

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ALÉXYA GIULYANNE FREITAS ALMEIDA
RODOLFO OLIVEIRA DE SOUZA

CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL: RELATO DE
CASO

Aracaju

2018

ALÉXYA GIULYANNE FREITAS ALMEIDA
RODOLFO OLIVEIRA DE SOUZA

CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL: RELATO DE
CASO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Bacharel
em odontologia.

PROF. MSc. FRANCISCO DE
ASSIS NUNES MARTINS
ARAÚJO

Aracaju

2018

ALÉXYA GIULYANNE FREITAS ALMEIDA
RODOLFO OLIVEIRA DE SOUZA

CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL: RELATO DE
CASO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Bacharel
em odontologia.

PROF. MSc. FRANCISCO DE
ASSIS NUNES MARTINS
ARAUJO

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Orientador: Prof. MSc. Francisco de Assis Nunes Martins Araujo

1º Examinadora: Profa. MSc. Carolina Menezes Maciel

2º Examinador: Prof. Dr. Thiago de Santana Santos

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, *Francisco de Assis Nunes Martins Araujo* orientador dos discentes Aléxya Giulyanne Freitas Almeida e Rodolfo Oliveira de Souza atesto que o trabalho intitulado: **“CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL: RELATO DE CASO”**, está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Prof. MSc. Francisco de Assis Nunes Martins Araujo

"Se quiser triunfar na vida, faça da perseverança a sua melhor amiga; da experiência, o seu conselheiro; da prudência seu irmão mais velho; e da esperança, seu anjo da guarda."

Joseph Addison

CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL: RELATO DE CASO

Aléxya Giulyanne Freitas Almeida^a, Rodolfo Oliveira de Souza^b, Francisco de Assis Nunes Martins Araujo^c.

(a) *Graduanda em Odontologia - Universidade Tiradentes;* (b) *Graduando em Odontologia - Universidade Tiradentes;* (c) *MSc. Professor Titular do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes*

Resumo

O sorriso tem papel importante na expressão facial, revelando estados de satisfação, alegria e felicidade, contribuindo para o bem-estar e autoconfiança do indivíduo. O sorriso gengival é uma alteração estética caracterizada pela exibição excessiva das gengivas durante o movimento do lábio superior para o sorriso. É o resultado de uma relação inadequada entre a borda inferior do lábio superior, o posicionamento dos dentes anteriores superiores, a localização da maxila e a posição da margem gengival em relação a coroa dentária. O tratamento vai depender de sua etiologia, que podem estar relacionada à erupção passiva alterada; displasia esquelética; crescimento excessivo da maxila; hiperplasias gengivais; lábio superior curto ou hiperativo ao sorrir; ou ainda uma combinação destes fatores. Desta forma o presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de aumento de coroa clínica anterior em função do comprometimento estético do sorriso gengival decorrente da erupção passiva alterada da região ântero-superior, sendo proposto como tratamento realização de gengivoplastia associada a osteoplastia e osteotomia. Foi possível concluir que um preciso diagnóstico a respeito das alterações periodontais e dentais que interferem na estética e consequentemente no bem-estar do indivíduo é essencial para determinação de um adequado plano de tratamento.

Palavras-Chave: periodontia; estética dentária; gengivectomia.

Abstract

Smile plays an important role in facial expression, revealing states of satisfaction, joy and happiness, contributing to the individual's well-being and self-confidence. The gingival smile is an aesthetic alteration characterized by overexposure of the gums during the movement of the upper lip to the smile. It is the result of an inadequate relationship between the lower border of the upper lip, the positioning of the upper anterior teeth, the location of the maxilla and the position of the gingival margin in relation to the dental crown. Treatment will depend on its etiology, which may be related to altered passive eruption; skeletal dysplasia; excessive growth of the maxilla; gingival hyperplasia; upper lip short or hyperactive when smiling; or even a combination of these factors. Thus, the present study aims to present a clinical case of an increase in the anterior clinical crown due to the aesthetic impairment of the gingival smile due to the altered passive eruption of the anterosuperior region, being proposed as treatment of gingivoplasty associated with osteoplasty and osteotomy. It was possible to conclude that a precise diagnosis regarding the periodontal and dental alterations that interfere in the aesthetics and consequently in the well-being of the individual is essential for the determination of an adequate treatment plan.

Keywords: periodontics; dental aesthetic; gingivectomy.

1. Introdução

O sorriso tem um papel importante na expressão facial, revelando estados de satisfação, alegria e felicidade, contribuindo para o bem-estar e autoconfiança do indivíduo. (Loi et al., 2010; Espín, 2013; Sthapak, 2015). Este representa a forma mais primitiva da capacidade humana de comunicação, além de constituir um aspecto fundamental na composição da beleza do indivíduo. Por este motivo, percebe-se o crescente apelo da sociedade moderna na busca por sorrisos bonitos e saudáveis (Suzuki, 2008).

Para ser considerado agradável, o sorriso deverá respeitar as seguintes características: apresentar pouca quantidade de gengiva exposta; a linha formada pelos bordos incisais dos dentes maxilares deverá acompanhar a curvatura do bordo do lábio inferior; presença de paralelismo entre o plano oclusal frontal, linha das comissuras e a linha bipupilar; tecido gengival saudável preenchendo completamente os espaços interproximais; margens gengivais com um contorno adequado e cor, e proporções adequadas dos dentes (Sabri R, 2005).

Pesquisas apontam que 10% da população entre 20 e 30 anos apresentam exposição excessiva de gengiva, sendo essa condição mais prevalente em mulheres (14%) do que em homens (7%). O sorriso é considerado gengival e não estético quando ocorre uma exposição excessiva de gengiva (maior que 3mm), ao nível da maxila. Esta alteração tem repercussões negativas na aparência do indivíduo, visto que acaba por alterar a espontaneidade da expressão facial (Espín, 2013; Martínez, 2011)

As opções de tratamento variam de acordo com a etiologia de cada caso, que pode variar entre: erupção passiva alterada; displasia esquelética; crescimento excessivo da maxila; hiperplasias gengivais; lábio superior curto ou hiperativo ao sorrir; ou ainda

uma combinação destes fatores. É fundamental que o profissional esteja atento à causa do problema, pois apenas após o correto diagnóstico acerca de qual fator etiológico está presente em cada caso é que se pode propor um plano de tratamento adequado. Grande parte das opções de tratamento envolve algum procedimento cirúrgico, como gengivoplastia, aplicação de toxina botulínica, cirurgia ortognática e ressecção óssea ou tratamento ortodôntico (MACEDO et al., 2012).

Durante a erupção ativa dos dentes, os tecidos moles acompanham a movimentação coronal, sendo que ao final desse processo, a margem gengival migra apicalmente até que esteja localizada próxima à junção cimento-esmalte (JCE). Algumas vezes, a gengiva marginal não retorna à sua posição original, permanecendo coronal à JCE, caracterizando o quadro de erupção passiva alterada, originando coroas clínicas curtas e de diferentes tamanhos. Nesses casos, o tecido gengival em excesso pode dificultar o correto controle de biofilme, o que pode desencadear processo inflamatório; o incorreto posicionamento da margem pode torná-la mais susceptível ao trauma mecânico. Em pacientes que serão submetidos a tratamento ortodôntico, a diminuição da coroa clínica pode dificultar o correto posicionamento do bracket. A escolha da técnica cirúrgica depende de uma avaliação criteriosa das características teciduais, considerando a quantidade de tecido ceratinizado, posicionamento da margem gengival em relação à JCE e a distância da JCE à crista óssea (Mele et al., 2018).

Frente ao exposto, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de aumento de coroa clínica anterior em função do comprometimento estético do sorriso decorrente da erupção passiva alterada.

2. Relato de caso

Paciente R.G.F, 22 anos de idade, feudoderma, gênero feminino, ASA I, apresentava a seguinte queixa principal: “mostro a gengiva ao sorrir” SIC. A condição bucal encontrava-se satisfatória, com higiene bucal adequada e saúde periodontal, constatando-se apenas que quando a paciente sorria, uma faixa de 2-3mm de gengiva estava evidente, caracterizando o chamado sorriso gengival (figura 1 a 6). No exame periodontal, observou-se que a paciente apresentava profundidades de sondagem de 3mm na face vestibular dos dentes 15 ao 25. O diagnóstico final foi de sorriso gengival decorrente de Erupção Passiva Alterada.

Com o objetivo de restabelecer as características anatomofuncionais do periodonto de proteção e corrigir o sorriso gengival, trazendo maior conforto e estética para a paciente, foi realizada a remoção do excesso de tecido gengival na região ântero-superior dos dentes 15 ao 25, por meio das técnicas de gengivoplastia associada a osteoplastia e osteotomia.



Figura 1. Sorriso espontâneo vista frontal.



Figura 2. Sorriso espontâneo vista lateral, lado esquerdo.



Figura 3. Sorriso espontâneo vista lateral, lado direito.



Figura 4. Imagem intra-oral, vista frontal.



Figura 5. Imagem intra-oral, vista lateral, lado esquerdo.



Figura 6. Imagem intra-oral, vista lateral, lado direito.

Primeiramente, foi realizada a anti-sepsia extra-bucal com polivinilpirrolidona iodo a 10% (Riodeine®, Rioquímica, São José do Rio Preto, Brasil) e intra-bucal com bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard®, Procter & Gamble, São Paulo, Brasil). Em seguida, anestesia com Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Nova DFL®, Indústria e Comércio S.A, Rio de Janeiro, Brasil) através do bloqueio do nervo alveolar superior anterior bilateralmente, bloqueio do nervo nasopalatino e anestesia na região de papila foram realizadas para promover a vasoconstrição.

Após a anestesia, a sonda milimetrada PCP 15 (Hu-Friedy®, Chicago - EUA) foi introduzida paralelamente ao longo eixo dos dentes e em seguida, procedeu-se à transferência dessas medidas para a superfície externa da gengiva, obtendo-se as marcações ou pontos sangrantes, para servirem como referência para realização da incisão primária. Para cada dente, foram refeitas três marcações por vestibular (mesial, medial e distal).

Realizou-se, então, a incisão primária utilizando a lâmina de Bisturi 15C (Swann Morton®, Sheffield - England), em uma angulação de 45 graus em relação ao longo eixo dos dentes unindo os pontos sangrantes. Em seguida, foram realizadas incisões intrassulculares, delimitando um colarinho gengival que foi removido com a cureta de Ivory (Quinelato®, Rio Claro - SP). Inicialmente foi realizado o aumento de coroa clínica do lado direito e, posteriormente, o lado esquerdo (figura 7). A elevação do retalho foi feita com descolador de Molt (Quinelato®, Rio Claro - SP) iniciando nas papilas, seguindo para toda a extensão do retalho. A osteotomia foi realizada com cinzeis Fedi (Hu-friedy®, Chicago - EUA) associado a

microcinzeis Oxhsenbein (Hu-friedy®, Chicago - EUA) e a osteoplastia com pontas diamantadas esféricas (Komet®, Santo André - SP) (1014, 1016 e 1018) em alta rotação e sob irrigação com soro fisiológico (figura 8). Áreas côncavas



entre as raízes foram criadas, para evitar crescimento coronário do tecido mole e assim uma recidiva parcial. O retalho



foi reposicionado e estabilizado com sutura do tipo suspensório através de fio de nylon 5.0 (Johnson & Johnson®, São José dos Campos- SP) (figura 9).

Figura 7. Imagem intra-oral, vista frontal, mostrando a gengivectomia realizada no lado esquerdo.

Figura 8. Imagem intra-oral, mostrando a osteoplastia.



Figura 9. Imagem intra-oral, retalho reposicionado e estabilizado.

Para o pós-operatório, prescreveu-se Nimesulida® 100mg (Medley, Campinas, Brasil) de 12/12h, por 3 dias, Dipirona sódica 500mg (Novalgina®, Medley, Campinas, Brasil) de 6/6h, por um dia, mantendo por mais um dia somente em caso de dor ou febre. Além disso, a paciente foi instruída a realizar bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard®, Procter & Gamble, São Paulo, Brasil) duas vezes ao dia, durante 7 dias. As suturas foram removidas após 10 dias, onde observou-se uma boa cicatrização na região.

3. Discussão

O sorriso desarmônico decorrente do excesso gengival compromete a estética facial. Dependendo do significado pessoal que as alterações bucais tenham para o indivíduo, elas podem mudar suas relações interpessoais, causando significativas mudanças em seus padrões emocionais com reflexos profundos sobre sua autoestima (Malkinson et al., 2012).

O sorriso gengival pode apresentar diferentes etiologias e muitas vezes a combinação delas, deve ser tratado, de algumas vezes, de maneira multidisciplinar. Movimentação ortodôntica, acompanhada ou não de cirurgia ortognática, é indicada no tratamento de casos relacionados a crescimento vertical da maxila e extrusão dentoalveolar (Garber e Salama, 1996); nas situações de lábio superior curto, com proporções inferiores à medida padrão, as opções de

tratamento são cirurgias plásticas, como o alongamento do lábio superior associado à rinoplastia (Levine e McGuire, 1997); nos casos de hiperatividade dos músculos, responsáveis pela mobilidade do lábio superior, procedimentos com toxina botulínica apresentam resultados interessantes. (Araújo et al. 2018; Pedron et al., 2016)

A subjetividade das avaliações e padrões estéticos ficam evidentes, por exemplo, na avaliação da relação entre o lábio superior e os incisivos centrais. Para Hulsey (1970), Mackley (1993) e Ahmad (1998) a relação adequada entre o lábio superior e os incisivos centrais é aquela na qual os lábios repousam na margem gengival dos incisivos centrais superiores. Já para Peck et al. (1992), Garber e Vanarsdall (2000), Câmara (2004) e Geron e Atalia (2005) o lábio superior deve se posicionar de forma a expor toda a coroa dos incisivos centrais superiores e até 1mm de gengiva. Para España et al. (2014), as características de um sorriso estético e agradável pode variar conforme o meio social e cultural a que o indivíduo está inserido. Em relação à quantidade de exposição gengival ideal, para Arnett e Bergman (1993) e Hunt et al. (2002), a exposição gengival de até 2mm é esteticamente aceitável, enquanto Castro (2005), considera agradável uma exposição de até 3mm de tecido gengival.

De acordo com Borghetti (2011), o sorriso para ser considerado gengival deve apresentar mínimo de 03 mm de exposição de gengiva em um sorriso contido. No caso relatado, fica evidente a presença de um sorriso gengival envolvendo os incisivos laterais, caninos e pré-molares, não havendo exposição gengival nos incisivos centrais.

Para Joly et al. (2015), uma indicação precisa para a atuação do periodontista relacionada ao tratamento do sorriso gengival é em caso de erupção passiva alterada. Em relação a prevalência da erupção passiva, o estudo de Volchansky & Cleaton-Jones (1974) evidenciaram uma prevalência de 12,1%

e Nard et al. (2014) encontraram uma prevalência de 35.8%. Para Mele et al. (2018), essa heterogeneidade de resultados está relacionada aos diferentes critérios utilizados no diagnóstico da erupção passiva alterada.

Os tratamentos para a erupção passiva descritos na literatura são principalmente cirúrgicos, não havendo dados sobre o tratamento não cirúrgico da erupção passiva (Zuchelli et al. 2018).

Durante a realização do procedimento cirúrgico, é importante que, após a realização da gengivectomia, seja realizada a mensuração da distância entre a nova margem gengival e a crista óssea. Essa medida irá definir a necessidade ou não dos procedimentos de remoção ou remodelação óssea através da osteotomia/osteoplastia (Pires et al., 2010 & Silva et al., 2010). Esse procedimento visa estabelecer uma distância de, aproximadamente 3mm, afim de favorecer a cicatrização gengival e restabelecer o espaço para reinserção conjuntiva e epitélio juncional (espaço biológico) (Brilhante et al., 2014).

Ribeiro et al. (2012) e Jorgensen & Nowzari, (2001) enfatizaram que em casos de erupção passiva alterada, faz-se necessária a aplicação da técnica de osteoplastia para regularização do excesso de osso na região anterior da maxila, técnica que foi preconizada no caso clínico em questão. Esse procedimento resulta em melhora da estética, não somente na proporção gengiva/osso, mas também na melhor acomodação do lábio superior.

McGuire & Scheyer (2011) sugeriram, que o pós-operatório deve consistir de prescrição de analgésico e anti-inflamatório, além de cuidados com a alimentação, higienização e hábitos para-funcionais, em concordância com os procedimentos adotados neste caso.

Por fim, a opinião do paciente sempre deve ser levada em consideração tanto no que se refere ao conceito que ele tem em relação ao seu sorriso quanto às suas expectativas frente ao resultado do tratamento. Muitos preceitos são

considerados no momento da transformação de um sorriso e esses fatores, aliados à integração com as demais disciplinas, são traduzidos em resultados mais satisfatórios após a correção do sorriso gengival (Lopes et al., 2000; Araújo et al., 2007).

4. Conclusão

Um preciso diagnóstico a respeito da etiologia do sorriso gengival é essencial para a determinação de um adequado plano de tratamento. A gengivectomia associada a osteoplastia/osteotomia são técnicas efetivas para correção de sorriso gengival em casos de erupção passiva alterada.

Referência

1. AHMAD, I. Geometric considerations in anterior dental aesthetics: restorative principles. *Pract Periodontics Aesthet Dent*, v. 10, n. 7, p. 813-822, Sept. 1998.
2. Araújo JP, Cruz J, Oliveira JX, Canto AM. Botulinum toxin type-A as a alternative treatment for gummy smile: a case report. *Dermatol Online J*. 2018 Jul 15;24(7).
3. Araújo E, Zimmermann GS. Tratamento estético multi-disciplinar. *Clínica: Braz. Dent. J*. 2007;3(1):10-21.
4. ARNETT, G. W., BERGMAN, R. T. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning: part II. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 103, n. 5, p. 395-411, May 1993.
5. Borghetti, Alain. *Cirurgia plástica periodontal / Alain Borghetti, Virginie Monnet-Corti*; tradução: Fátima Murad; revisão técnica: Geraldo Augusto Chiapinotto.- 2.ed.- Porto Alegre: Artmed, 2011.
6. Brilhante FV, Araújo RJG, Mattos JL, Damasceno JM, Frota LV, Pinto RAPC. Cirurgia periodontal estética em dentes anteriores. *Full Dent Sci* 2014;6(21):39-44.
7. CÂMARA, C. A. L. P. Estética em Ortodontia. Parte I: diagrama de referências estéticas dentais (DRED). *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*, v. 1, n. 1, p. 40-57, out./nov./dez. 2004.
8. De Castro MV, Santos NC, Ricardo LH. Assessment of the “golden proportion” in agreeable smiles. *Quintessence Int*. 2006 Sep; 37(8):597-604.

9. España P, Tarazona B, Paredes V. Smile esthetics from odontology students' perspectives. *Angle Orthodontist* 2014; 84 (2): 214-224.
10. Espín CV, Buendía MCL. Tratamiento interdisciplinario de paciente con sonrisa gingival: Reporte de un caso. *Revista Odontológica Mexicana* 2013; 17 (1): 51-56.
11. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontology* 2000; 11:18-28.
12. GERON, S.; ATALIA, W. Influence of sex on the perception of oral and smile esthetics with different gingival display and incisal plane inclination. *Angle Orthod*, v. 75, n. 5, p. 778-784, Sep. 2005
13. GRABER, T.M.; VANARSDALL, J.R. Diagnóstico e Planejamento. In: *Ortodontia: Princípios e Técnicas Atuais*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
14. HULSEY, C. M. An esthetic evaluation of lip-teeth relationships present in the smile. *Am J Orthod*, v. 57, n. 2, p. 132-144, Feb. 1970.
15. Hunt O, Johnston C, Hepper P, Burden D, Stevenson, M. The influence of maxillary gingival exposure on dental attractiveness ratings. *Euro J Orthod*. 2002;24(3):199-204.
16. Jorgensen MG, Nowzari H. Aesthetic crown lengthening. *Periodontology* 2001; 27:45-58.
17. Levine, R. A. e McGuire, M. (1997). The Diagnosis and Treatment of the Gummy Smile. *Compendium*, 18(8), pp. 757-764
18. Loi H, Nakata S, Counts AL. Influence of gingival display on smile aesthetics in Japanese. *Eur J Orthod* 2010; 32:633-63750.
19. Lopes JCA, Lopes RR, Silva KV, Almeida RV. Três diferentes técnicas cirúrgicas empregadas no clareamento gengival. *J Bras Clin Estética Odontol*. 2000;4(23):80-3.
20. MACKLEY, R. J. An evaluation of smiles before and after orthodontic treatment. *Angle Orthod*, v. 63, n. 3, p. 183-189, 1993.
21. Malkinson S1, Waldrop TC, Gunsolley JC, Lanning SK, Malkinson S1, Waldrop TC, Gunsolley JC, Lanning SK, Sabatini R., Sabatini R. The effect of esthetic crown lengthening on perceptions of a patient's attractiveness, friendliness, trustworthiness, intelligence, and self-confidence. *J Periodontol*. 2013 Ago; 84 (8): 1126-33. doi: 10.1902 / jop.2012.120403. Epub 2012 9 de novembro.
22. Mc Guire MK, Scheyer ET. Laser - Assisted Flapless Crown Lengthening: A case Series. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 2011; 31(4): 357-364.
23. Mele M, Felice P, Sharma P, Mazzotti C, Bellone P, Zucchelli G. Esthetic treatment of altered passive eruption. *Periodontol* 2000. 2018 Jun;77(1):65-83. doi: 10.1111/prd.12206. Epub 2018 Mar 4.
24. MISKINYAR SA. A new method for correcting a gummy smile. *Plast Reconstr Surg* 1983;72:397-400.
25. Oliveira CMM, Dantas EM, Dantas PMC, SEABRA EG. Correção do sorriso gengival através da cirurgia periodontal. *Rev PerioNews*. 2008;2(3):199- 204.
26. PECK, S., PECK, L.; KATAJA, M. The gingival Smile Line. *The AngleOrthod*, v. 62, n. 2, p. 91-100, 1992.
27. Pedron IG, Mangano A. Gummy Smile Correction Using Botulinum Toxin With Respective Gingival Surgery. *J Dent Shiraz Univ Med Sci*, 2018 September; 19(3): 248-252.
28. Pires CV, Souza CGLG, Menezes SAF. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival – Relato de caso. *Rev Periodontia* 2010;20(1):48-53.
29. Ribeiro FS, Garção FCC, Martins AT, Sakakura CE, Toledo BEC, Pontes AEF. A modified technique that decreases the height of the upper lip in the treatment of gummy smile patients: A case series study. *J. Dent. O. H*. 2012; 4(3): 21 – 28.
30. Rodríguez-Martínez A, Vicente-Hernández A, Bravo-González LA. Effect of posterior gingival smile on the perception of smile esthetics. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014 Jan; 19 (1): 82-7.
31. Sabri R. The Eight Components of a Balanced Smile. *JCO* 2005. 39 (3): 155-167.
32. Silva RC, Carvalho PFM, Joly JC. Aumento de coroa clínica estético sem retalho: uma alternativa terapêutica. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*; 2010; ED ESP (1):26-33.
33. Suzuki, P. H. *et alii*. (2008). Valorizando o sorriso gengival: Relato de caso, *Revista Inpeo de Odontologia*, 2(2), pp. 1-56.
34. Volchansky A, Cleaton-Jones PE. Delayed passive eruption. A predisposing factor to Vincent's infection? *J Dent Assoc S Afr* 1974;29:291-294.

