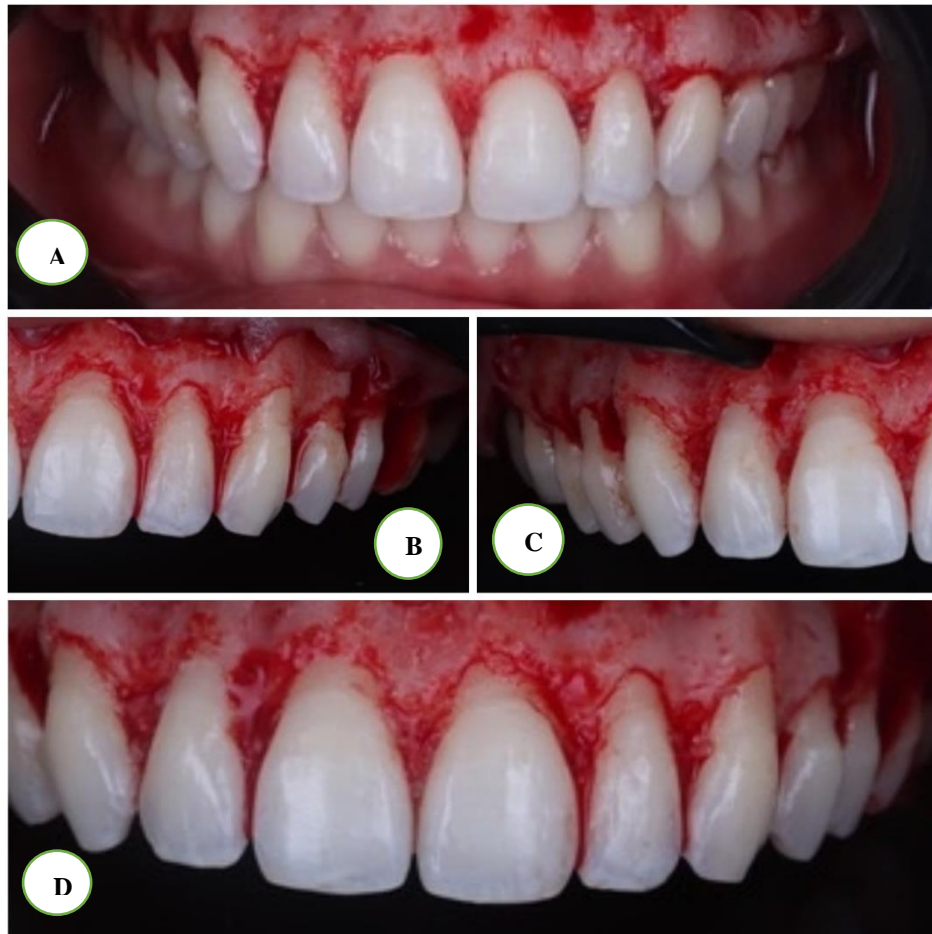


Figura 5: Fotos do trans operatório. **(A)** Retalho total e visão frontal da osteotomia realizada do lado direito. **(B)** Perfil esquerdo pós osteotomia. **(C)** Perfil direito pós osteotomia. **(D)** Osteotomia e osteoplastia finalizada, remoção de 3,0 mm de osso em altura da JCE a CO, recuperação do espaço biológico.

Para finalizar o ato cirúrgico, suturas do tipo suspensória, realizadas individualmente sobre as papilas, com o fio poliglactina, Vicryl 6-0 (Ethicon, São Paulo, SP, Brasil). Foram prescritas para a paciente as seguintes medicações: nimesulida 100mg a cada 12 horas por 3 dias, dipirona 1g a cada 8 horas por 1 dia e amoxicilina 500mg a cada 8 horas por 7 dias, para controle pós operatório de dor, inflamação e infecção.



Figura 6: Pós-operatório. **(A)** Sutura do tipo suspensória. **(B)** Pós-operatório imediato.

Com o procedimento cirúrgico, foi possível reestabelecer a harmonia entre os dentes, periodonto e lábios, e satisfazer as exigências estéticas, bem como promover as características de saúde periodontal. No segundo dia de pós-operatório as medicações foram suspensas, devido à presença de dores estomacais, e a partir de então, a paciente não se queixou mais de dor e seguiu o tratamento apenas com bochechos diários com digluconato de clorexidina a 0,12% para melhor higienização. Ainda no segundo dia de pós-operatório, apesar da paciente apresentar sinais de boa cicatrização e ausência de sangramento, a mesma evoluiu com pouco edema facial. Foram realizadas instruções de higiene oral e sobre os cuidados pós-operatórios. Os pontos foram removidos parcialmente ao sétimo dia pós-operatório e totalmente no décimo quinto dia de pós-operatório.



Figura 7: Pós operatório 6 meses: **(A)** Perfil direito extra oral.**(B)** Perfil esquerdo extra oral.**(C)** Foto intraoral em desocclusão.**(D)** Foto intraoral em oclusão. **(E)** Foto frontal extra oral.

3. DISCUSSÃO

A definição da extensão do espaço biológico permanece controversa na literatura. Gargiulo et al. (1961)⁶ afirmam que o sulco gengival não está integrado ao comprimento do espaço biológico, sendo a média encontrada por estes autores 2,04mm⁶. Mais recentemente, Arora et al. (2013)¹⁰ realizaram uma pesquisa que demonstrou que a média obtida do espaço biológico foi de 3,50mm incluindo o sulco gengival. Para efeito deste trabalho utilizou-se como parâmetro a remoção de 3,0mm de tecido ósseo na altura da JCE até a crista óssea, pois o osso estava justaposto à JCE, encontrado de forma semelhante por Pires et al. (2010)¹¹, Arora et al. (2013)¹⁰ e Eghbaldi et al. (2009)¹². Se não fosse possível estabelecer essa medida entre estes pontos, o tecido gengival voltaria a se posicionar mais coronalmente, ocasionando um retorno da condição inicial, segundo Novaes et al. (1999)¹³.

A cirurgia de aumento de coroa clínica foi descrita pela primeira vez por Robiscek¹⁴ no ano de 1884 e indicada para eliminar bolsas periodontais como tratamento de unidades dentárias com perda óssea. Segundo o autor, os seguintes critérios deveriam ser avaliados no momento de determinar a indicação cirúrgica, como: quantidade de tecido ceratinizado com presença de bolsa periodontal e remoção do tecido ósseo adjacente por suspeita de necrose¹⁴. Ao longo dos últimos anos a técnica se desenvolveu e adquiriu abordagens mais conservadoras, visando correção e alinhamento do tecido gengival com regularização óssea na ausência de doenças periodontais. Tais possibilidades, foram descritas por Goldman et al. (1950)¹⁵, quando aprimoraram a técnica de plástica periodontal visando possuir um contorno gengival mais adequado, mais estético, em áreas que não possui perda óssea¹⁵. Tal técnica é usada até os dias de hoje. Assim, a paciente referida neste caso apresentou excesso gengival, fenótipo espesso, dentes curtos, excesso ósseo; alguns dos quesitos necessários para a correção cirúrgica do sorriso gengival.

Vale ressaltar que a cirurgia de aumento de coroa clínica pode ser realizada com diferentes finalidades. Uma delas é o reestabelecimento de distancias biológicas de dentes fraturados ou com cárie subgengival. Uma outra opção para correção destes casos é a extrusão ortodôntica rápida^{16,17}. Levando-

se em conta a direção do movimento, espessura gengival e quantidade de osso alveolar. No entanto, ainda com a extrusão ortodôntica, muitas vezes se faz necessário um momento posterior para a correção cirúrgica de possíveis assimetrias ocasionadas pela movimentação dentária. Dessa forma estabelecendo uma reabilitação estético-funcional¹⁸. No presente caso, devido a quantidade de unidades dentárias envolvidas, está contraindicada a extrusão ortodôntica, uma vez que seu emprego é recomendado para tratamento de unidades unitárias.

Ainda no que diz respeito ao sorriso gengival, uma das condições observadas nestes pacientes é o excesso ósseo horizontal na região subjacente ao tecido ceratinizado^{11,19}. Não há relatos na literatura acerca da causa desse crescimento ósseo excessivo, no entanto, este deve ser removido cuidadosamente para obter um melhor resultado estético. No presente caso, o excesso ósseo foi encontrado bilateralmente na região vestibular de primeiro molar superior direito ao homólogo esquerdo. A remoção foi realizada com broca esférica diamantada 3018, em alta rotação e sob refrigeração abundante com soro fisiológico, utilizada também por outros autores¹⁹.

Existem diversos tipos de suturas descritos na literatura. Um trabalho conduzido no ano de 2016 demonstrou que a sutura do tipo suspensória é mais indicada nesses casos por promover uma boa adaptação coronal do tecido gengival se fazendo uma técnica importante a ser considerada nesse tipo de cirurgia, a qual foi realizada no presente caso²⁰. Ainda assim, existem casos na literatura em que as técnicas do tipo interrompida simples, colchoeiro vertical e colchoeiro invertido são descritas com bons resultados clínicos^{4,21}.

A satisfação dos pacientes, de uma forma geral, é atingida em torno do décimo quinto ao trigésimo dia de pós-operatório quando o tecido gengival apresenta-se mais acomodado e remodelado^{4,19,26}. No entanto, esse é um fator subjetivo que pode variar com determinados contextos, como por exemplo: expectativa do paciente, edema pós-cirúrgico e até mesmo comentários de familiares. Alguns trabalhos têm trazido bons resultados quando a procura pelo aumento de coroa é por finalidade estética^{4,8,9}. No entanto, cabe dizer que o tempo é um fator que pode afetar a resposta nestes casos, pois, com poucos dias de pós-operatório o paciente normalmente não demonstra grande satisfação, pois o tecido gengival ainda não foi totalmente remodelado. No

presente relato, em um período de 02 semanas, a paciente ficou completamente satisfeita com o resultado alcançado, semelhantemente ao caso clínico reportado por Pedron et al. (2010)⁸ em que houve uma evolução satisfatória do pós-operatório e a paciente não reportou complicações. No entanto, este procedimento cirúrgico pode apresentar complicações pós-operatórias como o caso clínico apresentado por Hortkoff et al. (2018)²² que ao sétimo dia de pós-operatório, o paciente cursou com necrose a margem gengival de uma unidade dentária e teve o tecido preservado para cicatrização por segunda intenção^{8,22}.

A etiologia do sorriso gengival é multifatorial e o tratamento pode ser realizado de diferentes formas ou ainda associada, dentre elas: cirurgia gengival ressectiva, em caso de erupção passiva alterada; toxina botulínica, com indicação para pacientes com hiperfunção muscular que abrange os músculos do sorriso e cirurgia ortognática, em casos de crescimento ósseo excessivo - crescimento vertical maxilar aumentado. A partir do diagnóstico clínico e exames complementares, foi possível determinar que a paciente possuía características que justificassem o uso da técnica de aumento de coroa clínica. Quando diagnosticada corretamente e bem indicada, as técnicas listadas acima apresentam resultados satisfatórios para correção do sorriso gengival^{24,25}.

Na literatura corrente não é consensual quanto a indicação do uso de antibiótico nas cirurgias de aumento de coroa clínica. A condição sistêmica do paciente deve ser o fator decisivo para o uso racional dessa classe de medicamentos. No presente caso optou-se pelo uso de antibiótico devido ao longo tempo de cirurgia e remoção de tecido ósseo, com objetivo de prevenir infecção, corroborando com Braga et al. (2015)⁴ e Nascimento et al. (2016)²⁰. Segundo Little et al. (2008)²³ os pacientes imunocomprometidos ou com risco de desenvolver endocardite bacteriana devem ser submetidos à antibioticoprofilaxia de acordo com cada caso. A maioria dos trabalhos traz apenas a modulação da resposta inflamatória com anti-inflamatórios não esteroidais e analgesia comum^{9,26}.

O sorriso é predominantemente definido pelos dentes anteriores em conjunto com alguns fatores que se tornam essenciais para harmonia e estética: simetria, equilíbrio e proporção. As distribuições proporcionais dos dentes anteriores, numa vista frontal, devem ser diminuídas a partir dos incisivos centrais, que tem como proporção percentual, largura/comprimento da coroa

variando entre 75 a 80% ³. No presente caso, foi alcançada a proporção de 78%, com resultado estético satisfatório.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado no diagnóstico sorriso gengival por erupção passiva alterada foi proposta a técnica de aumento de coroa clínica em área estética. A paciente mostrou-se satisfeita com o resultado obtido pois tornou seu sorriso mais harmônico atingindo resultado satisfatório.

REFERÊNCIAS

1. Antoniazzi RP, Fischer LS, BalbinotCEA, Antoniazzi SP, Skupien JA. Impact of excessive gingival display on oral health-related quality of life in a Southern Brazilian Young population. *J Clin Periodontol*. 2017;44:996–1002.
2. Sriphadungporn C, Chamnannidiadha N. Perception of smile esthetics by lay people of different ages. *Progress in Orthodontics*. 2017; 18:8.
3. Cardoso IL. Desenho estético do sorriso: identificação de parâmetros de normalidade. *Ver Clín Ortodon Dental Press*, 2009; 8(5): 68-73.
4. Braga MS, et al. Cirurgia plástica periodontal para correção de erupção passiva alterada. *Braz J Periodontol*. 2015; 24(4):64-68.
5. Monnet-Corti V, Borghetti A. Estética do periodonto. In: Monnet-corti V, Borghetti. *Cirurgia Plástica Periodontal*. Porto Alegre(RS): Artmed, 2002. p. 98-116.
6. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and Relations of the Dentogingival Junction in Humans. *Journal of Periodontology*. 1961; 261-7.
7. Ferreira CD, Reis MMGC, Barboza ESP. Recuperação do espaço biológico: uma discussão das medidas utilizadas nas cirurgias de aumento de coroa clínica com osteotomia. *Rev Gaúcha Odontol*. 2013; 61: 519-22.
8. Pedron IG, et al. Cirurgia gengival ressectiva no tratamento da desarmonia do sorriso. *Rev Odontol Bras Central* 2010;18(48):87-91.
9. Sousa SJB, Magalhães D, Silva GR, Soares CJ, Soares PFB, Santos Filho PCF. Cirurgia Plástica Periodontal Para Correção de Sorriso Gengival Associada à Restaurações em Resina Composta: Relato de Caso Clínico. *Rev Odontol Bras Central*. 2010; 19(51): 362-6.
10. Arora R, Narula SC, Sharma RK, Tewari S. Supracrestal Gingival Tissue: Assesing Relation with Periodontal Biotypes in a Healthy Periodontium. *The int J of Periodontics Restorative Dent*. 2013; 33(6): 763-771.
11. Pires CV, Souza CGLG, Menezes SAF. Procedimentos Plásticos Periodontais em Pacientes com Sorriso Gengival – Relato de caso. *R. Periodontia*. 2010; 20(1):48-53.

12. Eghbali A, De Rouck T, De Bruyn H, Cosyn J. The gingival biotype assessed by experienced and inexperienced clinicians. *J Clin Periodontol*. 2009; 36: 958–963.
13. Novaes AB, Novaes Jr AB. *Cirurgia periodontal com finalidade protética*. São Paulo(SP): Artes médicas; 1999.
14. Stern IB, Everett FG, Robicsek K. S. Robicsek-A Pioneer in the Surgical Treatment of Periodontal Disease. Meeting of the American Academy of Periodontology. 1965; 265-68.
15. Henry M, Goldman DMD, Boston MASS. The development of physiologic gingival contours by gingivoplasty. 1950; 879-88.
16. Teixeira RO, Falabella MEV, Falabella JM, Teixeira HGC, Calvário MAF. Tracionamento dentário com finalidade periodontal: caso clínico. 2007; 55(4): 407-411.
17. Janson MRP, Passanezi E, Janson RRP, Pinzan A. Tratamento Interdisciplinar II - Estética e Distância Biológica: Alternativas Ortodônticas para Remodelamento Vertical do Periodonto. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2002; 7(4): 85-105.
18. Zanetti GR, Brandão RCB, Zanetti LSS, Castro GC, Borges FF. Integração orto-perio-prótese para correção de assimetria gengival - relato de caso. *R Dental Press Estét*. 2007; 4(4): 50-60.
19. Lourenço AHT, Lourenço ET, Silva VC. Aumento de coroa clínica – relato de caso. *RFO*, 2017; 22(3): 351-354.
20. Nascimento BFKS, Silva CA, Corrêa TA, Andrade TM, Duarte YF, Cirino CCS. Resolução estética de sorriso gengival através da técnica de gengivoplastia: relato de caso. *BJSCR*. 2016; 14(3):65-69.
21. Kahn S, Menezes CC, Tajra I, Dias AT, Imperial RC. Sorriso gengival: uma visão periodontal. *Rev Clín Ortod Dental Press*. 2014; 13(4):88-96.
22. Hortkoff D, Coppla FM, Lada PTMS, Leite XCPV. Complicação por Necrose Gengival pós Gengivectomia e Gengivoplastia: Um Relato de Caso. *J Health*. 2017; 1: 67-72.
23. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. *Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido*. 7 ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2008.

24. Pedron IG. Aplicação da toxina botulínica associada à cirurgia gengival ressectiva no manejo do sorriso gengival. RFO. 2015; 20(2): 243-7.

25. Gaber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. Periodontology 2000. 1996; 11: 18-28.

26. 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; 85:536-544.

ANEXO 1 - Documento do Comitê de Ética

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aumento de coroa clínico para alinhamento do sorriso

Pesquisador Responsável: SANDRO BITTENCOURT

Área Temática:

Versão: 1

CAAE:

Submetido em: 16/06/2018

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

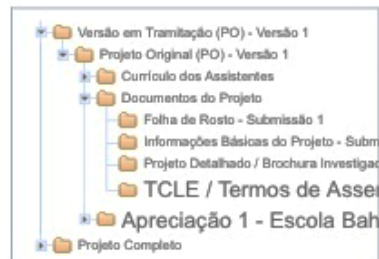
Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental

Localização atual da Versão do Projeto: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA



Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	SANDRO BITTENCOURT	1	16/06/2018	16/06/2018	Em Recepção e Validação Documental	Não	

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	16/06/2018 11:20:42	Submetido para avaliação do CEP	1	Assistente da Pesquisa	PESQUISADOR	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC	

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador

E = Emenda de Centro Coordenador

N = Notificação de Centro Coordenador

POp = Projeto Original de Centro Participante

Ep = Emenda de Centro Participante

Np = Notificação de Centro Participante

POc = Projeto Original de Centro Coparticipante

Ec = Emenda de Centro Coparticipante

Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE



[Voltar](#)

ANEXO 2 - Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

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(s) 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 ser 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.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL

ANEXO 3 - Termo de Consentimento para Tratamento Odontológico

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Por este instrumento particular, declaro para os efeitos éticos e legais, que eu

Lucien Barbosa Machado

nacionalidade Brasileira profissão estudante

portador(a) do RG 1338468098 CPF 069.198.455-71

residente e domiciliado Av. Professor Manoel Ribeiro nº 1397

Bairro Stiep na Cidade de Salvador Estado Bahia,

Concordo, com absoluta consciência, a respeito dos procedimentos a que vou
me submeter nos termos abaixo relacionados:

1. Após avaliação clínica, declaro que fui devidamente orientado (a) sobre alternativas de tratamento, tendo optado por livre e espontânea vontade realizar o procedimento contratado.
2. Esclareço que recebi todas as informações sobre a minha participação neste tratamento, possuindo plena liberdade para me abster em participar do mesmo a qualquer momento, arcando, unicamente, com as consequências da desistência voluntária;
3. Esclareço, também, que amplamente, fui informado(a) pelo professor, que pode ou não estar envolvido no presente tratamento, sobre os possíveis benefícios, limitações e riscos (complicações e fracassos) que estou me submetendo durante este tratamento, tomando conhecimento de que o

meu consentimento não exime a responsabilidade daquele que está executando e do professor que está orientando este tratamento;

4. Estou ciente e autorizo a utilização de fotos, filmagens, modelos, exames complementares, radiografias como materiais didáticos para serem usados em aula, congressos, apresentações científicas e publicações;
5. Comprometo-me a retornar periodicamente, após o término do tratamento, para manutenção, conforme determinação da equipe, podendo, inclusive, ser designado um outro profissional habilitado para realizar as consultas que não necessariamente faça parte da equipe;
6. Reconheço a exatidão dos registros do Relatório/informações constantes no relatório de procedimentos que faz parte deste Prontuário, referente ao tratamento que me será prestado e ao qual livremente me submeto;
7. Todas estas normas estão de acordo com o código de Ética Profissional Odontológico, segundo a Resolução C.F.O 118/12;

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino abaixo o mesmo.

Salvador, 12 de Janeiro de 2018

Evelin Barbosa Machado

Assinatura do paciente ou responsável

Catiana Bennett de Oliveira

Assinatura do aluno

[Assinatura]

Assinatura do orientador