

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

EMANUELE PELEGRIN CARLETTI

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE SORRISO GENGIVAL E SUAS LIMITAÇÕES:
Relato de caso clínico

BAURU

2021

EMANUELE PELEGRIN CARLETTI

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE SORRISO GENGIVAL E SUAS LIMITAÇÕES:

Relato de caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de bacharel em
Odontologia- Centro Universitário Sagrado
Coração.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mirella Lindoso
Gomes Campos.

BAURU

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

C279c Carletti, emanuele Pelegrin

Correção cirúrgica de sorriso gengival e suas limitações: relato de caso clínico / Emanuele Pelegrin Carletti. -- 2021.
40f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP

1. Periodontia. 2. Sorriso. 3. crescimento excessivo da gengiva. 4. cirurgia bucal. I. Campos, Mirella Lindoso Gomes. II. Título.

Elaborado por Lidyane Silva Lima - CRB-8/9602

EMANUELE PELEGRIN CARLETTI

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE SORRISO GENGIVAL E SUAS LIMITAÇÕES:

Relato de caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de bacharel em
Odontologia - Centro Universitário
Sagrado Coração.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos (Orientadora)
Centro Universitário Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Flora Freitas Fernandes Távora
Centro Universitário Sagrado Coração

Prof. Dr. Leandro de Andrade Holgado
Centro Universitário Sagrado Coração

AGRADECIMENTOS

Expresso aqui minha gratidão à todos que ao longo da vida, cruzaram meu caminho de alguma forma, fazendo com que hoje eu pudesse chegar até aqui.

Agradeço a Deus em primeiro, pois com sua maravilhosa e eterna graça me concedeu o dom e o privilégio da vida, sem Ti nada seria.

À mulher esplêndida, guerreira e virtuosa que é minha avó, Maria Valnida, à quem devo esse diploma e dedico esse trabalho. Obrigada vó, por nunca medir esforços para que eu pudesse me encontrar e te orgulhar.

Aos meus pais, Elis Angela e Marcelo, sem vocês eu nada seria, o amor é a nossa religião. Obrigada por me apoiarem, me mostrarem que o caminho correto nem sempre é o mais fácil, e por sempre acreditarem que eu posso, me mostrando que a nossa melhor virtude é ser honesto, sempre correndo atrás dos nossos objetivos e dando graças a tudo que temos. À seus companheiros, Ricardo e Vanessa, obrigada por me mostrarem que a família nem sempre é de sangue, mas se houver amor e respeito, ela é do coração.

À minha tia Fabiana Pelegrin, que sempre me cuidou como filha, me dando amor, proteção e carinho.

Às minhas amigadas construídas ao longo desses quatro anos de faculdade minha eterna gratidão, vocês foram meu porto seguro, minha calma em meio ao caos, companheiros inesquecíveis dos quais tenho muito orgulho e tudo o que vivemos jamais será esquecido, vocês são muito especiais.

À toda a minha família, que sempre foi minha base e inspiração, sempre me amparou e incentivou.

À minha orientadora maravilhosa, Mirella Campos. Obrigada pelo apoio, amizade, conselhos e atenção dedicada para que esse trabalho pudesse ser feito, você é uma profissional exímia e eu sou muito grata por ter tido a honra de ser sua orientada.

À minha banca examinadora, Flora e Leandro, vocês são incríveis e inspiração pra mim, eu agradeço muito por terem aceitado participar desse pedacinho tão importante da minha vida.

À todos os professores que encontrei e fizeram parte da minha vida durante essa jornada, tornando ela tão especial quanto foi, agregando todo o conhecimento que

posso hoje e experiência para minha vida profissional e pessoal, minha eterna gratidão, vocês fazem parte dessa história.

E por fim, à Unisagrado, essa instituição incrível que frequentei durante esses quatro anos, possibilitando todos esses contatos e conhecimentos adquiridos.

Minha eterna gratidão.

Há três caminhos para o fracasso:
não ensinar o que se sabe, não
praticar o que se ensina, não
perguntar o que se ignora. "(São
Beda)

RESUMO

O Sorriso Gengival acomete 10% da população e consiste na exposição excessiva de tecido gengival no ato do sorriso. Possui etiologia multifatorial e somente após o diagnóstico dos fatores etiológicos relacionados, pode-se realizar um correto planejamento. Dessa forma, o presente relato de caso clínico teve como objetivo apresentar o diagnóstico e planejamento de um caso clínico de uma paciente do sexo feminino, normorreativa, que apresentava sorriso gengival de etiologia mista, tendo sido diagnosticado alteração na erupção ativa e passiva, além de hipermobilidade dos músculos elevador da asa do nariz e do lábio superior e zigomático menor. O planejamento foi realizado após minucioso diagnóstico clínico e tomográfico, decidindo-se pela intervenção cirúrgica com gengivectomia/gengivoplastia e osteotomia e osteoplastia de dentes do sextante II, levando-se em consideração as limitações anatômicas e de posicionamento dos dentes. No período de cicatrização imediata, percebeu-se que a paciente apresentou reação alérgica ao fio reabsorvível, o que atrasou a cicatrização inicial, porém com resolução positiva após sua remoção. Dentro das limitações deste relato de caso, pôde-se concluir que o procedimento cirúrgico para correção do sorriso gengival é eficaz, porém em casos de etiologia mista outros procedimentos devem ser considerados para melhor resolução do caso.

Palavras-chave: Periodontia; sorriso; crescimento excessivo da gengiva; cirurgia bucal.

ABSTRACT

Gingival Smile affects 10% of the population, and consists of the excessive exposure of gum tissue during smiling. It has a multifactorial etiology, and only after the diagnosis of the related etiological factors can a correct planning be performed. Thus, the present clinical case report aimed at presenting the diagnosis and planning of a clinical case of a female patient, with normal reactivity, who presented a gummy smile of mixed etiology, having been diagnosed with alterations in active and passive eruption, besides hypermobility of the levator muscles of the nose wing, upper lip, and zygomatic minor. Planning was performed after a detailed clinical and tomographic diagnosis, deciding for surgical intervention with gingivectomy/gingivoplasty and osteotomy and osteoplasty of teeth in sextant II, taking into account the anatomical and positioning limitations of the teeth. During the immediate healing period, it was noticed that the patient presented an allergic reaction to the resorbable archwire, which delayed the initial healing process, but with positive resolution after its removal. Within the limitations of this case report, it can be concluded that the surgical procedure for correction of the gummy smile is effective, but in cases of mixed etiology other procedures should be considered for a better case resolution.

Keywords: Periodontics; Smile; Gingival Overgrowth; Surgery, oral.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Radiografia Panorâmica.....	14
Figura 2 - Foto inicial do caso - diagnóstico.	15
Figura 3 – Periograma.....	16
Figura 4 - Moldagem anatômica com silicona de condensação.	17
Figura 5 - Tomografia computadorizada.....	17
Figura 6 - Guia cirúrgico.	19
Figura 7 - Gengivectomia realizada nos dentes 11, 13, 21, 22 e 24.	21
Figura 8 - Exposição total de crista óssea através de retalho misto.....	21
Figura 9 - Remoção de tecido ósseo do dente 21.....	22
Figura 10 - Remoção de tecido ósseo do dente 11.....	22
Figura 11 - Retalho posicionado e sutura realizada.	23
Figura 12 - Resultado imediato.	23
Figura 13 - Inflamação do tecido onde o nó do fio de sutura.....	24
Figura 14: Resultado no pós-cirúrgico de 7 dias.	24
Figura 15 - Termo de Autorização para Diagnóstico e Tratamento Informado e Esclarecido.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tamanho das coroas clínicas em milímetros.	18
Tabela 2 - Quantidade de tecido hiperplástico a ser removido de acordo com a distância entre JCE-CO.....	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas

CO - Crista óssea

JCE - Junção Cimento-Esmalte

RPA - Retalho posicionado apicalmente

SG - Sorriso Gengival

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	OBJETIVO	13
3.	METODOLOGIA	14
4.	RELATO DE CASO.....	14
	4.1. Descrição da técnica	20
5.	DISCUSSÃO	25
6.	CONCLUSÃO	26
	REFERÊNCIAS.....	26
	ANEXOS	28

1. INTRODUÇÃO

A palavra “estética” vem do termo grego *Aisthetiké*, que significa “aquele que nota/percebe” e pode apresentar duas dimensões: objetivo e subjetivo. Sendo assim, podemos concluir que ela sempre existiu, porém se adaptando e modificando cada vez mais, conforme as condições, e a quem está a julgar esse termo. Dentre todos os componentes da nossa face, o sorriso é um dos fatores que mais influenciam e interferem diretamente na auto-estima das pessoas, causando consequências negativas pela insatisfação da autoimagem, tornando-os menos sociáveis e criando o sentimento de inferioridade (YESILBEK *et al.*, 2016).

Nos dias atuais a sociedade está seguindo cada vez mais um padrão de beleza estético imposto, o qual exige sorrisos mais harmoniosos (MAJZOUN, 2014). Um sorriso é composto por um conjunto de elementos e limites estéticos, tais quais são essenciais para a obtenção de um sorriso atraente, equilibrando a disposição dentária de uma forma que se torne harmoniosa em conjunto com os lábios inferior e superior, mucosas aparentes no sorriso e demais estruturas (FRANCCI *et al.*, 2011). Os limites estéticos apresentados no sorriso harmonioso devem ser determinados pela experiência e senso do dentista (MILLER, 1989). Uma das situações clínicas mais frequentes é o sorriso gengival (SG), que consiste em uma situação antiestética caracterizada por uma exposição excessiva da gengiva superior (maxilar) durante o ato de sorrir (ALPSTE-ILLUECA, 2010). Os fatores etiológicos que levam a essa situação clínica são multifatoriais, por isso é de exímia importância que o cirurgião-dentista realize um diagnóstico preciso e quais fatores etiológicos estariam associados a essa condição, para que assim possa desenvolver através de um diagnóstico diferencial um planejamento individualizado para cada caso (ROBBINS, 1999).

A erupção dentária é conhecida por possuir duas fases, sendo elas: fase de erupção ativa e fase de erupção passiva (ALPSTE-ILLUECA, 2011). A erupção ativa consiste na movimentação dos dentes dentro do osso até surgir na superfície gengival, na cavidade oral, e só está completa quando o dente chega a sua posição numa oclusão funcional, ou seja, entra em contato com o seu antagonista (CHU *et al.*, 2004). Já a erupção passiva é caracterizada pela movimentação da gengiva até um posicionamento próximo à junção cimento-esmalte, ou seja, a junção entre a coroa clínica e a raiz dental (ROBBINS, 1999). Quando por algum motivo acontece a alteração de alguma das erupções mencionadas acima ou mesmo de ambos os

processos, pode acontecer duas situações: a gengiva se posicionar muito acima da coroa, ou o osso posicionado próximo demais da coroa clínica (CHU *et al.*, 2004).

As modalidades terapêuticas da correção do SG estão diretamente ligadas a sua etiologia. Em alguns diagnósticos, essa etiologia pode ser multifatorial, o que significa que será necessário o uso de mais de uma técnica para ser corrigido ou minimizado (MANTOVANI *et al.*, 2016). As áreas da Odontologia que podem ser incluídas nesse tratamento são a Periodontia; Ortodontia; Dentística; Prótese e Cirurgia Bucomaxilofacial, Harmonização Orofacial. Várias técnicas são utilizadas para tal fim; dentre elas temos: Técnica de reposicionamento labial: que tem como função diminuir a exposição gengival durante o sorriso (PANDURIĆ *et al.*, 2013); Técnica de aplicação de toxina botulínica, que tem como objetivo diminuir a função do músculo levantador do lábio superior (ISHIDA *et al.*, 2012); Aumento de coroa clínica através da extrusão ortodôntica forçada ou gengivectomia (MAJZOUN *et al.*, 2014); Retalho posicionado apicalmente (RPA), que consiste na recolocação do retalho feito para apical (ROSSI *et al.*, 2014); Retalho posicionado apicalmente com ressecção óssea, que consiste na combinação das técnicas de gengivectomia, gengivoplastia e de RPA.

Devido ao aumento da demanda pela harmonização do sorriso, faz-se cada vez mais necessário o relato de casos clínicos que apontem os fatores etiológicos, o planejamento considerando as especificações de cada caso e as indicações dos procedimentos, assim como as limitações técnicas e sistêmicas que o profissional pode se deparar ao planejar e realizar o tratamento. O relato de experiências clínicas por meio de trabalhos sucintos de resoluções de casos permite a troca de experiência entre profissionais, mesmo que de forma indireta, fazendo com que haja o aprimoramento profissional e auxiliando no decision making de cada caso.

2. OBJETIVO

O objetivo deste relato de caso clínico foi apresentar o planejamento e tratamento de sorriso gengival associado à erupção ativa e passiva alteradas e hiperatividade dos músculos elevador do lábio superior e zigomático menor e as limitações da técnica cirúrgica dentro do perfil anatômico e imuno-inflamatório da paciente.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de correção estética cirúrgica de sorriso gengival, assim, a metodologia utilizada para realização do mesmo, foi através da documentação de imagens, sequência clínica e relato do procedimento executado.

4. RELATO DE CASO

Paciente A.S.S, 22 anos de idade, sexo feminino, com saúde sistêmica, compareceu à Clínica Odontológica da Unisagrado (Bauru-SP) com queixa de excesso de exposição de gengiva no ato do sorriso, em busca de uma melhor estética oral.

Por meio da realização de avaliação clínica e radiografia panorâmica (Figura 1) foi possível analisar o perfil do sorriso e a presença de coroas clínicas curtas, relacionadas a uma erupção ativa passiva alterada, em conjunto com hipermobilidade do músculo zigomático menor, músculo levantador do lábio superior e da asa do nariz, chegando ao diagnóstico de sorriso gengival (Figura 2).

Figura 1 - Radiografia Panorâmica.



Fonte: autoria própria (2021).

Figura 2 - Foto inicial do caso - diagnóstico.



Fonte: autoria própria (2021).

Após realizar o exame clínico e avaliação da radiografia panorâmica, o exame periodontal foi realizado para mensuração dos parâmetros clínicos periodontais avaliação da proporção dente-gengiva. A paciente foi diagnosticada com saúde periodontal. Com o auxílio de Sonda Milimetrada Williams (Millennium- Golgran), foram sondadas as três faces vestibulares (vestibular, mésio-vestibular e disto-vestibular) dos dentes anteriores superiores da paciente (elementos nº 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23 e 24) preenchendo o periograma mostra a Figura 3.

Figura 3 – Periograma.

USC UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO CLÍNICA DE ODONTOLOGIA - FICHA CLÍNICA DE PERIODONTIA

NOME DO PACIENTE: Amândia Soares Gatti No. PRONTUÁRIO: _____ DATA: 08/09/2021

ALUNO(A): Emmanuel V. Cavalli PROFESSOR(A): Maurício Campari

Profundidade Clínica de Sondagem						Margem Gingival recessão/hiperplasia						Nível de Inserção Clínica						Índice Gingival (angramento)						Índice de Placa Bacteriana						Mobilidade I-II-III		Lesão de Função I-II-III				Legenda	
DV	V	MV	ML	L	DL	DV	V	MV	ML	L	DL	DV	V	MV	ML	L	DL	DV	V	MV	ML	L	DL	DV	V	MV	ML	L	DL			V	L	M	D		
18																																					
17																																					
16																																					
15																																					
14																																					
13																																					
12																																					
11																																					
21																																					
22																																					
23																																					
24																																					
25																																					
26																																					
27																																					
28																																					
38																																					
37																																					
36																																					
35																																					
34																																					
33																																					
32																																					
31																																					
41																																					
42																																					
43																																					
44																																					
45																																					
46																																					
47																																					
48																																					

Fonte: autoria própria (2021).

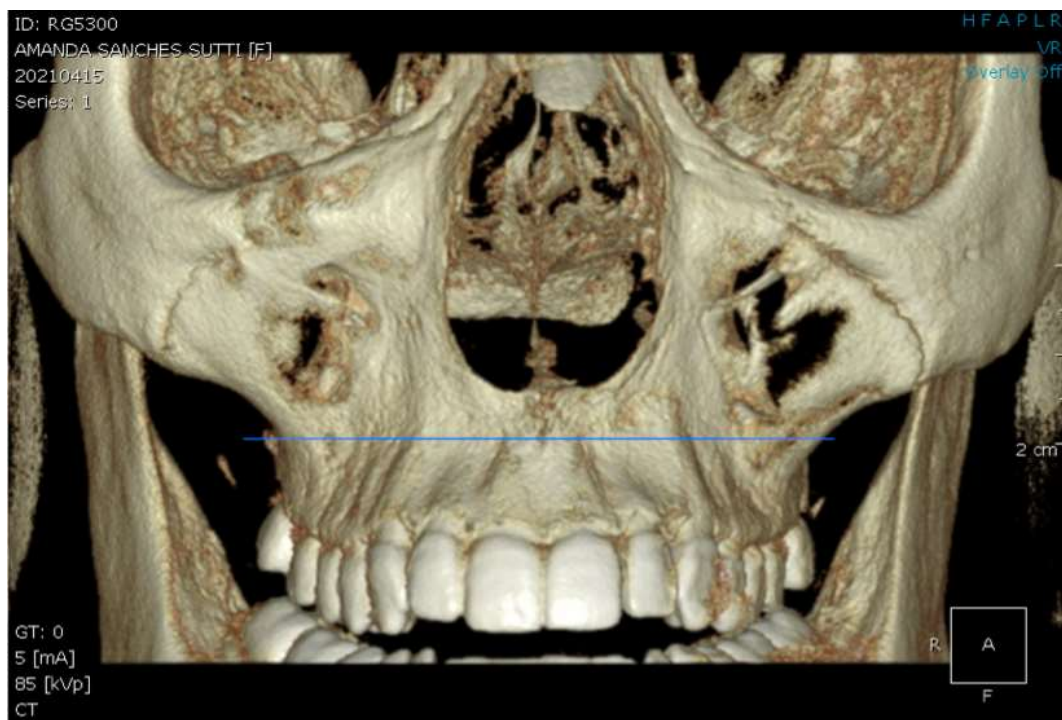
A paciente foi submetida à moldagem anatômica com silicona de condensação (Zetaplus) (Figura 4) para obtenção de modelo com gesso especial tipo IV e foi solicitada uma tomografia computadorizada, conforme Figura 5, para mensuração por imagem das distâncias da junção cimento-esmalte (JCE) à crista óssea (CO) alveolar dos dentes acima citados. Esse procedimento é de fundamental importância, pois permite mensuração mais aproximada das distâncias reais, possibilitando realizar um plano de tratamento mais preciso, individualizado e com menos viéses, o que é de suma importância em regiões estéticas.

Figura 4 - Moldagem anatômica com silicona de condensação.



Fonte: autoria própria (2021).

Figura 5 - Tomografia computadorizada



Fonte: autoria própria (2021).

Determinada a medida em milímetros de todas as coroas clínicas envolvidas (Tabela 1), foi feito o replanejamento baseado na tomografia computadorizada, definindo quais elementos seriam submetidos a remoção cirúrgica de tecido hiperplasiado (mole) e quais não necessitavam desse procedimento, baseado na distância da JCE até a CO, estabelecendo então a quantidade em milímetros de tecido a ser removido de cada dente (Tabela 2)

Tabela 1 - Tamanho das coroas clínicas em milímetros.

DENTES	TAMANHO DA COROA CLÍNICA
11	10,82 mm
21	10,82 mm
23	10,53 mm
24	8,61 mm
14	8,64 mm
22	9,19 mm
12	9,66 mm
13	10,26 mm

Fonte: autoria própria (2021).

Tabela 2 - Quantidade de tecido hiperplástico a ser removido de acordo com a distância entre JCE-CO.

DENTES	JCE-CO	QUANTIDADE DE TECIDO MOLE (MUCOSA) QUE FOI REMOVIDO
11	0,64 mm	1,5 mm
21	0,93 mm	1,0 mm
23	1,33 mm	0,5 mm
24	1,98 mm	1,5 mm
14	1,93 mm	1,0 mm
22	2,26 mm	
12	2,46 mm	
13	3,52 mm	
JCE= junção cimento-esmalte; CO= crista óssea		

Fonte: autoria própria (2021).

Dentro das limitações estéticas de resultado já previstas após da análise cuidadosa das imagens obtidas com a tomografia, foi o posicionamento da margem gengival dos dentes 12 e 22, visto que anatomicamente a JCE destes dentes localizava-se apicalmente à JCE dos dentes 11 e 21. O ideal, nesses casos para correção estética definitiva, seria o planejamento protético de facetas ou lentes de contato. Porém, devido à demanda da paciente e a invasão e caráter irreversível da técnica, preferiu-se somente a técnica cirúrgica associada à toxina botulínica nos músculos em que se detectou hipermobilidade.

Para que o tratamento fosse mais preciso e prático, o modelo obtido foi enviado para o laboratório protético para que executassem assim, um guia cirúrgico (Figura 6), baseado nas medidas (distância entre JCE e C.O) obtidas através da sondagem e da medição na tomografia computadorizada.

Figura 6 - Guia cirúrgico.



Fonte: autoria própria (2021).

Dentro do planejamento realizado utilizando-se como base a avaliação clínica e as mensurações tomográficas, percebeu-se que apenas os elementos 14, 11, 21, 23 e 24 entrariam no planejamento cirúrgico para alterar a altura e posicionamento dos zênites devido à alteração na erupção passiva, fazendo com que o posicionamento

da margem gengival se mantivesse em posição coronária à ideal (elementos nº 14, 23 e 24) ou altura e posicionamento dos zênites associado à erupção ativa alterada (elementos nº 11 e 21) fazendo que além posicionamento coronário da margem gengival, houvesse redução das dimensões das distâncias biológicas. Ambas situações, levam ao encurtamento clínico das coroas dentais e a alteração das proporções coroa-gengiva.

Dentro das necessidades clínicas avaliadas e da demanda de queixa inicial da paciente, o plano de tratamento proposto para minimizar a queixa consistiu na realização da cirurgia de correção de sorriso gengival com gengivectomia, gengivoplastia, osteotomia e osteoplastia, com finalidade de restabelecimento das distâncias biológicas e do formato e posição dos zênites gengivais, associada à aplicação de toxina botulínica nos músculos elevador do lábio superior e da asa do nariz e zigomático menor.

4.1. Descrição da técnica

A cirurgia foi iniciada pela etapa de antisepsia extra oral com PVPI (iodo) e gaze estéril, intra-oral com bochecho de Digliconato de Clorexidina a 0,12%, seguido da técnica anestésica de bloqueio do nervo infraorbital bilateral, complementando com a técnica anestésica terminal infiltrativa papilar, utilizado Mepiadre 100 (Cloridrato de Mepivacaína + Epinefrina 36mg+18µg)

Áreas anestesiadas: ramos alveolares superiores anteriores, nervo infraorbital, ramo alveolar superior médio, dentes anteriores superiores e pré molares superiores, gengiva alveolar dos dentes citados em questão, lábio superior, asa do nariz e pálpebra inferior.

Após a etapa anestésica o guia cirúrgico foi posicionado, possibilitando a marcação da margem gengival dos dentes que entraram no planejamento cirúrgico (elementos nº11, 21, 23, 14 e 24).

Foi iniciada a técnica de gengivectomia (Figura 7) com bisel interno nos elementos nº 11, 13, 21, 22 e 24, removendo o tanto de tecido adequado para cada elemento (Tabela 1 - página 17) com o auxílio de lâmina de bisturi 15C e posterior ajuste do rebordo incisal utilizando a tesoura Goldman Fox.

Figura 7 - Gengivectomia realizada nos dentes 11, 13, 21, 22 e 24.



Fonte: autoria própria (2021).

A incisão intra-sulcular foi feita após essa etapa, utilizando retalho misto, ainda com a lâmina 15C. A técnica de gengivoplastia foi iniciada com exposição total de 0,5 a 1mm de crista óssea, com o auxílio do Descolador de Molt 1-0.

Após a exposição, realizou-se retalho dividido até apical à linha muco-gengival, conforme demonstra a Figura 8.

Figura 8 - Exposição total de crista óssea através de retalho misto.



Fonte: autoria própria (2021).

Elevou-se o retalho e as cristas ósseas dos dentes 11 e 21 foram remodeladas com o auxílio de ponta diamantado 2173 FG e micro cinzel Ochsenbein nº1, removendo tecido ósseo dos elementos 11, 21 e 23 (Figuras 9 e 10) sob irrigação constante com solução fisiológica. Ao elevar o retalho, foi confirmada a posição da JCE dos elementos 12 e 22 apical às dos elementos 11 e 21.

Figura 9 - Remoção de tecido ósseo do dente 21



Fonte: autoria própria (2021).

Figura 10 - Remoção de tecido ósseo do dente 11.



Fonte: autoria própria (2021).

A cirurgia foi finalizada recolocando o retalho á posição inicial e realizando a técnica de sutura colchoeiro vertical interno (ponto U duplo de Donatti) de canino a canino superior, utilizando fio de sutura reabsorvível Vycril™, Johnson & Johnson, São Paulo-SP, Brasil, 5-0 (Figuras 11 e 12).

Figura 11 - Retalho posicionado e sutura realizada.



Fonte: autoria própria (2021).

Figura 12 - Resultado imediato.



Fonte: autoria própria (2021).

No pós cirúrgico foi prescrito à paciente analgésico Dipirona 1g, 40 gotas nas primeiras 48h em caso de dor, de 6h em 6h; e anti inflamatório Nimesulida 100mg, 2x ao dia durante 5 dias; e bochechos com Digliconato de Clorexidina 0,12% durante 7 dias, 2x ao dia.

Retorno para reavaliação após 7 dias da cirurgia, e remoção da sutura. Notou-se que nos sítios em que exatos onde o fio de sutura ficou posicionado, havia uma inflamação persistente com região desepitelizada à margem gengival do dente 22, onde estava posicionado o nó da sutura, apresentou-se irregular, com cicatrização ineficiente (Figura 13).

Figura 13 - Inflamação do tecido onde o nó do fio de sutura.



Fonte: autoria própria (2021).

Nesse momento, suspeitou-se que a paciente possuía relação alérgica com algum componente do fio de sutura reabsorvível. Questionada sobre a possibilidade, a paciente relatou processo inflamatório anteriormente, com formação de tecido desorganizado e cicatriz hipertrófica após a remoção de um Nevo da pele, e também em cirurgia plástica estética nas orelhas.

A Figura 14 demonstra o resultado obtido sete dias após a data da cirurgia.

Figura 14: Resultado no pós-cirúrgico de 7 dias.



Fonte: autoria própria (2021).

5. DISCUSSÃO

A busca por um belo sorriso vem sendo cada vez mais crescente, mas sua aquisição é resultante de um conjunto de fatores. Um deles é o contorno gengival, o qual é delimitado pelo zênite gengival, ou seja, o ponto mais apical da região cervical dos elementos superiores anteriores, abrangendo o espaço estabelecido pelos limites da crista óssea alveolar e as faces proximais dos dentes adjacentes, sendo ocupado pelas papilas interdentais (MENDES & BONFANTE, 1994).

A literatura com relatos de casos clínicos mostra que a abordagem cirúrgica para correção do sorriso gengival é um método que além de se mostrar muito eficaz, promove resultados permanentes. Martos (*et al.*, 2010) verificou que a gengivectomia, ou seja, a remoção cirúrgica de tecido mole, é um método que permite ao paciente uma reabilitação praticamente imediata. Segundo Oliveira & Venturim (2012) em um relato de caso clínico, mostrou que foram alcançados tanto o resultado estético quanto a saúde periodontal pretendidos, o que confirmou a eficácia do método cirúrgico de remoção de tecido gengival hiperplásico na adequação da estética gengival. Mostrou também que a previsibilidade do resultado e do sucesso do procedimento está diretamente ligado a escolha da técnica cirúrgica mais adequada.

No caso presente, o propósito foi deixar os incisivos centrais e os caninos da mesma altura cervical, devido a irregularidade da erupção ativa alterada e por apresentar uma junção cimento-esmalte em um plano diferente em cada elemento, portanto o intuito foi trazer uma melhor harmonia para o sorriso. Percebeu-se, porém, uma alteração no processo cicatricial inicial, possivelmente ligado à sensibilização da paciente a algum componente do fio de sutura reabsorvível. Essa reação inflamatória é rara, e pouquíssimos casos foram relatados na literatura.

Farrar e Binns (1997) relataram que houve uma reação alérgica ao Vicryl no Reino Unido, onde um menino de 13 anos de idade desenvolveu uma inflamação localizada no local onde foi realizada uma sutura subcuticular de Vicryl 3/O, utilizada no antebraço, e ao ser questionado, relatou que 6 dias antes ele havia sido submetido a um teste de Heaf (para saber se já houve contato do indivíduo com o vírus da tuberculose) na escola. Ele havia sido tratado com Flucloxacilina 250mg QDS. Ao exame, houve inflamação ao redor da ferida, demarcando claramente a sutura subcuticular. Citam também que foi estudado o processo biológico pelo qual as suturas de Vicryl são absorvidas, e revelou que leva entre 60 e 90 dias e é composto de um infiltrado de células inflamatórias que inclui polimorfos, monócitos, eosinófilos,

fibroblastos, macrófagos e células gigantes de corpo estranho multinucleadas. E que apesar da reação alérgica apresentada, a sutura é relativamente inerte, que provocou uma leve reação tecidual durante a absorção, e na literatura não foram relatadas reações adversas graves, apenas essas reações menores, especialmente onde o Vicryl é posicionado perto da superfície da pele.

Ogbechie, Paul e Schalock (2014), em um relato de caso clínico, revelaram que uma paciente apresentou sinais de alergia ao fio de sutura Vicryl, e que após realizarem um teste alérgico na mesma, apresentou resultados positivos para o fio de sutura reabsorvível, e que embora o número de relatos de hipersensibilidade de Vicryl terem aumentado, não há ainda nenhum método padronizado para testar esta reação alérgica na literatura. Questionada, a paciente relatou episódios anteriores de reação alérgica à fios de sutura quando submetida a uma Otoplastia (cirurgia plástica das orelhas) e a uma remoção cirúrgica de nevo epitélico, o que corrobora a hipótese diagnóstico levantada de alergia a algum componente do fio reabsorvível utilizado.

A correção do sorriso gengival relacionada a etiologia de hiper mobilidade do músculo levantador do lábio superior conciliada a aplicação de toxina botulínica pode conferir um resultado estético mais satisfatório, tornando-se uma alternativa terapêutica (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Este caso clínico apresentaria um melhor prognóstico se associado a aplicação de BTX (A), como orientado à paciente após a cicatrização completa, que procurasse, se fosse de sua vontade, essa alternativa terapêutica.

6. CONCLUSÃO

Por meio desse trabalho, pôde-se concluir que há várias alternativas para correção do sorriso gengival, e com um correto diagnóstico através da dedicação, tempo e conhecimento é possível chegar a melhor escolha para cada paciente, de forma individual, baseada nas várias etiologias e tratamentos.

REFERÊNCIAS

ALPIS-ILLUECA, F. Altered passive eruption (APE): a little-known clinical situation. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 1, n.16. e100-4. Jan. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/doi:10.4317/medoral.16.e100>> Acesso em: 21/out/2021.

CHU, S. J.; KARABIN, S.; MISTRY, S. Short tooth syndrome: diagnosis, etiology, and treatment management. **J Calif Dent Assoc**, v.32, n.2. p.143-152. Fev. 2004.

CHU, S. J., TAN J. H., STAPPERT, C.F., TARNOW, D.P. Gingival zenith positions and levels of the maxillary anterior dentition. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v.21, n.2, p.113-120. 2009. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1111/j.1708-8240.2009.00242.x>> Acesso em: 15/out/2021.

FARRAR, M. J.; BINNS, M.S. Inflammatory reaction to subcuticular Vicryl suture following tuberculin test. **Br J Plast Surg**. V.50, n. 8, p.665-666. Dec.1997 doi: 10.1016/s0007-1226(97)90518-x.

FRANCCI, C. E.; WITZEL, M. F.; LODOVICI, E.; *et al.* Odontologia estética: soluções minimamente invasivas com cerâmicas. **Revista FFO/ Fundação para o desenvolvimento científico e tecnológico da odontologia**, São Paulo, vol 5, n.10, p. 8-9, 2011.

ISHIDA, A. L.; *et al.* Avulsão dentária e fatores relacionados ao prognóstico: estudo retrospectivo de 13 anos, **Arquivos do MUDI**, v.18, n.3, p. 17-28. 2014.

MAJZOUN, Z., *et al.* Crown lengthening procedures: A literature Review. In: **Seminars in Orthodontics**, vol 20,188–207, 2014.

MANTOVANI, M. B.; *et al.* Use of Modified Lip Repositioning Technique Associated with Esthetic Crown Lengthening for Treatment of Excessive Gingival Display: A Case Report of Multiple Etiologies. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v.20, n.1, p.82-87. Nov. 2016.

MARTOS, J.; CRUZ, L.; SILVEIRA, L. Cirurgia periodontal estética associado ao clareamento dentário empregando o sistema Twist Pen: relato de caso. **FULL Dent Scienc**, v.1, n.2,. p.129-134. 2010.

MENDES, W.B.; BONFANTE, G. **Fundamentos de estética em odontologia**. São Paulo: Santos, 1994. 174 p.

MILLER, C.J. The smile line as a guide to anterior esthetics. **Dent Clin North America**, Vol 33, n.2, Apr. 1989.

OGBECHIE, O. A.; PAUL, S.; SCHALOCK, P.C. A technique for identifying vicryl suture hypersensitivity. **Dermatitis**, v.25, n.6, p.370-371, Nov-Dec; 2014.

OLIVEIRA, M.; MOLINA, G.; MOLINA, R. Sorriso gengival, quando a toxina botulínica pode ser utilizada. **Revista Odontológica Araçatuba**, v.32, n.2. p58-61, jul.-dez. 2011.

OLIVEIRA, S. A. R.; VENTURIM, R. T. Z. Cirurgia periodontal ressectiva valorizando o sorriso gengival: relato de caso clínico. **Colloquium Vitae**, v.4, n.2, p.118-128, 2012.

PANDURÍĆ, D.G.; BLAŠKOVIĆ, M.; BROZOVIĆ, J.; SUŠIĆ, M. Surgical Treatment of Excessive Gingival Display Using Lip Repositioning Technique and Laser Gingivectomy as an Alternative to Orthognathic Surgery. **Journal of Oral Maxillofac Surgery**. p1-11. Out. 2013.

ROBBINS, J. W. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. **Pract Periodont Aesthet Dent**, v.11, n.2, p.265-272. Mar., 1999.

ROSSI, R.; BRUNELLI, G., PIRAS, V., PILLONI, A. Altered Passive Eruption and Familial Trait: A Preliminary Investigation. **International Journal of Dentistry**, v. 2014. ID 874092. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2014/874092>>. Acesso em: 22/out/2021.

YESILBEK, B.; SIMSEK, S.; VALÉRIO, P. O impacto psicossocial da estética facial em crianças e adolescentes e a possibilidade de intervenções precoces: relato de dois casos clínicos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.70, n.2, :192-7, 2016.

ANEXOS

Anexo 1- Termo de Consentimento

A paciente A.S.S autorizou que todas as informações sobre o caso clínico e imagens da mesma, fossem utilizados neste trabalho, afim de auxiliar na diversidade de novas informações acadêmicas e científicas, conforme Figura 15.

Figura 15 - Termo de Autorização para Diagnóstico e Tratamento Informado e Esclarecido

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado e acima qualificado, dou pleno consentimento ao IASOU-Universidade Sagrado Coração para, por intermédio de seus discentes e docentes (alunos e professores) do Curso de Odontologia graduação e pós-graduação, fazer diagnóstico, após a realização ou solicitação de exames clínicos / e ou de laboratórios, planejamento e execução do meu tratamento, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade, dentro das disciplinas acadêmicas e materiais existentes.

Autorizo ainda que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento diagnóstico e ou tratamento, que compõe meu prontuário, sejam utilizadas para fins de ensino e de divulgação em todos e quaisquer meios de comunicação científica do país e estrangeiro, respeitado os respectivos códigos de ética.

Declaro que todas as informações contidas em meu prontuário deverão permanecer no arquivo pelo prazo legal de instituição de Ensino, podendo ser copiadas para os fins acima autorizados e ou por meu interesse ou de meus familiares em particular.

Bauri, 17 de Setembro 2018

Armando Suth

Assinatura do paciente e/ou responsável

Obs: Para pacientes menores de idade é exigida a assinatura do responsável maior de idade

Fonte: autoria própria