

Periodontia, Estética Orofacial e o Tratamento Multidisciplinar do Sorriso Gengival: Relato de Caso

Periodontics, Orofacial Esthetics and the Multidisciplinary Treatment of Gummy Smile: Case Report

Christiane Mayara Couto Louzada Neves Silva¹, Andrea Damas Tedesco², Davi da Silva Barbirato³, Mariana Fampa Fogacci³

¹Acadêmica de Odontologia – Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA), ²Professora, Doutora – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ³Professor, Pós-Doutorado – Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA)

RESUMO

Introdução: O sorriso gengival, ocorre durante a fala ou sorriso espontâneo, quando há aparência de mais de três milímetros de gengiva, tornando-se desarmoniosa a relação entre a proporção de dentes, lábios e gengivas. Nesses casos, o tratamento seria o aumento de coroa clínica, seguido ou não de aplicação de toxina botulínica do tipo A, dependendo do diagnóstico. Ferramentas como o Planejamento Digital do Sorriso e a Tomografia Computadorizada Cone Beam com afastadores labiais, são recursos atuais que possibilitam um bom e completo planejamento dos casos de sorriso gengival. Associando-se ambas as técnicas para o planejamento, o tratamento de correção do sorriso gengival torna-se mais simples e previsível. **Objetivos:** A presente pesquisa teve por objetivo reportar um caso clínico de sorriso gengival de etiologia múltipla, em que o planejamento e o tratamento foram multidisciplinares. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 19 anos de idade, compareceu à Clínica de Odontologia da Faculdades Integradas Aparício Carvalho – FIMCA, com queixa de sorriso gengival, e desproporção de tamanho das coroas dos incisivos centrais superiores. Foram realizados anamnese, exame clínico e exame periodontal, tomografia computadorizada e planejamento digital do sorriso. Após minucioso planejamento foi indicada a cirurgia de aumento de coroa clínica e a aplicação de toxina botulínica. Paciente, relatou satisfação pelo tratamento e novo sorriso. **Conclusão:** Quando se trata de estética do sorriso, é essencial um bom planejamento. O Planejamento Digital e a Tomografia Computadorizada Cone Beam com afastadores labiais são ferramentas fundamentais para os casos de sorriso gengival. Optar pelo tratamento multidisciplinar, avaliando a estética orofacial será sempre mais seguro e com resultados precisos, previsíveis e satisfatórios.

Palavras-chave: Sorriso. Gengivectomia. Aumento da Coroa Clínica. Toxinas Botulínicas Tipo A. Hiperplasia Gengival.

ABSTRACT

Introduction: The gummy smile, occurs during speech or spontaneous smile, when there is appearance of more than three millimeters of gingiva, making disharmonious the relation between the proportion of teeth, lips and gums. In these cases, the treatment would be the clinical crown increase, followed or not by the application of botulinum toxin type A, depending on the diagnosis. Tools such as Digital Smile Design and Cone Beam Computed Tomography with lip retractors are current features that enable good and complete planning of gummy smile cases. By associating both techniques in the planning, gingival smile correction treatment becomes simpler and predictable. **Objectives:** The present study aimed to report a clinical case of gummy smile of multiple etiology, in which planning and treatment were multidisciplinary. **Case Report:** A 19-year-old female patient attended the Dental Clinic of Faculdades Integradas Aparício Carvalho - FIMCA, with complaint of gummy smile, and disproportion of crown size of the upper central incisors. Anamnesis, clinical examination and periodontal examination, computed tomography and digital smile planning were performed. After careful planning, clinical crown augmentation surgery and the application of botulinum toxin were instituted. Patient reported satisfaction with treatment and new smile. **Conclusion:** When it comes to smile aesthetics, good planning is essential. Digital Smile Design and Cone Beam Computed Tomography with lip retractors are fundamental tools for gingival smile cases. Opting for multidisciplinary treatment, evaluating orofacial aesthetics will always be safer and will bring accurate, predictable and satisfactory results.

Key words: Smiling. Gingivectomy. Crown Lengthening. Botulinum Toxins, Type A. Gingival Hyperplasia

INTRODUÇÃO

O sorriso nos revela de forma espontânea a alma e a felicidade das pessoas. Por isso, a busca pelo sorriso harmonioso é um dos principais motivos que levam os pacientes ao consultório odontológico. É um grande desafio para os

profissionais, por exigir habilidade técnica e sentido estético, além do conhecimento de diversos parâmetros anatômicos, funcionais e sociais (MONDELLI, 2003). Durante conversas e sorrisos espontâneos, são notadas três principais

estruturas bucais: os dentes, os lábios e as gengivas. Quando essas estruturas se encontram em equilíbrio, temos a harmonia do sorriso. Entretanto, se houver discrepância dessas estruturas, podemos ter anomalias. Nos casos em que há exposição da gengiva maior que três milímetros durante o sorriso espontâneo, temos uma condição de sorriso gengival (TJAN, MILLER e JOSEPHINE, 1984).

O sorriso gengival é considerado uma das principais queixas estéticas dos pacientes. Quando necessária a correção, a terapia mais frequentemente indicada é cirúrgica, chamada aumento de coroa clínica (gengivectomia e/ou gengivoplastia). Seu principal objetivo é aumentar a coroa clínica dos dentes, reduzindo a faixa de gengiva em excesso (ROBBINS, 1999; LINDHE, 2010; CARRANZA, 2016).

Existem diversas etiologias e tratamentos do sorriso gengival, sendo necessário um correto diagnóstico para se obter a melhor estratégia de tratamento. Realizar um minucioso planejamento dos casos de sorriso gengival, facilitará o desempenho do cirurgião-dentista. Para isso, ferramentas que auxiliam o planejamento, como o Digital Smile Design (DSD), tem sido indispensável nos casos de procedimentos estéticos do sorriso (FERNANDES, CHAVES e FERREIRA, 2014).

Criada pelo Dr. Christan Coachman, cirurgião-dentista e ceramista, a técnica é simples e não exige equipamentos ou softwares especiais. Por meio do DSD, análises dentofaciais podem ser realizadas, avaliando individualmente cada paciente (COACHMAN e CALAMITA, 2012). Para melhor visualização e análise das estruturas moles

presentes na cavidade oral, está indicada a técnica radiográfica modificada, Soft Tissue – Cone Beam Computed Tomography (ST-CBCT) (JANUÁRIO, BARRIVIEIRA e DUARTE, 2008). Tanto o DSD quanto a tomografia computadorizada cone beam com afastadores labiais são recursos importantes para um bom planejamento, em caso de sorriso gengival com tratamento cirúrgico.

A toxina botulínica do tipo A está indicada para tratamento do sorriso gengival, principalmente em casos de hiperatividade do lábio superior. Sua função é bloquear a liberação da acetilcolina, inibindo a atividade muscular responsável pelo sorriso. Após a aplicação da toxina botulínica, a linha do sorriso posiciona-se mais baixa que o normal, expondo menos faixa de gengiva inserida durante a fala e o sorriso (TJAN, MILLER e JOSEPHINE, 1984; ROBBINS, 1999; JOLY, CARVALHO, SILVA, 2010).

Em casos de múltiplas etiologias, o diagnóstico, e o planejamento seguem o mesmo protocolo, porém, no tratamento se associa as duas técnicas, aumento de coroa clínica e aplicação de toxina botulínica tipo A, sendo esses os tratamentos mais frequentemente realizados em consultórios odontológicos (ZARONE et al., 2017).

Este estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de sorriso gengival de etiologia múltipla, em que o planejamento e o tratamento foram multidisciplinares.

RELATO DO CASO

Paciente leucoderma, do gênero feminino, 19 anos de idade, compareceu à Clínica de Odontologia da Faculdades Integradas Aparício Carvalho – FIMCA,

com queixa de sorriso gengival, e desproporção de tamanho das coroas dos incisivos centrais superiores (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Aparência maior do que três milímetros da gengiva, assimetria nasal e labial.



Figura 2. Discrepância das coroas clínicas dos incisivos centrais superiores.

Clinicamente a paciente apresentou moderada discrepância anatômica entre o comprimento dos dentes do segundo sextante 11, 12, 13, 21, 22 e 23, principalmente dos elementos 11 e 21, além da exposição gengival maior que 3 mm, caracterizando sorriso gengival bilateral alto, e hiperatividade do lábio superior (Figura 2). O biótipo periodontal é fino e festonado, além, de uma moderada assimetria nasal e labial (Figura 1). Foram realizados anamnese, exame clínico e

exame periodontal. Durante a sondagem foi observado o excesso de gengiva sobre a coroa dentária (pseudobolsa) causado por erupção passiva alterada. A paciente foi encaminhada para o centro de diagnóstico de imagem para realização da tomografia computadorizada cone beam (TCCB) com afastadores labiais, para melhor visualização dos tecidos (Figuras 3 e 4).

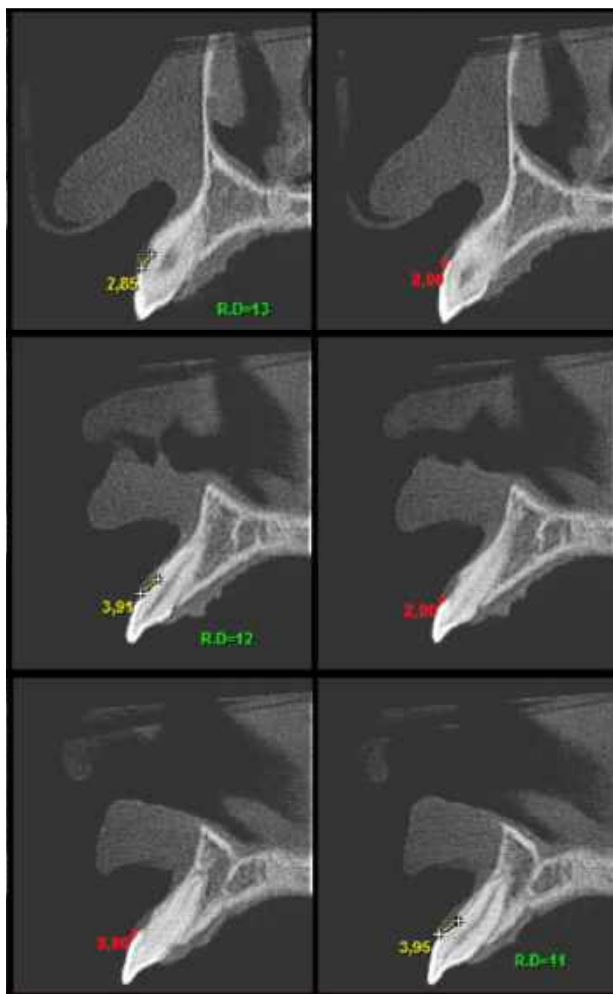


Figura 3. TCCB dos elementos 13, 12 e 11. Em amarelo a distância da junção cimento-esmalte à crista óssea, e em vermelho a distância da margem gengival à junção cimento-esmalte, em milímetros.

Através da tomográfica computadorizada cone beam com afastadores labiais obtivemos alguns dados importantes para o tratamento, como as distâncias da junção cimento-esmalte à crista

óssea, e da margem gengival à junção cimento-esmalte, em milímetros.

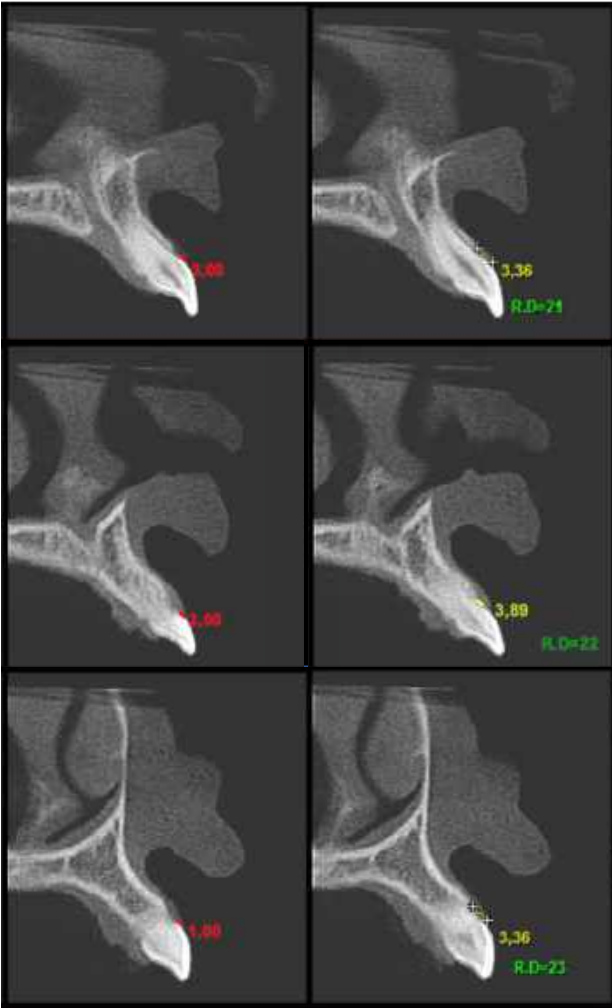


Figura 4. TCCB dos elementos 21, 22 e 23. Em amarelo a distância da junção cimento-esmalte a crista óssea, e em vermelho a distância da margem gengival a junção cimento-esmalte, em milímetros.

O Planejamento Digital do Sorriso foi conduzido, seguindo-se os princípios do Digital Smile Design, proposto por Coachman (COACHMAN e CALAMITA, 2012). Por meio desse planejamento, chegou-se a uma estimativa da quantidade de tecido gengival, em milímetros, que idealmente deveria ser removida ao redor de cada elemento dentário, para se obter o contorno gengival mais estético (Figura 5). A estimativa obtida pelo Planejamento Digital se sobrepôs às medidas

obtidas na TCCB, a fim de se observar as distâncias biológicas e então se definir qual a abordagem de tratamento para o caso em questão (Tabela 1).



Figura 5. Planejamento Digital do Sorriso estimando a posição mais estética da margem gengival.

Observou-se que para o elemento 23 não seria necessária a remoção de tecido gengival, uma vez que este dente estava mais vestibularizado que os demais desse sextante, e clinicamente o zênite se encontrava mais alto e em posição satisfatória. O elemento 22 foi o elemento com a menor estimativa de remoção de tecido gengival (0,5 mm), e o elemento 11, o de maior estimativa (3 mm). Comparando-se as medidas da estimativa pelo Planejamento Digital, com as medidas obtidas na TCCB, pode-se definir o tipo de técnica cirúrgica para o aumento de coroa clínica como sendo a gengivectomia, não havendo a necessidade de recontorno ósseo.

Tabela 1. Estimativa obtida com o Planejamento Digital comparada às medidas obtidas na TCCB.

Dente	Distância MG-JCE (mm)	Distância JCE-CO (mm)	Estimativa Planejamento Digital (mm)
13	2	2,85	1
12	2	3,91	2
11	3	3,95	3
21	3	3,36	1,5
22	2	3,89	0,5
23	1	3,36	-

Além disso, propôs-se a associação da técnica de aplicação de toxina botulínica tipo A à cirurgia de aumento de coroa clínica, a fim de tratar a

hiperatividade do lábio superior, diminuindo a altura da linha de sorriso da paciente.

A partir desse planejamento, foi obtido o modelo de estudo da arcada superior da paciente, e realizado o enceramento diagnóstico, transferindo-se as medidas obtidas com o planejamento para o modelo (Figura 6). Após a duplicação do modelo encerado, foi confeccionado um guia cirúrgico em acetato, para orientar a altura das incisões no trans-cirúrgico (Figura 7).



Figura 6. Modelos de estudo, inicial e após o enceramento.



Figura 7. Modelos duplicado com o guia cirúrgico confeccionado e prova do guia cirúrgico na boca.

Com o guia cirúrgico pronto, a paciente foi

submetida à cirurgia de aumento de coroa clínica, sob anestesia bilateral infra orbitária e infiltrativas na região anterior da maxila com o anestésico lidocaína à 2%. A cirurgia começa com o guia cirúrgico posicionado por meio do qual se faz marcações com lâmina de bisturi 15C (Swann-Morton®). A técnica de escolha foi de bisel interno (Figura 8). Não houve necessidade da utilização do cimento cirúrgico, haja vista que o processo da ferida ocorre por segunda intenção (Figura 9). A paciente foi liberada e orientada a repousar por 48 horas, com retorno em 7 dias, para fotos e acompanhamento (Figura 10).



Figura 8. Incisão em bisel interno nos elementos 13, 12, 11.



Figura 9. Pós-operatório imediato do caso finalizado.

Depois de 14 dias foi realizada a aplicação da toxina botulínica tipo A, com a sequência de higienização da face da paciente com clorexidina a 2%, demarcação da face, com lápis tinta, seguida da aplicação de anestésico tópico EMLA® (lidocaína

25mg/g; prilocaina 25mg/g AstraZeneca). A aplicação da toxina botulínica tipo A, (Xeomin®, Biolab) se deu na área demarcada, 3 unidades (U) de cada lado, ao lado do sulco nasolabial (Figura 11).



Figura 10. Cicatrização em sete dias após a cirurgia.



Figura 11. Demarcação da área da aplicação da toxina tipo A.

Após a aplicação da toxina, a paciente foi liberada com algumas recomendações: não comprimir a região e não realizar atividades físicas por 72 horas. Retornou após dezesseis dias, e mostrou-se sem necessidade de retoque (Figura 12). Foi orientada quanto a provável recorrência da linha mais alta de sorriso após 6 meses da aplicação, necessitando novas aplicações.

O presente relato de caso foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado (Nº. Parecer 2.333.953).

DISCUSSÃO

As exigências estéticas, tem despertado nos

profissionais da Odontologia a busca pelo aperfeiçoamento. Portanto, esse tema deve ser tratado com cuidado pelo Cirurgião-Dentista, levando em consideração as expectativas dos pacientes e a capacitação profissional. No presente trabalho foi relatada um caso clínico de sorriso gengival de etiologias múltiplas, em que o planejamento e o tratamento foram multidisciplinares. Com a associação de diferentes técnicas corretivas, indicadas após minucioso planejamento, como aumento de coroa clínica, aplicação de toxina botulínica do tipo A, alcançou-se maior chance de sucesso em se tratando de estética do sorriso.

O sorriso gengival é caracterizado pela aparência da gengiva inserida maior que 3 mm ao sorrir ou falar (MAZZUCO e HEXSEL, 2010), ou então maior que 2 mm durante o sorriso espontâneo (SUCUPIRA e ABRAMOVITZ, 2012). Frequentemente, é relatada por mulheres a maior predominância dessa variação anatômica (HWANG et al., 2009; MAZZUCO e HEXSEL, 2010).

Existem diversas etiologias do sorriso gengival, sendo a diretamente relacionada com a especialidade de Periodontia, a erupção passiva alterada (GARBER e SALAMA, 2000). Atualmente, o Cirurgião-Dentista tem se aperfeiçoado em procedimentos estéticos, para a prática clínica. Exemplo disso é o uso da toxina botulínica do tipo A, relacionada diretamente ao tratamento de hiperatividade do lábio superior em casos de sorriso gengival (KAHN e SILVEIRA, 2017).

As aplicações de TXB-A, são simples e seguras. O ápice dos efeitos clínicos apresenta-se com 15 dias, sendo um efeito reversível com duração de 4 a 6



Figura 12. Comparação da foto inicial da paciente sorrindo espontaneamente, com a foto do caso finalizado, 16 dias após a aplicação da toxina e 23 dias após a cirurgia de aumento de coroa clínica .

meses (POLO, 2005; MAZZUCO e HEXCEL, 2010; INDRA et al., 2011). Os resultados alcançados foram satisfatórios. A associação das técnicas foram procedimentos estéticos com a única finalidade de diminuir a aparência de gengiva, durante o sorriso espontâneo e a fala.

Com a aplicação de TXB-A amenizou-se o sorriso gengival, por sua função de inibir a atividade do músculo responsável por elevar o lábio superior, promovendo ainda, suavidade às linhas faciais do sorriso, como observado no sulco nasolabial (MOCK, 2009; INDRA et al., 2011).

A cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica mostrou-se uma técnica satisfatória, com resultado previsível. Objetivou devolver a regularidade da gengiva e aumentar a coroa clínica, padrão importantíssimo para a harmonia dentogengival (FRANCISCHONE, 2005; SUZUKI et al., 2008).

Dentre as técnicas preconizadas, podem ser empregadas as modalidades de bisel externo e bisel interno, sendo a primeira mais usada (PEDRON et al., 2010). No presente caso de

aumento de coroa clínica, a técnica de escolha foi bisel interno, sem uso de cimento cirúrgico, cicatrização por segunda intenção, que se mostrou positivo e sem intercorrências.

Importante para este estudo de relato de casos, foi o planejamento bem executado, com auxílio do Planejamento Digital do Sorriso, uma ferramenta inovadora, de utilização simples (COACHMAN e CALAMITA, 2012). Por meio de recursos de fotografias para análise do caso, com traçados intra e extra-orais, ilustrados no computador, tem como finalidade oferecer ao profissional uma melhor compreensão do paciente, com suas particularidades. Tem como vantagens, fortalecer a capacidade de diagnóstico por meio da avaliação da estética oral e da avaliação estrutural (DAWSON, 2008; MORAIS et al., 2017).

Outro ponto importante, foi a realização da TCCB com afastadores labiais, a qual não se realizava na cidade de Porto Velho (RO) até o início deste trabalho. A partir da demanda desta pesquisa, foi introduzida em uma clínica de diagnóstico de

imagem, onde a paciente que realizou o tratamento com as técnicas associadas fez o exame. A tomografia tem como diferencial avaliar os tecidos moles presentes na cavidade oral, importante para indicação de gengivectomia/gengivoplastia, pois as variações anatômicas podem diferenciar o tipo de tratamento selecionado. A TCCB com afastadores labiais, passa segurança ao profissional, referente a quantidade de tecido gengival que pode ser removido, além de estabelecer padrão para o guia cirúrgico, levando em consideração as estruturas funcionais do sorriso. Houve algumas limitações no presente trabalho como os tomógrafos/software utilizados no centro de diagnóstico por imagem limitarem a qualidade da imagem e o fato de se tratar de um relato de um caso. Como vantagens do trabalho, ao nosso conhecimento esse é o primeiro trabalho a relatar um caso clínico em que houve planejamento e tratamento integrado com as técnicas de planejamento digital do sorriso, tomografia computadorizada cone beam com afastadores labiais, aumento de coroa clínica e aplicação de toxina botulínica do tipo A. Ainda, o presente trabalho contribui para a divulgação da importância do planejamento integrado, divulgação das técnicas corretivas do sorriso gengival, e para a cidade de Porto Velho (RO), a inclusão do exame complementar, com afastadores labiais, como benefício não somente para o profissional na área de Odontologia, mas também para os pacientes.

CONCLUSÃO

O presente relato de caso reforça a inter-relação

entre a Periodontia e a Estética Orofacial, considerando o planejamento e tratamento multidisciplinar dos casos de sorriso gengival. O Planejamento Digital do Sorriso e a TCCB com afastadores labiais são ferramentas fundamentais nesse processo. Optar pelo tratamento multidisciplinar será sempre uma forma mais segura e com resultados estéticos precisos e previsíveis.

AGRADECIMENTOS

A Dental Cremer pelo apoio com o fornecimento de materiais por meio do programa Comunidade Professores. Ao Instituto de Tomografia e Radiologia Odontológica (ITRO) de Porto Velho pelo apoio com os exames de imagem.

REFERÊNCIAS

- CARRANZA, N. **Periodontia clínica**. Brasil: Elsevier, 2016.
- COACHMAN, C.; CALAMITA, M. Digital smile design: a tool for treatment planning and communication in esthetic dentistry. **Oral Esthetic Rehabilitation**, São Paulo, SP, 2012, p. 1-9.
- DAWSON, P. E. Functional Occlusion: From TMJ to Smile Design. **Journal of Prosthodontics**, San Francisco, CA, 2008, P.251.
- FERNANDES, T. V.; CHAVES, E. A. L.; FERREIRA, R. Abordagem multidisciplinar na reabilitação estética anterior. **Revista APCD de Estética 2014**, São Paulo, v. 2, n. 4, p.400-417, abril/maio/junho. 2014.
- FRANCISCHONE, A.C. **Prevalência das proporções áurea e estética dos dentes ântero-superiores e respectivos segmentos dentários relacionadas com a largura do sorriso em indivíduos com oclusão normal**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade de São Paulo, Bauru, p. 7-59, 2005.
- GARBER, D. A.; SALAMA, M. A. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. **PERIODONTOLOGY 2000**. v. 11, 1996. p.18-28.
- HWANG, W.; HURB, M.; HUC, K.; SONGD, W.; KOHE, K.; BAIKF, H.; KIMG, S.; KIMH, H.; LEEI, K. **Surface Anatomy of the Lip Elevator Muscles for the treatment of Gummy Smile Using Botulinum Toxin. Angle Orthod**, Seoul, Korea. p. 71-76. Fev.2009.
- INDRA, A. S.; BISWAS, P. P.; VINEET, V. T.; YESHASWINI, T. Botox as an adjunct to orthognathic surgery for a case of severe vertical maxillary excess. **J. Maxillofac. Oral Surg**. India, jul/set 2011, p. 267-269.
- JANUÁRIO, A. L.; BARRIVIERA, 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**, Brasília, DF, v. 20, n. 6, 2008, p.366-373.

JOLY, L. C.; CARVALHO, P. F. M.; SILVA, R. C. **Reconstrução Tecidual Estética: procedimentos plásticos e regenerativos periodontais e peri-implantares**. São Paulo: artes médicas, 2010.

KAHN, S.; SILVEIRA, H. Etiologia do sorriso gengival. In: KAHN, S.; DIAS, A. T. **Sorriso gengival. Uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Quintessence, 2017, p. 49-54.

LINDHE, J. A. N. **Thorkild Karring and Niklaus Lang. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 5ª Ed. Brasil: Guanabara Koogan, 2010.

MAZZUCO, R. M. D.; HEXSEL, D. M. D. Gummy smile and botulinum toxin: A new approach based on the gingival exposure área. **J Am Acad Dermatol**, Porto Alegre, Brasil, v. 63, n. 6, dez. 2010, p. 1042-1050.

MOCK, D. Botulinum Toxin and Dentistry. **Ensuring Continued Trust**. Toronto, Canada. p. 2-4, November/December, 2009.

MONDELLI, J. **Estética e Cosmética em Clínica Integrada Restauradora**. São Paulo: Santos, 2003.

MORAIS, D. C.; ALONSO, N. A. M.; SEKITO, S. C.; FOGACCI, M. F.; SEKITO JR, T. Planejamento e tratamento multidisciplinar em reabilitação estética: caso clínico sobre diastemas múltiplos. **Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v. 13, n. 3, jul/set 2017, p.268-277.

PEDRON, I. G.; UTUMI, E. R.; SILVA, L. P. N.; MORETTO, L. E. M. L.; LIMA, T. C. F.; RIBEIRO, M. A. Cirurgia Gengival no tratamento da Desarmonia do Sorriso. **Rev Odontol Bras Central**, São Paulo, p. 87-91, 2010.

POLO, M. Botulinum toxin type A in the treatment of excessive gingival display. **American Journal of Orthodonts and Dentofacial Orthopedies**, San Juan, Puerto Rico, v. 127, n. 2, 2005, p. 214-217.

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

SUCUPIRA, E. M. D.; ABRAMOVITZ, A. M. D. A Simplified Method for Smile Enhancement: Botulinum Toxin Injection for Gummy Smile. **Plastic and Reconstructive Surgery**, Peru, p. 726-728, set. 2012.

SUZUKI, P. H.; VASCONCELOS, A. M. L.; SEGUNDO, A. S.; OLIVEIRA, A. C. G.; NEVES, A. N. P.; RASLAN, S. Valorizando o sorriso gengival: Relato de caso. **Revista Inpeo de Odontologia**. Cuiaba, MT, v. 2, n. 2, p. 41-45, Ago/Dez. 2008.

TJAN, A. H. L.; MILLER, G. D.; JOSEPHINE, G. P. Some esthetic factors in a smile. **The Journal of prosthetic dentistry**, Covina, Calif., v.51, n. 1, jan. 1984, p 24-28.

ZARONE, F.; LEONE, R.; FERRARI, M.; SORRENTINO, R. Treatment Concept for a Patient with a High Smile Line and Gingival Pigmentation: A Case Report. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, Italy, v. 37, n. 2, 2017, p. 142-148.

Citar esse artigo: Silva CMCLN, Tedesco AD, Barbirato DS, Fogacci MF. Periodontia, Estética Orofacial e o Tratamento Multidisciplinar do Sorriso Gengival: Relato de Caso. **RevFIMCA** 2017;4(1):72-80.

Autor para Correspondência: Mariana Fogacci,
mari.fogacci@gmail.com

Recebido em: 24 Outubro 2017
Aceito em: 07 Novembro 2017