

TRANSFORMAÇÃO DE SORRISO ENVOLVENDO CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL E FACETAS EM RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO

ESTHETIC REHABILITATION INVOLVING PLASTIC SURGERY PERIODONTAL AND COMPOSITE VENEERS: CASE REPORT

Beatriz Justina da Silva¹, Millena Arruda dos Santos¹, Tamires Gomes de Oliveira¹, Maysa Magalhães Vaz¹, Letícia Nunes de Almeida^{1*}

¹Centro Universitário Goyazes – Trindade-GO, Brasil.

*Correspondente: leticia.almeida@unigy.edu.br

Recebido: Jun 2021 | Aceito: Jul 2021 | Publicado: Ago 2021

RESUMO

Objetivos: O objetivo deste trabalho é relatar um caso de restabelecimento da estética do sorriso por meio de cirurgia periodontal associada a facetas em resina composta. **Métodos:** A paciente procurou tratamento odontológico insatisfeita com seu sorriso, que apresentava grande exposição gengival ao sorrir e restaurações em resina composta deficientes. Após o planejamento digital para obter as medidas ideais para o tamanho dos dentes foi realizada a cirurgia de gengivoplastia. Noventa dias após a cirurgia foi realizado clareamento dental e tratamento restaurador através de facetas em resina composta nos dentes 15 ao 25. **Resultados:** A resolução deste caso gerou grande impacto a autoestima e qualidade de vida da paciente graças a obtenção de dentes com proporções ideais para o sorriso e face da paciente devido à cirurgia periodontal e confecção das facetas. **Conclusão:** Uma abordagem multidisciplinar entre a periodontia e dentística é essencial para obtenção de um resultado ideal e que possua longevidade.

Palavras-chave: Gengivoplastia. Planejamento digital. Plástica do Sorriso. Resinas compostas. Reabilitação estética.

ABSTRACT

Aim: The aim of this work is to report a case of restoration of smile aesthetics through periodontal surgery associated with composite resin veneers. **Methods:** The patient sought dental treatment dissatisfied with her smile, which had large gingival exposure when smiling and deficient composite resin restorations. After digital planning to obtain the ideal measurements for the size of the teeth, gingivoplasty surgery was performed. Ninety days after the surgery, teeth bleaching and restorative treatment were performed using composite resin veneers on teeth 15 to 25. **Results:** The resolution of this case had a great impact on the patient's self-esteem and quality of life thanks to obtaining teeth with ideal proportions for the smile and face of the patient due to periodontal surgery

and veneer making. Conclusion: A multidisciplinary approach between periodontics and dentistry is essential to obtain an ideal result that has longevity.

Keywords: Gingivoplasty. Digital planning. Smile Plastic. Composite resins. Aesthetic rehabilitation.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, o sorriso além de possuir um papel importante para expressão facial tem sido considerado um símbolo de beleza. A relação entre os dentes e os tecidos gengivais muitas vezes se apresenta de forma inadequada, proporcionando dentes curtos e grande exposição gengival ao sorrir (OLIVEIRA et al., 2013; CAIRO et al., 2012). Diante disso, alguns parâmetros têm sido difundidos na sociedade quando se fala do sorriso ideal, isso envolve tanto a proporção ideal de altura e largura dos dentes, quantidade de exposição dental em repouso, e também a quantidade de gengiva exposta e sua relação com os lábios (LOI et al., 2010). Nesse contexto, a exposição gengival excessiva ao sorrir associada a coroa clínica curta tem sido um frequente motivo de queixa de alguns pacientes que buscam a melhoria da estética do sorriso. De acordo com a terminologia utilizada na periodontia, pacientes que possuem sorriso gengival apresentam exposição maior que 2 mm do tecido gengival ao sorrir (PASCOTTO e MOREIRA, 2005).

A etiologia do sorriso gengival está associada a algumas condições como erupção passiva alterada, excesso maxilar vertical, hiperplasia gengival, erupção compensatória dos dentes anterossuperiores, hiperatividade dos músculos elevadores do lábio superior, lábio superior curto, ou até mesmo pela combinação de duas ou mais etiologias (SIMON et al, 2007; SEIXAS et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2013; PAVONE et al, 2016). O tratamento dessa condição está relacionado a sua etiologia e complexidade, por isso o diagnóstico, e muitas vezes o tratamento, necessitam de uma abordagem multidisciplinar para decidir as formas de tratamento, seja por uma terapia cirúrgica, ortopédica, ortognática ou associada a harmonização orofacial. Diante das múltiplas possibilidades de tratamento para correções do sorriso gengival o tratamento cirúrgico é frequentemente indicado, pois um sorriso agradável é uma parte muito importante na composição do aspecto geral do indivíduo (FARIA et al, 2015).

É importante lembrar, que nessas condições quando se busca melhorar a harmonia do sorriso como um todo, a reabilitação com materiais restauradores estéticos

por muitas vezes é associada ao tratamento cirúrgico do sorriso gengival (DIEGUES et al., 2017). Cabe ao profissional responsável pelo tratamento estipular um correto planejamento para que se possa alcançar um resultado ideal. Destaca-se a importância do conhecimento de alguns princípios estéticos aliados a uma análise individualizada do paciente levando em consideração o conhecimento das múltiplas especialidades envolvidas, para que se possa desenvolver um bom planejamento, ferramenta que trará previsibilidade ao tratamento e será um método facilitador importante para condução do tratamento e conseqüentemente para um tratamento personalizado às características do paciente (FARIA et al., 2015), alcançando assim o resultado almejado pelo mesmo e previsto pelo profissional devolvendo forma, estética, função e propiciando harmonia da estética facial (CARDOSO et al., 2010).

Quando se associa a cirurgia periodontal com a instalação de restaurações para realizar o tratamento, a parte restauradora, da confecção de restaurações de resina ou cerâmica se inicia após um período de 90 a 120 dias após a cirurgia (TUMENAS et al.,2010). A parte restauradora, permite a obtenção de dentes com proporções ideais de altura e largura, volume e perfil de emergência adequados, restabelecimento de cor e forma, restabelecimento de corredor bucal, e pode ser realizada com resina, cerâmica ou ambos (BETT et al., 2015). Os dois materiais, dentro das suas vantagens e limitações permitem a obtenção de restaurações com estética similar à estrutura dental natural, possuem resistência adequada, e quando bem indicados e acompanhados promovem longevidade (DIEGUES et al.,2017).

Por fim, ao final do tratamento estético restaurador, dependendo do caso, ainda pode ser necessária a utilização da toxina botulínica para se obter o resultado ideal e placas interoclusais para manutenção do tratamento restaurador. Diante disso, destaca-se a importância do tratamento multidisciplinar (SENISE et al., 2015; POLO, 2008).

O objetivo desse trabalho foi desenvolver e relatar um caso clínico para restabelecimento estético do sorriso através de cirurgia periodontal, restaurações de resina composta e aplicação de toxina botulínica, mostrando a importância do planejamento multidisciplinar para a resolução do caso.

METODOLOGIA

Previamente à realização do tratamento odontológico, a paciente foi esclarecida sobre o procedimento odontológico e como foi conduzido o atendimento. Após

concordância, expressa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a paciente foi atendida.

Paciente B.J.S., 19 anos, sexo feminino, procurou atendimento odontológico devido à queixa de insatisfação estética do sorriso. Inicialmente, observou-se presença de sorriso gengival com facetas em resina insatisfatórias nos dentes 15 ao 25. Para a resolução deste caso, inicialmente foram realizadas fotografias da face, dentolabiais e intraorais e foi realizado um exame clínico para análise da condição inicial da paciente. Após exame clínico e análise das fotografias, foram verificadas as seguintes condições: excesso vertical de maxila, grande exposição gengival ao sorriso, presença de restaurações fraturadas, provavelmente devido à parafunção, e ausência de guias de desoclusão, conforme visto na Figura 1.



Figura 1 – Aspecto inicial do sorriso.

Foi verificada a possibilidade de tratamento inicial com cirurgia ortognática e ortodontia, porém a paciente optou por não realizar procedimentos cirúrgicos de alta complexidade. O tratamento proposto então, foi a realização de cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica e instalação de facetas de resina para restabelecer a harmonia do sorriso e adequada oclusão.

Previamente ao início do tratamento foi realizado o planejamento estético, buscando proporções ideais para os dentes, de acordo com o sorriso e face da paciente. A partir da distância interpupilar foi possível obter a largura ideal para o incisivo central, a partir disso, medidas de largura e altura ideais foram obtidas para cada dente, de acordo com os princípios estéticos, de forma a proporcionar adequada harmonia para o sorriso de forma personalizada. Imagens computadorizadas, permitiram a visualização

do resultado esperado mostrando a quantidade de aumento necessário, o que permitiu a comunicação com o profissional responsável pela cirurgia periodontal (Figura 2).



Figura 2 – Planejamento estético digital do sorriso.

O tratamento foi iniciado com o aumento de coroa clínica dos elementos 15 ao 25. Como protocolo cirúrgico, inicialmente, a paciente foi orientada a realizar bochecho com solução de digluconato de clorexidina 0,12%, em seguida foi realizada a anestesia local infiltrativa. Foi realizado o delineamento do tecido gengival com sonda periodontal, e após, incisão com bisturi 15C (Swann-Morton, Sheffield) até o tecido ósseo, foi realizada a gengivectomia em bisel interno para a região antero-superior, e incisão relaxante na mesial dos pré-molares, preservando as papilas e seguida da remoção do colarinho gengival com auxílio de uma cureta de Gracey 5-6. Foi realizada a frenectomia labial superior, pois o mesmo limita a mobilidade do lábio superior, virando o lábio e aumentando o aspecto do sorriso gengival. Concluída essa etapa, o tecido gengival foi suturado (nylon monofilamentado 5.0) de modo a posicionar a margem gengival ao nível da junção amelocementária proporcionando assim o novo contorno gengival. A paciente foi orientada a retornar dez dias após a cirurgia para avaliação pós-operatória, verificação da boa cicatrização dos tecidos periodontais e remoção da sutura. Após o intervalo de 120 dias para completa cicatrização do periodonto deu-se início a etapa reabilitadora.

O material restaurador indicado para o caso foi a resina composta para confecção de facetas dos dentes 15 ao 25 para melhora da forma, anatomia e das proporções dentais, devido as limitações da paciente que apresentava overbite

acentuado e indicação de cirurgia ortognática para correção do excesso vertical da maxila.

Inicialmente, foi realizado o escaneamento intra-oral com scanner (CEREC Omnicam, Dentisply Sirona). O modelo digital foi utilizado pelo laboratório de prótese para realização do enceramento diagnóstico digital, considerando as dimensões ideais obtidas através do planejamento virtual e as limitações da paciente que não poderia ter grande aumento no comprimento dos dentes. Na sequência, o enceramento digital foi impresso para permitir a confecção de uma guia de silicone palatina que possibilitaria a transferência das dimensões obtidas do enceramento diagnóstico, servindo como um método facilitador na etapa restauradora.

Previamente à confecção das restaurações foi realizado isolamento absoluto modificado na região anterior, seguido pela realização de condicionamento ácido por 30 segundos em esmalte com ácido fosfórico à 37% (Biodinâmica 37%) e lavagem por 60 segundos, aplicação de sistema adesivo universal (Single Bond Universal, 3M ESPE), que foi fotoativado por 20 segundos (Valo Grand, Ultradent).

As facetas foram realizadas com resina composta nanoparticulada (Z350 XT, 3M ESPE). Iniciou-se com inserção de incrementos de resina composta de esmalte acromático (CT) na guia de silicone. A guia foi levada em posição e a resina foi fotoativada por 20 segundos, reproduzindo assim a face palatina. Uma resina flow (Filtek Flow, 3M ESPE) foi inserida entre o dente e a resina da concha palatina para evitar a presença de bolhas. Nesse caso foi optado por não se utilizar de resinas de dentina, pela não necessidade de estratificação e para evitar qualquer excesso de volume nas restaurações finais. O próximo passo foi a confecção do esmalte vestibular com resina de esmalte (WE – *White enamel*) reproduzindo as características anatômicas de cada dente restaurado.

Após remoção do isolamento absoluto foi realizada a etapa de acabamento e polimento. Inicialmente foram utilizadas lâmina de bisturi número 12 e tira serrilhada (TDV), lixas de poliéster (Soflex, 3M ESPE) para a remoção de excessos e acabamento proximal. Em seguida foi utilizado disco de lixa de maior granulação (TDV) para a remoção de excessos, delimitação dos terços vestibulares e suas inclinações e delimitação de áreas de espelho e áreas de sombra. Para remoção de excessos na região cervical, início do polimento e confecção dos sulcos de desenvolvimento vestibular, foi utilizada broca multilaminada de 12 lâminas

Para o polimento foi inicialmente utilizada borracha abrasiva amarela de média

granulação (Jiffy Polisher, Ultradent), espiral dourado de granulação fina (Soflex espiral, 3M ESPE), disco de lixa amarelo de granulação extra-fina (Soflex POP ON, 3M ESPE), borracha espiral rosa de granulação fina (Diapol espiral, EVE) e borracha espiral rosa de granulação extrafina (Soflex espiral, 3M ESPE). Por fim, foi utilizada pasta de diamantada de 0,5 micrômetros (Diamond Polish, Ultradent) associada a escova de Robson macia.

Adicionalmente, o paciente foi encaminhado para aplicação de toxina botulínica onde realizou-se a antissepsia da pele com gluconato de clorexidina a 1% para evitar infecção local e remover a oleosidade. Foi realizada anestesia tópica com lidocaína a 4%, com auxílio de um lápis marcador a área de injeção da toxina foi demarcada no ponto da porção orbital do músculo elevador do lábio superior, um dos responsáveis pela hipercontração labial.

RESULTADOS

Após a realização do caso, foi possível reestabelecer, as necessidades funcionais, estéticas e o bem-estar da paciente. A obtenção de um sorriso harmônico, devolveu a autoestima e o prazer de sorrir, na realização o desejo de mudanças através da associação de procedimentos cirúrgicos periodontais, protéticos e restauradores, obtendo a harmonização e naturalidade do sorriso e face da paciente. A associação entre a cirurgia periodontal e restauração em resina e, bem como a utilização da toxina botulínica foram uma excelente opção de tratamento para a resolução do caso em questão considerando as limitações existentes. A Figura 3 mostram o aspecto final do sorriso e das restaurações.



Figura 3. Aspecto final do sorriso.

DISCUSSÃO

Devido aos padrões estéticos difundidos na sociedade a busca por um sorriso harmônico tem feito com que muitas pessoas buscassem a odontologia estética, que está totalmente relacionada à estética facial (VERONEZI et al.,2017). Tudo isso tem contribuído para que a ciência odontológica desenvolva novos materiais, técnicas e procedimentos que atendam às exigências dos pacientes (GUERRA et al.,2017). Devido a grande evolução das resinas, hoje pode-se reproduzir características com muita naturalidade e as mesmas podem ser consideradas até mesmo minimamente invasivas por ser possível preservar boa parte da estrutura dental em muitos casos (MENDONÇA et al.,2017).

Ao comparar a resina composta a cerâmica vemos que a resina possui muitas vantagens como estética favorável, longevidade, menor custo, ausência de etapas laboratoriais, técnica rápida e com a possibilidade de reversão em alguns casos em que não se obteve o resultado ideal ou se houver necessidade de mudanças futuras (GUERRA et al.,2017). Tudo isso, devido a sua grande evolução nos últimos tempos, que proporcionou melhora considerável em suas propriedades mecânicas e estéticas devido ao reforço das partículas de carga, propositalmente reduzidas em seu tamanho para que possam ser incorporadas em maior quantidade à matriz orgânica, resultando em aumento da resistência ao desgaste, menor contração de polimerização e excelente polimento e lisura superficial (MACKENZIE et al. 2013; FERRACANE et al.2011; KOZMAS et al 2008; DRUMMOND et al. 2008). Também deve-se considerar a importância dos sistemas adesivos e a correta aplicação e estratificação das resinas compostas, que são cruciais para longevidade e naturalidade dessas restaurações (PASHLEY et al. 2011).

Contudo, a resina composta possui suas limitações como em casos de extensas perdas de estrutura dental, onde não existe remanescente suficiente as facetas diretas em resina composta, são contraindicadas em casos de apinhamento severo, oclusão do tipo topo a topo e de hábitos parafuncionais (MACHADO et al., 2016). Já a técnica indireta em cerâmica possibilita melhor estabilidade de cor e maior durabilidade. Mas por sua vez, pode exigir desgaste dental maior e possui um custo mais elevado (BERWANGER et al.2016).

No presente caso, observou-se que a paciente apresentava sorriso gengival e *overbite* acentuado, o tratamento proposto inicialmente seria a instalação de facetas

cerâmicas nos dentes anteriores e coroas posteriores para aumento de DVO. Porém, através de uma análise multidisciplinar entre a periodontia, dentística e cirurgia bucomaxilofacial, observou-se que a paciente não apresentava nenhum desgaste na face oclusal dos dentes posteriores e era considerada muito jovem para ser submetida a um tratamento mais invasivo, já que se tratava de um reabilitação em cerâmica de todos os dentes. Pela visão da cirurgia bucomaxilofacial a opção anterior foi contraindicada destacando os possíveis prejuízos a ATM (Articulação Temporomandibular) e estruturas intrínsecas como o disco articular, cápsula e a própria cabeça da mandíbula (NÚÑEZ et al. 2015). Dessa forma, foi mostrada a opção de cirurgia ortognática para diminuição do excesso vertical de maxila.

Após essa análise, foi passada a paciente duas opções de tratamento que seria a cirurgia ortognática associada a ortodontia e posteriormente cirurgia de aumento de coroa clínica seguida da instalação de facetas cerâmicas ou em resina composta, ou tratamento com cirurgia periodontal e facetas diretas em resina composta. A paciente considerou inviável a possibilidade de realizar a cirurgia ortognática optando pelo tratamento com cirurgia periodontal e facetas diretas em resina composta por ser um tratamento minimamente invasivo e de custo mais acessível.

Desse modo, destaca-se a importância da abordagem multidisciplinar na odontologia para um correto diagnóstico, planejamento e finalização do caso. Bem como, do conhecimento das propriedades da infinidade de materiais dentários existentes para melhor desempenho em procedimentos restauradores (STEFANI et. al. 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma abordagem multidisciplinar entre a periodontia, dentística e a harmonização orofacial é essencial para obtenção de um resultado ideal e que possua longevidade. A resina composta é um excelente material restaurador, que é capaz de proporcionar mínimo desgaste, menor custo e longevidade.

REFERÊNCIAS

BARROS, A.D.S.; OLIVEIRA, B. T.; ESTEVES, S.R.R. Cirurgia periodontal de gengivectomia em bisel interno e gengivoplastia: relato de caso clínico. **REVISTA FOCUS IN SCIENTIAE BRAZILIAN** journal of focus in scientiae, Porto Nacional, 2010.

Berwanger, C.; et al. Fechamento de diastema com resina composta direta-relato de caso clínico. **Rev Assoc Paul Cir Dent**; v.70,p.317-322,2016.

BETT, P.H.B. Princípios Estéticos do Sorriso e suas aplicações, **Repositório Institucional da UFSC**, Santa Catarina, 2015.

CAIRO, F., GRAZIANI, F., FRANCHI, L., DEFRAIA, E., PINI PRATO, G.P. Periodontal plastic sugery to improve aesthetics in patients with altered passive eruption/ gummy smile: a case series study. **Int Journal Dent**, v. 2012, 2012.

CANDEIAS, A. S. R. Sorriso gengival: etiologia, diagnóstico e abordagens terapêuticas. **Instituto Universitário Egas Moniz**, 2019.

CARDOSO, P.; DECURCIO, R.; PACHECO, A. F.; MAGALHÃES, A. P. R.; PERILLO, M. V. FUNDAMENTOS ESTÉTICOS. *In*: CARDOSO, P.; DECURCIO, R. FACETAS: lentes de contato e fragmentos cerâmicos. Florianópolis. Editora Ponto, 2015. p.32-43.

DIEGUES, M. A.; MARQUES, E.; MIYAMOTTO, P. A. R.; PENTEADO, M. M. Cerâmica x Resina Composta: o que utilizar?. **Revista UNINGÁ**. v. 5, n. 1, p. 87,94, 2017.

DRUMMOND, J. L. Degradation, fatigue and failure of resin dental composite materials. **J Dent Res**; v.87,p.709-710,2008.

FARIA, G.J. A importância do planejamento multidisciplinar para correção do sorriso gengival: Relato de caso clínico. **Faculdade de Odontologia Lins/Unimep**, Minas Gerais, v.25, p.61-65, 2005.

FERRACANE, J. L. Resin composite--state of the art. **Dent Mater**; v.27,p.29-38,2011.

GUERRA, M. L. R.; VENÂNCIO, G. N.; AUGUSTO, C. R. Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**; v.27, p.63-68, 2017.

KITAYAMA, S.S.; Diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. –Monografia (Graduação em Odontologia) – **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. Centro de Ciências da Saúde. Natal, 2016.

KOZMAS,Y.; OZEL, E.; ATTAR, N.; AKYSOY. G. The influence of one-step polishing systems on the surface roughness and microhardness of nanocomposites. **Oper Dent**; v.33, p.44-55, 2008.

LOI, H.; NAKATA, S.; COUNTS, AL. Influence of gingival display on smile aesthetics in Japanese. **Eur J Orthod**; v.32, p.633-637, 2010.

MACHADO, A. C.; REINKE, A. C. M. A.; GUILHERME, F. M.; ZEOLA, L. F.; COSTA, M. M.; REIS, B.R.; SOARES, P.V. Reabilitação estética e funcional com

facetas diretas após histórico, de traumatismo dento-alveolar. **Rev Odontol Bras Central**, v.25, p.154-161, 2016.

MACKENZIE, L.; PARMAR, D.; SHORTALL, A.C.; BURKE, F.J. Direct anterior composites: a practical guide. **Dent Update**; v.40, p.297-299, 2013.

MENDONÇA, L. M.; MODENA, K. S.; LIMA, M. S, VERONEZE, M. C. Tratamento restaurador multidisciplinar para o restabelecimento da harmonia do sorriso. **Rev Salusvita**. v.36, p.489-499, 2017.

Núñez, C. V. et al. Efecto del aumento de la dimensión vertical oclusal en la posición natural de cabeza en pacientes portadores de prótesis removible. **Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral**; v.8, p.67-72, 2015.

OLIVEIRA, M. T.; et al. Gummy smile: A contemporary and multidisciplinary overview. **Dental Hypotheses**, v. 4, n. 2, p.55, 2013.

PASCOTTO, R.C.; MOREIRA, M.; Integração da Odontologia com a Medicina Estética. **RGO**, 2005.

PAVONE, A. F, MARJAN, G. B. D. S.; VERARDI, S. Gummy Smile and Short Tooth Syndrome-Part 1: Etiopathogenesis, Classification, and Diagnostic Guidelines. **Compend Contin Educ Dent** ,2016.

PASHLEY, D. H.; TAY, F.; BRESCHI, L.; TJÄDERHANE, L.; CARVALHO, R.; CARRILHO, M. TEZVERGIL-MUTLUAY A. State of the art etch-and-rinse adhesives, **Dent Mater**; v.27, p.1-16, 2011.

PEREIRA, M. R.; LALEIRO, R. R.; COELHO, U. P.; GARCIA, N. G. REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM RESINA COMPOSTA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO CLÍNICO. **Rev Odontol Bras Central**; v.29, p.24-28, 2020.

POLO M. Botulinum toxin type A (Botox) for the neuromuscular correction of excessive gingival display on smiling (gummy smile). **J Orthod Dentofacial Orthop**, v:133, p.195-203, 2008.

REIS, L. G. S. Sorriso gengival: tratamento baseado na etiologia: uma revisão de literatura, Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Odontologia)-**Universidade de Brasília**, Brasília, 2017.

RISSATO, M.; TRENTIN, M.S. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora – **revisão de literatura**. 2012.

SEIXAS M.R, COSTA-PINTO R.A, ARAÚJO T.M.D. Checklist of aesthetic features to consider in diagnosing and treating excessive gingival display (gummy smile). **Dental Press J Orthod** v16, p.131-157, 2011.

SENISE, I. R. O uso da Toxina botulínica como alternativa para o tratamento do sorriso gengival causado pela hiperatividade do lábio superior, **UNINGÁ Review**, v, n 23, p. 104-110, 2015.

SIMON, Z.; ROSENBLATT, A.; DORFAN W. Eliminating a gummy smile with surgical lip repositioning. **The Journal of Cosmetic dentistry**, v. 23, 2007.

TOLENTINO, L.. Design de sorriso digital (DSD): reprodutibilidade e ajuste do planejamento estético do sorriso para obtenção do enceramento diagnóstico estético integrado. **Biblioteca de teses e dissertações UFG**, Goiânia, 2018.

STEFANI, A.; FRONZA, B. M.; ANDRÉ, C. B.; GIANNINI, M. Abordagem multidisciplinar no tratamento estético odontológico. **REV ASSOC PAUL CIR DENT**; v.69, p.43-47, 2015.

TUMENAS, I.; ISHIKIRIAMA, S.M. Planejamento estético integrado em Periodontia/ Dentística. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. **Estética. São Paulo: Artes Médicas**; p. 251-810, 2010.

Veronezi, M.C, Brianezzi, L.F.D.F Modena, K., Lima, M.D.S, Bernardi, SE. REMODELAÇÃO estética de dentes conoides: tratamento multidisciplinar. **Revista Digital da Academia Paraense de Odontologia**; v.1, p.35-40, 2017.