CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA

ROSANA QUEIROZ SILVA

ROSA MARIA JARDIM RODRIGUES

GUIA PARA O DIAGNÓSTICO DO SORRISO GENGIVAL

Rio de Janeiro

2020

GUIA PARA O DIAGNÓSTICO DO SORRISO GENGIVAL

GUIDE FOR THE DIAGNOSIS OF GINGIVAL SMILE

Rosana Queiroz Silva
Graduanda em Odontologia
Rosa Maria Jardim Rodrigues
Professora do curso de odontologia da UniSãoJosé

RESUMO

O sorriso gengival é caracterizado pela exposição exagerada de parte da gengiva superior, que fica mais evidente quando a pessoa sorri. Apesar de não causar danos à saúde bucal, o problema pode ser motivo de desconforto estético por comprometer a harmonia e simetria faciais. O presente artigo: Guia para diagnóstico do sorriso gengival, tem como objetivo fazer um "checklist" através de uma revisão bibliográfica para que o profissional tenha sucesso nos procedimentos de correção do sorriso gengival. Uma vez que, um diagnóstico correto leva a um tratamento adequado para a grande demanda de pacientes que busca o profissional de odontologia para a correção deste problema.

Palavras-chave: Check-list, Sorriso Gengival e Diagnóstico.

ABSTRACT

The gingival smile is characterized by the exaggerated exposure of part of the upper gum, which becomes more evident when the person smiles. Although it does not cause damage to oral health, the problem can be a reason for aesthetic discomfort as it compromises facial harmony and symmetry. This article: Guide for diagnosis of gingival smile, aims to make a "check list" through a bibliographic review so that the professional is successful in the procedures for correcting gingival smile. Since, a correct diagnosis leads to an adequate treatment for the great demand of patients who seek dental professionals to correct this problem.

Key-words: Checklist, Gingival Smile, Diagnosis.

INTRODUÇÃO:

No atual contexto social, no qual as pessoas estão cada vez mais vaidosas e preocupadas com aparência, a odontologia estética ganhou o seu espaço. Atualmente os pacientes procuram tratamentos dentários não apenas para melhorar sua saúde bucal, mas sua qualidade de vida e o convívio social.

Sorrir é um gesto que gera significativo impacto positivo em toda e qualquer situação. No entanto, frequentemente, é possível nos depararmos com pessoas que não se sentem confortáveis com a aparência dos seus sorrisos e são inibidas de sorrir em público, e até mesmo em fotos. Esse desconforto é muitas vezes causado pela aparência do sorriso gengival, no qual o lábio superior fica mais elevado mostrando grande parte da gengiva. Com isso, a procura por um sorriso ideal está cada vez mais frequente, já que o sorriso é um grande aliado na construção da aparência do ser humano.

Existe na literatura uma profusão de técnicas cirúrgicas para correção do sorriso gengival. Todas, quando bem indicadas e executadas, levam ao sucesso do tratamento. Entretanto, se faz necessário que o profissional faça uma boa avaliação do caso, desde o momento que o paciente o procura, até a orientação aos exames necessários para o caso. Com a evolução dos exames por imagens voltados para a odontologia, torna-se mandatório que o profissional esteja atualizado sobre esta ferramenta.

Partindo do princípio de que um diagnóstico certo é um caminho para um tratamento correto, esse trabalho tem como objetivo, de acordo com a literatura, fazer um guia, desde a anamnese até o encaminhamento para os exames de imagem necessários para o diagnóstico do caso e consequentemente tentar alcançar um bom desfecho nos procedimentos cirúrgicos para correção do sorriso gengival.

Essa pesquisa se fez necessária por acreditar que um diagnóstico correto é o primeiro passo para o sucesso de qualquer tratamento.

Desta forma, abordaremos um “checklist” para um exame clínico e exame por imagem, que possam orientar o profissional, principalmente, aqueles que estão

iniciando nessa área da Odontologia, fazer um bom planejamento para a correção do sorriso gengival.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.DEFINIÇÃO

O sorriso gengival constitui uma alteração relativamente frequente caracterizada pela exibição excessiva dos tecidos durante os movimentos do lábio superior para o sorriso. É o resultado de uma relação inadequada entre a borda inferior do lábio superior, o posicionamento dos dentes anteriores superiores, a localização da maxila e a posição da margem gengival em relação à coroa dentária (Alpiste-Illueca, 2011).

A composição de um sorriso considerado belo, atraente e saudável, envolve o equilíbrio entre a forma e simetria dos dentes, lábios e gengiva, além da maneira com que esses elementos se relacionam e se harmonizam com a face do paciente (Garber e Salama, 1996). Assim como o lábio superior deve se posicionar de forma a expor toda a coroa dos incisivos centrais superiores e até 1mm de gengiva (Ackerman MB et al., 2004; Câmara CALP. 2004; Geron S e Atalia W, 2005; Graber TM e Vanarsdall JR, 2000).

Características de um sorriso gengival estético e agradável

- Exposição gengival mínima
- Apresentação simétrica e harmoniosa entre a linha gengival e o lábio superior
- Tecidos gengivais sadios preenchendo os espaços interproximais
- Harmonia entre o segmento anterior e superiores
- Dentes com anatomia e proporção corretas (forma e posição)
- Coloração adequada e formato dos dentes
- Lábio inferior paralelo com a borda incisal dos dentes anteriores superiores e uma linha imaginária que passa pelo ponto de contato desses dentes.

2. ETIOLOGIA

A origem da etiologia do sorriso gengival é imprescindível. Normalmente a causa é multifatorial relacionando-se, principalmente, ao crescimento vertical excessivo da maxila (Robbins et al. 1999), erupção passiva (Cohen, 2008), comprimento reduzido do lábio superior ou contração excessiva do lábio superior (Robbins et al. 1999), e a desproporção da altura clínica da coroa do incisivo, frequentemente relacionada a excesso gengival, ou por hiperplasia ou erupção passiva alterada, onde o periodontista atuará. Para Oliveira, et al.,(2011) a extrusão dos dentes superiores, associada à mordida profunda também é um fator que pode contribuir para exposição gengival.

Para Landsberget al., (2006) ao analisar um sorriso é essencial considerar que uma pequena exposição gengival durante o sorriso é considerada esteticamente agradável, estando associada a um aspecto mais jovial que é, em muitos casos, desejável.

De acordo com Monaco (2005), o diagnóstico do sorriso gengival deve acontecer precocemente, levando em consideração os parâmetros clínicos específicos, e o tratamento realizado através de uma investigação cautelosa dos fatores etiopatogenéticos e do grau de rigorosidade da intervenção. Um plano de tratamento eficaz deve considerar a viabilização de uma resposta terapêutica ortognática, ortopédica e/ou cirúrgica, relevando sempre a complexidade da exposição da gengiva, linha alta do sorriso, em conexão com a idade do indivíduo.

3. PRINCÍPIOS DA ESTÉTICA

Embora uma determinada exposição gengival durante o sorriso seja esteticamente aceitável e, em muitos casos, isto é considerado jovial, o lábio superior deve ficar ao nível da margem gengival dos incisivos centrais superiores. (Franciscone e Mondeli, 2007; Seixas et al., 2011)

Segundo Tumenas & Ishikiriama (2002) durante a análise do sorriso, algumas características clínicas devem ser observadas, como a estrutura dos lábios, o

comprimento e a curvatura durante a dinâmica do sorriso, a linha do sorriso que pode sofrer distorções com o desgaste acentuado dos dentes, o contorno gengival, o formato dos dentes (quadrado ou retangular, triangular ou oval) e o formato da estrutura facial.

O contorno acompanha a formação do colo dos dentes e do tecido ósseo subjacente, preenchendo as ameias cervicais, bem como o zênite de margem gengival, que é a porção mais apical da margem gengival, voltada levemente para a distal, em relação ao eixo axial dos dentes. (Fowler, 1999).

3.1 LINHA DO SORRISO

Define a quantidade dental e gengival exposta no sorriso do paciente. Está relacionada com a maior motilidade (muscular) do lábio e/ou seu comprimento. (STRUB JR, 1999). Podendo ser: - baixa: a motilidade do lábio superior expõe até 75% o comprimento dos dentes anteriores e nada de gengiva; - média: o movimento labial expõe de 75% a 100% do comprimento dos anteriores e da papila gengival; - alta: os dentes anteriores são completamente expostos durante o sorriso, assim como uma faixa de gengiva queratinizada. A altura do sorriso é influenciada pela idade e pelo sexo. Quanto mais velho o indivíduo, maior a tendência para que apresente o tipo baixo. Esta informação é de extrema relevância, uma vez que sorrisos altos tentem a tornar-se médios com a idade, e os sorrisos baixos tornam-se cada vez mais baixos. Existe uma possibilidade de autocorreção para sorrisos gengival com o passar do tempo. (CONSENDEY, 2008)

Desse modo, Cardoso et al., 2015 elenca que considera-se uma condição harmônica, situações em que a margem gengival dos centrais e caninos estão no mesmo plano, ou a dos caninos posicionada levemente acima da margem dos centrais, com os laterais abaixo de ambos. Sua etiologia está relacionada a diferentes fatores: erupção passiva, incompleta ou alterada, crescimento gengival, excesso maxilar anterior ou vertical completo (hipermaxila), comprimento insuficiente da coroa, lábio superior curto e hiperatividade do lábio superior. As possíveis correções para o sorriso gengival incluem: cirurgia periodontal, correção ortodôntica; cirurgias ortognáticas, aplicação de toxina botulínica e instalação de cimento ortopédico.

3.2 ANÁLISE GENGIVAL

Idealmente, o contorno da margem gengival, delineado pelos níveis cervicais dos caninos superiores e dos incisivos centrais, deve ser paralelo à borda incisal e à curvatura do lábio inferior. O zênite gengival é o ponto mais apical do contorno gengival e, normalmente, fica localizado distalmente ao longo eixo dos dentes.

3.3 ANÁLISE DENTAL

Proporção largura / comprimento: As relações e proporções dos dentes anteriores determinam um equilíbrio para percepção estética do sorriso. Lombardi introduziu na odontologia a aplicação de proporções áureas. Porém esse conceito não pode ser rígido e nem deve ser utilizado para tratamento reabilitador, pois produz caninos mais estreitos do que o desejado com relações menos agradáveis do ponto de vista estético. (HATJÓ, 2006).

O ponto de partida do planejamento, leva em conta as dimensões dos incisivos centrais superiores, elementos mais representativos no sorriso. Segundo Fradeani, estes deveriam apresentar uma média de 8,3 a 9,3 mm de largura. A largura dos incisivos centrais, laterais e caninos está altamente correlacionada à distância interpupilar, interalar, largura intercomissura e a distância entre os cantos mediais dos olhos.

A obtenção da largura do incisivo superior, dá-se pela divisão da distância interpupilar por fatores, que variam de 6,6 a 7,2, definindo a largura ideal. A crucialidade pela determinação da largura dental dá-se pela facilidade de determinar a altura, uma vez que a altura do sorriso pode ser determinada pelo lábio superior, que é uma referência anatômica confiável. (CESARIO VA JR, LATTA GH JR, 1984).

A relação das larguras entre os dentes é de 100% para o incisivo central; a do lateral em relação a ele é de 75%; e a largura do canino em relação ao central é de 85%. Essas relações não devem ser rígidas porque existem variações na literatura. Estudos sobre proporção dental, concluíram que, para obter-se o comprimento, torna-se

necessário multiplicar a largura do incisivo central pelo coeficiente 1,25 obtendo-se o comprimento mínimo ou por 1,33 para obter-se o comprimento máximo. Os centrais e caninos apresentam alturas coronais similares e uma variação de 1 a 1,5 mm mais longa que dos incisivos laterais. (FRADEANI, 2004).

4. BIÓTIPO PERIODONTAL

Fenótipo periodontal, antes descrito como morfotipo, tipo de periodonto, biótipo ou biótipo periodontal, vem sendo estudado há algum tempo. Não há meios de se realizar boa Odontologia sem se analisar o fenótipo do paciente. O fenótipo periodontal deve ser avaliado não só pelo periodontista, mas por todos os profissionais da Odontologia, pois é uma característica fundamental para o planejamento e a previsibilidade de qualquer tratamento cirúrgico, restaurado e ortodôntico (Kahn S e Dias AT, 2016).

O fenótipo periodontal é avaliado mediante três parâmetros: espessura gengival, espessura óssea e faixa de gengiva inserida (p.ex.: através da transparência da sonda periodontal ou perfuração do tecido com a própria sonda), e da largura da faixa de tecido queratinizado (que pode ser medido igualmente com sonda periodontal). Hoje a tomografia computadorizada por feixe cônico tem sido utilizada para a análise das espessuras gengival e óssea, facilitando muito a análise do periodonto do paciente.

De Roucket al., (2009), descreveram a última classificação de tipo de periodonto na literatura. De acordo com o autor, existem três tipos de periodonto diferentes:

- A1 – Fino e festonado.
- A2 – Espesso e festonado.
- B – Plano e espesso.

5. TOMADA DE IMAGENS

Outra ferramenta importante é a tomada de imagem. O exame periapical completo é um exame quantitativo com ênfase nas estruturas de suporte dentário, sendo o foco de avaliação o osso alveolar, lâmina dura, espaço periodontal e raiz, logo

é um exame muito útil no planejamento do sorriso gengival. Onde podemos avaliar a altura da crista alveolar na região anterior.

Entretanto a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) permite visualizar e medir com precisão a relação entre o tecido duro e tecido mole do periodonto, sendo uma alternativa menos invasiva que a usada convencionalmente, como a sondagem transgengival, e mais precisa no planejamento de cirurgias periodontais. (BARRIVIEIRA, 2009)

FURUTA (2016) chama a nossa atenção explanando que esse tipo de tomografia foi um grande avanço na odontologia já que o mesmo proporciona imagens mais precisas e eficazes para diagnóstico e tratamento. Além disso pode ser instalado no próprio computador tradicional da clínica, facilitando assim para o clínico e para o paciente.

Algumas medidas podem ser realizadas à partir da TCFC com:

1. Distância da MG – CO
2. Distância da JCE - CO
3. Distância da MG - JCE
4. Espessura óssea
5. Espessura gengival
6. Tamanho da coroa anatômica

(MG – margem gengival; CO – crista óssea; JCE – junção cemento esmalte)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo, análise e a avaliação criteriosa da etiologia e do grau de severidade do sorriso gengival são determinantes na seleção do tratamento adequado para cada paciente. Por se tratar de um problema que envolve grande complexidade é fundamental realizar exames clínicos bem como devemos solicitar exames de imagem como a tomografia computadorizada para chegar ao diagnóstico correto. É de grande importância levar em consideração o biótipo gengival para melhor indicação e condução

dos casos que muitas vezes terão resolução cirúrgica. Em muitas situações serão necessário intervenções de outras especialidades além da periodontia. A utilização das orientações propostas nesse artigo serve como um norte no diagnóstico e planejamento, levando à correção do sorriso gengival dentro das técnicas de tratamento cirúrgicas periodontais atuais.

REFERÊNCIAS

ACKERMAN MB, Brensinger C, Landis JR**. An evaluation of dynamic lip-tooth characteristics during speech and smile in adolescents.Angle Orthod.** 2004;74(1):43-50.

ALPISTE-ILLUECA F. **Altered passive eruption (APE): A little-known clinical situation.**Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Jan 1; 16(1):100-4.

BARRIVIEIRA, Maurício. **Tomografia computadorizada volumétrica: Mensuração de tecidos moles gengivais e de mucosa mastigatória do palato e aplicações clínicas.** 2009. 68 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)- Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

CÂMARA Calp. **Estética em Ortodontia. Parte I: diagrama de referências estéticas dentais (DRED).** Rev Dental Press Estét. 2004;1(1):40-57.

CARDOSO P.; Decursio R. **Facetas, lentes de contato e fragmentos cerâmicos.**Florianópolis: Editora Ponto, 2015

CESARIO VaJr, LattaGh Jr. **Relationship between the mesiodistal width of the maxillary central incisior and interpupillarydistance.**JProthetDent , 1984.

COHEN, E. S. **Fundamentos de estética.** Dental Atlas de Cirurgia Periodontal Reconstrutiva e Cosmética.3ª ed. São Paulo: Editora Santos, 2008. p. 217-270.

COSENDEY VL. **Avaliação do relacionamento entre o lábio superior e incisivos durante a fala e o sorriso.** Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.

D'ADDAZIO, P.S.S. et al. **O uso da tomografia cone bem no auxílio ao diagnóstico e planejamento de cirurgia periapical: relato de caso clínico.**OdontologiaClínico-Científica, Recife, v. 9, n. 4, p. 377-380, 2010.

DE ROUCK T, Eghbali R, Collys K, De Bruyn H, Cosyn J. **The gingival biotype**

revisited: transparency of the periodontal probe through the gingival margin as a method to discriminate thin from thick gingival.JClinPeriodontol. 2009 May;36(5):428-33.

DOLT AH, Robbins JW.**Altered passive eruption: an etiology of short clinical crowns.Quintessence Int.** 1997 Jun; 28(6):363-72.

FRANCISCHONE AC, Mondelli J. **A ciência da beleza do sorriso.**Rev Dental Press Estét, 2007.

FRADEANI, M. **Análise estética: uma abordagem sistemática para o tratamento protético.** São Paulo: Quintessence Editora Ltda., 2004.

FOWLER P. **Orthodontics and orthognathic surgery in the combined treatment of a excessively "gummy smile".**N Z Dent J. 1999.

FURUTA, A.A; Campos, A.A; Costa, P.P. **Uso da tomografia computadorizada de feixe cônico no planejamento de cirurgia de sorisso gengival.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

GARBER DA, SalamaMA.**The aesthetic smile: diagnosis and treatment.**Periodontol 2000. 1996;11:18-28.

GARIB, D.G. et al. **Tomografia computadorizada de feixe cônico (Feixe cônico): entendendo este novo método de diagnóstico por imagem com promissora aplicabilidade na Ortodontia.**Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, v. 12, n. 2, p. 139-156, 2007.

GERON S, Atalia W. **Influence of sex on the perception of oral and smile esthetics with different gingival display and incisal plane inclination.**AngleOrthod. 2005;75(5):778-84.

GRABER TM, Vanarsdall JR. **Ortodontia: princípios e técnicas atuais.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

HATJÓ J. **Regras de configuração. Anteriores: a beleza natural dos dentes anteriores.** São Paulo, 2008.

LOMBARDI, R.E. **The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics.**J ProsthetDent, v.29, n.4, p.358-382, Apr. 1973.

MONACO, **Annalisa et al. Gummy smile: clinical parameters useful for diagnosis and therapeutical approach.**JournalofClinicalPediatricDentistry, v. 29, n. 1, p. 19-25, 2005.

OLIVEIRA, S.A.R.; VENTURIM, R.T.Z. **Cirurgia periodontal ressectiva valorizando o**

sorriso gengival: relato de caso clínico. RevistaColloquium Vitae**,** UNOESTE, v. 4, n. 2, p. 118-128, 2012.

ROBBINS JW. **Differential diagnosis and treatment of excess gingival display.PractPeriodontAesthetDent.** 1999 Mar; 11(2):265-72.

SCARFE, W. C.; FARMAN, A. G.; SUKOVIC, P. **Clinical Applications of Cone-Beam Computed Tomography in Dental Practice.** JournalCanadian Dental Association,Ottawa, v. 72, n. 1, p. 75-80, 2006.

SEIXAS MR, Costa-Pinto RA, Araújo TM. **Checklist dos aspectos estéticos a serem 6 considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival.**2011.

SENISE, IsabelaRighetto et al. **O USO DE TOXINA BOTULINICA COMO ALTERNATIVA PARA O TRATAMENTO DO SORRISO GENGIVAL CAUSADO PELA HIPERATIVIDADE DO LÁBIO SUPERIOR. REVISTA UNINGÁ REVIEW,** [S.l.], v. 23, n. 3, set. 2015.

Tumenas I, Ishikiriama SM. **Planejamento estético integrado em Periodontia/Dentística.** São Paulo: ArtesMédicas; 2002.

STRUB, J. R. **Is The Smile Line a Valid Parameter for Esthetic Evaluation?**
A systematicliteraturereview. Eur J EsthetDent2011;6:314-27.