

CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL PELA TÉCNICA DA GENGIVECTOMIA – RELATO DE CASO

CORRECTION OF THE GINGIVAL SMILE USING THE GINGIVECTOMY TECHNIQUE – CASE REPORT

Andressa Stadler¹, Daniela Muzon Silva de Andrade¹, Lauro Taques Neto²

1 Aluno do Curso de Odontologia

2 Professor Mestre do Curso de Odontologia

Resumo

Introdução: A exposição exacerbada da gengiva apesar de não ser uma patologia, possui um impacto esteticamente significativo. Sendo de origem multifatorial, para realizar a correção do sorriso gengival através da gengivectomia, é necessário um diagnóstico preciso para o sucesso do procedimento, além de ser fundamental para a associação de técnicas de execução. Buscando um tratamento estético eficaz em casos de erupção passiva alterada, cujo paciente apresenta uma exposição gengival visamos trazer satisfação a pacientes que se submetam a esse procedimento, aumentando o tamanho da coroa clínica e diminuindo a exposição gengival. O conhecimento das estruturas anatômicas, preservação e recuperação do espaço biológico se torna tão importante quanto a quantidade de gengiva e osso a ser removido. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi demonstrar a correção do sorriso gengival pela técnica da gengivectomia..

Materiais e Métodos: O presente estudo relata o caso clínico da paciente B.A.H, 30 anos que compareceu a clínica odontológica com queixa de exposição gengival excessiva ao sorriso espontâneo e de ter um sorriso infantilizado. Ao sorrir, a paciente apresentava exposição gengival e assimetria. Portanto, foi realizada a cirurgia de gengivectomia em bisel interno, osteotomia e osteoplastia. Após a cicatrização parcial do tecido, constatamos excelentes proporções dentárias. **Resultados:** Os resultados alcançados foram extremamente satisfatórios, atingindo as expectativas planejadas. **Conclusão:** Conclui-se que através desta técnica cirúrgica foi possível aumentar o tamanho e forma das coroas dentárias anteriores, trazendo satisfação ao paciente.

Palavras chaves: Sorriso Gengival; Gengivectomia; Gengivoplastia.

Abstract

Introduction: The exaggerated gums exposure, despite not being a pathology, has an aesthetically significant impact. Being of multifactorial origin, to perform the correction of the gummy smile through gingivectomy, an accurate diagnosis is necessary for the success of the procedure, in addition to being fundamental for the combination of execution techniques. Seeking an effective aesthetic treatment in cases of altered passive eruption, where the patient presents gingival exposure, we aim to bring satisfaction to patients who undergo this procedure, increasing the size of the clinical crown and reducing gingival exposure. Knowledge of anatomical structures, preservation and recovery of biological space becomes as important as the amount of gum and bone to be removed. **Objective:** The objective of this work was to demonstrate the correction of the gummy smile using the gingivectomy technique. **Materials and Methods:** The present study reports the clinical case of patient B.A.H, 30 years old, who attended the dental clinic complaining of excessive gingival exposure when smiling spontaneously and having a childlike smile. When smiling, the patient presented gingival exposure and asymmetry. Therefore, internal bevel gingivectomy surgery, osteotomy and osteoplasty were performed. After partial healing of the tissue, we found excellent dental proportions. **Results:** The results obtained were extremely satisfactory, reaching the planned expectations. **Conclusion:** It is concluded that through this surgical technique it was possible to increase the size and shape of the anterior dental crowns, bringing satisfaction to the patient.

Keywords: Gummy smile; Gingivectomy; Gingivoplasty.

Contato: astadler995@gmail.com; danielamuzon@gmail.com; lauroneto15@hotmail.com

Introdução

A amplitude dos benefícios do sorriso vai desde a liberação de serotonina, uma substância antidepressiva relacionada a sentimentos de bem-estar e prazer, até expressão de emoções, sendo um poderoso aliado em diversas relações, seja ela

profissional, social ou afetiva. Capaz de transmitir sem nenhuma palavra, gentileza, carinho, tristeza, calma, força e personalidade, tornou-se um objetivo a ser alcançado, visto que atualmente usam-se sorrisos amplos que expõem também a saúde e o autocuidado (SAADOUN et al., 2022).

Um sorriso harmônico consiste em uma linha convexa formada pelo lábio superior e acompanhada pela linha do lábio inferior. Esta

curva carrega características femininas ou masculinas, de acordo com a sua acentuação, exercendo uma grande importância em relação aos indivíduos. Os incisivos inferiores devem estar localizados abaixo e atrás dos incisivos superiores, que devem possuir uma linha média dentária reta. Além das características estéticas, o sorriso é capaz de influenciar diretamente na linguagem corporal, mesmo sem pronunciar palavra alguma, consegue expressar saúde, autocuidado, felicidade e sucesso trazendo mais aceitação perante a sociedade. O sorriso e o lábio destacam-se perante as comunicações, tornando-se o foco do olhar, sendo assim extremamente importante estes possuírem uma aparência saudável, alinhada, bonita e harmônica (SAADOUN *et al.*, 2022 e MELE *et al.*, 2018)

Considera-se um sorriso gengival quando há ao sorrir uma exposição exacerbada da gengiva, a partir de 2 a 3 mm. Isso pode estar relacionado à estrutura dos lábios, que varia de pessoa para pessoa com base na etnia e pode influenciar a aparência do sorriso, desgaste acentuado dos dentes, contorno dental, altura da gengiva em relação aos dentes (zênite gengival) e formato dos dentes e da estrutura facial (SILBERBERG *et al.*, 2009).

É importante notar que uma linha alta do sorriso não é necessariamente um problema, mas muitas pessoas podem achar que ela é esteticamente significativa (PAVONE *et al.*, 2016). Dentre os diversos fatores que podem ocasionar o sorriso gengival temos a de etiologia periodontal (erupção passiva alterada e crescimento gengival), labial (lábio superior hiper móvel ou curto), esquelética (crescimento vertical excessivo do maxilar e discrepâncias maxilares) e dentária (coroa clínica curta e extrusão dento alveolar), ou combinação multifatorial (MELE *et al.*, 2018).

A correção do sorriso gengival pode ser realizada por meio de intervenções cirúrgicas, através da gengivectomia, cirurgia ortognática ou cirurgia plástica periodontal. No entanto, a escolha do melhor procedimento depende da causa subjacente do sorriso gengival, bem como das características individuais do paciente (PEDRON, 2016; SILVA *et al.*, 2021; ESPÍNDOLA *et al.*, 2021).

Objetivo

O objetivo deste trabalho foi demonstrar a correção do sorriso gengival pela técnica da gengivectomia.

Revisão de literatura

Os milímetros de exposição gengival são usados apenas como referência numérica para avaliar a condição e diferenciar um sorriso gengival de um sorriso alto, mas a abordagem terapêutica dependerá do paciente e de suas terapias

estéticas. (MELE *et al.*, 2018).

ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA (EPA)

Durante o processo de erupção dentária permanente, o tecido gengival migra de forma gradual para a posição coronal mais estável à junção esmalte cimento (JEC), deslocando-se apicalmente até o fim da erupção. Este processo é chamado de erupção passiva.

Neste processo de erupção a migração da gengiva marginal é inadequada, de maneira que a gengiva cubra boa parte da coroa clínica, resultando no encurtamento aparente dos elementos dentários e comprometendo o formato anatômico. Pode ter várias causas, dentre elas traumas ortodônticos, condições endócrinas, presença de osso espesso, interferência oclusal por tecidos moles durante a fase de erupção dos dentes, gengivas fibróticas e espessas e também origem genética.

Classifica a erupção passiva alterada da seguinte forma:



A - Tipo I-A; B - Tipo II-A; C - Tipo II-A; D - Tipo II-B
Fonte: Cirurgia Estética Periodontal, DUARTE, A. Cesário, *pág 20 et al.*, 2003)

Crescimento gengival

O termo crescimento gengival é utilizado para um aumento gengival exacerbado, devido a fatores etiológicos e a alterações patológicas. Segundo Carranza *et al.*, 2016, classifica-se o aumento gengival da seguinte maneira:

A. Aumento Inflamatório:

1. Crônico: causado pela exposição dentária a placa, possui processo lento e indolor, que inicia-se clinicamente por um pequeno abaulamento na papila interdental e na gengiva marginal, pode aumentar de tamanho até recobrir os dentes e ser localizado ou generalizado. Evolui para uma lesão de base sésil ou pediculada semelhante a uma neoplasia e exibe características exsudativas.

2. Agudo: causada por bactérias conduzidas para o interior dos tecidos conduzido por uma substância incorporada ao tecido gengival, de evolução rápida e com sinais flogísticos presentes.

B. Aumento induzido por medicamentos

1. Informações gerais: inicia-se pelo aumento da papila interdental vestibular e lingual, evoluindo para a união da papila interdental e gengiva marginal.

2. Anticonvulsivantes: fármacos compostos fenitoína, hidantoína e seus derivados (etotoína,

mefenitoína), succinimidas (etossuximida, metsuxinimida e ácido valproico. São eles: Dilantin®, Hidantal®, Epelin®, Peganone®, Mesantoin®, Zerontin®, Etoxin®, Celontin®, Depakene®.

3. Imunossuppressores: fármacos com ciclosporina em sua composição, como Sandimmune® e Neoral® utilizados em pacientes transplantados.

4. Bloqueadores do canal de cálcio: fármacos desenvolvidos para alterações cardiovasculares que possuem derivados da di-hidropiridina, benzotiazinina e fenilalquilamina (Norvasc®, Splendil®, Cardene®, Adalat®, Diaflux®, Cardizem® Cordil®, Dilacorone®, Dilacor®).

C. Aumento gengival idiopático: Condição rara de causa indeterminada.

D. Aumentos associados a condições sistêmicas

1. Gravidez: A partir do terceiro trimestre gestacional, a progesterona multiplica cerca de 10 a 30 vezes mais do que durante o ciclo menstrual, além de incluir um aumento da Prevotella intermedia, (agente etiológico de patologias periodontais), devido a alterações da microbiota subgengival que também podem sofrer alterações. Essas mudanças hormonais provocam alterações na permeabilidade vascular, exacerbando a resposta inflamatória devido ao biofilme.

2. Puberdade: ocorre o crescimento em áreas onde há o acúmulo de biofilme, devido a uma resposta inflamatória modificada dos fatores locais, favorecendo assim o acúmulo de biofilme.

3. Deficiência de vitamina C: os sintomas da deficiência da vitamina C, como hemorragia, degeneração do colágeno e edema, modificam a resposta gengival ao biofilme, exagerando a inflamação de paciente com escorbuto.

4. Gengivite plasmocitária: uma ampliação gengival marginal leve que se estende à gengiva inserida e não leva à perda de inserção. Diferença da gengivite induzida por placa por localizar-se apenas na porção vestibular da gengiva inserida.

5. Aumento condicionado inespecífico: uma resposta exacerbada de inflamação presente ao menor trauma. Chamado de granuloma piogênico quando presente em ambos os sexos, e granuloma gravídico quando presente em gestantes. Localiza-se na papila interdental e sangra facilmente.

E. Doenças sistêmicas que causam aumento gengival

1. Leucemia: a leucemia mielocítica pode apresentar-se de forma exacerbada ou uma massa tumoral discreta. Ocorre um crescimento leucêmico com mais frequência na leucemia aguda e subaguda, já na leucemia crônica dificilmente acontece.

2. Doenças granulomatosas: granulomatose de Wegener (patologia rara que acomete lesões granulomatosas no trato respiratório incluindo a cavidade oral e nasal) e sarcoidose (granuloma de

origem desconhecida que acomete qualquer órgão inclusive a gengiva, de aparência lisa e indolor, que surge na segunda ou terceira década de vida).

F. Aumentos neoplásicos (tumores gengivais)

1. Neoplasias benignas: Fibroma, papiloma, lesões periféricas de células gigantes, granuloma central de células gigantes, leucoplasia e cisto gengival.

2. Neoplasias malignas: Carcinoma e melanoma.

G. Falso aumento: É um aumento ósseo ou dental subjacente, onde a gengiva é clinicamente saudável, mas apresenta-se com tamanho alterado devido ao crescimento desses tecidos.

Sua localização e distribuição também possuem classificação, sendo:

A. Localizado: Em apenas um elemento dentário ou um quadrante de dentes;

B. generalizado: Pela gengiva de toda a cavidade oral;

C. marginal: delimitado à gengiva livre;

D. papilar: delimitado à papila interdental;

E. difuso: engloba gengiva livre e sua continuidade e papila interdental;

F. discreto: hiperplasia de base sésil ou pediculada semelhante a uma neoplasia maligna.

Também podemos classificá-lo em:

A. Grau 0: ausência de hiperplasia gengival;

B. grau 1: hiperplasia delimitada à papila interdental;

C. grau 2: hiperplasia englobando a papila e a gengiva livre;

D. grau 3: hiperplasia que reveste três quartos da coroa.

Lábio superior hipermóvel

O termo "lábio superior hipermóvel" refere-se a uma condição em que o lábio superior apresenta uma hiperatividade do músculo elevador do lábio superior ou movimento descontrolado do mesmo. Isso pode ser causado por uma variedade de fatores, como fraqueza muscular, lesões nos nervos neurológicos ou até mesmo condições neurológicas subjacentes (PARENTE et al., 2021).

A paralisia facial, que ocorre quando o nervo facial está danificado ou comprometido. Isso pode levar a uma perda de controle muscular no lábio superior, sofrido em exercícios excessivos ou descoordenados (PARENTE et al., 2021).

Hábitos, como chupar o dedo ou morder o lábio, podem levar a um lábio superior hipermóvel, causando tensão e enfraquecimento dos músculos ao redor do lábio, levando a um movimento maior ou flacidez (PARENTE et al., 2021).

Crescimento vertical excessivo da maxila

O crescimento vertical excessivo do maxilar anterior (CVEMA) é uma condição específica em que o crescimento ósseo da região anterior da mandíbula é aumentado verticalmente, ocorrendo em um sorriso gengival. A linha alta do

sorriso dento-alveolar (esquelética) ocorre devido a uma protuberância excessiva ou crescimento vertical da mandíbula ou maxila, fazendo com que a gengiva fique mais exposta durante o sorriso (PAVONE et al., 2016).

Ao dividir a face em terços durante o exame clínico, considera-se o CVEMA quando o terço inferior da face é maior quando comparado aos outros dois terços. Como resultado do aumento da distância esquelética entre a base maxilar e os dentes temos um rosto alongado com excesso de gengiva amostra (LIMA et al., 2017)

Discrepâncias maxilares

A discrepância de maxilares refere-se a uma condição em que há uma diferença significativa entre o tamanho, posição ou forma dos maxilares superior e inferior. Essa condição pode levar a problemas funcionais e estéticos, afetando a mordida, a fala e a aparência facial (COUTINHO et al., 2005).

Existem vários tipos de discrepâncias maxilares, como:

- A. Mordida Cruzada
- B. Sobremordida

Extrusão de incisivos

A extrusão dos incisivos é um procedimento odontológico que envolve o reposicionamento de um ou mais dentes incisivos superiores ou inferiores para fora da gengiva (SILVEIRA et al., 2014).

Embora a origem de pacientes em Classe II (Angle) nem sempre esteja relacionada a alterações esqueléticas, é muito comum que haja a extrusão dos incisivos posteriores em casos de overjet, tendo assim uma exposição gengival maior. Para uma melhor classificação, classificamos em:

- Grau I: exposição de 2 a 4 mm de gengiva ao sorrir.
- Grau II: exposição de 4 a 8 mm de gengiva ao sorrir.
- Grau III: exposição acima de 8 mm gengival ao sorrir (LIMA et al., 2017).

DIAGNÓSTICO
O diagnóstico correto do sorriso gengival envolve a avaliação do nível da gengiva em relação aos dentes e a identificação das causas subjacentes. Fatores como sexo, idade e saúde periodontal do paciente também devem ser considerados.

Erupção passiva alterada

Seu diagnóstico se dá através da distância da margem gengival até a JEC, sendo medida com uma sonda periodontal milimetrada. Em situações normais, essa distância varia de 0,5 a 2 mm, já em casos de erupção passiva alterada essa distância é de 3 mm ou mais (LIMA et al., 2017).

Tratamento

Existem várias opções de tratamento para reduzir o sorriso gengival, incluindo gingivectomia

(remoção cirúrgica da gengiva), redução tecidual, cirurgia óssea, indução à erupção dental e posicionamento apical de retalhos. No caso da região anterior, a remodelação cosmética, que envolve técnicas cirúrgicas para melhorar a estética do sorriso, tem se mostrado eficaz, rápida, previsível e com custo relativamente baixo.

Materiais e Métodos

Este estudo relata o caso da paciente, B.A.H, 30 anos, sexo feminino, compareceu a clínica do CESCAGE com a queixa de “dentes pequenos”. Ao realizar o exame clínico, nos relatou não fazer uso de medicamentos controlados nem possuir alterações sistêmicas.

Foi identificada a presença de cálculo na região palatina dos anterossuperiores e inferiores (principalmente na região da contenção inferior), com acúmulo de biofilme generalizado e gengivite. Foi verificada exposição gengival de 2 mm, assimetria dos dentes anterossuperiores em relação a gengiva - dente.

Antes de iniciar o diagnóstico e planejamento, foi realizada a adequação do meio, com raspagem e alisamento radicular manual nos dentes ântero superiores e inferiores, profilaxia com pedra pomes e orientação adequada de higiene oral a fim de devolvermos a saúde gengival e oral.

Observou-se a assimetria do zênite incisivos centrais e laterais, e um excesso de exposição maior nos laterais do que nos centrais (figura 1). Ao avaliar as posições ideais de zênite, observou-se assimetria do contorno gengival (figura 2). Também foi verificado a condição da aparência gengival em 45° (figura 3 e 4).



Figura 1: Aspecto inicial do sorriso espontâneo.

(Fonte: Os autores, 2023)



Figura 2: Zênite dos anterossuperiores

(Fonte: Os autores, 2023.)



Figura 3: Foto inicial em 45° do lado direito.

(Fonte: Os autores, 2023)



Figura 4: Foto inicial em 45° do lado esquerdo.

(Fonte: Os autores, 2023)

Mediu-se com uma sonda periodontal Carolina do Norte N-15 o tamanho da coroa do incisivo central. O incisivo central apresentava 9 mm de largura e 10 mm de altura (figura 5 e 6).



Figura 5: Distância cérvico-incisal do elemento 11.

(Fonte: Os autores, 2023)



Figura 6: Distância médio-distal do elemento 11.

(Fonte: Os autores, 2023)

Após o diagnóstico de sorriso gengival, traçou-se um plano de tratamento onde com a técnica da gengivectomia a fim de corrigir a assimetria e reduzir a exposição gengival. Foi realizado um plano de tratamento juntamente à paciente onde optou-se pela cirurgia de correção do sorriso gengival (gengivectomia) para remoção da faixa de gengiva em excesso e melhor exposição dentária.

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi devidamente esclarecido e assinado pela paciente.

Previamente a cirurgia a paciente recebeu 15 ml de clorexidina 0,12% (PerioGard-Colgate®, São Bernardo do Campo, São Paulo-SP, Brasil) para bochecho. Com uma gaze imersa em PVPI realizamos a limpeza ao redor da cavidade oral (lábios e pele próxima aos lábios), de dentro para fora. Iniciou-se o procedimento cirúrgico secando bem a mucosa e aplicando anestésico tópico gel Benzotop 20% (Nova DFL, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) por 2 minutos e em seguida realizou-se anestesia local pela técnica infiltrativa com articaina a 4% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) do elemento 13 ao 23 (figura 7).



Figura 7: Aspecto pré-operatório após anestesia. (Fonte: Os autores, 2023)

Com a sonda periodontal demarcou-se os pontos sangrantes, para termos um guia de incisão cirúrgica e com um medidor de proporcionalidade Chu confirmamos os pontos sangrantes marcados (figura 8).



Figura 8: Pontos sangrantes. (Fonte: Os autores 2023)

Inicia-se então a gengivectomia onde com um cabo de bisturi e lâmina 15, em bisel interno exatamente no ponto sangrante de cada elemento e remove-se o excesso de gengiva e dando contorno a cada dente. Utiliza-se para a gengivoplastia uma micro-tesoura castroviejo de 12 mm dando assim acabamento ao contorno gengival e ao zênite de cada elemento. Iniciou-se pelos elementos 11 e 21, logo em seguida 12 e 22, para garantir que os incisivos laterais sejam 1mm menores que os incisivos centrais e caninos, formando um triângulo invertido (figura 9).

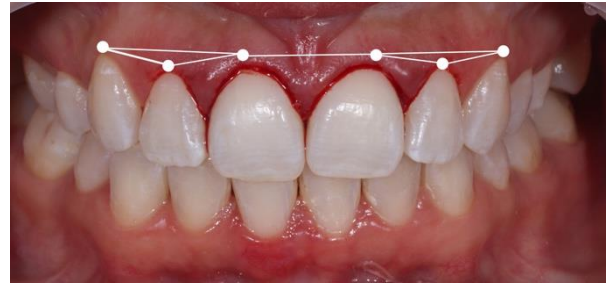


Figura 9: Contorno gengival e zênite. (Fonte: Os autores, 2023)

Após a conclusão da gengivoplastia foi realizada a incisão intra-sulcular de elemento 13 ao 23, para em seguida realizar o afastamento total do retalho com um descolador tipo molt duplo nº 2-4. Foi observada a distância entre a crista óssea e a junção cimento-esmalte) de 1,5cm (Figura 10), havendo necessidade de osteotomia e osteoplastia para estabelecer a distância biológica adequada de aproximadamente 3 mm.



Figura 10: Exposição óssea após retalho rebatido. (Fonte: Os autores, 2023)

Prossegue-se com uma fresa cirúrgica 1018 HL em alta rotação para redução de excesso de osso maxilar vestibular e uma fresa 2173 para reestabelecer a distância biológica de aproximadamente 3 mm dos elementos dentários 11, 12, 21 e 22 (Figura 11 e 12).



Figura 11: Espaço biológico a ser reestabelecido. (Fonte: Os autores, 2023.)



Figura 12: Aspecto após osteotomia e osteoplastia. (Fonte: Os autores, 2023)

Concluído a osteotomia e a osteoplastia, reposiciona-se o tecido gengival no lugar de origem e com o auxílio de uma pinça porta agulha castroviejo curva com wídea, e um fio de sutura de nylon 5.0 com agulha atraumática de 1,5 cm e curvatura $\frac{1}{2}$ (Shalon Medical®, São Luís de Montes Belos, Goiás-GO, Brasil) sutura-se das papilas interdentais com sutura suspensória, finalizando as suturas por vestibular para maior conforto pós-operatório. Notou-se imediatamente uma diferença significativa do contorno da anatomia e o aumento das coroas (Figura 13).



Figura 13: Aspecto final após sutura do tecido. (Fonte: Os autores, 2023.)

Para analgesia foi prescrito dipirona sódica 500mg de 8 em 8 horas por 3 dias, para higienização bochecho com digluconato de clorexidina 0,12% por 5 dias, higienização com escova macia a partir do 4º dia e retorno agendado para remoção dos pontos em 7 dias.

Passado o período pós-operatório a paciente compareceu novamente a clínica para retirada da sutura, onde relatou um pós-operatório tranquilo e sem dor.

Em 15 dias realizou-se novo acompanhamento para obter um resultado adequado para registro, após cicatrização (figura 14, 15, 16 e 17).



Figura 14: Resultado após 15 dias pós-operatórios. (Fonte: Os autores, 2023)



Figura 15: Resultado após 15 dias pós-operatórios. (Fonte: Os autores, 2023)



Figura 16: Sorriso autêntico/ involuntário. (Fonte: Os autores, 2023)



Figura 17: Sorriso social.

(Fonte: Os autores, 2023)

Resultados e Discussão

O resultado obtido neste caso clínico mostrou-se extremamente satisfatório. A erupção passiva alterada como diagnóstico requer um aumento coronário para sua correção, o qual foi corrigido com gengivectomia e osteotomia/osteoplastia, removendo diferentes espessuras de gengiva devido assimetria individual de cada elemento dentário, além de terem sido sanadas as queixas iniciais da paciente após esta intervenção. Devolveu-se a anatomia ideal de cada elemento e corrigiu-se a linha do sorriso, tornando o seu sorriso espontâneo sem a exposição gengival.

Há diversos receptores sensoriais próximo ao rosto que o torna um portal de entrada e saída entre a interioridade e o meio. Os movimentos faciais são produzidos através de sensações, estímulos que vão do cérebro ao rosto sem passar pela medula espinhal, permitindo transferir fatos psíquicos simultaneamente aos físicos. Em outras palavras, a fisionomia é uma fonte riquíssima de cognição do ser humano com o ambiente externo (NETO *et al.*, 2017).

Temos a capacidade de sermos vistos e nos ver através de um espelho e isso tem efeito dentro de nós mesmos, podendo cada alteração externa ser capaz de afetar nosso psicológico e influir diretamente no comportamento em relação ao mundo externo (LEITE *et al.*, 2021).

A ativação das nossas estruturas físicas gera além de uma visão externa positiva projetada a felicidade dentro de sua realidade, demonstrando uma atitude ativa e confiante, sentindo-se assim melhor do que antes. De forma inversa pode ter um efeito negativo individualmente em todos os âmbitos (PAOLUCCI *et al.* 2011).

Nosso cérebro busca inconscientemente o belo, independente de nossa vontade ele deseja coisas belas e atrai-se por elas. Quanto mais atraente um objeto, mais ele será observado e interessante. Existem vários estudos que demonstram que o cérebro tem a capacidade de calcular inconscientemente as proporções de um

objeto, suas dimensões e sua harmonia, sendo capaz de identificar quando a matemática é ou não interessante e dessa forma desejar ou refutar objeto ou não. (PAOLUCCI *et al.* 2011).

O visagismo através das formas coloca em sintonia as características da personalidade do paciente e suas estruturas, e o utilizamos na arquitetura do sorriso buscando externalizar suas características pessoais internas, melhorando assim suas relações interpessoais e sua qualidade de vida (PAOLUCCI *et al.* 2011).

Atualmente é muito mais importante pensar em um caso clínico é “no que fazer” do que “como fazer”, visto as habilidades dos cirurgiões dentistas, pois deve-se saber quais as expectativas do paciente por traz daquela boca para de fato conseguirmos superar as expectativas. (PAOLUCCI *et al.* 2011).

Para uma pessoa ser confiante, ele necessita ter uma dentição alinhada, íntegra e sem falhas e sem grandes desgastes. Dentes pequenos e sem proeminência prejudicam a capacidade de se impor. Em todos os trabalhos relacionados a visagismo, foi constatado que uma pessoa não sustenta uma imagem que a destaca se houver algum problema nos dentes. (PAOLUCCI *et al.* 2011).

Conclusão:

Conclui-se que a correção gengival não apenas proporciona um aumento coronário sem comprometer a integridade dentária, mas também se revela uma alternativa economicamente viável. Ao remover o excesso de gengiva e restabelecer o espaço biológico natural, alcançamos não apenas a estética desejada, mas também um equilíbrio entre eficácia clínica e acessibilidade financeira para o paciente.

Relacionado ao visagismo, modificamos não apenas a forma com a qual o mundo olha a paciente, mas a forma com a qual olha a si mesma, exalando autoconfiança e alegria. O conjunto do terço inferior, lábio, mento e elementos dentários, expressam autoridade, força temperamental e sensualidade (lábios); e confiança e maturidade (elementos dentários proeminentes e alinhados).

Agradecimentos:

Agradecemos primeiramente a Deus, por nos presentear com o dom da vida e nos dar força e amparo durante essa caminhada. A todos que nos acompanharam, deram apoio e suporte nos momentos mais difíceis. Aos nossos professores do curso de graduação, especialmente ao professor Lauro Taques Neto, que foi o inspirador e orientador desse projeto, passando além de seus conhecimentos o seu amor pela profissão.

Referências:

COUTINHO, PAULO *et al.* Tratamento das discrepâncias maxilomandibulares transversas através da osteotomia da linha média mandibular para contração. Tratamento das discrepâncias maxilomandibulares transversas através da osteotomia da linha média mandibular para contração, [s. l.], 30 maio 2005. Disponível em: <http://www.moroortodontia.com.br/leitura/contracaonamandibula.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2023.

ESPÍNDOLA, L. C. P., FAGUNDES, D. dos S., Lima, V. H. S. de, & Moreira, T. R. M. dos R. (2021). Etiology and diagnosis of gummy smile - Literature review. *Research, Society and Development*, 10,17, e223101724798.

LEITE, LUIS GUSTAVO MORATO *et al.* Gengivoplastia: o que é, quem pode fazer e como é a cirurgia. Gengivoplastia: o que é, quem pode fazer e como é a cirurgia., [s. l.], 15 fev. 2021. Disponível em: <http://luisgustavoleite.com.br/blog/gengivoplastia-o-que-e-quem-pode-fazer-e-como-e-a-cirurgia/>. Acesso em: 9 jun. 2023.

LIMA, Sérgio Aguiar de. ESTUDO SOBRE EXCESSIVA MOSTRA GENGIVAL. ESTUDO SOBRE EXCESSIVA MOSTRA GENGIVAL, [s. l.], 6 jun. 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ODON-AX9PKG/1/monografia___sergio_aguiar_de_lima.pdf. Acesso em: 12 jun. 2023.

MELE M, Felice P, SharmaP, MazzotiC, Bellone P, Zucchelli G. Esthetic treatment of altered passive eruption. *Periodontol* 2000. 2018 Jun; 77(1): 65-83 doi: 10.1111/prd.12206.

NETO, JOSÉ SANI *et al.* Cirurgia Periodontal Básica. Cirurgia Periodontal Básica, [s. l.], 26 set. 2017. Disponível em: <https://www.periclinic.com.br/single-post/2017/09/26/cirurgia-periodontal-basica>. Acesso em: 9 jun. 2023.

PAOLUCCI, Braulio. Visagismo a arte de personalizar o desenho do sorriso. [S. l.: s. n.], 2011. v. 1. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/447678153/Visagismo-Paulocci-pdf#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

PARENTE, Eduardo. O SORRISO GENGIVAL TEM SOLUÇÃO?. SORRISO GENGIVAL TEM SOLUÇÃO?, [s. l.], 18 jun. 2021. Disponível em: <https://www.dreduardoparente.com.br/sorriso-gengival-tem-solucao/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

PAVONE AF, Ghassemian M, Verardi S. Gummy Smile and Short Tooth Syndrome–Part1:Etiopathogenesis, classification, and Diagnostic Guidelines. *ompend Contin Educ Dent*. 2016 Feb; 37(2):102-7; quiz 108-10.

PEDRON, I. G. (2016). Harmonização da Estética Dentogengivofacial. *Clín. Int. J. Braz. Dent*, 12(12),150-155.

SAADOUN, Andre P. Integração periodontal, funcional e estética dos tecidos moles peri-implantares: conceito WHS. *Journal of Oral Implantology* , v. 48, n. 1, pág. S1-S8, 2022.

SILBERBERG, N., Goldstein, M., & Smidt, A. (2009). Excessive gingival display--etiology, diagnosis, and treatment modalities. *Quintessence international* (Berlin, Germany), 40(10), 809–818.

SILVA, H. F. V., Leite, R. B., Oliveira, M. S. G de., Leite, J. V. C., Felismino, C. M. de O., Cruz, M. E. de A., Santos, A., Gusmão, G.P., & Lima, L. N. C. (2021). Avaliação de diferentes técnicas para correção do sorriso gengival: Revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 10(5), e54510515092- e54510515092

SILVEIRA, Luiz F. M. *et al.* Extrusão ortodôntica e realinhamento do espaço biológico em pré-molar com fratura subgengival. Extrusão ortodôntica e realinhamento do espaço biológico em pré-molar com fratura subgengival, [s. l.], 7 abr. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/astad/Downloads/774-Texto%20Principal-5029-1-10-20150312%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/astad/Downloads/774-Texto%20Principal-5029-1-10-20150312%20(1).pdf). Acesso em: 11 jun. 2023.