



LUCIANA TORRES-HOMEM SOUZA

SORRISO GENGIVAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Salvador – Bahia

2012.2

LUCIANA TORRES-HOMEM SOUZA

SORRISO GENGIVAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Artigo apresentado ao curso de Especialização em Periodontia com iniciação em Implantodontia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Especialista em Periodontia.

Orientadora: Dra. Érica Del Peloso Ribeiro.

Salvador – Bahia
2012.2

SORRISO GENGIVAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

SMILE GINGIVAL: CLINICAL CASE REPORT

Luciana Torres-Homem Souza¹

Érica Del Peloso Ribeiro²

¹Acadêmica do curso de Especialização em Periodontia com iniciação em Implantodontia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.

²Doutora em Clínica Odontológica, área de concentração em Periodontia, pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP. Professora adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.

Autor para correspondência:

Érica Del Peloso Ribeiro

Endereço: R. Prof. Gilberto Amado 455 apt. 1502 Jd. Armação

41750-110 Salvador – BA

Telefone: (071) 3462-4477

e-mail: ericapeloso@bahiana.edu.br

RESUMO

Entende-se por sorriso gengival a condição onde mais de 3 mm de gengiva seja exposta em um sorriso moderado, e confirmado pelo sorriso forçado. Essa condição pode ter diferentes etiologias como: dimensão vertical maxilar aumentada, fibromatose gengival hereditária, crescimento gengival causado por medicamentos ou por processos inflamatórios, e erupção passiva alterada. As diversas técnicas de cirurgia plástica periodontal podem ser empregadas para correção de algumas dessas causas e têm obtido resultados satisfatórios. O objetivo desse trabalho é discutir, por meio do relato de um caso clínico, como identificar etiologias, fazer correto diagnóstico e tratamento como a possibilidade de correção do sorriso gengival por meio de gengivectomia. Paciente do gênero feminino, 27 anos, apresentou queixa de exposição excessiva de gengiva ao sorrir. O diagnóstico foi de sorriso gengival por erupção passiva alterada associada à dimensão vertical maxilar aumentada. Foi realizada gengivectomia em todas as unidades dentárias superiores, com exceção dos segundos e terceiros molares. Os resultados obtidos supriram as expectativas da paciente e seu sorriso passou a corresponder aos padrões estéticos desejados. Conclui-se que a gengivectomia é uma técnica efetiva para correção da exposição excessiva de gengiva no sorriso em casos de erupção passiva alterada.

Descritores: sorriso, gengivectomia, estética.

ABSTRACT

Gummy smile means the condition where more than 3 mm of gingiva is exposed in a smile moderate and confirmed by the full smile. This condition may have different etiologies such as: vertical maxillary excess, hereditary gingival fibromatosis, gingival enlargement caused by medications or by inflammatory processes and altered passive eruption. Different periodontal plastic surgery procedures may be employed to correct some of these causes and they have achieved satisfactory results. The purpose of this study is to present, through the clinical case report, how to identify the correct diagnosis and etiologies and as gummy smile correction can be performed with gingivectomy. The case report is of 27-years-old patient with gummy smile caused by altered passive eruption and vertical maxillary excess. Gingivectomy was performed on all upper dental units, with the exception of the second and third molars. The diagnosis of those alterations requires knowledge and meticulous attention to existing characteristics, to distinguish the origin and, consequently, opt for the most appropriate form of treatment for each case. The results obtained met the expectations of the patient and her smile began to match the desired aesthetic standards. It is concluded that gingivectomy is an effective technique for correction of excessive gingival exposure on smiling.

Descriptors: smile, gingivectomy, esthetic.

A linha do sorriso pode ser definida pelo traçado de uma linha imaginária que acompanha a borda inferior do lábio superior distendida pelo sorriso¹. A partir desse conceito, alguns estudos tiveram por objetivo avaliar a exposição de gengiva marginal. Tjan et al.², em 1984, classificaram a linha do sorriso em três categorias: baixa - quando não há exposição de tecido gengival e menos de 75% dos dentes superiores anteriores sejam mostrados; média - quando ocorre exposição de 75% a 100% dos dentes superiores anteriores e somente gengiva interproximal seja visível; alta - quando toda a extensão coronária dos dentes superiores anteriores e uma faixa contínua de gengiva seja visível³. O sorriso gengival ocorre quando a exposição de gengiva além dos limites cervicais do dente ultrapassa 3 mm¹.

É uma condição comum, que ocorre mais frequentemente em mulheres jovens, já que evidências mostram que as mulheres apresentam sorrisos mais altos do que os homens e que a exposição dentogengival diminui com a idade, devido à diminuição do tônus e da elasticidade muscular em volta da cavidade bucal e da recessão dos tecidos gengivais⁴. Dessa forma, o sorriso gengival, principalmente em indivíduos do sexo masculino, exibe certo grau de autocorreção com o passar do tempo⁵.

Existem diferentes causas para que um indivíduo apresente o sorriso gengival, podendo ser genéticas, como fibromatose gengival hereditária, dimensão vertical da maxila aumentada, erupção passiva alterada e hiperatividade dos músculos do lábio superior, ou também serem adquiridas, como crescimento gengival originada por medicamentos ou por processos inflamatórios. Essas diferentes causas podem ainda estar associadas em um mesmo paciente, tornando o caso mais complexo¹.

O diagnóstico diferencial depende de uma investigação detalhada das características apresentadas e de conhecimento teórico embasado, e é importante para direcionar o tratamento proposto para correção dessa condição. O exame deve ser feito com o lábio em repouso até o sorriso forçado, determinando a faixa de gengiva exposta, e no plano esquelético (linha bipupilar), analisando a proporção dos terços faciais. A sondagem transperiodontal é um método diagnóstico imprescindível, pois demonstra medidas confiáveis dos níveis ósseos e da junção cimento-esmalte⁶. As radiografias podem ser utilizadas para auxiliar no diagnóstico, como para avaliação pré-cirúrgica, principalmente em casos com necessidade de recontorno ósseo. Sendo que, as técnicas que devem ser priorizadas são a interproximal ou a periapical com paralelismo, por produzirem menor distorção e resultados mais fidedignos⁷.

Segundo Lindi⁸, em 2009, como base para as decisões e planejamento do tratamento, deve-se analisar cuidadosamente os seguintes fatores: simetria facial, linha interpupilar, linha do sorriso, linha média dental em relação à facial, exposição gengival durante fala ou amplo e relaxado sorriso, harmonia das margens gengivais, quantidade de tecido ceratinizado, localização das margens gengivais em relação à junção cimento-esmalte, tamanho e proporção dos dentes. A posição da borda incisal/oclusal também deve ser examinada (em relação aos lábios e à oclusão), além da proporção dos incisivos superiores de maneira a determinar as possibilidades de modificação^{1,9}. A proporção estética “padrão-ouro” determina que a largura dos incisivos centrais superiores deve ser de aproximadamente 80% do seu comprimento com variação aceita entre 65% e 85%; e a dos incisivos laterais superiores em torno de 70%¹⁰.

A correção pode ser obtida por diversos tratamentos que serão definidos de acordo com a etiologia particular, e esses tratamentos incluem gengivectomia de bisel externo e interno (com ou sem ressecção óssea), retalho reposicionado apicalmente (com ou sem ressecção óssea), cirurgia ortognática, ou até a combinação de técnicas¹. Além do que, tratamento ortodôntico isolado e procedimentos protéticos e de dentística compõem a interdisciplinaridade da correção do sorriso gengival^{11,12}.

A erupção passiva alterada é definida como a incapacidade do tecido de adequadamente se retrair a um nível apical à convexidade apical da coroa (Goldman e Cohen, 1968)¹³, e foi classificada por Coslet¹⁴ nos seguintes tipos e subgrupos. De acordo com a localização da junção mucogengival com respeito à crista óssea, o sorriso gengival pode ser:

- Tipo 1: margem gengival excessiva sobre colo da coroa, a dimensão da gengiva queratinizada é considerável - a junção mucogengival localizada mais apical do que a crista óssea.
- Tipo 2: faixa de gengiva queratinizada é estreita, a junção mucogengival coincidindo com o nível da linha de cimento-esmalte.

De acordo com a posição da crista óssea em relação à linha cimento-esmalte pode ser:

- Subgrupo a: a distância entre a crista do osso e junção amelocementária é de 1,5 - 2 mm (o que permite uma dimensão normal de fixação de fibra conjuntivo no cimento-raiz).
- Subgrupo b: a crista óssea encontra-se muito próxima ou no mesmo nível que a linha cimento-esmalte.

O tratamento varia de acordo com a condição: tipo Ia – gengivectomia; tipo Ib – gengivectomia ou retalho festonado com bisel invertido até a JEC com retalho posicionado e ressecção óssea; tipo IIa- Retalho posicionado apicalmente; tipo IIb- retalho posicionado apicalmente com ressecção óssea¹.

O crescimento gengival pode resultar, em casos mais severos, até no comprometimento de funções básicas como mastigação e fala; além do que, causa situações estéticas extremamente desfavoráveis, que em certos pacientes, podem levar a distúrbios psicológicos e isolamento da vida social. Por isso, fica clara a importância dada a esse tema.

O objetivo desse trabalho é discutir, por meio do relato de caso clínico, como identificar etiologias, fazer correto diagnóstico e tratamento como a possibilidade de correção do sorriso gengival por meio de gengivectomia.

RELATO DE CASO

Paciente C.S.O, 27 anos, foi encaminhada ao ambulatório de Especialização em Periodontia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Na anamnese, foi constatada ser uma paciente ASA I, sem apresentar alergias prévias ou doenças sistêmicas e sem fazer uso de medicações. A queixa principal da paciente foi: “Sinto vergonha ao sorrir, porque mostro muito a gengiva e meus dentes são muito pequenos”. A paciente relatou estar fazendo tratamento ortodôntico há aproximadamente dois anos e que este estava na sua fase final. No exame intra-oral foi observada a presença de dentes curtos e quadrados e sem lesões cariosas, IP (Índice de placa) =17, 2%, IG (Índice gengival) =4, 7% e ausência de cálculo e bolsas periodontais, além de discreto aumento gengival em papilas interdentais. Ao analisar a face da paciente de frente e de perfil, foi observada também presença de sorriso gengival considerável, o terço inferior da face alongado e distância interlabial aumentada. O diagnóstico, segundo a Academia Americana de Periodontologia¹⁵, em 1999, foi de Gengivite Associada à Placa Bacteriana com Fator Retentivo, e Sorriso Gengival como consequência de Dimensão Maxilar Aumentada e Erupção Passiva Alterada (Figura 1).



Figura 1: Sorriso inicial.

Foram realizadas três sessões mensais consecutivas para instrução de higiene oral, motivação e profilaxia, atingindo IP e IG de aproximadamente 0%; e foram realizadas também radiografias periapicais dos dentes anteriores superiores e radiografias interproximais de pré-molares e molares superiores, onde não foram encontradas alterações na morfologia óssea. A cirurgia só foi agendada após finalização do tratamento ortodôntico.

Antes do procedimento foi utilizado PVP-I à 10% para desinfecção extra-oral e clorexidina 0,12% para desinfecção intra-oral. Foi utilizado o anestésico mepivacaína (Mepiadre, São Paulo, Brasil), Carpulle e agulha longa. Foram realizadas anestésias que bloquearam o nervo alveolar superior posterior direito e esquerdo, além de complementação com anestésias papilares e infiltrativas terminais em fundo de vestibulo, anestesiando a região compreendida entre as unidades 16 e 26. Nas faces vestibulares foram realizadas sondagem transgengival e medições periodontais com sonda Carolina do Norte (Hu-Friedy, Carolina do Norte, EUA), para guiar a quantidade de tecido gengival e ósseo a ser removido. Dessa forma foi constatada existência de 4 mm da margem gengival até a junção cimento-esmalte em incisivos centrais e caninos, de 3 mm em incisivos laterais, pré-molares e molares.

Primeiramente no hemiarco direito, foram efetuados pontos sangrantes ao nível da junção cimento-esmalte (Figura 2), que determinaram o local exato da incisão em bisel interno (Figura 3), acompanhando o contorno parabólico gengival, com lâmina 15C (Swwan Morton, Sheffield England, Inglaterra) e cabo de bisturi número 05. Logo após, incisões intra-

sulculares também foram confeccionadas com as mesmas lâminas, provocando a formação de um “colarinho” vestibular com medidas compatíveis com as medidas entre margem gengival (MG) e JCE citadas acima, que foi removido com curetas números 3 e 4 Goldman-Fox (Trinity, São Paulo-SP, Brasil) (Figura 4). O refinamento do tecido por gengivoplastia e confecção do zênite foram obtidos com lâminas 15C e curetas Goldman-Fox. Para verificar as medidas das distâncias biológicas, foi realizada nova sondagem óssea que indicou 3 mm da MG até a crista óssea em incisivos centrais, laterais e caninos e 2 mm em pré-molares e molares. Todo esse processo foi repetido no hemiarco esquerdo.



Figura 2: Marcação de pontos sangrantes.



Figura 3: Incisão em bisel interno.



Figura 4: Remoção de colarinho.

Para minimizar um aumento de volume ósseo detectado na região esquerda, foi confeccionada uma incisão horizontal na base das papilas das unidades 22 a 26, com o objetivo de preservá-las. Associado a isso, o rebatimento do retalho permitiu osteoplastia com cinzel de Rhodes e brocas 3216 e 1016HL, com constante e intensa irrigação de soro fisiológico. Para finalizar, o retalho foi reposicionado e suturado com fio reabsorvível 5-0 Vicryl (Ethicon, São José dos Campos, São Paulo, Brasil) com pontos simples. Com esse mesmo tipo de fio, a papila entre as unidades 22 e 23 foi suturada com ponto simples para seu correto reposicionamento após raspagem, já que apresentou um aumento de volume maior que as outras (Figura 5).



Figura 5: Pós-operatório imediato.

Foi prescrito anti-inflamatório Nimesulida 100mg de 12 em 12 horas durante 03 dias, e analgésico Paracetamol 500mg de 6 em 6 horas durante 2 dias, além de bochechos com 15 ml de Digluconato de Clorexidina 0,12% durante 01 minuto, 30 minutos após a escovação, de 12 em 12 horas durante 07 dias. A remoção da sutura ocorreu seis dias após a cirurgia (Figura 6).



Figura 6: Pós-operatório de 6 dias.

Nessa ocasião o tecido apresentou boa cicatrização e resultados estéticos satisfatórios. Apenas a papila entre as unidades 22 e 23 apresentou sinais de trauma, pois a paciente relatou ter batido a escova dental na região, acidentalmente. Após trinta dias (Figura 7) e seis meses do procedimento (Figura 8), foram realizadas novas revisões, confirmando os bons resultados obtidos com a cirurgia plástica periodontal (Figura 9).



Figura 7: Pós-operatório de 1 mês.



Figura 8: Pós-operatório de 6 meses.



Figura 9: Comparativo entre sorriso inicial e final.

DISCUSSÃO

O sorriso gengival é uma alteração frequente e de relevante impacto da qualidade de vida. A Periodontia pode auxiliar na melhora de alguns casos, principalmente nos causados por fibromatose gengival hereditária, hiperplasia gengival por medicamentos ou inflamação e erupção passiva alterada. Segundo Saba-Chujfi¹⁶, em 2007, a erupção passiva pode ser definida como a migração do epitélio juncional para apical. É considerado um movimento lento pelo qual o epitélio juncional migra, podendo expor a coroa dentária de forma relacionada como causa ou consequência dos movimentos funcionais do dente.

A exposição excessiva de gengiva ao sorrir foi a queixa principal no caso apresentado. Durante o exame extra-oral da paciente foi constatado que os dentes superiores eram curtos e quadrados, suas coroas eram completamente visíveis e uma faixa contínua de gengiva era exposta ao sorrir. Estas características são encontradas na classificação de Tjan², em 1984, na categoria de linha do sorriso alta. A intervenção cirúrgica no caso foi considerada necessária, pois a paciente com apenas 27 anos já apresentava consequências psicológicas, afirmando vergonha ao sorrir e até mesmo evitando fazê-lo em algumas situações. Isso confirma os indícios de que o aumento gengival pode acarretar situações extremamente desfavoráveis.

De acordo com Borguetti¹, em 2002, o paciente deve expor mais de 3 mm de tecido gengival além dos limites cervicais para ser considerado portador de sorriso gengival, sendo compatível com a exposição gengival excessiva da paciente citada. Além do que, a paciente relatada no caso, possuía 27 anos, demonstrando concordância com a prevalência destacada para mulheres jovens, apresentada por Cosendey⁴, em 2008.

Festugatto et al.⁶ afirmaram que a sondagem transperiodontal é o método diagnóstico que produz resultados mais confiáveis e que melhor traduz as medidas reais das distâncias biológicas. Por esse motivo, no caso clínico apresentado foi realizada esta sondagem, após anestesia, para permitir um melhor planejamento cirúrgico. E dessa forma, foram obtidas medidas que incluíram a paciente na classificação de Coslet¹⁴ para Erupção Passiva Alterada, como grupo Tipo I subgrupo A.

Durante a análise facial da paciente foi observado terço inferior da face alongado, base nasal estreita e distância interlabial aumentada, que segundo Araújo¹⁷, em 1999, caracterizam Dimensão Maxilar Aumentada e são comuns na Síndrome Da Face Longa.

O tratamento indicado por Coslet¹⁴ para a erupção passiva alterada tipo Ia é gengivectomia, e o tratamento indicado por Araújo¹⁷, em 1999, para a Dimensão Maxilar Aumentada é a cirurgia ortognática, porém a paciente recusou ser submetida à cirurgia ortognática, por se tratar de uma técnica mais invasiva, mesmo estando ciente da limitação estética que poderia ser obtida só com a cirurgia plástica periodontal. Dessa forma, foi realizada gengivectomia de bisel interno.

Segundo Lindhe⁸ a opção pela técnica em bisel interno tem como vantagem não deixar tecido conjuntivo exposto, quando comparada a técnica de bisel externo. Assim a gengivectomia em bisel interno além de ser uma técnica de execução simples, permite uma cicatrização rápida e um pós-operatório com baixos índices de sintomatologia dolorosa e incômodo para o paciente, sendo portanto, a técnica de eleição para o caso clínico relatado.

Ainda sobre a técnica cirúrgica, não foi necessário ressecção óssea pra reestabelecimento do espaço biológico, pois após remoção e refinamento de tecido gengival foi confirmado por sondagem a existência de valores próximos aos propostos por Gargiulo et al¹⁸, em 1961. Porém, foi necessária uma osteoplastia em região maxilar vestibular esquerda, em função da presença de um aumento de volume ântero-posterior muito significativo, causando um comprometimento estético na região. É importante salientar, portanto, que o acesso em tecido ósseo só foi realizado por uma questão estética secundária, e não, por uma questão funcional necessária.

Como resultado da cirurgia, foram obtidas proporções estéticas compatíveis com o “padrão ouro” citado por Sarver¹⁰. Unidades dentárias com dimensão vertical maior que a dimensão horizontal, além de incisivos centrais e caninos com dimensões verticais similares e incisivos laterais com 1 mm em altura a menos que as unidades adjacentes.

A paciente demonstrou-se extremamente satisfeita com os resultados da gengivectomia superior, e a gengivectomia no arco inferior também foi indicada em sessão posterior, porém a paciente não apresentou desejo de se submeter à outra intervenção cirúrgica já que as unidades inferiores não eram expostas ao sorrir.

Segundo Janson¹⁹, a cirurgia pode ser realizada em qualquer fase, sendo mais apropriada ao final do tratamento ortodôntico, pois a movimentação dentária induz modificações na topografia óssea e gengival. Isso favorece a estabilidade do resultado da cirurgia e o posicionamento dos tecidos moles, e serviu como base para que a realização da

cirurgia do caso citado tenha ocorrido após a finalização do tratamento ortodôntico da paciente.

Como todo procedimento cirúrgico, podem ocorrer complicações pós-operatórias e o paciente deve ser informado. Em relação a cirurgias periodontais para correção do sorriso gengival, Narayan et al.¹² descreve algumas dessas possíveis complicações: formação de “buracos negros”, sensibilidade radicular, ressecção gengival, reabsorção óssea e mobilidade dental provisória. No caso clínico apresentado foi relatado apenas sensibilidade pós-operatória nos primeiros dias, que teve regressão espontânea, sem a necessidade do uso de terapia adicional.

As recomendações pós-operatórias consistem em um passo essencial para o sucesso do resultado cirúrgico, tanto na orientação completa e esclarecedora do cirurgião dentista, quanto no cumprimento dessas recomendações e cuidado por parte do paciente. Essas orientações incluem, por exemplo, escovação delicada da região da cirurgia. A paciente do caso clínico relatado apresentou cicatrização muito positiva na revisão de seis dias, porém a papila que sofreu plastia e cicatrização mais lenta apresentou sinais de trauma. A paciente relatou ter “batido” a escova na região. Esse episódio, entretanto, não comprometeu o resultado final, mas fica evidente a importância ao cumprimento às recomendações.

CONCLUSÃO

O Cirurgião dentista deve estar apto para diagnosticar, identificar a etiologia e propor intervenções corretivas para esses casos. Dentre as opções de tratamento, a gengivectomia vem se destacando por tratar-se de uma técnica menos invasiva capaz de obter resultados satisfatórios, principalmente em casos de erupção passiva alterada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia Plástica Periodontal. São Paulo: Art Med; 2002.101-102,329-330.
2. Tjan AH, Miller GD. Some esthetic factors in a smile. Journal of Prosthetic Dentistry 51: 24–28. In: Ioi H, Nakata S, Amy L. Influence of gingival display on smile aesthetics in Japanese Counts. European Journal of Orthodontics 32 2010.633–637.
3. Ioi H, Nakata S, Amy L. Influence of gingival display on smile aesthetics in Japanese Counts. European Journal of Orthodontics 32 2010.633–637.
4. Cosendey VL. Avaliação do relacionamento entre o lábio superior e incisivos durante a fala e o sorriso [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro 2008. In: Seixas MR, et al. Os aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. Dental Press Journal Orthodontics 2011. v.16,n.2.
5. Desai S, Upadhyay M, Nanda R. Dynamic smile analysis: changes with age. American Journal Orthodontics Dentofacial Orthopedics 2009; 3(136):310.e1-10.
6. Festugatto FE, Daudt FARL, Rösing CK. Aumento de coroa clínica: comparação de técnicas de diagnóstico de invasão do espaço biológico do periodonto. Revista Periodontia 2000; 9: 42-49.
7. Neves FS, Oliveira LF, Burgos V, Viana AC, Ribeiro EDP. Importância do exame radiográfico intrabucal no diagnóstico de invasão do espaço biológico, International Journal Dentistry. 2008; 7(3): 173-177.
8. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009, 960.
9. Seixas MR, Costa-Pinto RA, Araújo TM . Os aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. Dental Press Journal Orthodontics 2011 v.16,n.2.
10. Sarver DM. Principles of cosmetic dentistry in orthodontics: Part 1. Shape and proportionality of anterior teeth. American Journal Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2004 6(126):p.749-53.
11. Polat-Ozsoy O, Arman-Ozcirpici A, Veziroglu F. European Journal of Orthodontics 31 (2009) 412–416 doi:10.1093/ejo/cjn122; Advance Access publication 16 March 2009; Miniscrews for upper incisor intrusion; Departments of *Orthodontics and **Oral and Maxillofacial Surgery, Baskent University, Ankara, Turkey; The Author 2009. Published by Oxford University Press on behalf of the European Orthodontic Society.

12. Narayan S, Narayan TV, Narayan PC. Correction of gummy smile: a report of two cases. *Journal of Indian Society of Periodontology* 2011 ; v.15.
13. Goldman HM, Cohen DW. Periodontal Therapy. Mosby 1973.p.862-863. In: Cohen E. Atlas de Cirurgia Periodontal Reconstutora e Cosmética. 3 ed., São Paulo: Santos 2009; 236-235, 259-260.
14. Coslet GJ, Vanarsdall R, Weisgold A. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *Alpha Omegan* 1977; 10: 24-8. In: Alpiste-Illueca F. Journal section: Periodontology Publication Types: Review Altered passive eruption (APE): A little -known clinical situation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. Jan 2011; 1;16 (1):100-4.
15. Armitage GC. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4(1):1-6.
16. Saba-Chujfi E. Cirurgias Plásticas Periodontais e Periimplantares: Atlas simplificado das propostas técnicas. São Paulo: Santos 2007. 6 -7.
17. Araújo A. Cirurgia Ortognática. 1 ed., São Paulo: Santos 1999; c.9.
18. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. *Journal Periodontol* July 1961; 32(3): 261-267.
19. Janson M. Ortodontia para Adultos. São Paulo: Dental Press. 2008; 338, c.9.
20. Cohen E. Atlas de Cirurgia Periodontal Reconstutora e Cosmética. 3 ed., São Paulo: Santos 2009; 236-235, 259-260.
21. Alpiste-Illueca F. Journal section: Periodontology Publication Types: Review Altered passive eruption (APE): A little -known clinical situation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. Jan 2011; 1;16 (1):100-4.