



**FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA**

**CLAÚDIA MARIA DANTAS LUSTOSA**

**TÉCNICA CIRÚRGICA DE REPOSICIONAMENTO LABIAL PARA  
CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL: UM RELATO DE CASO**

**SALVADOR-BAHIA**

**2014**

CLAÚDIA MARIA DANTAS LUSTOSA

**TÉCNICA CIRÚRGICA DE REPOSICIONAMENTO LABIAL PARA  
CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL: UM RELATO DE CASO**

Artigo Científico apresentado a Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Ortodontia.

**Área de Concentração: Ortodontia**

**ORIENTADOR: Prof. Me. Romão Tormena**

SALVADOR-BAHIA

2014

L414t

Lustosa, Cláudia

Técnica cirúrgica de reposicionamento labial para correção do sorriso gengival: um relato de caso- 2014.

22 f.;il.;color

Orientador: Romão Tormena

Artigo (especialização em Ortodontia)- Faculdade Sete Lagoas, Salvador, 2014.

1. Sorriso Gengival 2. Reposicionamento Gengival. 3. Cirurgia.

I. Título. II. Romão Tormena

CDD: 610.631

## FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado **“Técnica cirúrgica de reposicionamento labial para correção do sorriso gengival: um relato de caso”**. Um relato de caso clínico de autoria da aluna *Claúdia Maria Dantas Lustosa* aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

1) Prof. Me. Antônio França – CENO – Salvador – BA  
Avaliador

3) Prof. Me. Romão Tormena – CENO – Salvador – BA  
Orientador

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela coragem e determinação em me permitir encarar mais um desafio.

Aos meus pais **Antonio Libório Lustosa** e **Maria do Carmo D. Lustosa**, por serem meus parceiros e minha força.

Às minhas filhas **Flávia** e **Fernanda**, pela compreensão em aceitar as ausências.

Aos meus tios **Antonio Lisboa Rocha** e **Dinorá Rocha**, pelo amor, apoio, carinho, e incentivo em todos os momentos.

Ao **Prof. Me. Romão Tormena Junior**, pela tranquilidade, paciência, amizade, confiança e disponibilidade no curso e na orientação do trabalho de conclusão de curso.

À **Jean- Luc Amet**, pela colaboração nas traduções e todo o apoio incondicional.

Aos professores **Luis Henrique Ishida** e **Cleverson Silva** pela generosidade em disponibilizar artigos que enriqueceram meu trabalho.

Ao professor **Antonio Mario da Silva Neto**, e o cirurgião dentista **Renato B. Pedreira**, por disponibilizar o caso clínico para este trabalho.

Aos professores **Prof. Me. Antonio Carlos de Lacerda França**, **Prof. Me. Walter Iared** e **Prof<sup>a</sup> Valba Luz**, pelo exemplo, incentivo e confiança.

À minha amiga **Cláudia Cerqueira Graça**, por todo carinho em ajudar-me na construção do texto.

À todos os meus colegas do curso de Especialização em Ortodontia do CENO.

Aos funcionários do Centro de Estudos Odontológicos, em especial à Mary, Andréa e Cris, pelo sorriso constante, pelo carinho e boa vontade em ajudar sempre.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho de conclusão de curso.

## RESUMO

O objetivo desse estudo foi relatar o procedimento cirúrgico de Reposicionamento labial como opção de tratamento para o sorriso gengival. A cirurgia foi realizada num paciente masculino, 27 anos, leucoderma, padrão I, classe I, com perfil facial dólico, sem selamento labial, que fez uso de aparelho ortodôntico. A técnica consistiu na remoção de duas faixas de cerca de 10mm de altura do fundo do vestíbulo, sem preservação do freio. Para finalizar o procedimento a mucosa foi reposicionada e suturada coronalmente. O paciente foi acompanhado por seis meses e observou-se uma diminuição de exposição gengival ao sorrir de 9 mm, promovendo um resultado satisfatório para o paciente. Conclui-se que o procedimento de Reposicionamento labial é eficaz principalmente quando há uma hiperfunção do músculo levantador do lábio superior, e por ser menos invasivo, torna-se uma boa escolha para a correção do sorriso gengival.

**DESCRITORES:** Sorriso gengival. Reposicionamento gengival. Cirurgia.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to report the surgical lip repositioning procedure as a treatment option for the gummy smile. The surgery was performed on a male patient, 27 years old, leucoderm, standard I, class I, horsegram facial profile without lip seal, which made use of braces. The technique consisted of removing two strips of about 10mm in height from the bottom of the porch without preservation of the brake. To finish the procedure mucous membrane was repositioned and sutured coronally. The patient was followed for six months and observed a decrease in gingival exposure on smiling 9mm promoting a successful outcome for the patient. It is concluded that the lip repositioning procedure is particularly effective when there is a hyperfunction levator muscle of the upper lip, and for being less invasive, that makes it a good choice for the correction of the gummy smile.

**DESCRIPTORS:** Gummy smile. Gingival repositioning. Surgery.

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 RELATO DE CASO.....</b>	<b>13</b>
<b>3 DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>



# 1 INTRODUÇÃO

O sorriso é a expressão facial que reflete sentimentos e emoções, nele não estão comprometidos apenas formas de dentes, lábios e gengiva, mas a maneira como estes se relacionam, e de que forma combinam com a face. Uma desarmonia entre os mesmos pode gerar um sorriso não atraente, afetando profundamente a auto-estima, e interferindo nas relações afetivas e profissionais<sup>13</sup>.

Um sorriso é considerado agradável com exposição gengival (2mm). Quando, no ato do sorrir, esta exposição é de quantidade excessiva, consideramos como sorriso gengival. Embora seja bastante comum na população em geral, sua prevalência é muito maior em mulheres (14%) do que em homens (7%)<sup>9</sup>.

O sorriso gengival tem como fatores etiológicos mais freqüentes: o excesso vertical da maxila; hiperfunção dos músculos levantadores do lábio; altura da coroa clínica dos incisivos superiores; erupção passiva alterada e comprimento do lábio superior<sup>9</sup>.

São considerados três tipos de sorrisos: - Sorriso alto; sorriso médio e o sorriso baixo. Dentre estes, o que mais tem causado procura para tratamento estético tem sido o sorriso alto, onde a grande porção gengival exposta causa constrangimento<sup>6</sup>

A maioria dos tratamentos para resolver o sorriso gengival envolve procedimentos cirúrgicos de complexidade variada que, dependendo da quantidade da exposição gengival, vai desde um simples aumento de coroa clínica até cirurgias ortognáticas. Nos últimos anos, uma das técnicas que tem sido utilizada é a Técnica da reposição labial, que é um método menos invasivo, cuja principal indicação está na correção do sorriso gengival causado pela hiperfunção do músculo levantador lábio superior<sup>9</sup>.

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é apresentar, por meio de um relato de caso clínico, uma forma alternativa, menos invasiva do tratamento

do sorriso gengival causado pela hiperfunção do músculo levantador do lábio superior.

## SORRISO GENGIVAL

O sorriso é considerado como “o cartão de visita” do indivíduo, sendo essencial na expressão de nossos sentimentos. Ele transmite uma natureza amigável e reflete felicidade e confiança. O sorriso é um método não verbal de comunicação importante no mundo, e sua harmonia é essencial para o bem estar do indivíduo.

Em muitas situações, a desproporção das margens gengivais, sendo expostas excessivamente no momento do sorriso, pode ser uma queixa que leva à busca de tratamentos, uma vez que o sorriso tem um grande valor estético, que pode comprometer a auto - estima do indivíduo<sup>18</sup>.

Uma linha de sorriso médio com mínima exposição gengival é considerada mais agradável. Quando uma quantidade excessiva de gengiva é visível ao sorrir, esta condição é comumente referida como sorriso gengival (SG) e é encontrado com frequência na população em geral<sup>9</sup>.

Segundo Tjan et al (1984 apud FARIAS et AL, 2007) existem três classificações para os tipos de sorrisos:

**Sorriso alto** – que se apresenta como uma exposição total do comprimento cervico incisal dos dentes ântero-superiores, havendo uma continuação com uma porção de gengiva.

**Sorriso médio-** que se apresenta com uma exposição de 75% a 100% dos dentes ântero-superiores, havendo apenas o aparecimento da gengiva interproximal.

**Sorriso baixo** – que apresenta uma exposição de apenas 75% dos dentes ântero-superiores, sem ser observado o tecido gengival.

Dentre os sorrisos acima citados, o que tem impulsionado a procura de tratamento tem sido o sorriso alto, cuja exposição gengival incomoda aos

portadores de tal condição. O sorriso alto é mais prevalente no sexo feminino, e o sorriso médio é mais encontrado entre os homens<sup>6</sup>.

Para Humayun et al (2010) o excesso da exposição gengival é um achado clínico com muitas etiologias. Algumas causas de um sorriso gengival são o excesso vertical da maxila, a hipertonicidade do lábio superior, ou um lábio superior curto. Um diagnóstico visual do excesso vertical da maxila é feito quando o terço inferior do rosto é mais longo do que os terços restantes, neste contexto as análises cefalométricas podem ser utilizadas como uma ajuda adicional .

Segundo Dutra et al (2011) e Hunt et al (2002) o sorriso gengival é causado por uma combinação de variáveis, tais como o excesso vertical da maxila, maior habilidade muscular para elevar o lábio superior ao sorrir, espaço interlabial aumentado no repouso, sobremordida e sobressaliência aumentadas, além da curta coroa clínica dos dentes antero - posteriores e do lábio superior curto.

Para Seixas, Costa – Pinto e Araujo (2011) a utilização de um checklist de características dentolabiais, dentre elas: distancia interlabial em repouso; exposição dos incisivos superiores durante o repouso e a fala; arco do sorriso; proporção largura / comprimento dos incisivos superiores; aumento gengivais; e características morfofuncionais do lábio superior, é importante para facilitar na tomada de decisões a fim de auxiliar no diagnóstico e planejamento para correção do sorriso gengival.

Câmara (2010) utiliza as novas características do DRED (Diagrama de Referências Estéticas Dentárias) que analisa as seis linhas horizontais do sorriso, para auxiliar no conhecimento das suas particularidades orientando o profissional no planejamento do tratamento do sorriso gengival, buscando sucesso estético.

Alguns tratamentos menos invasivos têm sido usados para a correção do sorriso gengival, dentre eles a toxina botulínica tipo A (BTX – A). Segundo Patel, Thakkar e Suthar (2013) os efeitos do uso da BTX – A são observados

após 14 dias da utilização da toxina, porém Polo (2005) observou seu efeito após 10 dias de aplicação, com duração em média de 6 meses.

Indica-se uma administração intramuscular, em doses terapêuticas, a fim de produzir uma denervação química parcial do músculo levantador do lábio superior e do zigomático menor, o que resulta na redução localizada de sua atividade<sup>15</sup>. Observa-se que o sorriso gengival apresenta uma redução em média de 2,66mm após o uso dessa substância, porém os autores divergem quanto a vantagem da duração dos resultados do tratamento. A ação temporária do produto é sua maior desvantagem devido à necessidade da manutenção periódica da sua aplicação<sup>12</sup>. Já Polo (2005) afirma que seu caráter reversível (duração entre 3 a 6 meses) é uma vantagem, um vez que o paciente pode não ficar satisfeito com o resultado.

Castro, Lopes, Crispim, Silva e Westphal (2010) afirmam que quando a causa do sorriso gengival for por uma erupção passiva alterada, o planejamento reverso é de fundamental importância guiando assim a escolha do tratamento que pode consistir em uma gengivectomia, uma osteotomia e / ou uma osteoplastia.

Uma outra técnica recomendada para a correção do sorriso gengival é a Cirurgia do Reposicionamento Labial, que consiste em uma cirurgia que remove duas faixas de tecido de cerca de 10 mm, do fundo do vestibulo, com preservação do freio, com reposicionamento coronal e sutura da mucosa<sup>4</sup>.

A Técnica Cirúrgica do Reposicionamento Labial é bastante efetiva quando a causa do sorriso gengival é a hiperatividade do músculo elevador do lábio superior<sup>9,16,17,20</sup>

Dallelaste et al (2013) e Ribeiro et al (2013) concordam que houve um bom resultado estético em 6 meses de acompanhamento dos pacientes após o reposicionamento de lábio superior. Segundo estudo realizado por Silva et al (2013) 80% foi a média obtida na redução da exposição gengival, observada também após 6 meses de acompanhamento da cirurgia, apresentando grande grau de satisfação entre os pacientes que foram submetidos a esse tratamento.

Mucoceles, paralias e parestesias podem surgir como efeitos colaterais da técnica cirúrgica de reposicionamento labial, sendo esta contraindicada quando os pacientes possuem excesso vertical maxilar, sendo sugerida, neste caso, uma cirurgia ortognática<sup>17</sup>.

## 2 RELATO DE CASO

Paciente masculino, 27 anos, leucoderma, padrão I, classe I, com perfil facial dólico, sem selamento labial, que fez uso de aparelho ortodôntico, obtendo resultados satisfatórios com uma boa engrenagem dentária e chaves de oclusão, compareceu à Centro de Estudos Odontológicos (CENO), na especialidade Periodontia, tendo como queixa principal: “aparece muita gengiva quando dou um sorriso” (SIC).

No exame físico constatou-se que o mesmo apresentava 10mm de exposição gengival ao sorrir, com ótima higiene, nenhuma alteração na estrutura óssea e o periodonto sadio. Após avaliação, chegou-se a um diagnóstico de hiperfunção do músculo levantador do lábio superior (Figura 1).



**Figura 1** - Imagem frontal antes da cirurgia.

O paciente foi tratado com a técnica cirúrgica de reposicionamento labial que consiste na remoção de duas faixas de cerca de 10mm de altura do fundo

do vestíbulo, sem preservação do freio. Foi operado pelo cirurgião dentista Dr. Antonio Mário da Silva Neto. No pré- operatório foi ministrado um comprimido de paracetamol 750mg e um comprimido de dexametasona 4mg, evitando assim a formação de edema e dor. Foi feita a adequação do campo cirúrgico e meio bucal fazendo uso de clorexidina extraoral (2,0%) e intraoral (0,2%) A anestesia utilizada foi lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. O procedimento cirúrgico iniciou-se na primeira metade da maxila com incisão horizontal, 1 mm coronariamente à linha mucogengival, a partir da linha média até a região do 1ºmolar em ambos os lados (Figura 2).



**Figura 2-** Incisões horizontais desde a linha média até a altura do 1ºmolar, em ambos os lados.

Duas incisões verticais nas extremidades da primeira incisão foram confeccionadas se estendendo de 10mm a 12mm apicalmente e uma incisão paralela à primeira ligou as incisões verticais. O epitélio foi removido deixando o tecido muscular exposto (Figura 3 e 4), glândulas salivares menores que ficaram expostas foram removidas.

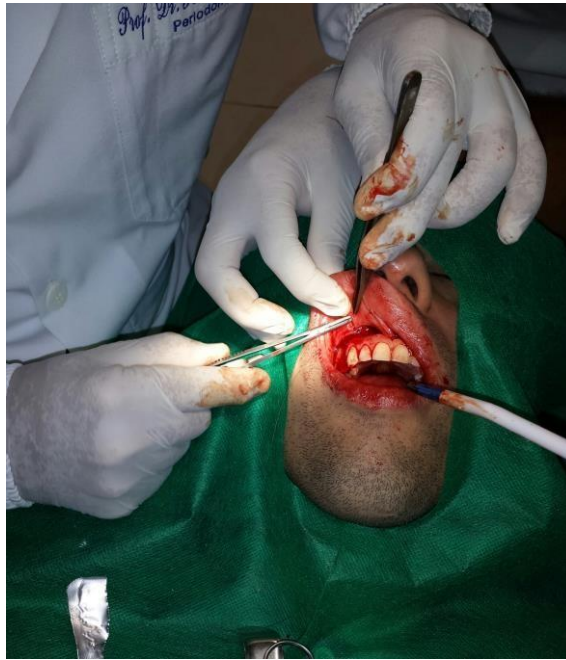


**Figura 3-** Epitélio retirado com 10mm de altura do fundo do vestibulo.



**Figura 4-** Reposicionamento labial, com sutura do freio labial.

O procedimento foi repetido na parte contralateral e a sutura foi do tipo contínua e utilizou-se fio Vicryl 4.0 (Poliglatina 910) (Figura 5). Foi recomendado o uso de Nimesulida 100mg por 03 dias.



**Figura 5-** Imagem da cirurgia fazendo sutura da linha mucogengival do paciente R.B.P.

O paciente não apresentou nem edema e nem inchaço pós – operatório. Foi orientado a evitar movimentos amplos de abertura no sorrir e no falar por uma semana (Figura 6 e 7). O resultado foi satisfatório com a diminuição de 10 mm de exposição gengival, para 1mm, como era o desejo o paciente (Figura 7 – 12).



**Figura 6-** Sutura mucogengival .após 15 dias.





**Figura 7-** Imagem frontal com 15 dias após cirurgia.



**Figura 8-** Imagem frontal com 7 meses após a cirurgia.



**Figura 9-** Imagem frontal 8 meses após cirurgia.



**Figura 10-** 8 meses após a cirurgia.



**Figura 11-** imagem lateral 8 meses após a cirurgia.



**Figura 12-** Imagem da cicatriz cirúrgica após 8 meses.

## 4 DISCUSSÃO

A escolha pela técnica do reposicionamento labial em detrimento à cirurgia ortognática justificou-se por ser um procedimento menos invasivo, de fácil recuperação, por apresentar hiperfunção do lábio superior, não haver excesso vertical maxilar o que corrobora a escolha desta técnica, como defende Rosenblatt (2006), Ribeiro (2013), e principalmente não haver uma queixa quanto ao tamanho do queixo, mas sim quanto ao aumento da visibilidade gengival ao sorrir.

Polo (2005), Patel , Tharkar e Suthar (2013) afirmaram que a injeção de toxina botulínica (BTX-A) (botox), forneceu uma melhora eficaz, e seria minimamente invasiva e reversível, porém não foi a opção escolhida de tratamento por ter um efeito temporário,<sup>14</sup> uma média de 06 meses. Rosenblatt e Simon (2006), Silva (2013), Dallelaste (2010) utilizaram a técnica do reposicionamento labial, que é menos invasiva que a cirurgia ortognática, mas com efeito duradouro, o que definiu a escolha do tratamento do presente relato.

Em relação a preservação do freio labial , No referido caso, o freio não foi preservado; em alguns estudos como o de Dallelaste ( 2013), Ishida ,o freio é preservado e a técnica é conhecida como Reposicionamento Labial Modificado.<sup>16,17,20</sup>.

Realizada a cirurgia, foi conseguido a diminuição do excesso gengival em 9mm, sendo que na literatura encontra-se uma diminuição entre 4 a 6 mm, Ribeiro ( 2013). Por não apresentar erupção passiva, não foi necessário a cirurgia de rebordo e/ou osteotomia, como defende o Ribeiro (2013) em seu trabalho.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica de reposicionamento labial para diminuir a quantidade de exposição gengival em pacientes com hiperfunção do músculo superior elevador do lábio é conservadora e os resultados tem sido satisfatórios nos 06 meses primeiros meses de acompanhamento. Embora uma avaliação de longo prazo, outros estudos serão necessário para avaliar a estabilidade e a eficácia desta técnica.

## REFERÊNCIAS

1. Borges ACG, Seixas MR, Machado AW. Influence of different width/height ratio of maxillary anterior teeth in the attractiveness of gingival smiles. *Dental Press J Orthod.* 2012; 17(5):115-22.
2. Câmara CA. Aesthetics in Orthodontics: Six horizontal smile lines. *Dental Press J. Orthod.* 2010, 15(1): 118-131.
3. Castro PHD, Lopes LPB, Crispin M, Silva SL, Westphal MRA. Planejamento reverso na correção de sorriso gengival. *R. Periodontia.* 2010, 20(3): 42-46.
4. Dallelas TE FL, Corrêa GO, Marson FC, Mario dos Anjos Neto Filho, Lolli LF, Silva CO. Correção do Sorriso gengival pela técnica de reposicionamento Labial. *Rev. Perionews,* 2013, 7(5): 5.
5. Dutra MB, Ritter DE, Borgatto A, Derech CDA, Rocha R. Influência da exposição gengival na estética do sorriso. *Dental Press J Orthod.* 2011, 16(5):111-8.
6. Farias BC, Gusmão EG, Fernandes AV, Valença ASM, Moreira MF, CIMÕES R. Determinação dos tipos de sorriso. *International Journal of Dentistry,* 2007, 6 (3): 80-83.

7. Feu D, Andrade FB, Nascimento APC, Miguel JAM, Gomes AA, Capelli Junior. Percepção das alterações no plano gengival na estética do sorriso. *Rev Dental Press Orthod* , 2011; 16(1): 68-74.
8. Freitas RS., Pessoa TJL, Tolazzi ard, Postai G. Liberação do músculo depressor do septo nasal para tratamento do sorriso gengival. *Rev Soc Bras Cir Craniomaxilofac* 2006, 9(1): 1-5.
9. Humayunn, Kolhatkar S, Souiyas J, Bhola M. Mucosal coronally positioned flap for the management of excessive gingival display in the presence of hypermobility of the upper lip and vertical maxillary excess: a case report. *J Periodontol*, 2010; 81(12): 1858-1863.
10. Hunt O, Johnston C, Hepper P, Burden D, Stevenson M. The influence of maxillary gingival exposure on dental attractiveness ratings. *Eur J Orthod*, 2002; 24(2):199-204.
11. Ishida LH, Ishida LC, Ishida J, Grynglas J, Alonso N, Ferreira MC. Myotomy of the Levator Labii Superioris Muscle and Lip Repositioning: A Combined Approach for the Correction of Gummy Smile. *Plast. Reconstr. Surg.* 2010; 126: 1014-1019.
12. Patel DP, Thakkar SA, Suthar JR- A toxina botulínica: uma ajuda para a correção do sorriso gengival neuromuscular - revisão. *Indian Journal of Basic & Investigação Médica Aplicada*, 2013, 7(2): 764-772.
13. Pedron IG, Utumi ER, Silva LPN, Moretto LEML, Lima TCF, Ribeiro MA. Cirurgia gengival ressectiva no tratamento da desarmonia do sorriso- *Rev Odontol Bras Central* 2010; 18(48):87-91.
14. Polo M. Botulinum toxin type A in treatment of excessive gingival display. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005;127(1): 214-8.
15. Polo M. Botulinum toxin type A (Botox) for the neuromuscular correction of excessive gingival display on smiling (gummy smile). *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008;133:195-203.
16. Ribeiro NVJ, Campos TVS, Rodrigues JG, Martins TMA, Silva CO. Treatment of excessive gingival display using a modified lip repositioning technique. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2013; 33(1):309–315.
17. Rosenblatt A, Simon Z. Lip repositioning for reduction of excessive gingival display: a clinical report. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 2006; 26:433–437.
18. Sarver DM, Yanosky M. Principles of cosmetics dentistry in orthodontics: Part 2. Soft tissue laser technology and cosmetic gingival contouring. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2001; 127(2): 127-85.

19. Seixas M R, Costa-pinto RA, Araújo TM. Checklist of esthetic features to consider in diagnosing and treating excessive gingival display (gummy smile). *Dental Press J Orthod*, 2011; 16(2): 131-57.
20. Silva CO, Ribeiro-junior NV, Campos TVS, Rodrigues JG, Tatakis DN. Excessive gingival display: treatment by a modified lip repositioning technique. *J Clin Periodontol* 2013; 40: 260–265.
21. Suzuki L, Machado AW, Bittencourt MAV. Avaliação da influência da quantidade de exposição gengival na estética do sorriso. *Dental Press J Orthod*. 2011 16(5): 1-10.