

## AUMENTO DE COROA CLÍNICA EM ÁREA ESTÉTICA.

Letícia Dias de Paula Silveira<sup>1</sup>, Gabriel Teixeira da Silva<sup>2</sup>, Walber Figueiredo Madureira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Aluna do Curso de Odontologia

<sup>2</sup> Aluno do Curso de Odontologia

<sup>3</sup> Professor Orientador do Curso de Odontologia

### RESUMO

Nesse artigo foi realizada uma revisão bibliográfica acerca das hipóteses de cirurgia periodontal estética em dentes anteriores e de aumento de coroa clínica para reestabelecimento das distâncias biológicas com a finalidade de corrigir o sorriso gengival. O sorriso pode transmitir diversas informações sobre as pessoas e afetar sobremaneira as relações interpessoais, o que tem aumentado significativamente a procura por procedimentos cirúrgicos ou não, para melhorar o aspecto do sorriso e a autoestima do paciente. Contudo, para a realização de tratamentos dentários de reabilitação satisfatórios é necessário obedecer aos princípios mecânicos, estéticos e biológicos. O sorriso gengival é uma disfunção que deve ser corrigida para a restauração clínica estética e para o controle de infecções, além de atuar diretamente na autoestima do paciente. Para a obtenção de um sorriso satisfatório o paciente passa por um processo desafiador que é perpassado por impedimentos sociais, econômicos e estéticos. Apesar disso, é crescente a busca por profissionais da odontologia para sanar de forma rápida e efetiva essa disfunção apesar das dificuldades a serem enfrentadas. O intuito desse artigo é demonstrar algumas das alternativas de melhorar o sorriso gengival tanto através do uso de complementos protéticos como através de gengivoplastia (cirurgia para redução da gengiva crescida) para solução dos incômodos e para obtenção de um sorriso harmônico e saudável.

**Palavra-chave:** sorriso gengival; gengivoplastia; gengiva.

### ABSTRACT

In this article, a literature review was carried out on the hypotheses of aesthetic periodontal surgery on anterior teeth and clinical crown augmentation to reestablish biological distances with the purpose of correcting the gummy smile. A smile can convey diverse information about people and greatly affect interpersonal relationships, which has significantly increased the demand for surgical or non-surgical procedures to improve the appearance of the smile and the patient's self-esteem. However, to carry out satisfactory rehabilitation dental treatments it is necessary to comply with mechanical, aesthetic and biological principles. A gummy smile is a dysfunction that must be corrected for aesthetic clinical restoration and infection control, in addition to acting directly on the patient's self-esteem. To obtain a satisfactory smile, the patient goes through a challenging process that is permeated by social, economic and aesthetic impediments. Despite this, there is a growing search for dental professionals to quickly and effectively remedy this dysfunction despite the difficulties to be faced. The purpose of this article is to demonstrate some of the alternatives for improving a gummy smile, both through the use of prosthetic complements and through gingivoplasty (surgery to reduce overgrown gums to resolve discomfort and obtain a harmonious and healthy smile).

**Keywords:** gummy smile; gingivoplasty; gum.

## Introdução

O sorriso gengival é caracterizado pelo aumento ou crescimento gengival, ou seja, pelo crescimento anormal do tamanho da gengiva. Esse crescimento anormal causa comprometimento estético e funcional do sorriso do paciente. Entretanto, a maioria dos pacientes busca auxílio mais por questões estéticas do que funcional e muitos pacientes têm buscado os consultórios odontológicos para conquistar um sorriso harmônico.

Seja por questões funcionais ou estéticas o direcionamento profissional adotado em caso deve ser assertivo e coerente com as necessidades do paciente e saúde odontológica.

É importante que o profissional conheça os métodos existente para cada caso e realize a anamnese do paciente para realizar um planejamento eficiente e eficaz que o caso requer.

No caso do sorriso gengival existem várias técnicas para a sua correção, entretanto, nesse artigo ater-se-á às técnicas de correção do sorriso através do aumento da coroa clínica nos casos em que há invasão do espaço biológico e nos casos em que não há invasão.

Quando acontece o crescimento anormal do tamanho da gengiva o paciente por questões funcional e estética, quando se submete a cirurgia geralmente obtém um novo sorriso e harmônico.

A realização de cirurgia minimiza a possibilidade de processos inflamatórios na região da gengiva próxima ao dente que ocorreu a invasão do espaço biológico e a manutenção do contorno gengival, além dos benefícios estéticas que ela proporciona, como: melhora das possibilidades terapêuticas, colocação de grampo para procedimentos e as restaurações funcionais e estéticas.

Existem diversas técnicas cirúrgicas que foram aprimoradas ao longo do tempo, entretanto, e que, apesar das vantagens de cada técnica, exigem algumas respostas antes de definir qual técnica aplicar nas situações de indicação de gengivoplastia ou aumento de coroa clínica. Faz-se necessário saber se houve ou não houve invasão do espaço biológico e como está a saúde gengival desse paciente para depois optar pela melhor técnica.

Nas situações em que o paciente possui indicação cirúrgica periodontal e apresenta o período de proteção envolvido e sem invasão do espaço biológico, deve-se perquirir se há falta ou excesso de mucosa ceratinizada, pois a presença de erupção

passiva alterada é uma indicação para tratamento do sorriso gengival com aumento da coroa clínica, também conhecido por “cirurgia plástica periodontal com finalidade estética, aumento de coroa estética” (Brilhante *et al.*, 2014, p. 40)

Nos casos em que há invasão de tecido ósseo no espaço biológico ocorre a reabsorção do tecido de sustentação para a compensação do espaço perdido e, nesse caso, para a obtenção do tratamento e a restauração do sorriso harmônico é indicado o aumento de coroa clínica (Rissato, Trentin, 2012).

Para tanto, a indicação de aumento de coroa clínica deve ser precedida da realização de exames clínicos que evidencie a sua necessidade como: exames periodontais que demonstrem a saúde periodontal, fatores etiológicos e higiene bucal; exames de imagem como tomografia com o intuito de perceber a quantidade de coroa e osso subgengival para o correto diagnóstico da necessidade da cirurgia (Rissato, Trentin, 2012).

## Objetivo

O sorriso gengival pode influenciar em como o indivíduo se relaciona no meio em que vive sendo um fator que dificulta a socialização devido os padrões estéticos impostos pela sociedade atual, que busca um biótipo muitas vezes impossível de ser alcançado, sendo importante a correção uma vez que o sorriso pode transmitir diversas informações sobre o paciente e afetar suas relações interpessoais (Pedron, 2016).

Cada vez mais procurada e apreciada, as cirurgias plásticas periodontais são comumente utilizadas para corrigir o sorriso gengival — aquele em que a gengiva aparece mais que os dentes, ou seja, “quando há uma exposição de gengiva durante o sorriso maior ou igual a 3mm” (Rocha, 2021, p. 16).

As cirurgias plásticas periodontais como o aumento de coroa clínica é indicada para pacientes com coroas anteriores curtas ou com excesso de exposição de tecido gengival durante o sorriso por possíveis irregularidades do contorno gengival, sendo o principal intuito da cirurgia devolver a relação adequada na posição marginal gengival em relação aos lábios e aumentar a coroa dentária, com a finalidade de melhorar a estética e a harmonia do sorriso, criando altura e largura das coroas

clínicas dos dentes anteriores (Susuki et al., 2008).

Diversas são as etiologias do sorriso gengival, contudo, inicialmente terá enfoque o que é causado pelo movimento da gengiva até uma posição próxima à união entre a raiz do dente e a coroa, ou seja, o de “erupção passiva alterada dos dentes com excesso de gengiva queratinizada” (Brilhante et al., 2014, p. 39).

Com relação a estética, a cirurgia de aumento de coroa clínica possibilita a realização de procedimentos que favorecem a harmonia e melhora do sorriso do paciente.

Contudo, vale se perguntar: a escolha da técnica correta pode afetar o resultado final? É importante realizar uma avaliação minuciosa de cada caso? E a resposta é sim! Sem dúvida alguma a técnica reflete integralmente no resultado final do paciente, a análise deve ser feita adotando rigorosos critérios clínicos e comportamentais para que o resultado seja perto ou o esperado pelo paciente e o corpo clínico.

### Revisão de literatura

A harmonia do sorriso está relacionada por uma posição dinâmica dos lábios e seu perfil em associação as estruturas dentárias, aspectos como linha mediana, linha inter incisiva, características gengivais do paciente e posicionamento dos dentes. Características dos elementos dentários como tamanho, textura, coloração e formato das coroas clínicas interferem na estética do paciente (Borghetti et al., 2002). A arquitetura gengival pode afetar na estética do paciente quando não respeita os padrões fisiológicos, como arquitetura gengival associada a defeitos ósseos, assimetria gengival, recessões ou excessos de tecido gengival sobre a coroa clínica e invasão do espaço biológico (Ravon et al., 2008).

O desconforto ocasionado por um sorriso desarmonico esteticamente aflige principalmente as mulheres e as cirurgias estéticas com osteoplastia e osteotomias – procedimento de remodelação óssea no maxilar ou mandíbula com o objetivo de promover o alinhamento dentário, corrigir problemas na mordida ou deformidade na face – que se propõem a resolver esses casos, possibilitando um sorriso harmônico e uma adequada exposição dentária.

De acordo com Brilhante *et al.* (2014), pode-se afirmar que os pacientes geralmente têm uma boa receptividade e acham conveniente a aplicação das técnicas cirúrgicas envolvendo retalho e osteotomia/osteoplastia, sendo também consideradas de execução acessível para os profissionais de saúde.

### Layout explicativo do caso relatado:

Passo a passo de cirurgia periodontal de gengivoplastia ou cirurgia plástica realizada na gengiva (Figura 1 a Figura 6).



Figura 1 – Incisão realizada com a lâmina de bisturi.



Figura 2 – Remoção do tecido gengival com gengivótomo de Orban.



Figura 3 - Espaço biológico menor que 3 mm.



Figura 4 - Osteotomia com broca esférica



Figura 5 – Osteoplastia com cinzel de mini-Ochsenbein



Figura 6 – Suturas simples com vicryl 5.0.

Fonte: BRILHANTE, Felipe Vilhena *et al.*. Cirurgia periodontal estética em dentes anteriores / Esthetic periodontal surgery in anterior teeth. Full dent. sci. Rio Grande do Norte. 6(21): p. 39-44, dez. 2014. Biblioteca responsável: BR1264.1. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-750180>. Acesso em 10 nov. 2023.

É válido frisar que ao planejar é importante considerar lábios, gengiva, mucosa queratinada, Zênit gengival e certamente o espaço biológico, além de destacar que existem outras técnicas menos invasivas e outras que com retalho total para visualizar o tecido ósseo.

Segundo Rissato; Trentin (2012), no caso de haver a invasão do espaço biológico, o organismo realiza a reabsorção do tecido ósseo de sustentação a fim de compensar o espaço perdido com a invasão e, nesse caso, para que haja sucesso no tratamento restaurador é indicada uma cirurgia com aumento de coroa.

Ele alega ser comum observar margens cavitárias subgengivais adentrando o espaço referente ao espaço biológico, o que requer uma intervenção cirúrgica a fim de devolver o estado de normalidade aos tecidos de sustentação.

Na atualidade, com o intuito de aumentar coroas estéticas e equilibrar sorrisos gengivais e coroas dentais curtas é realizado o aumento do tamanho da coroa dental através da osteotomia e a cirurgia periodontal com retirada do colarinho gengival.

A técnica com e sem retalho para aumento de coroa foi comparada através de estudo randomizado durante 12 meses e concluiu-se pela previsibilidade do tratamento e que não houve diferença significativa entre as técnicas.

Vale esclarecer que o que determina a indicação de remodelação óssea é a distância entre a crista óssea e a junção amelocementária variando de 1,5 mm a 2 mm. Caso não haja essa distância é feita a osteotomia a fim de criar espaço para a acomodação da inserção sulco gengival, epitélio juncional e conjuntiva. Hoje essas cirurgias recebem diversas denominações como cirurgia plástica periodontal com aumento de coroa estética.

Em pacientes com invasão do espaço biológico observou-se através da análise histométrica em humanos que as distâncias biológicas têm uma média de 2,75 mm (do topo da crista óssea à margem gengival), com variação de 2.16 a 3.34 mm (Tristão, 1992). O estudo histométrico realizado em animais obteve como média 3,0 mm como distância biológica (Gargiulo *et al.*, 1961 *apud* Rissato; Trentin, 2012).

Para possibilitar um tratamento restaurador efetivo sem danos aos tecidos periodontais, o preparo deve estar posicionado entre 3 a 4 mm da crista óssea alveolar, possibilitando a preservação e a integridade da inserção conjuntiva e do epitélio juncional. Dessa forma, a cirurgia de aumento de coroa tem sido vastamente realizada para a promoção de aumento do tamanho da coroa clínica, propiciando a realização de procedimentos restauradores.

Esse tratamento cirúrgico é realizado através de osteotomias e osteoplastias exigindo a retirada de tecido ósseo ou de gengivoplastias e gengivectomias com excisão de tecidos moles. O que determina a indicação da cirurgia de aumento de coroa é a existência de invasão do espaço biológico.

Através da revisão bibliográfica realizada por Rissato (2012) pode-se afirmar que o tratamento dentário satisfatório exige que sejam respeitados aspectos estéticos, biológicos e mecânicos, conforme dito alhures.

Além disso, procura-se respeitar o espaço biológico por sua função de “proteger os tecidos de sustentação do elemento dentário da agressão bacteriana e suas toxinas, pois existe uma luta do organismo em manter sua integridade física” (Rissato, 2012, p. 235). Quando há a invasão do espaço biológico ocasiona a reorganização e migração apical dessas estruturas.

Rissato (2012) alega que no caso de não haver condições ideais para o procedimento restaurador, ao profissional cabe criar o acesso da parede cervical da cavidade, possibilitando condições operatórias livre de umidade e contaminação. Dentre as possibilidades possíveis ao caso é o

procedimento cirúrgico periodontal e a cirurgia de aumento de coroa clínica é o mais apropriado.

Vale ressaltar, que o profissional deve respeitar o período de cicatrização tecidual antes de realizar o procedimento restaurador e mesmo que no ato da cirurgia, exposta a cavidade, deve realizar a restauração transcirúrgica – procedimentos promovidos pela associação com procedimentos cirúrgico-periodontais. A recuperação do espaço biológico é de suma importância para uma restauração adequada (Souza *et al.*, 2004 *apud* Rissato; Trentin, 2012).

Quando há uma destruição de parte da raiz e/ou extensa da coroa em que o sobejo receberá o tratamento restaurador direto ou indireto, uma destruição extrema onde não haja possibilidade de retenção do grampo de isolamento absoluto, uma exigência de tratamento endodôntico ou após extrusão ortodôntica houver necessidade de remoção de tecido ósseo, existe indicação para a cirurgia para aumento da coroa clínica (Rissato; Trentin, 2012).

Rissato; Trentin (2012) afirma que dentre os avanços da odontologia restauradora está a melhoria dos sistemas de união relacionados com a evolução das resinas compostas permitindo a restauração de material destruídos na sessão clínica. Essa prática possibilita a restauração das condições estéticas, mecânicas e biológicas quando associada a procedimentos cirúrgicos, de forma rápida e vantajosa.

As restaurações transcirúrgicas têm a função de permitir o restabelecimento estético e funcional em um espaço de tempo mais curto, promovendo a preservação das distâncias biológicas e a preservação dos tecidos periodontais. (Rissato; Trentin, 2012).

Com a invasão do espaço biológico pode haver a perda do material dental como resultado de inflamação crônica e a periodontite, promovendo a reabsorção do tecido ósseo como forma de restabelecer o espaço da inserção conjuntiva. Além disso, é possível a inflamação gengival mesmo com controle de placas, recessão da gengiva, sensibilidade gengival, perda óssea alveolar e formação de bolsa periodontal.

Rissato; Trentin (2012) explica também que os procedimentos de aumento de coroa clínica possibilitam o preparo apropriado para o dente receber a restauração de forma indireta, direta ou para moldagem, além de permitir os ajustes das margens gengivais para a melhoria estética.

A restauração transcirúrgica não é a forma mais indicada para a maioria dos casos,

pois a prévia realização do aumento da coroa clínica possibilita o procedimento restaurador e o melhor posicionamento do tecido gengival. Para optar pela restauração deve-se considerar o tipo de material restaurador utilizado (Rissato; Trentin (2012).

O amálgama de prata possibilita uma lisura superficial compatível e uma técnica pouco sensível, ofertando situações saudáveis e confortáveis ao periodonto quando comparado com as resinas compostas ou ao cimento de ionômero de vidro (Hörsted-Bindslev e Mjör, 1999 *apud* Rissato; Trentin, 2012).

No caso das resinas compostas, as resinas micro particuladas são as mais indicadas para o contato direto com o periodonto, uma vez que possibilitam um polimento e uma lisura superficial satisfatórios, diminuindo o acúmulo de placa bacteriana, bem como são biocompatíveis depois de uma correta polimerização, pois exibem porções de material não polimerizado e solubilidade mínima que estariam aptos a desencadear reações de toxicidade aos tecidos.

De acordo com Rissato; Trentin (2012) a compatibilidade do cimento de ionômero de vidro baseia-se no fato de apresentarem baixa citotoxicidade, moléculas grandes e capacidade de adesão à estrutura dental, colocando como um material de primeira escolha. Entretanto, eles apresentam baixa capacidade de polimento promovendo um grande acúmulo de placa bacteriana.

Ele alega que a realização do aumento da coroa clínica pode envolver a remoção de tecido mole e osso alveolar e/ou apenas de tecido mole, e cada procedimento será avaliada com base nos princípios biológicos e na sua viabilidade, após a realização da avaliação da presença de alterações muco-gengivais, fatores etiológicos e higiene bucal, avaliação oclusal e exame radiográfica detalhado.

Noutro giro, os autores contraindicam o procedimento cirúrgico quando houver controle de placa insatisfatória, processo inflamatório nos tecidos envolvidos, risco de exposição da região furca, proporção coroa raiz desfavorável, pela importância e pela lesão estratégica do dente justifique o procedimento, quando a possibilidade de criação de desníveis que interfiram na estética ou quando a faixa gengival é insuficiente e com possibilidade gengivectomia (Cardoso e Gonçalves, 2002 *apud* Rissato; Trentin, 2012).

Para Conceição (2002) *apud* Rissato; Trentin (2012) são indicações para o aumento da coroa clínica: hiperplasias gengivais, dentes com coroa clínica ou anatômica curta,

invasão de espaço biológica promovido por cárie ou fratura, dentes com preparos protéticos com falta de retenção ou curtos, aparência antiestética. As limitações à cirurgia baseiam-se em dentes com mobilidade e pouco estrutura óssea, dentes com defeitos ósseos verticais que precisem de regeneração tecidual, casos de frenectomia e dentes com grandes defeitos ósseos que não admitem retalho por vestibular e palatino ou lingual ao mesmo tempo.

Segundo Lindhe; Lang; Karring (2010), o procedimento é indicado para locais com dificuldade de controle de placa, onde haja um acesso inadequado para alisamento e raspagem radicular, correções de aberrações gengivais e para reposicionamento apical da margem gengival e no caso de invasão do espaço biológico. É contraindicado para casos de pacientes com discrasias sanguíneas; distúrbios neurológicos, doenças cardiovasculares; transplantados e tabagistas. Admitem que o aumento da coroa pode ser feito por gengivectomia ou retalho associado ou não à osteotomia.

Rissato; Trentin (2012) relata que para Cardoso e Gonçalves (2002) as técnicas a retalho abarcam os retalhos de espessura parcial ou total, podendo ser deslocados, repostos lateralmente, apicalmente ou coronariamente. Lindhe; Lang; Karring (2010) asseveram que as técnicas a retalho são classificadas em original de Widman, de Neumann, posicionado apicalmente, modificado, de Widman modificado e para preservação de papila.

Vale reafirmar que o diferencial na indicação do tipo de cirurgia baseia-se na necessidade ou não de remoção do tecido ósseo, pois quando não necessita de remoção, aconselha-se o retalho de espessura parcial. Caso contrário, quando a remoção é necessária, o ideal é o retalho de espessura total, com o descolamento do periosteio e a exposição do tecido ósseo (Rissato; Trentin, 2012).

A técnica a retalho é realizada com a incisão primária em bisel invertido e determina a quantidade de gengiva a ser removida. Na incisão secundária a incisão é intrassulcular em direção à crista alveolar a fim de destacar o colar de gengiva incisado anteriormente. Na incisão terciária ela é interdental paralela ao plano oclusal. A remoção do colar de gengiva incisado será realizada com o auxílio de curetas e, se necessário, com incisões relaxantes. (Rissato; Trentin, 2012)

A osteotomia é indicada no caso de invasão do espaço biológico e deve ser realizada com a ajuda de cinzéis e brocas com

atenção à irrigação abundante. Nas regiões interproximais o ideal é o uso de limas endodônticas do tipo Hedström ou do tipo Schluger a fim de remover o tecido ósseo. Na osteotomia é realizado o desgaste em nível apical do tecido ósseo para restabelecer as distâncias biológicas e devolver o contorno fisiológico para promover a saúde dos tecidos de sustentação compatíveis com a normalidade. (Rissato; Trentin, 2012)

As osteoplastias são realizadas com frequência para proporcionar o contorno fisiológico possível sem remover tecido ósseo de suporte. Algumas vezes, para haver uma adaptação do retalho é necessário a utilização da técnica da osteoplastia com o intuito de possibilitar o desgaste, diminuição da espessura vestibulo-lingual nas áreas interdentais e adaptação da mucosa sobre o tecido ósseo de forma satisfatória.

Quando concluída, a cirurgia deve ser irrigada com solução fisiológica a 0,9% e o retalho suturado, cobrindo totalmente a estrutura óssea anteriormente exposta. Quando bem coaptados os bordos do tecido, descarta-se a necessidade de cimento cirúrgico. A higiene bucal deve ser orientada e particularizada, a fim de evitar o deslocamento do cimento cirúrgico, quando este estiver presente, e para o controle da formação de biofilme. A prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios pode também ser necessária, bem como soluções antissépticas bucais nesse período (Rissato; Trentin, 2012).

## Discussão

A erupção passiva alterada ou EPA é a causa mais comum do sorriso gengival e uma das características desse tipo sorriso é o crescimento anormal do volume da gengiva, nomeado de “aumento gengival ou crescimento gengival” (Brilhante et al., 2014, p. 40).

Para a indicação do procedimento cirúrgico periodontal é fundamental a escolha da técnica acertada para que o resultado seja o melhor e o mais previsível. Se o periodonto de proteção, ou seja, o conjunto dos tecidos que revestem e envolvem o dente, se encontrar sem irrupção do espaço biológico, é válido perscrutar se a motivação cirúrgica é por excesso ou falta de gengiva queratinizada (Brilhante et al., 2014). Por espaço biológico entende-se a inserção conjuntiva, o epitélio do sulco e o epitélio juncional (Bastos, 2015). Esse tratamento tem indicação quando o

paciente possui EPA, pois nesse caso, o crescimento da maxila e a posição normal dos lábios ocasiona a exposição da coroa dentária curta e a gengiva (Brilhante et al., 2014).

Para ser realizado o aumento de coroa clínica de forma efetiva e satisfatória, fatores como a realização de um diagnóstico correto da necessidade do paciente em relação a escolha da técnica cirúrgica através da avaliação dos tecidos mole e ósseos, mordida, posição dos lábios em repouso sobre os dentes anteriores, tamanho e quantidade de coroa clínica expostas, estruturas dentárias, presença de excesso vertical de maxila, tecido gengival, altura do sorriso e ação dos músculos durante a execução do sorriso (Panossian et al., 2010 apud Seixas et al., 2011).

Independente da técnica, é vital agir dentro dos padrões biológicos para evitar problemas como exposição radicular. Se a remoção do excesso gengival e osteotomia não bastar, podem ser necessários procedimentos estéticos, como coroas ou facetas de porcelana, planejados durante o encerramento diagnóstico (Brilhante et al., 2014).

Portanto, afirma-se que são indicações para o procedimento cirúrgico de aumento da coroa clínica: hiperplasia gengival, necessidade de eliminação de bolsas, desníveis gengivais que interferem na estética, recontorno gengival em caso de dificuldade nas reabilitações protéticas ou em qualquer situação em que houver invasão do espaço biológico (Cardoso e Gonçalves, 2002 apud Rissato; Trentin, 2012).

A melhoria da autoestima ocorre ao reduzir a diferença no sorriso gengival, proporcionando maior exposição dos dentes e um sorriso mais bonito e harmônico. Assim, percebe-se por meio do relato de caso que quando a técnica é utilizada da maneira correta suprem as expectativas do paciente, e por este motivo, se faz crucial que haja um planejamento adequado levando em consideração o espaço biológico para que possa consequentemente solucionar o problema estético.

A melhoria da autoestima ocorre ao reduzir a diferença no sorriso gengival, proporcionando maior exposição dos dentes e

um sorriso mais bonito e harmônico. Assim, percebe-se por meio do relato de caso que quando a técnica é utilizada da maneira correta suprem as expectativas do paciente, e por este motivo, se faz crucial que haja um planejamento adequado levando em consideração o espaço biológico para que possa consequentemente solucionar o problema estético.

## **Conclusão**

Conclui-se que as cirurgias plásticas periodontais são de suma importância, especialmente aquelas voltadas para o aumento da coroa clínica e a melhoria estética e funcional do sorriso.

Através dessa revisão bibliográfica foram observadas diferentes técnicas, restrições e contraindicações, evidenciando a complexidade e a necessidade de um planejamento cuidadoso e detalhado.

Pode-se afirmar que a abordagem cirúrgica é uma alternativa eficaz para corrigir casos de sorriso gengival causado pela erupção passiva alterada. Essa técnica, seja com ou sem retoques, apresentou-se capaz de oferecer um sorriso harmonizado com a exposição dos dentes e gengivas mais aproximados do ideal.

Destaca-se a relevância da restauração transcirúrgica como uma abordagem que permite restabelecer a estética e a funcionalidade do sorriso em um curto período de tempo, preservando distâncias biológicas e tecidos periodontais.

Finalmente, enfatiza-se a relevância do planejamento prévio, da escolha adequada da técnica cirúrgica e da atenção dos aspectos estéticos, biológicos e mecânicos para o sucesso desses procedimentos.

Por último, é possível afirmar a existência de contribuição significativa, através das técnicas de cirurgias abordadas no presente trabalho, na qualidade de vida dos pacientes, melhorando a saúde bucal e estética, a autoestima e o conforto ao sorrir.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradeço a Deus por me iluminar, cuidar, amparar e por me manter saudável e feliz durante toda essa caminhada.

Agradeço ao professor Walber Figueiredo Madureira pela orientação cuidadosa, pela paciência e apoio.

Agradeço ao meu pai, Rodrigo Rodrigues de Paula Silveira por todo apoio,

incentivo e inspiração profissional. Agradeço a minha mãe, Lilianny Dias Alves por todo apoio emocional, puxões de orelha, paciência e por ser tão companheira. Agradeço ao meu irmão Rodrigo Rodrigues de Paula Silveira Filho por todo amor e carinho que teve comigo, pois sem ele eu teria surtado. Aproveito também para agradecer por todo suporte financeiro.

Agradeço à minha tia/madrinha Lilian Dias Alves Ribeiro pela contribuição, o amor e companheirismo em todos os momentos em que ela pode estar presente.

Agradeço a todos meus colegas de curso, em especial a minha dupla de clínica André Vinicius Freitas da Boa-Morte e agradeço também a minha dupla de TCC Gabriel Teixeira da Silva por surtar comigo desesperadamente em todas as etapas desse trabalho.

E um agradecimento geral a todas as pessoas que apesar de não terem sido citadas

contribuíram para essa conclusão de curso. Letícia Dias.

Gostaria de agradecer a minha família e amigos que me apoiaram durante esse processo. Especialmente ao meu pai Kleber Teixeira por todo auxílio. Meus amigos Tiago Leite, Fernanda Leite, Jerssy Alves, Lucas de Paula, Luciano Borges e Felipe Camilo. Obrigado pelo incentivo, apoio e todo auxílio durante essa caminhada. Aos professores, que com muita paciência e dedicação, me ensinaram não somente o conteúdo programado, mas também a respeitar e sempre fazer o melhor.

Gabriel Teixeira

## REFERÊNCIAS

BASTOS, Raquel Albuquerque Vale da Silva. Erupção Passiva Alterada - Considerações Periodontais. **Repositório Institucional**. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Porto. nov. 2015. Disponível em <http://hdl.handle.net/10284/5454>. Acesso em 10 nov. 2023.

BRILHANTE, FV *et al.* Cirurgia periodontal estética em dentes anteriores / Esthetic periodontal surgery in anterior teeth. **Full dent. sci**. Rio Grande do Norte. 6(21): p. 39-44, dez. 2014. Biblioteca responsável: BR1264.1. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-750180>. Acesso em 10 nov. 2023.

LINDHE, J; Lang, N.P; Karring, T. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. **Guanabara Koogan**; Rio de Janeiro; 5 ed; 2010. 1304 p. illus, tab.

NEWMAN M.G., TAKEI H.H., KLOKKEVOLD P.R., CARRANZA F.A. (Coord.). Carranza: Periodontia Clínica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004, cap. 62, 701-16.

RAVON N.A, HANDELSMAN M., LEVINE D. Multidisciplinary care: periodontal aspects to treatment planning the anterior esthetic zone. **J Calif Dent Assoc**. 2008 Aug; 36(8):575-84. In: Mendes, APM. Sorriso gengival: Etiologia, diagnóstico e opções tratamento. Disponível: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27219/1/ulfmd07095\\_tm\\_Ana\\_Mendes.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27219/1/ulfmd07095_tm_Ana_Mendes.pdf). Acesso em 05 dez. 2023.

RISSATO M, TRENTIN M.S.. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora – revisão da literatura. **Rev. Odonto**. RFO UPF vol.17, no.2, p. 234-239. Passo Fundo. Mai./Ago. 2012. Disponível em [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-40122012000200020](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122012000200020). Acesso em 10 nov. 2023.

(Pedron, 2016).

SALES, Gilvania Batista de et al. Impacto na qualidade de vida de cirurgia de aumento de coroa clínica em área estética associada ou não à laserterapia de baixa intensidade. **Periodontia**, p. 7-15, 2019.

ELERATI, Euro Luiz; ASSIS, Mauricéa de Paula; REIS, Wanessa Cristina Filgueiras Batista dos. Aumento de coroa clínica na reabilitação estética do sorriso gengival. **Perionews**, p. 139-144, 2011.

SEIXAS, M. R., COSTA-PINTO, R. A., & ARAÚJO, T. M. (2011). Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. **Dental Press Journal of Orthodontics**, 16(2), 131-157.

SUZUKI, P. H. et al. Valorizando o sorriso gengival: Relato de caso clínico. **R.Inpeo Odontol.** Cuiabá, v. 2, n. 2, p. 41-56, 2008.

SOUZA, GUILHERME FURLANETO. AUMENTO DE COROA CLÍNICA EM ÁREA ESTÉTICA—RELATO DE CASO. 2014.

TRISTAO, G. C. Espaço biológico: estudo histométrico em periodonto clinicamente normal de humanos. 1992. **ReP**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992. Disponível em <https://repositorio.usp.br/item/000735805>. Acesso em: 05 dez. 2023.

Braz. J. Hea. Rev,Curitiba, v. 3, n. 6, p.16383-16390,nov./dez.2020. ISSN 2595-6825

FALABELLA, Márcio Eduardo Vieira et al. Aumento de coroa clínica—relato de casos clínicos. **Braz J Periodontol-June**, v. 25, n. 02, 2015.

WIDMAN, L (1918). The operative treatment of pyorrhea alveolaris. A new surgical method. **Svensk Tandläkaretidskrift** (reviwed in British Dental Journal) 1, 293, 1920.

Full Dent. Sci. 2014; 6(21):39-44.

Festugatto FE, Daudt FARL, Rosing CK. **Aumento de coroa clínica: comparação de técnicas de diagnóstico de invasão do espaço biológico do periodonto**. Sobrepe, Revista de Periodontia, jan/jun

(SEIXAS *ET AL.*, 2011; PANOSSIAN *ET AL.*, 2010).

TREVISANI, Ragede Siqueira; VON MEUSEL, Dayse Rita Dal Zot. Aumento de coroa clínica em dentes anteriores. **Journal of Oral Investigations**, v. 3, n. 2, p. 19-24, 2015.