



FACSETE- FACULDADE SETE LAGOAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

**ODONTOLOGIA ESTÉTICA INTRA E EXTRAORAIS EM ODONTOLOGIA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

ALLISSON REBELLO

São Paulo – SP
2018

ALLISSON REBELLO

**ODONTOLOGIA ESTÉTICA INTRA E EXTRAORAIS EM ODONTOLOGIA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da FACSETE (Faculdade Sete Lagoas), como requisito parcial para conclusão do curso de Harmonização Orofacial.

Área de Concentração: Estética Orofacial

Orientador: Stephanie Alderete Feres
Teixeira

São Paulo – SP

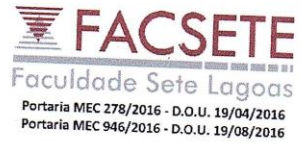
2018

Dedico

*A minha família que sempre me amou e
apoiou.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a saúde tão necessária para o trabalho diário, à minha amada família e aos queridos amigos que participaram comigo da conquista de mais esta etapa importante da minha vida.



Monografia intitulada " **Odontologia estética intra e extra oral, relato de caso clinico.**
" de autoria do aluno **Allisson Rebello**

Aprovada em 18/8/18 pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Badyr Mourad Naddi

Prof. Fabio Moschetto Sevilha

Prof(a). Stephaniê Alderete Feres Teixeira

São Paulo 18 de Agosto 2018.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 _ Sete Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

RESUMO

Atualmente, a preocupação com a estética é uma constante durante a realização do plano de tratamento odontológico. Cada vez mais, fatores que afetam o sorriso, como o mau posicionamento dentário, cor dos dentes, excesso de exposição do tecido gengival, têm se tornado as queixas principais dos pacientes. Até pouco tempo atrás, os dentistas trabalhavam unicamente na correção ou melhora no formato da correção dos dentes. Atualmente percebe-se que deva existir uma harmonia entre dentes, gengiva, lábios e face. A presença de uma equipe multidisciplinar passou a ser imprescindível no planejamento odontológico estético. Dentre os elementos que compõem um planejamento estético em odontologia estão: dentes (posicionamento, forma, cor e tamanho), gengiva e linha do sorriso, lábios (linha do sorriso e forma), e a face. O objetivo deste trabalho foi a associação das técnicas de correção do sorriso gengival, bichetomia, e lipoplastia de gordura submentoniana, para a harmonização facial em um tratamento odontológico estético.

Palavras-chave: Odontologia estética, Harmonização facial, Sorriso Gengival, Bichetomia, Lipoplastia da gordura submentoniana, papada.

ABSTRACT

Currently, the concern with aesthetics is a constant during the completion of the dental treatment plan. Increasingly, factors that affect the smile, such as poor tooth positioning, tooth color, excessive exposure of the gingival tissue, have become the main complaints of patients. Until recently, dentists worked solely to correct or improve the shape of the teeth correction. It is now understood that there must be a harmony between teeth, gums, lips and face. The presence of a multidisciplinary team became essential in aesthetic dental planning. Among the elements that make up aesthetic planning in dentistry are: teeth (positioning, shape, color and size), gum and smile line, lips (smile line and shape), and face. The objective of this work was to associate gingival smile correction techniques, bichetomia, and submental lipoplasty for facial harmonization in an esthetic dental treatment.

Keywords: Aesthetic dentistry, Facial harmonization, Gingival smile, Bichectomy, Lipoplasty of submental fat, Gill.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	8
3 PROPOSIÇÃO.....	226
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
5 DISCUSSÃO.....	17
6 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

1 INTRODUÇÃO

Com a evolução das técnicas em odontologia estética e o melhor entendimento dos aspectos ligados à estética facial e do sorriso, diversas alternativas terapêuticas estão disponíveis no arsenal da harmonização facial para contribuir numa abordagem multidisciplinar do tratamento odontológico. A obtenção de excelência estética periodontal requer um planejamento criterioso que envolva a avaliação detalhada de todos os fatores que interfiram na harmonia e simetria dos elementos que compõe o sorriso. A avaliação estética dos pacientes deve ser composta por uma análise extra-oral, labial, periodontal e dental. A composição de um sorriso considerado belo, atraente e saudável envolve o equilíbrio entre forma e simetria dos dentes, lábios e gengiva, além da maneira que se relacionam e harmonizam com a face dos pacientes. Não existe fórmula ideal para obtenção do sorriso perfeito - se é que ele existe, entretanto, é fundamental o entendimento dos aspectos periodontais que direcionem para a escolha da melhor abordagem terapêutica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Avaliação Extra Oral

A avaliação das vistas frontal e lateral do paciente tem como objetivos delimitar as proporções faciais, auxiliar na determinação da dimensão vertical, e no posicionamento labial. Observando o paciente frontalmente, linhas imaginárias verticais e horizontais são traçadas para compor a geometria facial. A linha vertical mediana passa pela glabella, ponta do nariz, filtro labial, e mento, dividindo a face em duas metades. apontam que não necessariamente as características faciais devam ser simétricas para serem belas, entretanto, assimetrias próximas dessa linha vertical, interferem esteticamente. Por outro lado, como regra geral, pequenas assimetrias principalmente distantes da linha média são aceitáveis e muitas vezes imperceptíveis, trazendo aspecto de naturalidade à face. No sentido horizontal, a linha interpupilar que deve ser paralela ao horizonte e perpendicular à linha média, é a mais usada como referência para análise facial e planejamento estético. Outras linhas também são identificadas: a linha imaginária do cabelo, a linha das sobrancelhas, a linha inter-alar (base do nariz), e a linha do mento. Essas linhas são paralelas entre si, e auxiliam na análise dos terços faciais, que em condições ideais devem apresentar a mesma extensão:

- Terço superior: da linha do cabelo até a linha das sobrancelhas;
- Terço médio: da linha das sobrancelhas até a linha inter-alar;
- Terço inferior: da linha inter-alar até a linha do mento.

O terço inferior é o de maior interesse ao cirurgião dentista, pois pode ser manipulado e modificado por diversas técnicas cirúrgicas e não cirúrgicas. Num paciente com proporções faciais normais, o terço inferior pode ser subdividido em 3 partes, nas quais o lábio superior ocupa o 1/3 superior, e o lábio inferior e mento ocupam os 2/3 inferiores. Os lábios podem ser considerados a moldura do sorriso e definem a zona estética do sorriso (GARBER & SALAMA, 1996). No que se refere à avaliação estética dos pacientes, representam a transição da análise extra-oral e dentogengival. Os lábios podem ser subjetivamente classificados quanto à espessura em finos, regulares e espessos, mantendo como regra geral que a

espessura do lábio superior é aproximadamente a metade da espessura do lábio inferior, no entanto variações são frequentemente observadas. Em indivíduos adultos, a distância entre a base do nariz e a borda inferior do lábio superior é de 20-22 mm e 22-24 mm, respectivamente para mulheres e homens (FRADEANI, 2004). Com o passar dos anos, a perda da tonicidade da musculatura peri-labial associada a outros fatores como o desgaste incisal contribuem para a diminuição da quantidade visível dos dentes superiores. Pacientes com sorriso não atraente tendem a alterar a motricidade do lábio superior, com isso, a linha da comissura labial inclina-se para o lado que o paciente quer mascarar (FRADEANI, 2004, BELSER & MAGNE, 2004) . É interessante observar que quando o tratamento estético é finalizado, a linha da comissura tende a assumir o paralelismo com a linha inter-pupilar, e a motricidade labial é equilibrada. A curvatura do lábio superior pode ser considerada convexa (a comissura labial é mais alta em relação ao centro da borda inferior do lábio superior); retilínea (a comissura está na mesma altura em relação ao centro da borda inferior do lábio superior); e côncava (a comissura está mais baixa em relação ao centro da borda inferior do lábio superior). As curvaturas retilíneas (45%) e côncavas (43%) são mais frequentes (DONG et al. 1999)

2.2.Avaliação Dento-Gengival e do Sorriso

A forma, cor e disposição dos dentes anteriores e o seu relacionamento com os tecidos moles determinam a estética do sorriso, que devem ser considerados num contexto de harmonia em relação à face do paciente. Quando o paciente é referido ao periodontista para avaliação periodontal relacionada ao planejamento estético, os seguintes aspectos devem ser considerados:

- Condição periodontal;
- Biótipo periodontal;
- Linha do sorriso e exposição gengival;
- Contorno e zênite gengival;
- Papila interdental;
- Recessão gengival;
- Coloração gengival;

O aspecto mais importante da avaliação periodontal dos pacientes que buscam tratamento odontológico estético é o reconhecimento das características de

saúde periodontal. (LINDHE, 1999) O periodonto de proteção (gengiva marginal, gengiva inserida e papilas interdentais) recobre o periodonto de sustentação (osso alveolar, ligamento periodontal e cemento radicular). O exame periodontal completo é composto pela sondagem periodontal e exame radiográfico, e deve ser realizado em todos os pacientes. O periodonto clinicamente saudável apresenta coloração rósea, consistência firme, contorno gengival festonado acompanhando a junção-cemento esmalte (JCE), preenchimento completo das ameias pelas papilas interdentais, ausência de biofilme e de sangramento à sondagem. Entretanto, existe grande variabilidade nos aspectos clínicos relacionados à quantidade de gengiva queratinizada, coloração gengival pela quantidade de melanina, presença do pontilhado de “casca de laranja” que não devem ser confundidos com características patológicas, e sim às diferenças genotípicas inter-individuais.

Variações na arquitetura e espessura dos tecidos periodontais acarretam diferenças relevantes quanto ao comportamento clínico das estruturas periodontais frente a evolução da doença e consequentes defeitos. A distinção dessas características tem importante impacto clínico na escolha da melhor abordagem terapêutica periodontal. Dois tipos de biótipo periodontal podem ser encontrados:

PLANO E ESPESSO :

Tecido mole denso e fibrótico

Faixa de tecido queratinizado ampla

Papilas curtas e largas

Osso subjacente plano e espesso

Perda de inserção associada à presença de bolsa periodontal

Área de contato nos terços médio/cervical

Dentes com formato quadrangular

FINO E FESTONADO:

Tecido mole delgado;

Faixa de tecido queratinizado reduzida;

Papilas longas e estreitas;

Osso subjacente fino e festonado (alta frequência de deiscência e fenestração);

Perda de inserção associada à presença de recessão da margem gengival;

Ponto de contato no terço incisal/oclusal;

Dentes com formato triangular.

Segundo TJAN & MILLER (1984) durante o sorriso espontâneo, a posição da borda inferior do lábio superior delimita três condições distintas de exposição dos dentes superiores e tecido gengival (linha de sorriso):

- Sorriso baixo: até 75% dos dentes superiores anteriores são aparentes, sem qualquer exposição do tecido gengival;
- Sorriso médio: 75% a 100% dos dentes anteriores superiores são visíveis, e as pontas das papilas estão aparentes;
- Sorriso alto: além dos dentes anteriores superiores completamente aparentes, uma variável quantidade de gengiva está visível.

Os autores ainda observaram que na amostra analisada 20,5% dos indivíduos apresentavam o sorriso baixo, 69% sorriso médio, e 10,5% sorriso alto. Parece existir uma relação positiva entre o tipo de sorriso e gênero.

Assim PECK et al. (1992) relataram que o sorriso alto predomina em mulheres (2 x 1), e o sorriso baixo é predominantemente masculino (2,5 x 1).

A exposição gengival no sorriso alto dos homens é aproximadamente 1,5 mm maior que nas mulheres. Além disso, como discutido anteriormente, a distância entre a base do nariz e a borda inferior do lábio superior, nos homens é em média maior que nas mulheres, corroborando para a maior frequência do sorriso alto nos indivíduos do gênero feminino. A observação do tipo de sorriso é de fundamental importância no planejamento estético dos casos clínicos, uma vez que a ampla exposição gengival enaltece traços que ressaltam ou afastam de um sorriso considerado belo.

Nos indivíduos com sorriso alto, a exposição gengival de 1 a 3 mm pode ser entendida como normal. No entanto, se a exposição ultrapassar 3 mm, o chamado sorriso gengival é caracterizado (GARBER & SALAMA, 1996, BLITZ, 1997, LEVINE & McGUIRE, 1997)

Existem diferentes etiologias para o sorriso gengival, cujo reconhecimento é fundamental para o correto diagnóstico e subsequente tratamento.

GARBER & SALAMA (1996) e LEVINE & McGUIRE (1997) discutem que os principais aspectos relacionados ao sorriso gengival são:

- Crescimento vertical em excesso;
- Extrusão dento-alveolar;
- Lábio superior curto;

- Hiper-atividade do lábio superior;
- Erupção passiva alterada;
- Combinação de vários fatores.

O tempo para finalização do tratamento, a necessidade ou não de procedimentos restauradores complementares, a viabilidade de movimentação ortodôntica, a morbidade e o custo-benefício de procedimentos cirúrgicos, além da expectativa do paciente, norteiam a decisão do tratamento mais apropriado.

Movimentação ortodôntica acompanhada ou não de cirurgia ortognática são indicados no tratamento de casos relacionados à crescimento vertical da maxila e extrusão dento alveolar.

Na dependência da quantidade de excesso vertical da maxila, o tratamento pode envolver a necessidade de aumento de coroa clínica e procedimentos restauradores complementares. Nesses casos, é comum que não existam alterações nas proporções dentárias, posição da margem gengival em relação à JCE, e comprimento/motilidade do lábio superior. Isso ratifica a necessidade do conhecimento das proporções da estética facial.

Com relação ao lábio superior com proporções inferiores à medida padrão, as opções de tratamento são cirurgias plásticas, como o alongamento do lábio superior associado à rinoplastia. Essas técnicas parecem acarretar resultados variados e com relativa frequência de problemas pós-operatórios, como a perda da naturalidade do sorriso.

Este procedimento mascara o sorriso gengival uma vez que altera a posição dos músculos peri-labiais (LEVINE & McGUIRE, 1997).

Nos casos de sorriso gengival em que as proporções faciais são normais, o comprimento dos lábios está dentro dos limites médios, a gengiva marginal está localizada próximo à JCE, e os dentes apresentam relação comprimento-largura normal, a etiologia está associada à hiperatividade dos músculos responsáveis pela movimentação labial durante o sorriso.

O lábio superior não hiperativo geralmente translada cerca de 6 mm a 8 mm da posição de repouso para um amplo sorriso. Ao contrário, no lábio superior hiperativo essa distância pode ser 1,5 a 2 vezes maior. Nestes casos, alguns procedimentos plásticos estão disponíveis. Entre eles, a implantação de silicone no fundo de vestibulo na base da espinha nasal anterior, infiltração da toxina botulínica A, e procedimentos ressectivos nos músculos responsáveis pela mobilidade do lábio

superior, e mais recentemente a bioplastia, procedimento no qual polimetil metacrilato é inserido nos tecidos, apresentando resultados estéticos favoráveis (PECK et al, 1992; MISKINYAR, 1982, NÁCUL et al, 1998). O custo-benefício considerando a durabilidade, segurança e morbidade destes procedimentos devem ser analisados. A colocação de rolos de algodão no fundo de vestibulo diminui a

tensão muscular e a mobilidade labial, auxiliando no diagnóstico do sorriso gengival relacionado à hiper-atividade labial vestibulo para reduzir a tensão muscular e a mobilidade labial.

Uma indicação precisa para a atuação do periodontista relacionada ao tratamento do sorriso gengival é em situações de erupção passiva alterada (GARBER & SALAMA, 1996). Nestes casos, as proporções faciais, e comprimento/motilidade labial estão normais, no entanto, existe grande exposição de gengiva acompanhada de coroas clínicas curtas. A erupção dentária é determinada pela saída da coroa da cripta óssea, e é considerada finalizada quando os dentes atingem o plano oclusal e entram em função. Associado à erupção do dente, os tecidos moles acompanham esse movimento, e ao final desse processo a gengiva marginal migra apicalmente até que esteja localiza próxima á JCE (erupção passiva). Quando a gengiva não retorna à sua posição original, dá-se o nome de erupção passiva alterada.

Pode ser classificada com relação à quantidade de gengiva queratinizada e subclassificada quanto à relação da JCE e crista óssea alveolar (COA) (GARBER & SALAMA, 1996; LEVINE & MCGUIRE, 1997):

É fundamental inspecionar a localização da JCE.

- TIPO 1: existe ampla faixa de gengiva queratinizada

Erupção passiva alterada tipo 1: A -Presença de ampla faixa de tecido queratinizado;

Erupção passiva alterada tipo 1: B- Incisão em bisel interno para remoção de colarinho gengival;

C- Retalho total mostrando o posicionamento da COA em relação à JCE.

- TIPO 2: existe limitada faixa de gengiva queratinizada

- Erupção passiva alterada tipo 2: A Limitada faixa de tecido queratinizado;

- Erupção passiva alterada tipo 2: B- Incisão intra-sulcular para preservação de todo tecido queratinizado;

- Erupção passiva alterada tipo 2: C- Retalho parcial visando o reposicionamento apical do retalho.

- SUB-GRUPO A: a COA está localizada apicalmente em relação à JCE a pelo menos 1 mm, sendo suficiente para a adaptação da inserção conjuntiva

A- Sondagem periodontal sugerindo distância adequada entre a JCE e a COA;

B- Correção do contorno gengival com plastia em bisel externo sem necessidade de abertura do retalho.

- SUB-GRUPO B: a distância entre COA e JCE é menor que 1 mm, portanto insuficiente para a adaptação conjuntiva.

- Erupção passiva alterada associada ao sub-grupo B:

A- Observar a proximidade entre a JCE e a COA;

- Erupção passiva alterada associada ao sub-grupo B:

B- Aspecto clínico após realização do recontorno ósseo. Observa a mudança no posicionamento da COA.

Essas condições clínicas são facilmente tratadas com técnicas mucogengivais relativamente simples (GARBER & SALAMA, 1996; LEVINE & MCGUIRE, 1997). A quantidade de gengiva queratinizada determina o tipo de incisão, isto é, se parte do tecido queratinizado pode ou não ser eliminado. A distância da COA-JCE determina a necessidade ou não de abertura de retalho para remodelação óssea, criando espaço suficiente para acomodação da inserção conjuntiva e, portanto estabilidade dimensional da margem gengival.

Nos casos de etiologia composta, freqüentemente uma abordagem multidisciplinar deve ser adotada, pesando individualmente cada um dos fatores etiológicos presentes no contexto do caso clínico, assim como as etapas do plano de tratamento para alcançar um resultado satisfatório. A realização de procedimentos de aumento de coroa clínica que provoquem exposição da superfície radicular deverá ser exaustivamente discutida com o paciente, pois acarretará, necessariamente, em tratamento restaurador complementar.

Nestes casos, o enceramento diagnóstico e confecção de guias diretos com resina

composta e/ou indiretos com resina acrílica assumem especial importância, visto que as mudanças provocadas por esses procedimentos cirúrgicos são irreversíveis.

O uso de drogas que afetam o metabolismo do colágeno, especificamente sua degradação, como os anticonvulsivantes (fenitoína), bloqueadores dos canais de cálcio (nifedipina) e imunossupressores (ciclosporina A) induzem o aumento gengival (LINDHE, 1999). Nestes casos, o aumento da quantidade de exposição gengival deve ser tratado por procedimentos ressecativos dos tecidos moles, podendo também haver a necessidade de discreta remodelação óssea. Devem-se trocar informações com o médico do paciente no sentido de informá-lo sobre a relação do uso contínuo desses medicamentos e o aumento gengival, e solicitar, quando possível, a diminuição das dosagens ou substituição por outras drogas que minimizem o problema periodontal.

Sorriso Gengival: condição clínica e opções de tratamento:

Condição Clínica: Erupção passiva alterada tipo IA

Opções de Tratamento Gengivectomia;

Condição Clínica :Erupção passiva alterada tipo IB

Opções de Tratamento Retalho posicionado apicalmente com ressecção óssea, associado à incisão de bisel interno.

Condição Clínica Erupção passiva alterada tipo 2A

Opções de Tratamento Retalho posicionado apicalmente sem ressecção óssea, associada à incisão intrasulcular.

Condição Clínica Erupção passiva alterada tipo 2B

Retalho posicionado apicalmente com ressecção óssea, associada à incisão intrasulcular.

Excesso vertical maxilar grau I (2-4 mm de tecido gengival aparente).Intrusão ortodôntica.Ortodontia e Periodontia.

Periodontia e Odontologia restauradora Excesso vertical maxilar grau II (4-8 mm de tecido gengival aparente). Periodontia e Odontologia restauradora Cirurgia ortognática (escolha dependente da quantidade de remanescente de raiz revestida por osso e proporção coroa-raiz).

Excesso vertical maxilar grau III (> 8mm de tecido gengival aparente). Cirurgia ortognática com ou sem cirurgia periodontal adicional e terapia restauradora.

Lábio curto Cirurgia plástica para alongar o lábio superior.

Lábio hiperativo Implantação de silicone ou polimetil metacrilato

Infiltração de toxina botulínica Miectomia

Contorno e Zênite gengival

O contorno gengival é influenciado pelo tipo do periodonto, forma do dente e desenho da JCE. Em um periodonto normal e clinicamente saudável, o contorno gengival acompanha e recobre a JCE. As alterações de contorno podem ocorrer coronal ou apical a JCE (recessão gengival).

CHICHE & PINAULT (1994) identificam dois padrões aceitáveis com relação à altura da margem gengival em áreas estéticas:

1) a margem gengival dos incisivos centrais superiores (ICS) e caninos (CS) devem estar na mesma altura, com a margem dos incisivos laterais (ILS) posicionada à incisal de 1 a 2 mm (Classe 1);

2) o ICS, ILS e CS na mesma altura (Classe 2) Podemos ter padrões diferentes em cada lado do mesmo paciente, sem prejuízo à estética do sorriso, entretanto, a simetria do contorno entre os incisivos centrais é necessária (SCLAR, 2003)

No entanto, como dito anteriormente, quanto mais próximo da linha média, mais evidente fica pequenas discrepâncias. Quando a altura da margem gengival dos ILS está apicalmente posicionada, ou a mais de 2 mm coronal em relação à linha que tangencia a margem do ICS e CS, a estética do sorriso fica prejudicada. A linha gengival dos ICS deve ser paralela em relação à linha da comissura labial e interpupilar.

Se isso não for possível, o horizonte deve ser adotado como referência para correções em sua altura.

A- sorriso;

B- B- aspecto clínico da bateria antero-superior. Notar o posicionamento coronal dos ILS.

A- sorriso;

B- B- aspecto clínico da bateria antero-superior. Notar o posicionamento marginal dos ICS, ILS e CS na mesma altura.

- Posicionamento da margem gengival classe 2
- Discrepância na altura da margem gengival dos ICS causando comprometimento estético do sorriso.
- Inversão no posicionamento do CS e do ILS após tratamento ortodôntico causando grande alteração na harmonia da margem gengival.

O zênite gengival é a porção mais apical da margem gengival (CHICHE & PINALT, 1994). Em função da inclinação dos dentes serem mesial em relação à linha média e inter-incisiva, o zênite gengival na bateria anterior é levemente distal ao eixo axial dos dentes. Isso é válido para o ICS e CS; já nos ILS o zênite é normalmente coincidente com seu longo eixo, provavelmente pela diminuta largura do seu diâmetro cervical

Normalmente o contorno gengival obedece a arquitetura óssea subjacente.

Assim, nos casos em que procedimentos periodontais associados à osteotomia são realizados com o objetivo de promover aumento de coroa clínica, sugere-se que a incisão e que o recontorno ósseo sejam conduzido esculpindo a arquitetura gengival desejada ao final da cicatrização.

Nos casos em que procedimentos restauradores e de aumento de coroa clínica são necessários para corrigir a simetria e contorno da margem gengival, o tempo de cicatrização necessário para maturação dos tecidos moles, com formação do sulco gengival e estabilidade dimensional da margem gengival deve ser respeitado antes do preparo dental intrasulcular definitivo. Esse tempo varia de 3 a 6 meses, podendo chegar a 9-12 meses na dependência da extensão do procedimento periodontal (PONTORIERO & CARNEVALE, 2001)

A largura do sorriso é determinada pelo número de dentes aparentes durante o sorriso. DONG et al. (1999), constatou que aproximadamente 57% dos indivíduos avaliados em seu estudo mostravam os pré-molares e aproximadamente 20% mostravam os molares. Este aspecto é importante para ajustarmos a altura do contorno gengival dos dentes posteriores, que em geral seguem a altura do plano gengival do ILS. Além disso, estes aspectos apontam para que durante o planejamento estético, atenção devida seja dada a todos os dentes visíveis, e não exclusivamente a bateria anterior. A avaliação do corredor bucal, espaço entre a vestibular dos dentes e a mucosa jugal, também contempla a área posterior, cuja presença provê a profundidade do sorriso e está relacionada com a inclinação dos dentes posteriores e tônus muscular (BLITZ, 1997)

2.3 Avaliação Dental

Embora a avaliação dental não seja o objeto desse capítulo, alguns aspectos podem ser destacados em relação à beleza do sorriso:

- Proporções dentárias;
- Simetria;
- Linha média facial x linha inter-incisiva;
- Eixos dentários;
- Ângulos incisais;
- Borda incisal x lábio inferior;

No sorriso espontâneo considerado belo, os Incisivos Centrais Superiores são os dentes mais importantes para a avaliação e planejamento estético.

(FRADEANI, 2004; SCLAR, 2003).

Muitas fórmulas matemáticas existem entre a largura e comprimento destes dentes (proporções dentárias), mas quando a largura do ICS representa 75-80% da sua altura, parece produzir o efeito mais impactante e harmônico (CHICHE & PINAULT, 1993).

O comprimento e largura médios dos ICS em indivíduos jovens é 10,4 - 11,2 mm e 8,3 - 9,3 mm, respectivamente. Entretanto essas dimensões numéricas não são absolutas, podendo a altura diminuir com o aumento da idade por causa da abrasão (CHICHE & PINAULT, 1993). Testes fonéticos e de guia anterior auxiliam a determinar seu comprimento apropriado (BLITZ, 1997). Parece existir uma relação positiva entre a forma do ICS e do rosto do indivíduo, no entanto, admite-se grande variação sem prejuízo na estética (FRADEANI, 2004). A relação dente-a-dente da bateria anterior da maxila é norteadada pela “proporção dourada”, que estipula que olhando o paciente de frente, os ICS são aproximadamente 60% mais largos que os ILS, que por sua vez são 60% mais largos que os CS (PRESTON, 1993).

Apesar disso, nem sempre essa proporção está presente, e segundo GERMINIANI & TERADA (2006) outras relações comprimento-largura entre os dentes podem ser usadas na “construção” do sorriso sem prejuízo estético. Fatores como idade do paciente, padrão facial, quantidade de exposição gengival, largura do sorriso e corredor bucal, devem ser usados para individualizar essas proporções.

A simetria ao redor da linha inter-incisiva assume papel importante na beleza do sorriso. Os ICS devem ser o mais simétricos possível, no entanto pequenas diferenças na largura dos dentes são permissíveis e tornam o sorriso mais natural. A coincidência da linha interincisiva e linha mediana é raramente encontrada (SCLAR, 2003). KOKICH et al (1999) consideram que a discrepância entre as linhas de até 4 mm é praticamente imperceptível para a maior parte dos pacientes. Como regra, o paralelismo entre as linhas é mais importante que sua coincidência. Em muitos casos, a linha inter-incisiva não está paralela em relação à facial mediana em função de inclinações nos dentes. Como mencionado anteriormente, o eixo axial dos dentes na bateria anterior converge coronalmente em direção à linha inter-incisiva, e essa inclinação aumenta nos laterais e caninos. A simetria na inclinação dos eixos bilateralmente é bastante interessante esteticamente (FRADEANI, 2004). O padrão dos ângulos incisais em relação ao fundo escuro da boca auxilia na determinação de um sorriso belo e atraente. Os ângulos são originados pelas embrasuras entre dois dentes e são influenciados pelo ponto de contato. Estes ângulos são estreitos entre os ICS e alarga-se progressivamente em direção posterior à medida que os pontos de contato também se tornam mais apicais (SCLAR, 2004; BLITZ, 1997). O padrão destes ângulos deve também ser simétrico bilateralmente, admitindo-se pequenas assimetrias distantes da linha média. Uma linha imaginária que passa pela incisal dos dentes anteriores cria uma curva ascendente que deve ser paralela à borda superior do lábio inferior durante o sorriso (BLITZ, 1997). O paralelismo entre as linhas é mais uma vez fundamental e auxilia na harmonia do sorriso. No entanto, a relação da borda incisal dos dentes superiores e o lábio inferior pode apresentar alguma distância (sem contato), estar em contato, ou estar recoberta pelo lábio inferior (DONG et al, 1999; CHICHE & PINAULT, 1994).

DONG et al (1999) avaliaram as características de atratividade do sorriso em 240 estudantes universitários com oclusão normal. Para essa população, o sorriso belo e atraente está relacionado a uma linha de sorriso média, curvatura labial superior reta, paralelismo da curva incisal dos dentes ântero-superiores e a borda superior do lábio inferior, em que a relação de contato e ausência de contato foram igualmente aceitas, com largura do sorriso mostrando até o primeiro molar

No que se refere aos aspectos periodontais da estética do sorriso, a saúde periodontal, bem como a simetria e harmonia dos tecidos moles são fundamentais (GARBER & SALAMA, 1996; BLITZ, 1997).

O planejamento estético depende do entendimento pleno dos conceitos periodontais, procurando inter-relacioná-los com informações relevantes de outras especialidades odontológicas afins. As regras e normas apresentadas neste capítulo são ferramentas universalmente utilizadas, sujeitas, é claro, a variações e interpretações individualizadas dependendo da experiência do profissional e expectativa do paciente.

3 PROPOSIÇÃO

Considerando a importância das pesquisas neste campo da ciência, o objetivo foi, por meio de uma revisão bibliográfica, e da apresentação de um caso clínico, mostrar a utilização de tratamentos intra e extra-orais, no planejamento odontológico estético.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente relato de caso clínico apresenta o plano de tratamento proposto para uma paciente do gênero feminino, leucoderma, normorreativa, 35 anos de idade, que procurou atendimento odontológico com queixa principal de “sorriso feio”. Ao exame clínico observou-se que a queixa principal era reflexo de um evidente sorriso gengival. Na análise extra oral, foi observado um excesso de gordura submentoniana e a queixa da face arredondada. Três opções de plano de tratamento foram apresentadas à paciente. Após a exposição das vantagens e desvantagens e demais informações pertinentes para cada um dos planos de tratamento propostos, a paciente concordou em executar o plano de tratamento descrito.

A primeira fase do plano de tratamento incluiu instrução em higiene bucal, raspagem e alisamento corono-radicular em todos os dentes.

Após o período de 1 mês, a segunda fase do plano de tratamento foi iniciada. Nesta ocasião, a paciente foi submetida ao aumento de coroa clínica dos dentes 26 à 16. Este procedimento cirúrgico incluiu gengivectomia interma, osteotomia e osteoplastia e a cirurgia de bichectomia, removendo as bolas de bichat bilateralmente. Seis meses após o aumento de coroa clínica, a paciente iniciou a terceira fase do tratamento. Nesta fase foi aplicada a enzima de ácido deoxicólico, 20 unidades na região submentoniana. Foram feita 3 aplicações, com intervalos de 1 mês.

5 DISCUSSÃO

5.1 Estética do sorriso

A fim de realizar um diagnóstico correto, o clínico deve entender sobre estética facial. O primeiro parâmetro que requer avaliação é a altura da face. Quando é mensurada em repouso, o comprimento do terço médio da face deve ser igual ao comprimento do terço inferior. O terço médio da face é medido a partir da glabella, o ponto mais proeminente da testa entre as sobrancelhas, a sub nasal, o ponto abaixo do nariz. O terço inferior é medido a partir do sub nasal até o tecido mole do mento, que é a borda mais inferior do queixo. (ROBBINS, 1999) A harmonia estética facial correlaciona-se diretamente com o sorriso, o qual é formado pela união de três componentes: os dentes, a gengiva e os lábios. O sorriso se torna agradável esteticamente quando esses elementos estão dispostos em proporção adequada e quando a exposição do tecido gengival é limitada a 3 mm. Quando a exposição gengival é maior que 3 mm, caracteriza-se a condição não estética denominada sorriso gengival, que afeta psicologicamente alguns pacientes. (PEDRON, 2016) Uma vez que a altura da face do paciente tenha sido avaliada, o comprimento do lábio superior deve ser determinado. Medido em repouso a partir do ponto sub nasal até a borda inferior desse lábio, o excesso do comprimento do lábio superior é de 20mm a 22mm em uma mulher adulta jovem e de 22mm a 24mm em um homem adulto jovem. Quando o lábio superior está em repouso, aproximadamente de 3mm a 4mm do incisivo central superior são mostrados em uma mulher adulta jovem e aproximadamente 2mm menos são exibidos em um homem adulto jovem. Todavia, com o passar do tempo o lábio superior tende a alongar, e devido a essa mudança anatômica, os incisivos superiores se tornam menos visíveis e os inferiores ficam mais expostos quando os lábios estão em repouso. (ROBBINS, 1999)

5.2 Etiologia, diagnóstico e tratamento do sorriso gengival:

A natureza de uma linha alta do sorriso pode ser: a) muscular, causada por uma hiperatividade do músculo elevador do lábio superior; b) dentogengival, associado a uma erupção dentária anormal, que é revelada por uma pequena coroa clínica; c) dento-alveolar (esquelética), devido a uma protuberância excessiva ou o crescimento vertical da mandíbula (maxila); e, por último, de carácter misto, quando na presença de mais de um fator etiológico. (MONACO et al. 2005.)

5.2.1 Erupção passiva alterada:

A causa de incisivos centrais superiores pequenos (menores que 9mm) pode ser atribuída a diversos fatores, sendo eles: variação normal no comprimento, desgaste da borda incisal e excesso de cobertura gengival. Quando a gengiva demonstra uma aparência saudável, sem sinais de inflamação e hiperplasia, o comprimento reduzido da coroa do incisivo central não pode ser completamente explicado pelo desgaste da borda incisal, sendo um diagnóstico presuntivo de erupção passiva alterada estabelecido. No processo normal de erupção, os incisivos centrais superiores emergem através da gengiva e continuam a entrar em erupção ativamente até tocar na dentição oposta. Esse processo, denominado de erupção passiva, continua através da adolescência até a margem gengival estar posicionada 18 cerca de 1mm a 2 milímetros acima da junção de cimento-esmalte. Inexplicavelmente, uma erupção passiva normal não ocorre em determinados pacientes, resultando em uma coroa clínica pequena devido ao excesso de cobertura gengival. Tal condição é denominada "erupção passiva alterada" ou "erupção passiva atrasada". (ROBBINS,1999) A erupção passiva alterada é classificada em dois tipos: tipo 1 e tipo 2. Tipo 1 é caracterizada por coroas curtas e excessiva quantidade de gengiva inserida. A tipo 2 está associada com uma dimensão normal de gengiva. Além disso, a erupção passiva alterada pode ser subclassificada em classes A e B. Na classe A, a distância entre a crista óssea alveolar e a junção cimento-esmalte é maior que 1mm, enquanto que na classe B essa distância é menor que 1mm, não permitindo uma distância correta para o espaço biológico. O alongamento da coroa estética é uma técnica amplamente usada para tratar casos de erupção passiva alterada, uma condição que afeta cerca

de 12%, da população com uma possível correlação genética. Normalmente, essa técnica prevê a utilização de gengivectomia e/ou retalho apicalmente reposicionado, associados ou não à osteotomia, dependendo do tipo de erupção passiva alterada. (MANTOVANI et al, 2015) O procedimento cirúrgico adequado para correção do sorriso gengival associado à erupção passiva alterada pode ser selecionado por meio da avaliação das dimensões da gengiva inserida e da distância biológica. Uma gengiva saudável requer uma distância mínima de cerca de 3 mm da margem gengival à crista alveolar. Para o restabelecimento dessa distância será realizada uma osteotomia e o tecido gengival será ligeiramente deslocado da porção coronal à junção cimentoesmalte, onde será suturado. O retalho geralmente se estende bilateralmente até as superfícies mesiais dos primeiros molares. (ROBBINS, 1999) A vantagem dessa abordagem terapêutica é que ela reduz o tempo de tratamento e dispensa o uso de aparelho ortodôntico, entretanto promove a diminuição da proporção coroa/raiz, a perda de suporte ósseo e a necessidade de restauração protética dos dentes envolvidos. (SEIXAS; COSTA-PINTO; ARAÚJO. 2011).

6 CONCLUSÃO

A análise da estética do sorriso é subjetiva, uma vez que depende da personalidade do paciente, dos valores sociais e da percepção tanto do paciente quanto do cirurgião dentista com relação à proporção coroa-raiz e à proporção da estética facial adequadas. Sendo assim, é de imprescindível relevância o planejamento de um tratamento individualizado e integrado para cada tipo de indivíduo, o qual é determinado mediante um correto diagnóstico, definido com base na sua real etiologia. Como possibilidades de tratamentos do sorriso gengival, é possível inferir que diversas modalidades terapêuticas foram propostas para a correção do mesmo, incluindo a gengivectomia ou gengivoplastia e a cirurgia ortognática, sendo essa última um procedimento mais invasivo e com elevada morbidade. Além disso, a utilização da toxina botulínica também pode ser considerada como opção terapêutica, tratando-se de um método mais conservador, efetivo, rápido e seguro, quando comparado aos procedimentos cirúrgicos. Para o tratamento estético-funcional de indivíduos que querem afinar o rosto ou apresentam lesões traumáticas recorrentes da mucosa jugal, a cirurgia de bichectomia, para remoção do corpo adiposo da boca, chamado de bola de Bichat está muito bem indicado. Para redução da gordura submentoniana, o uso da enzima lipolítica (ácido deoxicólico 1%), foi uma boa opção do tratamento da área, não necessitando de intervenções cirúrgicas, e apresentando excelentes resultados. A abordagem multidisciplinar em um mesmo indivíduo, utilizando os conceitos e as técnicas intra e extra-orais, apresentou um grande resultado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Hatef DA, Koshy JC, Sandoval SE, et al. The submental fat compartment of the neck. *Semin Plast Surg* 2009;23(4):288-91
- 2 Baker DL, Seymour GJ. The possible pathogenesis of gingival recession. A histological study of induced recession in the rat. *J Clin Periodontol* 1976; 3:208-19.
- 3 Belser U, Magne P. Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior: Uma abordagem biomimética. Quintessence editora Ltda; 2003.
- 4 Blitz N. Criteria for success in creating beautiful smiles. *Oral Health* 1997; 87:38-42. Review.
- 5 Carvalho PF, da Silva RC, Cury PR, Joly JC. Modified coronally advanced flap associated with a subepithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple gingival recessions. *J Periodontol* 2006; 77:1901-6.
- 6 Chiche G, Pinault A. Artistic and scientific principles applied to esthetic dentistry. In: Chiche G, Pinault A (eds). *Esthetics of anterior fixed prosthodontics*. Chicago: Quintessence Books, 1994:13-32.
- 7 Chiche GJ, Pinault A. Replacement of deficient crowns. *J Esthet Dent* 1993; 5:193-9. Review.
- 8 Da Silva RC, Joly JC, de Lima AF, Tatakis DN. Root coverage using the coronally positioned flap with or without a subepithelial connective tissue graft. *J Periodontol* 2004; 75:413-9.
- 9 De Lima AFM, da Silva RC, Joly JC, Tatakis DN. Coronally positioned flap with subepithelial connective tissue graft for root coverage: various indications and flap designs. *J Int Acad Periodontol* 2006; 8:53-60.
- 10 Dong JK, Jin TH, Cho HW, Oh SC. The esthetics of the smile: A review of some recent studies. *The Int J Prosthodont* 1999; 12:09-19.
- 11 Fradeani M. *Esthetic analysis: A systematic approach to prosthetic treatment*. Quintessence Books; 2004.
- 12 Garber DA; Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontology* 2000 1996; 11:18-28.
- 13 Germiniani WIS, Terada HH. Avaliação da preferencia estética de cirurgiões-dentistas (clínicos gerais e ortodontistas), acadêmicos de odontologia e leigos quanto às medidas indicadas por proporções conhecidas como padrão estético para o sorriso. *Dental Press Estét* 2006; 3:85-99.
- 14 Han TJ, Takei HH. Progress in gingival papilla reconstruction. *Periodontol* 2000 1996;11:65-8.

- 15 Kokich VO Jr, Kiyak HA, Shapiro PA. Comparing the perception of dentists and lay people to altered dental esthetics. *J Esthet Dent* 1999; 11:311-24.
- 16 Levine RA, Mcguire M. The diagnosis and treatment of the gummy smile. *Compend Contin Educ Dent* 1997; 18:757-766.
- 17 Lindhe J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 3 ed Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 1999 Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5:8-13.
- 18 Miskinyar SAC. A new method for method for correcting a gummy smile. *Plast Reconstr Surg* 1983; 397-400.
- 19 Nacul AM, Nacul AP, Greca de Born A. Bioplastique as a complement in conventional plastic surgery. *Aesthetic Plast Surg* 1998; 22:444-50.
- 20 Olsson M, Lindhe J. Periodontal characteristics in individuals with varying forms of the upper central incisors. *J Clin Periodontol* 1991; 18:78-82.
- 21 Peck S, Peck L, Kataja M. The gingival smile line. *Angle Orthod* 1992 Summer; 62:91-100; discussion 101-2.
- 22 Pils U, Anderhuber F. The chin and adjacent fat compartments. *Dermatol Surg* 2010;36(2):214-18. Important anatomical study.
- 23 Ross R, Janssen I. Is abdominal fat preferentially reduced in response to exercise-induced weight loss? *Med SciSports Exerc* 1999;31(11 Suppl):S568-72
24. Wollina U, Goldman A, Berger U, et al. Esthetic and cosmetic dermatology. *Dermatol Ther* 2008;21(2):118-30
25. Goldman A. Submental Nd:YAG laserassisted liposuction. *Lasers Surg Med* 2006;38(3):181-4
26. Fabi SG, Goldman MP. Retrospective evaluation of micro-focused ultrasound for lifting and tightening the face and neck. *Dermatol Surg* 2014;40(5):569-75
- 27 Siemian WR, Samiian MR. Malar augmentation using autogenous composite conchal cartilage and temporalis fascia. *Plast Reconstr Surg*. 1988;82:395–402.
- 28 Matros E, Momoh A, Yaremchuk MJ. The aging midfacial skeleton: Implications for rejuvenation and reconstruction using implants. *Facial Plast Surg*. 2009;25:252–259.
- 29 Jacovella PF, Peiretti CB, Cunille D, Salzamendi M, Schechtel SA. Long-lasting results with hydroxylapatite (Radiesse) facial filler. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(Suppl):15S–21S.

- 30 Carruthers J, Rzany B, Sattler G, Carruthers A. Anatomic guidelines for augmentation of the cheek and infraorbital hollow. *Dermatol Surg*. 2012;38:1223–1233.
- 31 Fontdevila J, Serra-Renom JM, Raigosa M, et al. Assessing the long-term viability of facial fat grafts: An objective measure using computed tomography. *Aesthet Surg J*. 2008;28:380–386.
- 32 Chung SC, Ann HY, Choi HS, Um IW, Kim CS. Buccal fat pad transfer as a pedicled flap for facial augmentation. *J Korean Assoc Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 1999;13:153–159.
- 33 Ramirez OM. Buccal fat pad pedicle flap for midface augmentation. *Ann Plast Surg*. 1999;43:109–118.
- 34 Khiabani K, Keyhan SO, Varedi P, Hemmat S, Razmdideh R, Hoseini E. Buccal fat pad lifting: An alternative open technique for malar augmentation. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014;72:403.e1–403.15.
- 35 Bichat F. Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine. In: *Organisation du système cellulaire*. Paris: Brosson Gabon and Cie:44–63.