




**CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA COM
RESTABELECIMENTO DO COMPLEXO DENTOGENGIVAL: RELATO DE
CASO**

**SURGICAL CORRECTION OF ALTERED PASSIVE ERUPTION WITH
RESTORATION OF THE DENTOGENGIVAL COMPLEX: CASE REPORT**

**CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ERUPCIÓN PASIVA ALTERADA CON
RESTABLECIMIENTO DEL COMPLEJO DENTOGENGIVAL: CASO CLÍNICO**

 <https://doi.org/10.56238/levv16n55-053>

Data de submissão: 11/11/2025

Data de publicação: 11/12/2025

Vitória da Silva Melo

Graduanda em Odontologia

Instituição: Universidade Paulista (UNIP)

Olegário Antônio Teixeira Neto

Professor

Instituição: Universidade Paulista (UNIP)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0157-7106>

Gustavo Peclat David

Especialista em Prótese

Instituição: Instituto Nobel Odontologia

Marcela Reis Nascimento

Cirurgiã-Dentista

Instituição: Instituto Nobel Odontologia

Thiago Cassiano de Faria Vilela Filho

Pós-graduando em Periodontia e Implantodontia

Instituição: Instituto Nobel Odontologia

Rogério Vieira Reges

Professor

Instituição: Universidade Paulista (UNIP)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6813-1275>

Cláudio Maranhão Pereira

Professor

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5511-0387>

RESUMO

O sorriso exerce papel fundamental na estética facial e na percepção social, e alterações em sua harmonia têm recebido destaque crescente na Odontologia contemporânea. A exposição excessiva de gengiva durante o sorriso, conhecida como “sorriso gengival”, é geralmente diagnosticada quando a

exibição gengival ultrapassa 3 mm, podendo comprometer a estética. Sua etiologia é multifatorial, incluindo erupção passiva alterada (EPA), fatores genéticos e alterações induzidas por medicamentos. O presente trabalho teve como objetivo relatar o manejo clínico-cirúrgico de um caso de EPA tipo I, subtipo B, tratado por meio de aumento de coroa clínica estético associado a osteotomia e osteoplastia. O procedimento cirúrgico envolveu a realização de incisão em bisel interno para remoção do colarinho gengival, preservação das papilas interdentais e elevação de retalho mucoperiosteal por incisão sulcular, permitindo o acesso ao tecido ósseo para restabelecimento da distância biológica de 3 mm. O desfecho clínico demonstrou excelente resposta estética e funcional, reforçando a importância de um diagnóstico preciso, planejamento cirúrgico adequado e execução técnica criteriosa para alcançar cicatrização previsível e minimizar complicações.

Palavras-chave: Estética Dentária. Gengivoplastia. Osteotomia.

ABSTRACT

The smile plays a fundamental role in facial aesthetics and social perception, and changes in its harmony have received increasing attention in contemporary dentistry. Excessive exposure of the gums when smiling, known as a “gummy smile,” is usually diagnosed when the gum display exceeds 3 mm, which can compromise aesthetics. Its etiology is multifactorial, including altered passive eruption (APE), genetic factors, and drug-induced changes. The aim of this study was to report the clinical-surgical management of a case of type I, subtype B APE, treated by aesthetic clinical crown lengthening associated with osteotomy and osteoplasty. The surgical procedure involved an internal bevel incision to remove the gingival collar, preservation of the interdental papillae, and elevation of the mucoperiosteal flap by sulcular incision, allowing access to the bone tissue to restore the biological distance of 3 mm. The clinical outcome demonstrated an excellent aesthetic and functional response, reinforcing the importance of accurate diagnosis, adequate surgical planning, and careful technical execution to achieve predictable healing and minimize complications.

Keywords: Cosmetic Dentistry. Gingivoplasty. Osteotomy.

RESUMEN

La sonrisa desempeña un papel fundamental en la estética facial y en la percepción social, y los cambios en su armonía han recibido una atención cada vez mayor en la odontología contemporánea. La exposición excesiva de la encía al sonreír, conocida como «sonrisa gingival», se diagnostica generalmente cuando la exposición gingival supera los 3 mm, lo que puede comprometer la estética. Su etiología es multifactorial, incluyendo erupción pasiva alterada (EPA), factores genéticos y alteraciones inducidas por medicamentos. El presente trabajo tuvo como objetivo relatar el manejo clínico-quirúrgico de un caso de EPA tipo I, subtipo B, tratado mediante aumento de corona clínica estética asociado a osteotomía y osteoplastia. El procedimiento quirúrgico consistió en realizar una incisión en bisel interno para eliminar el collarín gingival, preservar las papilas interdentales y elevar el colgajo mucoperiosteal mediante una incisión sulcular, lo que permitió acceder al tejido óseo para restablecer la distancia biológica de 3 mm. El resultado clínico demostró una excelente respuesta estética y funcional, lo que refuerza la importancia de un diagnóstico preciso, una planificación quirúrgica adecuada y una ejecución técnica cuidadosa para lograr una cicatrización predecible y minimizar las complicaciones.

Palabras clave: Estética Dental. Gengivoplastia. Osteotomía.

1 INTRODUÇÃO

A estética do sorriso tem se consolidado como um componente central na harmonia facial e na percepção social dos indivíduos, desempenhando papel determinante na autoestima e no bem-estar psicossocial. Alterações na arquitetura dentogengival capazes de comprometer essa harmonia, assim como suas alternativas terapêuticas, têm despertado crescente interesse na Odontologia moderna^{1,5}. Entre as condições responsáveis pela desarmonia estética, destaca-se o sorriso gengival, comumente caracterizado pela exposição de 3 mm ou mais de gengiva durante o sorriso, resultando em impacto visual significativo^{1,5,6}.

Dentre as principais etiologias associadas ao sorriso gengival, a erupção passiva alterada (EPA) representa uma das mais prevalentes e clinicamente relevantes. A EPA ocorre quando o deslocamento apical fisiológico do periodonto não atinge totalmente a junção cimento-esmalte (JCE), resultando em uma margem gengival localizada sobre o esmalte ou próxima a ele, em vez de se posicionar adequadamente sobre o cimento^{2,3}. Essa alteração promove coroas clínicas mais curtas, projeção gengival aumentada e uma desproporção evidente entre a margem gengival e a JCE, levando a importante comprometimento estético^{1,2,3}. Em diversos relatos clínicos, essa condição se manifesta como uma relação dentogengival desequilibrada, impactando o contorno, a simetria e o corredor estético do sorriso^{3,6,7}.

Além da EPA, o excesso gengival pode estar associado a hiperplasias inflamatórias, fatores genéticos ou ao uso de determinados medicamentos, ocasionando um crescimento tecidual exacerbado que, além de prejudicar a estética, dificulta a higiene bucal e predispõe ao acúmulo de biofilme^{2,5,8,12}. Nessas situações, a correção cirúrgica constitui a principal estratégia terapêutica, com destaque para a o aumento de coroa clínica estético, frequentemente associado a osteotomia quando há necessidade de restabelecimento da distância biológica^{1,4,5,7}. Esses procedimentos visam expor uma maior porção da coroa anatômica, harmonizar contornos gengivais e promover equilíbrio entre altura e largura dentária^{1,4,7,10}. Os princípios cirúrgicos geralmente envolvem incisões em bisel interno, remoção criteriosa de tecido gengival e remodelação óssea para restabelecimento anatômico e funcional da relação dentogengival^{1,4,6,9}.

O adequado planejamento terapêutico é etapa indispensável para a previsibilidade dos resultados, incluindo instrução de higiene bucal, controle de biofilme, raspagem e alisamento radicular, além da compensação de fatores sistêmicos ou locais capazes de influenciar na resposta tecidual^{1,3,9,11}. A avaliação diagnóstica da EPA deve contemplar exame clínico minucioso, análise dos parâmetros periodontais e complementação por exames de imagem quando necessário. Nesse contexto, a tomografia computadorizada de feixe cônico (CBCT) apresenta vantagens importantes, permitindo aferições quantitativas com maior acurácia, tais como: distância entre margem gengival e crista óssea, relação entre JCE e tábua óssea alveolar, espessura de tecidos moles e conformação estrutural

periodontal^{2,3}. Embora eficaz na análise tridimensional dos tecidos, ressalta-se que a CBCT não substitui a avaliação clínica, pois oferece dados estruturais, mas não indicadores diretos de saúde periodontal³.

Procedimentos para correção do sorriso gengival em casos de EPA apresentam resultados amplamente documentados na literatura científica recente, com relatos de casos demonstrando significativa melhora estética, restauração da harmonia dentogengival e satisfação dos pacientes^{1,4,12}. Esses achados reforçam a importância de um diagnóstico preciso, baseado na integração entre avaliação clínica, imaginologia e princípios biológicos periodontais, para garantir intervenções cirúrgicas preditivas e esteticamente favoráveis.

Diante do impacto estético e funcional causado pela erupção passiva alterada e da relevância das abordagens cirúrgicas periodontais para o restabelecimento da harmonia dentogengival, o objetivo deste trabalho é relatar, de forma detalhada, o manejo clínico-cirúrgico de um caso de erupção passiva alterada associado a sorriso gengival, destacando o planejamento diagnóstico, a execução da técnica de aumento estético de coroa clínica e os desfechos estéticos e funcionais obtidos após a intervenção.

2 RELATO DE CASO

O paciente **J.K.G.**, sexo masculino, 23 anos, compareceu à Clínica de Periodontia da **Universidade Paulista (UNIP) – Campus Flamboyant** em **06 de março de 2025** para avaliação odontológica. Na consulta inicial, foram realizados **anamnese detalhada, exame clínico intraoral completo, sondagem periodontal em todos os dentes, avaliação do índice de biofilme dental e profilaxia supragengival**.

Durante a anamnese, o paciente relatou ser ansioso, negou tabagismo e não apresentou condições sistêmicas relevantes. No entanto, à saúde bucal, sua queixa principal foi **descontentamento com a estética dentária**, especialmente em relação ao **tamanho reduzido dos dentes anteriores** e ao **aspecto de excesso gengival ao sorrir**, referindo forte impacto na autopercepção estética.

Ao exame clínico, observou-se a presença de coroas clínicas curtas e assimétricas, além de leve excesso de tecido gengival na região ântero-superior, comprometendo a harmonia dentogengival. A sondagem periodontal revelou inflamação gengival, sangramento à sondagem e acúmulo de cálculo supragengival localizado no quinto sextante. Adicionalmente, identificou-se aumento de volume ósseo em vestibular compatível com exostoses nas regiões posteriores, perceptível à inspeção e palpação clínica.

Com base na posição da margem gengival, na quantidade de tecido queratinizado (> 3 mm) e na localização da crista óssea ao nível da junção cimento-esmalte, o caso foi classificado como erupção passiva alterada Tipo I-B, segundo a classificação de Coslet¹⁵.

Com base nos achados clínicos e periodontais, estabeleceu-se o diagnóstico de **Gengivite Induzida por Biofilme em Periodonto Íntegro (GIBPI)**, compatível com a presença de inflamação gengival sem perda de inserção periodontal, acompanhada de fatores locais de retenção de biofilme.

2.1 TRATAMENTO

O paciente foi inicialmente submetido à **terapia periodontal básica**, com o objetivo de promover a adequação do meio bucal antes da intervenção cirúrgica. Durante um período de 15 dias, foram realizadas **instruções personalizadas de higiene oral**, controle mecânico do biofilme supragengival, além de **raspagem e alisamento coronal**, visando à redução da inflamação gengival e à restauração das condições periodontais ideais para o procedimento de aumento estético de coroa clínica (Figura 1).

Após a reavaliação clínica minuciosa, confirmou-se o diagnóstico de **sorriso gengival associado à erupção passiva alterada**, sendo indicada como conduta terapêutica a realização de **aumento de coroa clínica** envolvendo os dentes **11 a 15 e 21 a 25** (Figuras 2, 3 e 4). Após o paciente ser devidamente esclarecido sobre o plano de tratamento e assinar o termo de consentimento, o procedimento cirúrgico foi iniciado em **12 de maio de 2025**.

Realizou-se inicialmente **asepsia intrabucal** por meio de bochecho com **clorexidina 0,12%**, seguida da administração de anestesia local composta por bloqueio dos nervos **infraorbitário e alveolar superior posterior e médio**, infiltrações interpapilares nas regiões de 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 e 25, além do bloqueio do **nervo nasopalatino**, utilizando **articaína 4% com epinefrina 1:100.000** (DFL Indústria e Comércio Ltda).

Foi realizado a sondagem inicial para identificar a JCE, mensuradas com **sonda milimetrada Carolina do Norte** (Supremo – Brasil) identificando-se a possibilidade de remoção segura de aproximadamente **2 mm** de tecido gengival (Figuras 5, 6, 7 e 8). A partir dessas medidas, procedeu-se à **demarcação dos pontos sangrantes**, delimitando a área destinada às incisões (Figura 9).

Após a definição do zênite gengival ideal, realizou-se a **demarcação do colarinho** utilizando o **descolador de Molt 2/4** (Supremo, Brasil). Em seguida, empregou-se a **lâmina 15C** (Swann-Morton - Londres) para executar uma **incisão em bisel interno**, a aproximadamente 45° em direção incisopalical, iniciando-se pelo dente **11** (Figuras 10 e 11).

Posteriormente, efetuou-se uma **incisão intrassulcular**, direcionando a lâmina até o contato com a crista óssea, permitindo o descolamento preciso do tecido gengival do periósteo. O tecido previamente incisado em forma de colarinho foi então removido com **cureta McCall 13-14** (Golgran, Brasil), preservando-se integralmente as papilas interdentais (Figuras 12 e 13).

Após a incisão sulcular, procedeu-se ao deslocamento mucoperiosteal completo, permitindo ampla visualização do contorno ósseo subjacente. Com o campo operatório devidamente exposto,

realizou-se inicialmente a osteoplastia com broca esférica 1032 cirúrgica diamantada (Microdont, Brasil), removendo as exostoses vestibulares e regularizando a morfologia da tábuia óssea. Em seguida, efetuou-se a osteotomia propriamente dita, com o objetivo de reposicionar apicalmente a crista óssea, estabelecendo uma distância biológica de 3 mm entre a junção cimento-esmalte e o nível ósseo, condição necessária para a estabilidade periodontal e o adequado posicionamento da margem gengival (Figuras 14, 15 e 16).

A finalização do procedimento incluiu **sutura cochoeiro vertical** com fio **nylon 5-0** (Procare, São Paulo-SP), aproximando pares de papilas e proporcionando excelente adaptação tecidual, estabilidade e previsibilidade cicatricial.

O paciente retornou após **10 dias** para remoção das suturas e avaliação pós-operatória, apresentando **reparação tecidual satisfatória**, ausência de sinais inflamatórios e adequada conformação dos contornos gengivais (Figuras 17, 18 e 19).

2.2 PÓS-OPERATÓRIO

No período pós-operatório, o paciente recebeu orientações detalhadas acerca dos cuidados necessários para favorecer uma cicatrização adequada e prevenir intercorrências. Foi recomendado evitar a escovação na região operada durante os primeiros dias, substituindo-a por bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12%, realizados duas vezes ao dia, por um período de 7 a 10 dias. Orientou-se, ainda, a adoção de uma dieta pastosa e fria, evitando alimentos rígidos, ácidos ou condimentados que pudessem traumatizar o leito cirúrgico. Além disso, o paciente foi instruído a evitar esforços físicos intensos nas primeiras 48 a 72 horas, de modo a minimizar o risco de sangramentos, edema exacerbado e desconforto pós-operatório.

Para o controle de dor e inflamação, foi instituído protocolo farmacológico composto por dipirona 1 g a cada 6 horas, conforme necessidade, e dexametasona 4 mg, um comprimido a cada 8 horas por três dias, com o objetivo de modular a resposta inflamatória e reduzir o edema pós-operatório. O uso do digluconato de clorexidina 0,12% foi mantido como coadjuvante no controle químico do biofilme, reforçando a descontaminação da área operada durante a fase inicial de cicatrização.

O paciente retornou para controle pós-operatório e remoção das suturas no dia 23 de maio de 2025, ocasião em que se observou cicatrização satisfatória, ausência de sinais indicativos de inflamação patológica e adequada remodelação tecidual inicial, compatível com o prognóstico esperado para o procedimento realizado (Figura 19).

2.3 IMAGENS DO CASO

Imagens registradas no dia do procedimento cirúrgico, antes do seu início, ao decorrer do procedimento e após a finalização do tratamento.

Figura 1: Fotografia inicial do sorriso gengival (erupção passiva alterada tipo 1A)



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 2: Avaliação periodontal detalhada



Fonte: compilado do próprio autor.

Figura 3: Aumento de volume gengival e presença de irregularidades ósseas subjacentes lado direito



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 4: Aumento de volume gengival e presença de irregularidades ósseas subjacentes lado esquerdo



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 5: Sonda periodontal medindo a largura/proporcionalidade do dente



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 6: Sonda periodontal mostrando a coroa clínica com 9 mm no incisivo central superior



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 7: Sondagem periodontal



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 8: Sonda periodontal demarcando 2 mm de tecido a ser removido



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 9: Sonda periodontal determinando o ponto sangrante que será o limite da incisão em bisel interno



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 10: Com o molt foi realizada a demarcação do colarinho



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 11: Lâmina 15C realizando o bisel interno



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 12: Cureta McCall 13-14 removendo colarinho



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 13: Remoção de excesso de tecido gengival



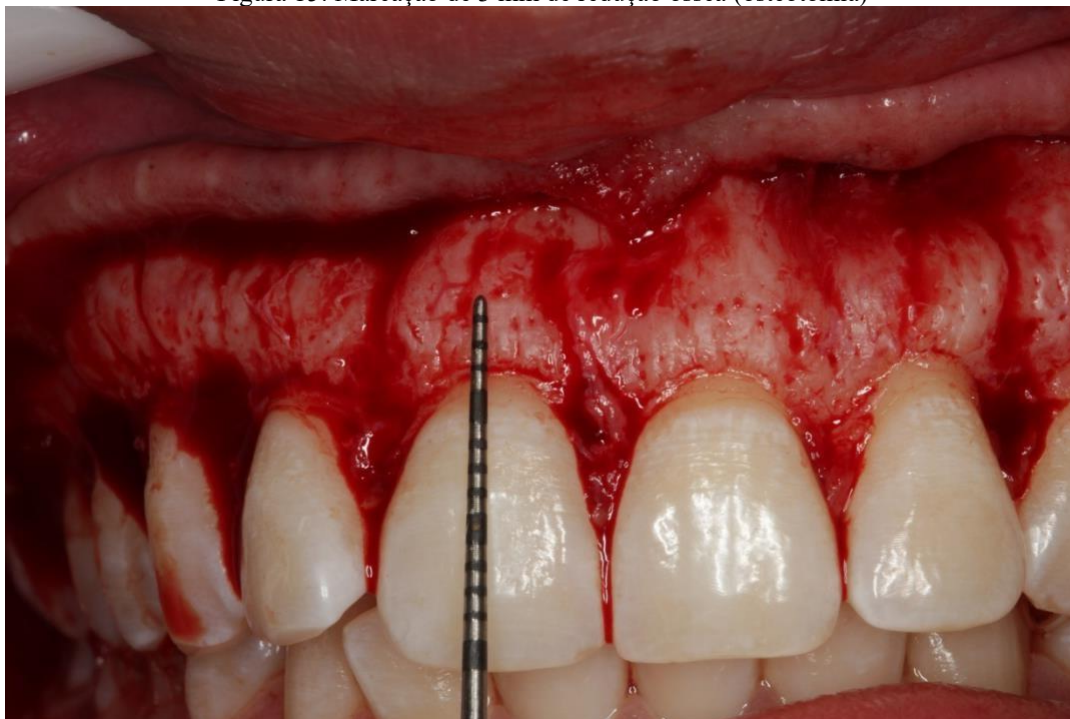
Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 14: Retalho do tipo envelope rebatido possibilitando visualizar o tecido ósseo



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 15: Marcação de 3 mm de redução óssea (osteotomia)



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 16: Espaço supracrestal criado de 3 mm, e osteoplastia realizada



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 17: Fotografia demonstrando sutura colchoeiro vertical interna



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 18: Fotografia inicial (Antes)



Fonte: Compilado do próprio autor.

Figura 19: Pós-operatório de 10 dias (Depois)



Fonte: Compilado do próprio autor.

3 DISCUSSÃO

O sorriso gengival é uma condição estética caracterizada pela exposição excessiva de tecido gengival durante a movimentação do lábio superior ao sorrir, o que frequentemente compromete a harmonia facial e a satisfação do paciente^{2,5}. Entre os fatores etiológicos associados, a erupção passiva alterada (EPA) destaca-se como uma das causas mais prevalentes dessa desordem estética^{2,3,14}. No caso descrito, estabeleceu-se o diagnóstico de EPA do tipo I-B, conforme a classificação de Coslet¹⁵, caracterizada pela presença de margem gengival deslocada coronalmente, mais de 3 mm de tecido queratinizado e crista óssea ao nível da junção cemento-esmalte^{2,3}.

A intervenção proposta visou suprir a principal queixa do paciente, insatisfação estética e impacto negativo sobre sua autoestima, resultado comumente relatado por pacientes submetidos a plástica periodontal estética^{1,6}. A melhora significativa observada no contraste entre as imagens pré e pós-operatórias também está alinhada a estudos que demonstram o impacto positivo do aumento de coroa clínica na percepção estética do sorriso e na qualidade de vida dos pacientes^{1,6,13,14}.

Segundo princípios periodontais contemporâneos, o aumento de coroa clínica demanda uma reanatomização cuidadosa do tecido gengival mediante incisões planejadas, resultando em contornos harmônicos que respeitam padrões estéticos estabelecidos, como a proporcionalidade entre incisivos centrais, laterais e caninos, e a altura diferencial de 1 mm entre incisivos centrais e laterais⁶. Os zênites gengivais, por sua vez, devem apresentar suave inclinação distal, conferindo naturalidade ao contorno dentário⁶. Tais princípios foram rigorosamente adotados no presente caso.

A literatura enfatiza que compreender as expectativas do paciente é etapa essencial do planejamento estético, uma vez que a percepção estética do paciente nem sempre coincide com os parâmetros clínicos adotados pelo cirurgião-dentista¹. Enquanto o profissional se concentra na identificação de assimetrias, desarmonias periodontais, discrepâncias entre altura e largura da coroa e posicionamento irregular dos zênites, o paciente tende a valorar fortemente elementos subjetivos como aparência global, autoconfiança e impacto social¹. A adequada comunicação entre ambas as partes é fundamental para um desfecho previsível.

Diversas modalidades terapêuticas estão disponíveis para correção do sorriso gengival, incluindo aumento de coroa clínico estético, toxina botulínica, reposicionamento labial, miectomia e cirurgia ortognática^{5,11}. A seleção da técnica deve sempre considerar a etiologia subjacente, que pode envolver EPA, hiperplasia gengival medicamentosa, crescimento vertical maxilar exacerbado, extrusões dentárias, alterações do lábio superior ou hiperatividade muscular^{5,6,11}. No caso relatado, a etiologia periodontal determinou a abordagem cirúrgica por meio de aumento de coroa clínica estético associada à osteotomia, conduta amplamente recomendada em casos de EPA^{2,4,8}.

O sorriso pode ser categorizado em baixo, médio ou alto, conforme a quantidade de exposição gengival durante o sorriso⁵. O paciente deste relato apresentava sorriso do tipo alto, caracterizado pela exposição total das coroas clínicas e mais de 3 mm de gengiva achado típico de sorriso gengival⁵.

Uma vez identificado o tipo de EPA, optou-se pelo aumento de coroa clínica com osteotomia, procedimento indicado quando há excesso de tecido gengival coronal à JCE e a necessidade de reestabelecer a relação anatômica entre coroa clínica e coroa anatômica^{8,9}. Inicialmente, removeu-se o tecido queratinizado excedente por meio de incisões em bisel interno, seguido do recontorno dos zênites gengivais conforme padrões estéticos previamente descritos^{6,8}.

Após a definição do novo contorno gengival, procedeu-se à osteotomia para restabelecimento e manutenção do espaço supracrestal, estrutura composta pelo epitélio juncional e tecido conjuntivo de inserção, a qual se estende da crista óssea à margem gengival^{8,10}. A literatura é consistente ao afirmar que a distância ideal entre a JCE e a crista óssea varia entre 2 e 3 mm, sendo essencial respeitá-la para evitar sequelas como recessões ou hipersensibilidade dentinária^{8,10}.

No caso apresentado, aferiu-se inicialmente uma distância de 2 mm entre a crista óssea e a JCE, o que justificou a remoção adicional de 1 mm de tecido ósseo para estabelecer o espaço supracrestal ideal de 3 mm^{8,9}. Além disso, foram identificadas exostoses ósseas vestibulares anterior e posteriormente, exigindo osteoplastia complementar para regularização da anatomia óssea abordagem igualmente descrita como essencial em casos de EPA com irregularidades ósseas associadas^{8,9,12}.

O retalho foi reposicionado e estabilizado com sutura Cachoeiro vertical utilizando fio nylon 5-0, técnica que proporciona excelente adaptação coronal dos tecidos e favorece cicatrização estética

adequada^{7,8}. A literatura reforça que a escolha de suturas apropriadas influencia diretamente na estabilidade marginal e no resultado estético final^{7,8}.

Portanto, o aumento de coroa clínica se confirma como um procedimento cirúrgico altamente eficaz para correção do sorriso gengival decorrente de EPA, proporcionando remodelação tecidual previsível, restabelecimento da harmonia dentogengival e melhora significativa na estética do sorriso^{4,10,13}. Quando corretamente indicado e executado segundo princípios biológicos e estéticos consagrados, constitui uma intervenção segura, estável e com elevado índice de satisfação do paciente^{1,4,6}.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo da erupção passiva alterada demanda uma abordagem criteriosa e individualizada, considerando características como o fenótipo periodontal, a altura do sorriso e as expectativas estéticas do paciente. No presente caso, a cirurgia de aumento de coroa clínica mostrou-se uma intervenção previsível, segura e eficaz, promovendo melhoria significativa na harmonia dentogengival e atendendo satisfatoriamente aos objetivos funcionais e estéticos propostos.

Os resultados alcançados ressaltam a relevância de um diagnóstico acurado, aliado a um planejamento cirúrgico detalhado e à execução técnica precisa, fatores fundamentais para assegurar cicatrização adequada e reduzir a ocorrência de complicações. Ademais, a adesão do paciente às orientações pós-operatórias constituiu elemento essencial para a estabilidade e manutenção dos resultados obtidos.



REFERÊNCIAS

1. Andrade AG. Avaliação da satisfação e desconforto de pacientes com erupção passiva alterada submetidos a cirurgia plástica periodontal: série de sete casos clínicos [trabalho de conclusão de curso]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/10461>
2. Lelis JB, Nagata MJH, Leonardi GB, Santinoni CS, Almeida JM, Bosco AF. Aumento de coroa clínica e impacto na estética dentogengival. *Rev Odontol UNESP*. 2014;43(Suppl):1–5.
3. Campos HRSS. Manejo cirúrgico do sorriso gengival com etiologia de erupção passiva alterada: relato de caso [trabalho de conclusão de curso]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2022. Disponível em: <https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/6102/1/HANDREZAR%C3%89GIASANTOSSIQUEIRACAMPOS.pdf>
4. Aquila CB, Cláudio MM. Aumento estético de coroa clínica: relato de caso. *Rease*. 2022;8(9):1330–9.
5. Paloski L, Souza KMR, Pfau EA, Pfau VJM. Periodontal aesthetic surgery: treatment option for cases with gingival smile caused by associated etiologies. *J Clin Dent Res*. 2017;14(3):78–87.
6. Lordello RR, Peixoto Neto GF, Pinto Filho JM, Gusmão CA, Gusmão JMR, Monteiro AMD. Tratamento integrado para correção do sorriso gengival: relato de caso. *Rev Odontol Araçatuba*. 2024;45(2):34–42.
7. Da Silva EC, De Almeida ZM, Bianco GD, Santos LCO. Aumento de coroa clínica estético para correção de sorriso gengival. *Rev Contemporânea*. 2023;3(11):21624–37. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/22>
8. Gobetti RS, Sá YSB, Silva TM, Arcanjo SEM, Brito RINC, Pereira DRS, et al. Harmonização do sorriso com gengivoplastia: relato de caso. *Recima21*. 2023;4(7):1–9.
9. Cardozo FR, Martins JM, Vitoria OAP, Novaes VCN. Aumento de coroa clínica para correção do sorriso gengival: relato de caso clínico. *Unifunec Cient Multidisciplinar*. 2020;9(11):1–17. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfc/article/view/4085>
10. Santos BKG, Almeida GSP, Ribeiro KT, Ferreira RR, Machado BMB, Sá LA, Amormino SAF. Aumento de coroa clínica: reparação do desequilíbrio dentogengival com finalidade estética. *Rev Odontol Araçatuba*. 2024;45(1):33–7.
11. Carli EC, Piardi R, Butze JP. Tratamento do sorriso gengival por meio da cirurgia periodontal. *Rev Odontol Araçatuba*. 2024;45(1):38–42.
12. Nascimento BFKS, Silva CA, Corrêa TA, Andrade TM, Duarte YF, Cirino CCS. Resolução estética de sorriso gengival através da técnica de gengivoplastia: relato de caso. *Braz J Surg Clin Res*. 2016;14(3):65–9.
13. Sabag, B., Neto, O. A. T., Pereira, C. M., Ribeiro, H. L., & Xavier, B. S. A. (2025). AUMENTO DE COROA CLÍNICO ESTÉTICO EM PACIENTES PÓS-TRATAMENTO ORTODÔNTICO. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 12(1), 1-13.



14. Falcão, Isadora Peixoto, et al. "Tratamento do sorriso gengival devido a erupção passiva alterada: relato de caso clínico: Treatment of gummy smile due to altered passive eruption: clinical case report." *Brazilian Journal of Health Review* 5.6 (2022): 24793-24805.
15. Coslet JG, Weisgold AS, Zontag J. The gingival topography and its significance in restorative dentistry. Part I: The altered passive eruption. *J Prosthet Dent*. 1977;37(4):424–9.