

TÉCNICA DE REPOSICIONAMENTO LABIAL ASSOCIADO AO AUMENTO DE COROA: RELATO DE CASO

LIP REPOSITIONING TECHNIQUE, ASSOCIATED TO CLINICAL CROWN INCREASE: CASE REPORT

RENATO GONZALEZ DE SOUZA FORTI¹, GABRIEL CRISPIM VILAR², LIVIA DE SOUZA TOLENTINO³, GUSTAVO NASCIMENTO DE SOUZA PINTO⁴

1. Graduação em Odontologia pela UniCesumar – Centro Universitário de Maringá; 2. Mestrando em Odontologia Integrada pela UEM – Universidade Estadual de Maringá; 3. Doutora em Implantodontia e Periodontia pela USP – Universidade de São Paulo; 4. Mestrando em Odontologia Integrada pela UEM – Universidade Estadual de Maringá

²Rua Jangada, nº 122, apartamento 203 – Zona 7 – Maringá - CEP: 87020-180. gabrielgcv@gmail.com

Recebido em 30/01/2016. Aceito para publicação em 06/04/2016

RESUMO

É de suma importância a relação pré-existente entre três componentes do sorriso para a obtenção da estética: o dente, a gengiva e os lábios. A hiperatividade do músculo elevador do lábio superior é uma das causas do sorriso gengival e diversas são as técnicas propostas para minimizar as queixas desses pacientes, um correto diagnóstico e definição da causa desse excesso são necessários para a seleção da técnica mais adequada visando melhorar a aparência do paciente. O objetivo deste trabalho foi descrever um caso clínico em que foi utilizando a técnica de reposicionamento labial enfatizando suas indicações, vantagens e previsibilidade a fim de propiciar aos profissionais e acadêmicos da área um melhor entendimento sobre a técnica. Houve uma significativa diminuição de exposição gengival e a paciente obteve satisfação estética

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Bucal, estética dentária, periodontia.

ABSTRACT

It is very important to pre-existing relationship between three smiling components to obtain the aesthetic: the tooth, gum and lips. Hyperactivity of the upper lip levator muscle is one of the causes of gum and several smile are the techniques proposed to minimize the complaints of these patients, however a correct diagnosis and determine the cause of this excess are necessary for selecting the most appropriate technique aiming improve the patient's appearance. The aim of this study was to describe a case in which it was using lip repositioning technique emphasizing its indications, advantages and predictability in order to provide professionals and scholars in the field a better understanding of the technique. There was a significant reduction of gingival exposure and the patient was aesthetic satisfaction.

KEYWORDS: Abortion, miscarriage, public health.

1. INTRODUÇÃO

É de suma importância a relação pré-existente entre três componentes do sorriso para a obtenção da estética: o dente, a gengiva e os lábios¹. A aparência do tecido gengival ao redor dos dentes tem um papel muito importante na estética da região anterior da maxila, já que, anormalidades na simetria, no volume e no contorno podem afetar significativamente a harmonia de uma dentição natural².

A exposição de aproximadamente 2-3 mm de gengiva marginal é a considerada ideal na estética do sorriso. Em contraste, o excesso gengival ou “sorriso gengivoso” podem comprometer a aparência do indivíduo². Essa situação pode ocorrer devido a fatores como: lábios curtos, alterações esqueléticas e, mais frequentemente, a erupção passiva alterada.

A etiologia do sorriso gengival está relacionada a diferentes fatores: erupção passiva alterada, aumento do volume de gengiva devido ao acúmulo de placa bacteriana ou uso de medicamentos e excesso vertical de maxila^{2,3}. Sendo que a definição do diagnóstico é que define o plano de tratamento a ser realizado¹. Apenas após a um correto diagnóstico acerca de qual fator etiológico está presente em cada caso é que se pode propor um plano de tratamento adequado. O sorriso gengival é um problema estético que pode afetar uma grande parcela da população, com uma prevalência entre 10,5% e 29%^{4,5}. Exposição gengival excessiva é mais prevalente⁶ e considerada mais inestética em mulheres do que em homens⁷.

Uma outra causa do sorriso gengival é a hiperatividade labial. Resultados variáveis têm sido relatados com o uso de diferentes técnicas, como a injeção de toxina botulínica, alongamento do lábio associada a rinoplastia,

descolamento dos músculos do lábio, e reposicionamento de lábio⁸.

A técnica de reposicionamento labial foi inicialmente utilizada em cirurgias plásticas médicas e, mais recentemente, na Odontologia. Este procedimento é realizado através da remoção de uma faixa de mucosa do vestibulo bucal maxilar e sutura da mucosa labial para a linha mucogengival^{9 10}. Essa técnica visa diminuir a quantidade de exposição gengival em pacientes com hiperatividade labial.

O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico em que foi utilizada a técnica de reposicionamento labial enfatizando suas indicações, vantagens e previsibilidade a fim de propiciar aos profissionais e acadêmicos da área um melhor entendimento sobre a técnica.

2. RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, leucoderma, 31 anos de idade, procurou atendimento odontológico como queixa principal de excesso de exposição gengival e uma desarmonia entre os dentes e a gengiva ao sorrir. A história médica não revelou nenhum problema sistêmico. Ao exame clínico observou-se uma exposição de 7 mm de gengiva durante o sorriso, este com características saudáveis, além disso, o comprimento do lábio superior foi considerado normal, de 6mm a 8mm²¹. (Figura 1).



Figura 1. Aparência saudável.

O comprimento dos dentes foi considerado ligeiramente desproporcionais (largura maior que altura) em relação a largura (Figura 2) além de desarmoniosos entre eles, a paciente relatou já ter realizado anteriormente uma reanatomização com resina composta, pois ela se incomodava com a presença de diastemas. Após a sondagem foi observado uma distancia de 1mm da junção cimento-esmalte até o primeiro contato com a crista óssea, levando a um diagnóstico de erupção passiva, no entanto, não foi observado um excesso vertical de maxila, extrusão dentária e os terços faciais apresentavam-se harmônicos. Essas observações levam a um diagnóstico de hiperatividade labial associado a erupção passiva. Con-

sequentemente, a técnica de reposicionamento labial (Rubinstein & Kostianovsky) modificada, e a técnica de aumento de coroa de molar a molar foi planejada como alternativa do “sorriso gengivoso”.



Figura 2. O comprimento dos dentes ligeiramente desproporcionais.

Técnica Cirúrgica

Anterior ao procedimento e extraoralmente foi realizada a antisepsia com clorexidina 2% e intraoral bochecho com clorexidina 0,2%. O anestésico de escolha foi alidocaína 2% com 1 epinefrina: 1:100.000 (Lidocaína – Alphacaina, Adrenalina 1:100.000, DFL Ind. E Com. Ltda, Rio de Janeiro, RJ, Brazil) foram realizadas anestésias infiltrativas no fundo do vestibulo de toda o arco superior além das antestesias nasopalatina e palatina maior.

O procedimento cirúrgico foi iniciado do lado esquerdo da maxila com uma incisão horizontal, que se estendeu da linha média até o primeiro molar, 2 mm coronalmente a linha mucogengival, seguida de retalho dividido. Duas incisões verticais foram realizadas na extremidade da primeira incisão, estendendo de 10-12 mm apicalmente a estas.



Figura 3. Incisão horizontal esquerda.

Todo procedimento foi repetido do outro lado da maxila, deixando o freio labial intacto (Figura 4). Suturas (Vicryl 5/0; Ethicon®) foram realizadas para uma estabi-

lização da mucosa com a gengiva (Figura 5).



Figura 4. Incisão horizontal direita, conectando as duas incisões verticais.



Figura 5. Demonstrando a estabilização da mucosa com a gengiva.

Em seguida, os dentes foram mensurados (altura proporcionalmente maior que largura) e a remoção de gengiva (Figura 6) e osso de canino a canino foram planejados e removidos.



Figura 6. Remoção de tecido gengival e osso canino a canino.

Após a realização do procedimento cirúrgico a paciente recebeu instruções pós-operatórias e foi realizada a prescrição de ibuprofeno 600 miligramas a cada 8 horas durante 3 dias, dipirona sódica 500 miligramas a cada 6 horas durante 3 dias e bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12%, durante 7 dias. A paciente foi incluída em um rígido controle de placa bacteriana mensal, nos três primeiros meses e trimestral, nos 6 meses se-

guintes com uso de ultrassom e taça de borracha.

Durante o pós-operatório de 1 semana, a paciente relatou tensão tecidual ao falar e sorrir. Uma pequena cicatriz formou-se na linha de sutura, porém esta não foi visível durante o sorriso. Além disso, uma nova reanatomização com resina composta foi planejada para melhorar a harmonia dentária.

Três meses após a cirurgia plástica periodontal e reanatomização com resina composta, observou-se a estética satisfatória do sorriso (Figura 7).



Figura 7. Pós-operatório de 3 meses.

Em um controle pós-operatório de 6 meses (Figura 8) notou-se a redução da exposição gengival e a estética obtida com a opção de tratamento escolhida. A paciente relatou satisfação devido a um aspecto harmonioso ao sorrir.



Figura 8. Pós-operatório de 6 meses.

3. DISCUSSÃO

A técnica descrita é uma modificação da técnica originalmente descrita por Rubinstein & Kostianovsky (1973), inicialmente utilizada em cirurgia plástica médica e adaptada para uso na Odontologia. Esta técnica sofreu muitas modificações, em 1979, foi incluído descolamento do músculo elevador em casos com um lábio superior

curto. Em 2010, resultados demonstraram uma redução significativa da exposição gengival com dissecação subperiosteal e frenectomia. Modificação reposicionamento lábio, no entanto, não inclui o freio labial maxilar²². Na modificação empregue neste trabalho, o freio labial superior foi mantido e duas tiras de mucosa, uma em cada lado do freio, foram removidas. Esta modificação foi introduzida para manter a linha média labial sem deslocamento, levando a um sorriso esteticamente agradável e reduzir a morbidade pós-operatória^{11,22}.

O primeiro passo na obtenção de sucesso em qualquer tratamento é um diagnóstico correto. Para determinar que outras causas não estão associados com a hiperfunção do músculo elevador do lábio superior, algumas características devem ser observadas. Proporções faciais devem ser normais com simetria nos três terços horizontais, sem identificação de maior proporção do terço inferior, o que poderia caracterizar um crescimento vertical maxilar excessivo¹². O comprimento do lábio também deve ser considerado, que é medido da região subnasal à borda inferior do lábio superior). O comprimento médio do lábio superior é de 20 a 22 mm em mulheres adultas jovens e 22 a 24 milímetros em homens adultos jovens¹⁰¹³. Outro aspecto a ser avaliado é a distância entre a margem gengival e a junção cimento-esmalte, que idealmente são $\leq 1.5\text{mm}$ ¹⁴. Distâncias maiores que 1,5 mm indicam um excesso de tecido gengival cobrindo a coroa do dente, típico em erupção passiva alterada. Finalmente, a relação altura-comprimento da coroa deve ser avaliada, e o "padrão ouro" da proporção estética dentária determina que a largura dos incisivos centrais deva ser cerca de 80% do seu comprimento, com variação aceitável entre 65% e 85%; e os incisivos laterais superiores, cerca de 70%¹⁵.

A hiper mobilidade do lábio superior é considerada o principal fator etiológico no excesso de exposição gengival quando o comprimento do lábio superior é dentro de uma faixa normal e o terço inferior da face é proporcional nos terços restantes¹³. No caso relatado neste trabalho, a paciente foi diagnosticada com hiperatividade do lábio além de uma discrepância na proporção da sua coroa, por isso a cirurgia de reposicionamento de lábio e o aumento de coroa clínica foram indicados.

Várias outras técnicas para solucionar problemas de exposição gengival excessiva causada por hiperatividade do lábio têm sido utilizadas, com uma ampla variação nos resultados. Descolamento dos músculos labiais^{1,16}, miectomia e remoção parcial do músculo¹⁷, alongamento do lábio associada à rinoplastia¹⁸ e, recentemente, a utilização de toxina botulínica^{19,20}, na qual é injetada na área do músculo elevador do lábio superior com a função de diminuir sua atividade. Estas técnicas são exemplos de modalidades de tratamento descritas na literatura. Para os pacientes e profissionais de Odontologia que desejam uma técnica mais conservadora, o reposicionamento

labial cirúrgico é uma alternativa viável. Neste relato de caso a indicação de reposicionamento de lábio foi a de primeira escolha, porque é menos invasiva e apresenta boa estabilidade durante 6 meses de acompanhamento.

A literatura mostra apenas relatos de casos clínicos para o tratamento de sorriso gengival. Mais estudos, com maior número de pacientes e com longo prazo de seguimento são necessários para aumentar o nível de evidência científica para tais procedimentos.

4. CONCLUSÃO

A técnica de reposicionamento de lábio para diminuir quantidade de exposição gengival em pacientes com hiperfunção do músculo elevador do lábio superior se mostrou conservadora e forneceu bons resultados estéticos e morbidade mínima em um prazo de seis meses de acompanhamento. Outros estudos são necessários, em uma avaliação em longo prazo, para avaliar a estabilidade e a eficácia desta técnica como uma modalidade de tratamento.

REFERÊNCIAS

- [1] Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontology* 2000. 1996; 11(1):18-28.
- [2] Lai JY, Silvestri, L, Girard B. Anterior esthetic crown-lengthening surgery: a case report. *J Can Dent Assoc.* 2001; 67(10):600-603.
- [3] Araújo M, Kina S, Brugera A. Manejo do sorriso gengivoso. *Rev. Dental Press Periodontia e Implantologia.* 2007 Jan; 1(1)68-75.
- [4] Tjan AH, Miller GD, Josephine GP. Some esthetic factors in a smile. *The Journal of Prosthetic Dentistry.* 1984; 51(1):24-28.
- [5] Dong JK, Jin TH, Cho HW, Oh SC. The esthetics of the smile: a review of some recent studies. *International Journal Of Prosthodontics.* 1999; 12(1):9-19.
- [6] Peck S, Peck L, Kataja M. The gingival smile line. *Angle Orthodontist.* 1992; 62(2):91-100.
- [7] Geron S, Atalaia W. Influence of sex on the perception of oral and smile esthetics with different gingival display and incisal plane inclination. *angle orthod.* 2005; 75(5):778-84.
- [8] Fowler P. Orthodontics and orthognathic surgery in the combined treatment of an excessively "gummy smile". *New Zealand Dental Journal.* 1999; 95(420):53-54.
- [9] Keim RG. Aesthetics in clinical orthodontic-periodontic interactions. *Periodontology* 2000. 2001; 27(1):59-71.
- [10] Ribeiro-Júnior NV, Campos TVS, Rodrigues JG, Martins TM, Silva CO. Treatment of excessive gingival display using a modified lip repositioning technique. *International Journal Periodontics Restorative Dentistry.* 2013; 33(3):309-314.
- [11] Silva CO, Ribeiro-Junior NV, Campos TVS, Rodrigues JG, Tatakis DN. Excessive gingival display: treatment by a modified lip repositioning technique. *Journal Of Clinical Periodontology.* 2013; 40(3):260-265.
- [12] Zahrani AA. Correction of vertical maxillary excess by superior repositioning of the maxilla. *Saudi Medical Journal.* 2010; 31(6): 695-702.
- [13] Humayun N, Kolhatkar S, Souiyas J, Bhola M. Mucosal coronally positioned flap for the management of excessive gingival display in the presence of hypermobility of the upper lip and vertical maxillary excess: a case report. *Journal Of Periodontology.* 2010; 81(12):1858-1863.

- [14] Gargiulo A, Weinz F, Orban B. Dimensions and relations at the dentogingival junction in humans. *Journal Periodontology*. 1961; 132(3):261-267.
- [15] Castro MV, Santos NC, Ricardo LH. Assessment of the "golden proportion" in agreeable smiles. *Quintessence International*. 2006; 37(8):397-604.
- [16] Litton C, Fournier P. Simple surgical correction of the gummy smile. *Plastic Reconstructive Surgery*. 1979 Mar; 63(3):372-373.
- [17] Miskinyar SA. A new method for correcting a gummy smile. *plastic reconstructive surgery*. 1983; 72(3):397-400.
- [18] Ezquerro F, Berrazueta MJ, Ruiz-Capillas A, Arregui JS. New approach to the gummy smile. *Plastic Reconstructive Surgery*. 1999; 104(4):1143-1150.
- [19] Polo M. Botulinum toxin type a in the treatment of excessive gingival display. *American Journal Orthodontics And Dentofacial Orthopedics*. 2005; 127(2):214-218.
- [20] Mazzuco R, Hexsel D. Gummy smile and botulinum toxin: a new approach based on the gingival exposure area. *Journal Of The American Academy Of Dermatology*. 2010; 63(6):1042-105.
- [21] Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontol 2000*. 1996;11(1):18-28.
- [22] Aditya Rao, Vijay Koganti, Ashok Prabhakar and Sweta Soni. Modified lip repositioning: A surgical approach to treat the gummy smile. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2015; 19(3):356.