



Aumento de coroa clínica estético como etapa prévia a facetas diretas: relato de caso clínico

Bruno Satyro Moraes de Medeiros¹; Joyce Raianne Santos Sá²; Irton Mateus Gomes da Silva³; Maria Luisa Lima Abreu³; Heloisa Gonçalves de Carvalho³; Paulo Arthur Araújo Silva³; Anderson Christian Ramos Gonçalves⁴; Gilvania Batista de Sales⁴; Luana Samara Balduino de Sena⁵; Barbara Vanessa de Brito Monteiro⁶; Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues⁶; João Nilton Lopes de Sousa⁶.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n10p1627-1644>

Artigo recebido em 15 de Setembro e publicado em 25 de Outubro de 2025

RELATO DE CASO CLÍNICO

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico de cirurgia plástica periodontal para aumento de coroa clínica em região estética, como etapa prévia à reabilitação com facetas diretas em resina composta. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 26 anos, procurou atendimento odontológico com queixa de inflamação gengival persistente e estética comprometida. O exame clínico revelou gengivite necrosante associada à presença de biofilme disbiótico e inversão das papilas interdentais entre os incisivos e caninos superiores. Realizaram-se orientação de higiene bucal e terapia fotodinâmica antimicrobiana (aPDT) em duas sessões, com intervalo de oito dias. Após remissão da inflamação gengival foi realizado planejamento digital com base em fotografias clínicas e mensuração da largura e altura dos dentes, utilizando a proporção áurea (80%) para definir a nova altura ideal das coroas clínicas. Assim,, determinou-se o nível da crista óssea e a quantidade de osteotomia necessária. O procedimento cirúrgico envolveu gengivectomia em bisel interno com retalho total e osteotomia da crista óssea alveolar, buscando harmonia entre tecidos moles e duros para posterior reabilitação estética. **Resultados:** Após três meses de acompanhamento clínico, observou-se cicatrização satisfatória, estabilidade da margem gengival, ausência de inflamação e melhora expressiva na estética do sorriso. **Conclusão:** O aumento de coroa clínica estético, precedido por controle eficaz da inflamação por meio da terapia fotodinâmica e conduzido com base em planejamento digital e proporção áurea, demonstrou-se eficaz e previsível como etapa preparatória para reabilitação estética com facetas diretas em resina composta, garantindo estabilidade tecidual e suporte adequado ao resultado restaurador.

Palavras-chave: Periodontia; Gengivectomia; Estética; Aumento da Coroa Clínica.



Aesthetic crown lengthening prior to direct veneer restoration: a case report

ABSTRACT

Objective: To report a clinical case of periodontal plastic surgery for clinical crown lengthening in the esthetic zone, as a preparatory step for rehabilitation with direct composite resin veneers. **Case report:** A 26-year-old male patient sought dental care with complaints of persistent gingival inflammation and compromised esthetics. Clinical examination revealed necrotizing gingivitis associated with the presence of dysbiotic biofilm and inversion of the interdental papillae between the maxillary incisors and canines. Oral hygiene instructions and antimicrobial photodynamic therapy (aPDT) were performed in two sessions, with an eight-day interval. After remission of gingival inflammation, digital planning was carried out based on clinical photographs and measurement of tooth width and height, using the golden proportion (80%) to define the new ideal height of the clinical crowns. Thus, the level of the bone crest and the amount of osteotomy required were determined. The surgical procedure involved internal bevel gingivectomy with a full-thickness flap and osteotomy of the alveolar bone crest, aiming for harmony between soft and hard tissues for subsequent esthetic rehabilitation. **Results:** After three months of clinical follow-up, satisfactory healing, stability of the gingival margin, absence of inflammation, and a significant improvement in smile esthetics were observed. **Conclusion:** Esthetic clinical crown lengthening, preceded by effective inflammation control through photodynamic therapy and guided by digital planning and golden proportion, proved to be effective and predictable as a preparatory step for esthetic rehabilitation with direct composite resin veneers, ensuring tissue stability and adequate support for the restorative outcome.

Keywords: Periodontics; Gingivectomy; Esthetics; Clinical Crown Lengthening.



¹ Discente de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos-PB, BR

² Mestranda em ciências odontológicas pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, BR

³ Cirurgião-Dentista pela Universidade Federal de Campina Grande, Patos-PB, BR

⁴ Mestrando em ciências odontológicas pela Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, BR

⁵ Docente de odontologia da Unifacisa, Campina Grande-PB, BR

⁶ Docente de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos-PB, BR.

Autor correspondente: *Joyce Raianne Santos Sá; email: sajoyce1998@gmail.com*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

Explicar sobre o assunto de maneira clara e concisa, referenciando todos os autores que tiverem suas ideias expressas em seus argumentos. A gengiva desempenha um papel fundamental na estética do sorriso, de forma que a arquitetura gengival, também denominada estética vermelha, deve estar em harmonia com a denominada estética branca, os elementos dentários [1,2]. Neste contexto, diversas são as causas de insatisfações estéticas dos pacientes, como, por exemplo, o sorriso gengival, ocasionado pela exposição excessiva de gengiva ao sorrir, decorrente da erupção passiva alterada (EPA), mal posicionamento labial ou crescimento vertical da maxila [3,4].

O poder da interdisciplinaridade das especialidades odontológicas associando o ACC a restaurações estéticas/facetadas permite uma abordagem direcionada a corrigir boa parte dos defeitos estéticos [1,5,6]. O ACC permite que o cirurgião-dentista restaure a harmonia entre os tecidos moles e duros, redefinindo as margens e a COA para alcançar a saúde periodontal e uma estética gengival agradável. Para isso, podem ser empregadas diversas técnicas de planejamento, incluindo a criação de “mockups”, guias cirúrgicos ou apenas redefinição do espaço biológico a partir da JCE. Além disso, o procedimento pode ser realizado isoladamente ou em conjunto com tratamentos reabilitadores, como a colocação de coroas ou facetas [2,5-8].

Após um diagnóstico preciso, e um planejamento rigoroso, o objetivo do tratamento interdisciplinar é alcançar a harmonia ideal entre a coroa anatômica e a coroa clínica, garantindo a proporção áurea (largura/altura) adequada e o posicionamento correto da MG. Isso permite a obtenção de uma linha harmoniosa dos zênites gengivais e a restauração das proporções corretas das coroas clínicas por meio da utilização de coroas e pontes [5,7,9,10]. Além disso, é fundamental respeitar os parâmetros biológicos, como a distância biológica entre COA e a MG, que deve ser de aproximadamente 2,04 mm, abrangendo os tecidos da inserção conjuntiva, epitelial e sulco gengival, conforme descrito por Gargiulo *et al.* (1961).

Nesse sentido, a não observância dos princípios biológicos do periodonto pode levar a uma resposta inflamatória do organismo, resultando em inflamação tecidual. Isso



ocorre devido à presença de bactérias que formam um biofilme disbiótico e organizado, o que, se não combatido, pode acarretar na destruição dos tecidos periodontais de suporte. Como consequência, formam-se bolsas periodontais, o que pode levar à perda precoce do elemento dental [12,13]. Além do mais, estabelecer corretamente as dimensões teciduais é fundamental para garantir maior estabilidade da MG, o que aumenta a previsibilidade do planejamento e reduz o risco de recidiva tecidual. Devendo considerar que a recidiva tecidual pode variar de acordo com as características individuais de cada paciente [2,5,10,14].

Assim, este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico que demonstra a eficácia da cirurgia de aumento de coroa clínica em região estética, após o controle de gengivite generalizada mediante terapia fotodinâmica antimicrobiana, como etapa prévia à reabilitação restauradora.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 26 anos de idade, apresentou queixa de intensa inflamação gengival. Durante a anamnese, relatou ter realizado um procedimento restaurador estético no arco superior há aproximadamente 5 anos, apresentou dificuldade de higienização, sangramento gengival a escovação e sintomatologia dolorosa na região. Não relatou alergia medicamentosa, etilismo ou tabagismo.

No entanto, informou ter apresentado sangramentos de difícil coagulação desde a infância, e após avaliação médica, recebeu diagnóstico de discrasia sanguínea na via primária, decorrente de distúrbio qualitativo plaquetário. Ao exame intra oral, o paciente apresentou gengivite generalizada em periodonto íntegro, com 100% sangramento à sondagem, hiperplasia gengival, gengiva com cor avermelhada, aspecto liso, edemaciada e gengivite necrosante entre os elementos 11 e 12, não apresentou profundidade de sondagem aumentada ou perda óssea radiográfica. Essa condição foi decorrente do material restaurador em excesso na região cervical e interproximal, o que tornou a área um fator local de retenção de placa bacteriana e de difícil higienização.



Figura 1 – Aspectos clínicos iniciais: (A) Gengivite convencional; (B) Gengivite necrosante com envolvimento de papilas interdentais dos elementos 11 e 12.

Aprovado no comitê de ética sob parecer 59592016.8.0000.5181, inicialmente foi realizada uma sessão de descontaminação com terapia periodontal mecânica, que incluiu raspagem coronoradicular em todos os sextantes com curetas Gracey (GOLGRAN, SÃO CAETANO DO SUL, SP, BRASIL). A sessão foi realizada sob anestesia local com Mepivacaína 3% com epinefrina 1:200.000 (DFL INDÚSTRIA E COMÉRCIO S.A., RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL). Após a terapia periodontal básica, foi realizada terapia fotodinâmica antimicrobiana (a-PDT) com aplicação de Azul de Metileno 0,1% no sulco gengival, com tempo de incubação de 5 minutos. Posteriormente, foi aplicado laser de diodo de baixa potência (LASER DUO, MMOptics, SÃO PAULO, BRASIL), com luz vermelha de comprimento de onda de 660nm, energia de 4 joules em cada ponto, com 6 pontos por elemento na região palatina e vestibular. Uma nova sessão de a-PDT foi realizada após 3 dias, em conjunto com ajuste das restaurações utilizando pontas diamantadas 2135f, 2135ff (KG SORENSEN, JOÃO NEIVA-ES, BRASIL).

Após remissão da inflamação e obtida a saúde gengival clínica, planejou-se a plástica periodontal (Figura 02) a fim de restabelecer as dimensões dos tecidos supracrestais para uma nova reabilitação restauradora, buscando a proporção áurea entre altura (H) e largura (L) da coroa clínica, desta forma, o paciente foi previamente avaliado, esse período equivale ao tempo inicial T0, no qual foi avaliada altura e largura da coroa clínica para avaliar a proporção destas medidas.

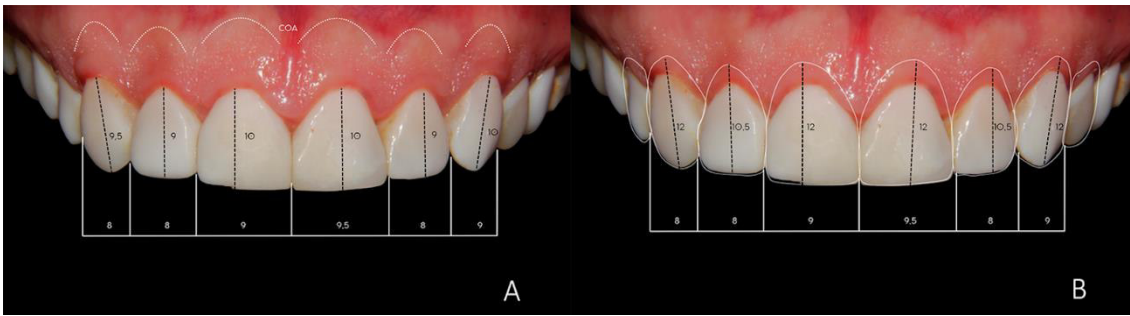


Figura 02 - Planejamento virtual da gengivectomia. A - Proporção da relação L/H previamente ao procedimento; B - Nova proporção da relação L/H após o procedimento.

Antes do procedimento cirúrgico, foram solicitados exames laboratoriais, incluindo hemograma, coagulograma e glicemia em jejum. Todos com resultados dentro da normalidade. Quanto aos exames imaginológicos, foi solicitado uma TCFC. Devido à discrasia sanguínea, foi prescrito o uso de ácido tranexâmico (250mg, 2 comprimidos a cada 6 horas), iniciado 48 horas antes do procedimento e mantido por 5 dias após a cirurgia, conforme recomendação médica. Além disso, foi prescrito o uso de 8mg de dexametasona, uma hora antes da cirurgia.

O procedimento cirúrgico foi realizado após antissepsia intrabucal e extra com digluconato de clorexidina a 0,12% (RIOQUÍMICA LTDA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP, BRASIL) e 2% (DENTSCARE LTDA, JOINVILLE-SC, BRASIL), respectivamente. Em seguida, foi realizada anestesia local com Articaína 4% com epinefrina 1:200.000 (DFL INDÚSTRIA E COMÉRCIO S.A., RIO DE JANEIRO-RJ, BRASIL), utilizando a técnica infiltrativa no fundo de sulco vestibular e nas papilas vestibulares e palatinas. A técnica utilizada foi a gengivectomia em bisel interno, com deslocamento total de retalho, osteoplastia e osteotomia, distanciando a crista óssea alveolar (COA) da junção cimento esmalte (JCE) em 3 mm. O zênite gengival cirúrgico foi marcado na altura desejada e planejada previamente com compasso de ponta seca calibrado por uma régua endodôntica. A partir desta referência, foi realizada a incisão paramarginal em bisel interno, com lâmina 15C (LAMEDID COMERCIAL E SERVIÇOS LTDA, BARUERI-SP, BRASIL), partindo do zênite em direção ao ponto de contato de cada elemento.

Em seguida, uma incisão intrasulcular foi realizada e o colarinho de tecido gengival removido com auxílio de cureta de Gracey 5-6 (GOLGRAN, SÃO CAETANO DO

SUL, SP, BRASIL). O retalho gengival foi descolado em sua totalidade até a JMG e a COA foi reposicionada a 3 mm da JCE, por meio de osteoplastia e osteotomia com brocas diamantadas nº 3018, nº 2173, nº 1014 (KG SORENSEN, JOÃO NEIVA, ES, BRASIL), nos locais em que foi necessário. Após a osteoplastia, a ferida cirúrgica recebeu irrigação abundante com solução salina a 0,9% (EUROFARMA LABORATÓRIOS LTDA, SÃO PAULO, SP, BRASIL). Posteriormente, o retalho gengival foi reposicionado e fixado com suturas interrompidas do tipo colchoeiro vertical, utilizando fio de polipropileno 6-0 (BIOLINE FIOS CIRÚRGICOS LTDA, ANÁPOLIS, GO, BRASIL).



Figura 3 – Aspecto durante o transcirúrgico após osteotomia.

Para gestão do pós operatório foi prescrito Dexametasona 4mg, 1 comprimido 10 horas após o procedimento, amoxicilina 500mg a cada 8 horas por 7 dias e bochecho com 15 ml de digluconato de clorexidina a 0,12% sem álcool (RIOQUÍMICA LTDA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP, BRASIL), por 1 minuto, duas vezes ao dia, durante 14 dias após as primeiras 24 horas de pós-operatório. Além disso, foi realizada a prescrição de uma escova macia (Curaprox 5460 ultra soft) e orientado a realizar uma escovação delicada nos primeiros 7 dias de pós-operatório, consumir alimentos macios e evitar traumas na região operada. A sutura foi removida após 7 dias.



Figura 4 - Condição clínica do pós-operatório imediato.

Após três meses da realização da cirurgia plástica periodontal, observou-se boa cicatrização dos tecidos moles, com ausência de sinais clínicos de inflamação, preenchimento papilar adequado e estabilidade da margem gengival. A coloração, textura e contorno gengival estavam compatíveis com saúde periodontal, favorecendo o início da fase restauradora com facetas diretas em resina composta.

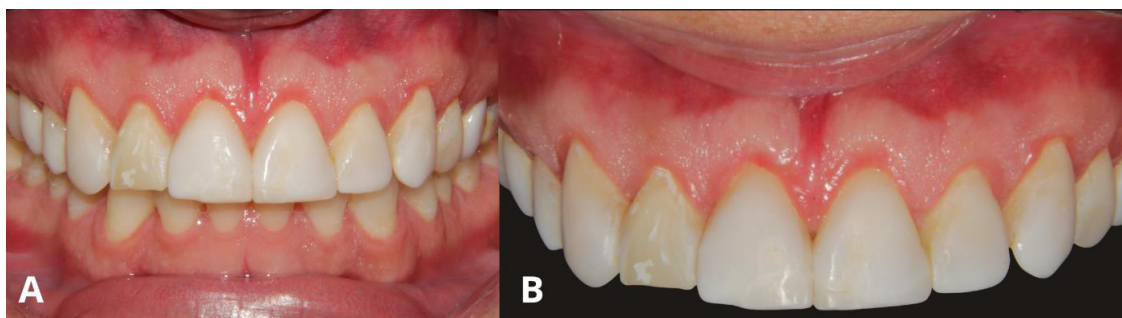


Figura 5 - Condição clínica aos 3 meses de pós-operatório, região superior (A), região superior (B).

A Tabela 1 apresenta os parâmetros clínicos periodontais registrados nas fases pré-cirúrgica (T0), de planejamento reverso (P) e transcirúrgica (T), abrangendo os dentes 15 a 25. Foram avaliadas três variáveis principais: (H) que corresponde a altura da coroa clínica (em milímetros), proporção largura/altura (L/H) da coroa clínica e a distância entre a JCE e a COA.

No período pré-cirúrgico, observou-se variação da altura da coroa clínica entre 8,0 e 10,0 mm, com proporções L/H superiores a 0,8 em quase todos os dentes,

indicando coroas relativamente curtas em relação à largura. A distância JCE–COA oscilou entre 1,91 mm (dente 23) e 2,90 mm (dente 15), valores compatíveis com espaço biológico preservado, porém insuficientes para remodelações estéticas mais amplas.

O planejamento reverso foi conduzido com base em análise fotográfica e medidas clínicas, utilizando-se a proporção áurea (0,75 a 0,77) como referência estética ideal. A altura planejada das coroas variou de 9,0 mm (dentes 15 e 25) a 12,0 mm (dentes 13, 11, 21 e 23), ajustando-se as distâncias JCE–COA para valores entre 3,0 e 3,5 mm, conforme a necessidade de osteotomia para exposição coronária adequada.

No transcirúrgico, os dados confirmaram a execução do planejamento, com manutenção das alturas propostas e proporções L/H ideais em todos os dentes anteriores. As distâncias JCE–COA foram adequadamente corrigidas para permitir restaurações futuras com perfil de emergência favorável e preservação do espaço biológico.

A avaliação de 3 meses de pós-operatório (T3) será utilizada para mensuração da estabilidade clínica dos parâmetros obtidos, com foco na manutenção da altura da coroa clínica, da proporção L/H e da posição da crista óssea após cicatrização tecidual completa.

Tabela 01 - Dimensões dos tecidos no período pré cirúrgico, planejamento e transcirúrgico.

| Variável /dente | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Pré cirúrgico | | | | | | | | | | |
| Altura da coroa clínica | 8 | 8 | 9,5 | 9 | 10 | 10 | 9 | 10 | 9 | 8,5 |
| Proporção L/H da coroa clínica | 0,9 | 1 | 0,8 | 0,9 | 0,9 | 0,95 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,95 |
| JCE - COA | 2,90 | 2,40 | 2,54 | 2,77 | 2,66 | 2,56 | 2,46 | 1,91 | 2,86 | 2,16 |
| Planejamento reverso | | | | | | | | | | |
| Altura (P) | 9 | 10 | 12 | 10,5 | 12 | 12 | 10,5 | 12 | 10 | 9 |
| Proporção L/H (P) | 0,77 | 0,70 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,70 | 0,77 |



| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| JCE - COA (P) | 3 | 3 | 3 | 3,5 | 3 | 3 | 3,5 | 3 | 3 | 3 |
| Transcirúrgico | | | | | | | | | | |
| Altura (T) | 9 | 10 | 12 | 10,5 | 12 | 12 | 10,5 | 12 | 10 | 9 |
| Proporção L/H (T1) | 0,77 | 0,70 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,70 | 0,77 |
| JCE - COA (T) | 3 | 3 | 3 | 3,5 | 3 | 3 | 3,5 | 3 | 3 | 3 |
| Avaliação de 3 meses | | | | | | | | | | |
| Altura (T3) | 9 | 9 | 13 | 10 | 12 | 12 | 10 | 12 | 10 | 9 |
| Proporção L/H (T3) | 0,77 | 0,88 | 0,6 | 0,8 | 0,75 | 0,79 | 0,8 | 0,75 | 0,8 | 0,88 |
| JCE - COA (T3) | 3 | 3 | 3 | 3,5 | 3 | 3 | 3,5 | 3 | 3 | 3 |

Nota. T0 = avaliação inicial; P = Planejamento; T = Transcirúrgico; T3 = 3 meses de pós operatório.

DISCUSSÃO

A anamnese é um processo fundamental que envolve a análise de vários fatores que influenciam a saúde bucal e a estética do sorriso. Isso inclui a compreensão dos motivos que levaram o paciente a procurar tratamento, a avaliação da saúde sistêmica e dos hábitos do paciente, bem como a análise das características faciais e dentárias, condição gengival e níveis ósseos. A consideração desses fatores permite criar um plano de tratamento personalizado e eficaz, que atenda às necessidades e expectativas do paciente [15, 16].

Durante esta avaliação inicial, elaborar um plano de tratamento personalizado e eficaz, que atenda as necessidades e expectativas do paciente é a prioridade. Este conjunto de intervenções deve iniciar estabelecendo saúde gengival, eliminando o biofilme dentário que predispõe a inflamação gengival e, assim, ocasiona a gengivite. A presença sustentada desta infecção, em alguns casos, progride para a destruição dos tecidos de suporte dos dentes, levando ao desenvolvimento da periodontite [17,18,19].



No relato de caso em questão o paciente queixava-se de sangramento gengival extremo, e foi diagnosticado com gengivite, com áreas de gengivite necrosante, o que demandou ainda mais um planejamento individualizado, necessário para criar uma distância biológica adequada devolvendo a saúde, mas que resultasse em uma estética favorável.

O receio do paciente em compreender a necessidade de um procedimento cirúrgico invasivo antes de uma nova reabilitação mais previsível e segura para o operador, garantindo resultados confiáveis, exigiu um planejamento detalhado. Isso se deve ao fato de que abordagens na região anterior da maxila demandam maior atenção devido ao papel estético que os dentes desempenham na face do indivíduo. Para alcançar esse objetivo, foi necessária a interdisciplinaridade entre as especialidades odontológicas, algo cada vez mais comum em procedimentos estéticos que envolvem planejamentos digitais em combinação com técnicas de aumento de coroa seguidas de facetas em resina ou porcelana [2,6-8].

A abordagem sistemática e multidisciplinar permite ao paciente uma visão precoce dos resultados do tratamento, sendo fundamental para ajudá-lo a decidir sobre a cirurgia. A combinação de cirurgia gengival com guias cirúrgicas e osteotomia para correção da margem gengival e fortalecimento da coroa, seguida da aplicação de facetas de porcelana, demonstra ser eficaz na obtenção de um resultado estético satisfatório [20,21].

No estudo de Trushkowsky, Arias e David (2016) utilizando o Digital Smile Design (DSD), os autores descrevem um caso de alongamento de coroas e aplicação de facetas de porcelana em uma paciente com sorriso gengival, obtendo ótimos resultados e satisfação do paciente. Neste trabalho não foi confeccionado guia cirúrgico, mas com exame clínico e auxílio da TCFC, sabendo as dimensões dos tecidos supracrestais previamente a cirurgia, foi possível estabelecer as novas posições dos tecidos a partir de fotografias intraorais no aplicativo do Powerpoint® e transferir para a cirurgia com auxílio de compasso e régua milimetrada.

Assim como Jurado e colaboradores (2022) que em um caso de reabilitação após cirurgia de ACC, utilizaram um mockup em resina bisacrílica, criado a partir do enceramento diagnóstico, para antecipar o resultado final e guiar a redução precisa de

tecido gengival durante a gengivectomia. Além disso, preocupados com a estética no pós imediato, o mesmo material foi utilizado para as restaurações provisórias, evitando exposição de raiz radicular ou preparos dentários desnecessários. Neste estudo, optou-se pela reanatomização provisória das facetas em resina que o paciente já possuía, após 15 dias de pós-operatório, considerando melhor cicatrização em comparação com o período pós imediato, promovendo melhor adaptação cervical.

Conforme relatado neste trabalho, a cirurgia periodontal mostrou-se uma alternativa viável em casos complexos de reabilitação, permitindo uma previsibilidade e correto preparo dos tecidos periodontais para intervenções estéticas futuras [7,8,20,21].

No entanto, um fator crucial para o sucesso do tratamento é a estabilidade da margem gengival após ACC. Estudos como o de Deas *et al.* (2004) demonstraram que, após 180 dias de pós-operatório, os tecidos moles tendem a se reposicionar, reduzindo a altura clínica da coroa obtida cirurgicamente. Entretanto, Dominguez *et al.* (2020) avaliaram a estabilidade da MG em aumento coronário em dentes anteriores e concluíram que a posição marginal se manteve estável quando posicionada em 3 mm da crista óssea alveolar (COA).

Dessa forma, sugerindo que a técnica cirúrgica e o posicionamento do retalho são fundamentais para a estabilidade da MG após ACC. A osteotomia e osteoplastia realizadas por Dominguez *et al.* (2020) resultaram em uma distância de 2 mm da JCE à COA, e o posicionamento do retalho em 3mm da COA pode ter contribuído para a estabilidade da MG. Isso sugere que a abordagem cirúrgica deve ser cuidadosamente planejada e executada para garantir a estabilidade da MG e o sucesso do tratamento.

Além disso, Abou-Arrej e colaboradores (2015) em uma revisão sistemática avaliaram 62 estudos sobre o tempo ideal para restaurações definitivas após procedimentos cirúrgicos de ACC e concluíram que o rebote gengival está associado a uma curta distância entre o retalho e a COA na sutura, bem como ao biótipo de retalho espesso. A revisão também sugere que o tempo de cicatrização após o alongamento cirúrgico da coroa deve ser uniforme para todas as áreas da boca, independentemente de ser anterior ou posterior variando, 3 a 6 meses.



Considerando esses resultados, é possível minimizar e prever a quantidade de mudança posicional em 6 meses de pós-operatório, desde que sejam considerados os fatores cirúrgicos e anatômicos adequados. Isso destaca a importância de uma abordagem cirúrgica cuidadosa e personalizada para cada paciente, levando em conta as características individuais dos tecidos periodontais, bem como, compreender o tempo de cicatrização após a cirurgia para a maturação, saúde e estabilidade dos tecidos periodontais, especialmente antes da colocação de restaurações definitivas em áreas estéticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem multidisciplinar e personalizada é fundamental para o sucesso do tratamento estético e funcional em pacientes com necessidades complexas. A combinação de cirurgia gengival, precedido por controle eficaz da inflamação por meio da terapia fotodinâmica e restaurações estéticas, considerando a estabilidade da margem gengival e o tempo de cicatrização adequado, é essencial para garantir um resultado previsível e estável.

REFERÊNCIAS

1. Del Monte S, Afrashtehfar KI, Emami E, Abi Nader S, Tamimi F. Lay preferences for dentogingival esthetic parameters: A systematic review. *J Prosthet Dent.* 2017;118(6):717-724. doi: 10.1016/j.prosdent.2017.04.032.
2. Jurado CA, Villalobos Tinoco J, Tsujimoto A, Barkmeier W, Fischer N, Markham M. Clear matrix use for composite resin core fabrication. *Int J Esthet Dent.* 2020;15(1).
3. Afrashtehfar KI, Assery MK. Five considerations in cosmetic and esthetic dentistry. *J NJ Dent Assoc.* 2014;85(4):14-15.



4. Marzadori M, Stefanini M, Sangiorgi M, Mounssif I, Monaco C, Zucchelli G. Crown lengthening and restorative procedures in the esthetic zone. *Periodontol* 2000. 2018;77(1):84-92. doi: 10.1111/prd.12208.
5. Verardi S, Ghassemian M, Bazzucchi A, Pavone AF. Gummy smile and short tooth syndrome-Part 2: Periodontal surgical approaches in interdisciplinary treatment. *Compend Contin Educ Dent*. 2016;37(4):247-251.
6. Jurado C, Watanabe H, Villalobos Tinoco J, Ureta Valenzuela H, Guzman Perez G, Tsujimoto A. A conservative approach to ceramic veneers: A case report. *Oper Dent*. 2020;45(3):229-234. doi: 10.2341/19-051-T.
7. Jánosi KM, Cerghizan D, Berneanu FD, Kovács A, Szász A, Mureșan I, et al. Full-mouth rehabilitation of a patient with gummy smile—Multidisciplinary approach: Case Report. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(2):197. doi: 10.3390/medicina59020197.
8. Ferreira CF, Magalhães EB, Zini B. Esthetic Crown Lengthening and Minimally Invasive Laminate Veneers to Resolve Altered Passive Eruption. *Case Rep Dent*. 2024;2024:8882326. doi: 10.1155/2024/8882326.
9. Kois JC. Altering Gingival Levels: The Restorative Connection Part I: Biologic Variables. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 1994;6(1):3-7.
10. Dominguez E, Pascual-La Rocca A, Valles C, Carrio N, Montagut L, Alemany AS, et al. Stability of the gingival margin after an aesthetic crown lengthening procedure in the anterior region by means of a replaced flap and buccal osseous surgery: a prospective study. *Clinical Oral Investigations*. 2020;24(10):3633-40.
11. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban BJ. Dimensions and Relations of the Dentogingival Junction in Humans. *Journal of Periodontology*. 1961;32:261-7.
12. Cobb CM. Lasers and the treatment of periodontitis: the essence and the noise. *Periodontol* 2000. 2017;75(1):205-295. doi: 10.1111/prd.12137.
13. Fischer RG, Lira Junior R, Retamal-Valdes B, Figueiredo LC, Malheiros Z, Stewart B, Feres M. Periodontal disease and its impact on general health in Latin America. Section



V: Treatment of periodontitis. *Braz Oral Res.* 2020;34:e026. doi: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0026.

14. Arora R, Narula SC, Sharma RK, Tewari S. Evaluation of supracrestal gingival tissue after surgical crown lengthening: a 6-month clinical study. *J Periodontol.* 2013;84(7):934-40.

15. Kreidler MA, Rodrigues CD, Souza RF, Oliveira Júnior OB. Ficha de anamnese estética: sua aplicação para identificar opinião pessoal, seleções de julgamento, importância atribuída e modelo de referência estética. *RGO (Porto Alegre).* 2005;17-22.

16. Liu X, Yu J, Zhou J, Tan J. A digitally guided dual technique for both gingival and bone resection during crown lengthening surgery. *J Prosthet Dent.* 2018;119(3):345-349. doi: 10.1016/j.prosdent.2017.04.018.

17. Kumar S. Evidence-based update on diagnosis and management of gingivitis and periodontitis. *Dent Clin North Am.* 2019;63(1):69-81.

18. Teughels W, Feres M, Oud V, Martín C, Matesanz P, Herrera D. Adjunctive effect of systemic antimicrobials in periodontitis therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2020;47:257-281.

19. Talmac AC, Yayli NZA, Calisir M, Ertugrul AS. Comparing the efficiency of Er,Cr:YSGG laser and diode laser for the treatment of generalized aggressive periodontitis. *Ir J Med Sci.* 2022;191:1-9.

20. Jurado CA, Parachuru V, Villalobos Tinoco J, Guzman-Perez G, Tsujimoto A, Javvadi R, Afrashtehfar KI. Diagnostic Mock-Up as a Surgical Reduction Guide for Crown Lengthening: Technique Description and Case Report. *Medicina.* 2022;58(10):1360. doi: 10.3390/medicina58101360.

21. Trushkowsky R, Arias DM, David S. Digital Smile Design concept delineates the final potential result of crown lengthening and porcelain veneers to correct a gummy smile. *International Journal of Esthetic Dentistry.* 2016;11(3):338-54.

22. Deas DE, Moritz AJ, McDonnell HT, Powell CA, Mealey BL. Osseous surgery for crown lengthening: A 6-month clinical study. *Journal of Periodontology.* 2004;75(9):1288-94.



23. Abou-Arraj RV, Majzoub ZAK, Holmes CM, Geisinger ML, Geurs NC. Healing time for final restorative therapy after surgical crown lengthening procedures: a review of related evidence. Clin Adv Periodontics. 2015;5(2):131-139. doi: 10.1902/cap.2014.140014.