

## **CORREÇÃO CIRÚRGICA DO SORRISO GENGIVAL EM PACIENTE COM FENÓTIPO PERIODONTAL ESPESSO E ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA TIPO I B: RELATO DE CASO CLÍNICO**

CARLA JULIANE VEGNER<sup>1</sup>; FELIPE AUGUSTO KRAVCHENKO CARDOSO<sup>2</sup>;  
RODRIGO KÖNSGEN ROSSALES<sup>3</sup>; THIAGO MARCHI MARTINS<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Faculdade de Odontologia – UFPEL – carlajuliane483@gmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Odontologia – UFPEL – felipekcardoso@hotmail.com

<sup>3</sup> Faculdade de Odontologia – UFPEL – rodrigokonsgen@gmail.com

<sup>4</sup> Faculdade de Odontologia – UFPEL – thiagoperio@yahoo.com.br

### **1. INTRODUÇÃO**

O sorriso gengival é uma condição caracterizada pela exposição excessiva do tecido gengival durante o sorriso, resultando em impacto estético e psicossocial significativo para os pacientes (TARNOW; MAGNER; FLETCHER, 1992). Diversos fatores etiológicos podem estar associados, como a erupção passiva alterada (EPA), discrepâncias esqueléticas e hipertrofias gengivais (KOKICH, 1996). A literatura aponta que, em casos de EPA, o tratamento cirúrgico com gengivectomia ou retalho reposicionado apical associado a osteotomia/osteoplastia é eficaz para restabelecer a harmonia estética e funcional (ALHUMAIDAN et al., 2022).

A exposição gengival aumentada, definida pela visualização de uma faixa superior a 3 mm de gengiva maxilar durante o sorriso, constitui uma condição esteticamente desfavorável (CARVALHO et al., 2016). Em indivíduos com fenótipo gengival espesso, observa-se, em determinadas regiões interproximais, o acúmulo excessivo de tecido gengival. Mediante intervenções cirúrgicas periodontais, é possível restabelecer a harmonia do contorno gengival, conferindo maior equilíbrio e atratividade ao sorriso (ESCOBAR et al., 2023).

A EPA pode ser categorizada em quatro grupos, considerando-se a relação entre a junção cimento-esmalte (JCE) e a crista óssea alveolar (COSLET et al., 1977). Essa classificação é subdividida em Tipos I e II e em categorias A e B. No Tipo I, a junção mucogengival encontra-se posicionada apicalmente em relação tanto à JCE quanto à crista óssea alveolar. No Tipo II, a junção mucogengival está localizada ao nível da crista óssea alveolar. Complementarmente, a categorização em Tipo A ocorre quando a distância entre a crista óssea alveolar e a JCE é superior a 2 mm, enquanto o Tipo B é definido pela proximidade dessa distância, inferior a 2 mm (COSLET et al., 1977).

Este relato de caso clínico tem por objetivo descrever os procedimentos envolvidos na correção cirúrgica do sorriso gengival em paciente com fenótipo periodontal espesso, EPA tipo IB, com acompanhamento de 12 meses.

### **2. METODOLOGIA**

O paciente procurou a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas com o objetivo de melhorar a estética do seu sorriso. O caso foi relatado seguindo as diretrizes CARE (Case Report), foi submetido e apreciado pelo comitê de ética da Faculdade de Odontologia sob número 90472725.6.0000.5318. Para planejamento do tratamento deste caso clínico, realizou-se anamnese, exame clínico e exame de imagem complementares (Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico - TCFC com uso de afastador labial para avaliação da espessura e altura do osso vestibular em relação a junção cimento –esmalte dos dentes, e espessura gengival na região maxilar).

Através dos exames clínicos e de imagem foi possível diagnosticar a presença de EPA tipo I B e fenótipo periodontal espesso, com presença de exostoses pronunciadas na tábua óssea vestibular entre os dentes 16 e 26. Além disso, as coroas clínicas dos dentes anteriores superiores eram pequenas, com significativa exposição gengival durante o sorriso, incomodando o paciente. A opção de tratamento escolhida foi a abordagem cirúrgica tradicional, com marcação de pontos sangrantes e sondagem óssea, gengivectomia em bisel interno, com retalho de espessura total para permitir tanto a realização de osteotomia como de osteoplastia (ALHUMAIDAN et al., 2022). A avaliação do resultado estético e funcional planejado foi verificado através de consultas de acompanhamentos, sendo necessário uma segunda intervenção cirúrgica para pequenas correções de volume gengivais e papilares, a qual foi realizada em torno de 9 meses após a primeira cirurgia.

### **3. RELATOS E IMPACTOS GERADOS**

A utilização da TCFC com afastador labial foi determinante para o correto diagnóstico e planejamento, permitindo identificar a posição da junção cimento-esmalte e orientar a extensão da gengivectomia e da osteotomia. Essa técnica, descrita por Januário et al. (2008), possibilita a visualização detalhada da margem gengival, da crista óssea e da JCE, aumentando a previsibilidade do planejamento cirúrgico. O procedimento cirúrgico, realizado com retalho em espessura total associado a osteotomia e osteoplastia, possibilitou o acesso direto às exostoses e ao osso interdental, favorecendo a criação de sulcos de escape para as papilas gengivais e resultando em maior harmonia estética do sorriso (VELOSO et al., 2023).

A manutenção das cristas ósseas alveolares a aproximadamente 3 mm do novo nível dos zênites gengivais garantiu o restabelecimento do espaço supracrestal, fundamental para a integridade do periodonto e para a estabilidade da margem gengival após a cicatrização (GARGIULIO et al., 1961; RIBEIRO et al., 2014; DYM et al., 2020). Devido ao fenótipo periodontal espesso, foi necessária uma segunda abordagem cirúrgica restrita aos tecidos moles a fim de corrigir pequenos ajustes de excesso de volume gengivais e papilares. A plastia gengival realizada na segunda intervenção tratou-se de um procedimento minimamente invasivo, de rápida recuperação para o paciente, e representou a otimização dos resultados funcionais e estéticos.

Em três meses após a segunda intervenção cirúrgica e 12 meses da primeira cirurgia, foi feito o último acompanhamento do caso até o presente momento. O paciente relatou extrema satisfação com o resultado obtido, marcando o sucesso do tratamento realizado

### **4. CONSIDERAÇÕES**

Diante dos achados obtidos, pode-se concluir que, após 12 meses de acompanhamento pós-operatório, a abordagem terapêutica proposta mostrou-se eficaz no manejo do sorriso gengival em paciente com fenótipo periodontal espesso e erupção passiva alterada Tipo I B, apesar da necessidade de duas intervenções cirúrgicas devido à complexidade do caso. O protocolo empregado demonstrou previsibilidade e estabilidade em longo prazo, atribuídas às osteotomias e osteoplastias realizadas, as quais minimizaram o risco de recidiva. Ademais, os objetivos estéticos foram plenamente atingidos, refletindo-se em elevado grau de satisfação por parte do paciente em relação ao resultado de seu sorriso.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KRAVCHENKO, Felipe. **Correção Cirúrgica do Sorriso Gengival em Paciente com Fenótipo Periodontal Espesso e Erupção Passiva Alterada Tipo I B: Relato de Caso Clínico**. 2025. 48p. Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia – Graduação em Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2025.

TARNOW, D. P.; MAGNER, A. W.; FLETCHER, P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. **Journal of Periodontology**, v. 63, n. 12, p. 995–996, 1992.

KOKICH, V. G. Esthetics: the orthodontic-periodontic restorative connection. **Seminars in Orthodontics**, v. 2, n. 1, p. 21–30, 1996.

GARGIULO, A. W.; WENTZ, F. M.; ORBAN, B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. **Journal of Periodontology**, v. 32, n. 3, p. 261–267, 1961. DOI: <https://doi.org/10.1902/jop.1961.32.3.261>. Acesso em: Agosto, 2025.

CARVALHO, Cássio Volponi et al. Espaço Biológico: Conceito Chave para Estética e Saúde Gengival em Procedimentos Restauradores. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v.1, n.1, p.21-31, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.20432/prd20>. Acesso em: Agosto, 2025

ALHUMAIDAN, A.; AL-QARNI, F.; ALSHARIEF, M.; ALSHAMMASI, B.; ALBASRY, Z. Surgical guides for esthetic crown lengthening procedures: periodontal and prosthetic aspects. **Journal of the American Dental Association**, v. 153, n. 1, p. 31–38, jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2021.07.005>. Acesso em: Agosto, 2025

ESCOBAR. K. G.; DE OLIVEIRA. E; CHAVES; DAMIN G. B.; GOMES E. W. B.; FREITAS B. O.; NUNES E. V; HOLANDA T. A.; MARTINS T. M. Different managements for surgical approaches in the aesthetic and functional treatment of type IB altered passive eruption. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, [S. l.], v.20, n.2, p.450–06,2023. DOI: 10.21726/rsbo.v20i2.2125. Disponível em: <https://periodicos.univille.br/RSBO/article/view/2125>. Acesso em: Agosto, 2025

JANUÁRIO, A. L.; BARRIVIEIRA, M.; DUARTE, W. R. Soft tissue cone-beam computed tomography: a novel method for the measurement of gingival tissue and the dimensions of the dentogingival unit. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 20, n. 6, p. 366–374, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1708-8240.2008.00210.x>. Acesso em: Agosto, 2025.

COSLET, J. G.; VANARSDALL, R. L.; WEISGOLD, A. S. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. **Alpha Omegan**, v. 70, n. 3, p. 24–28, 1977.

DYM, H.; PIERRE, R. Diagnosis and treatment approaches to a “gummy smile”. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, v. 64, n. 2, p. 341–349, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.12.003>. Acesso em : Agosto, 2025.

VELOSO, C. de S.; LEAL, I. de C.; ELOY, V. S.; TEIXEIRA, S. O. M.; FREITAS, L. M. S. Correção do sorriso gengival por gengivectomia associada a osteotomia e osteoplastia: um relato de caso. **Brazilian Journal of Case Reports**, v. 3, n. Suppl. 9, p. 20, 2023. Relato de caso clínico (Especialização em Odontologia). DOI: <https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2023.3.Suppl.9.20>. Acesso em: Agosto, 2025.