



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG
ODONTOLOGIA

**TRATAMENTO DE DENTES ANTERIORES COM SOBRECONTORNO CAUSADO
PELAS RESTAURAÇÕES INDIRETAS: RELATO DE CASO**

Vanessa Barbosa Teixeira

Manhuaçu / MG

2025

VANESSA BARBOSA TEIXEIRA

**TRATAMENTO DE DENTES ANTERIORES COM SOBRECONTORNO CAUSADO
PELAS RESTAURAÇÕES INDIRETAS: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no
Curso de Superior de ODONTOLOGIA do Centro
Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de CIRURGIÃO-DENTISTA

Orientador: Jaiane Bandoli Monteiro

Coorientador: Cristiano Magalhães Moura Vilaça

Manhuaçu / MG

2025

VANESSA BARBOSA TEIXEIRA

**TRATAMENTO DE DENTES ANTERIORES COM SOBRECONTORNO CAUSADO
PELAS RESTAURAÇÕES INDIRETAS: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no
Curso de Superior de ODONTOLOGIA do Centro
Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de CIRURGIÃO-DENTISTA.

Orientador: Jaiane Bandoli Monteiro

Coorientador: Cristiano Magalhães Moura Vilaça

Banca Examinadora:

Data da Aprovação: DD/MM/AAAA

Doutora Jaiane Bandoli Monteiro – Centro Universitário Unifacig (Orientador)

Mestre Cristiano Magalhães Moura Vilaça – Centro Universitário Unifacig
(Coorientador)

Mestre Ricardo Toledo Abreu – Centro Universitário Unifacig

RESUMO

A busca por tratamentos estéticos tem crescido de forma expressiva, elevando as exigências dos pacientes quanto à aparência do sorriso. As restaurações cerâmicas indiretas têm se destacado nesse cenário por oferecerem excelentes resultados estéticos e funcionais. No entanto, falhas no planejamento ou na execução dessas restaurações podem gerar sobrecontorno, o que compromete a saúde periodontal. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico desde o diagnóstico, até a intervenção cirúrgica e protética dos dentes anteriores superiores com restaurações indiretas que apresentavam sobrecontorno e consequentemente inflamação gengival, sangramento, desconforto estético e funcional. O tratamento proposto seguiu-se com a remoção das quatro coroas totais nos incisivos centrais e laterais superiores, além de duas facetas nos caninos. Em seguida, foram realizadas restaurações indiretas provisórias e avaliação periodontal minuciosa, que revelou a presença de invasão do espaço biológico e indicou a necessidade de intervenção cirúrgica para correção da margem gengival e restabelecimento do espaço biológico. O tratamento proporcionou a recuperação da saúde periodontal, eliminação da inflamação gengival e melhora significativa da estética do sorriso, mesmo com restaurações provisórias. Conclui-se que o sucesso do tratamento em casos de sobrecontorno depende de um diagnóstico preciso, da remoção do fator causal, da intervenção periodontal adequada e do planejamento restaurador cuidadoso. A abordagem integrada entre Dentística Restauradora e Periodontia foi fundamental para o êxito funcional e estético do caso.

Palavras-chave: Odontologia. Terapêutica. Cerâmica. Gengivoplastia. Gengivectomia. Restauração.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. RELATO DE CASO	6
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4. CONCLUSÃO	17
5. REFERÊNCIAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a odontologia vem evoluindo, juntamente com a crescente valorização de um sorriso harmonioso, o que gera o aumento das expectativas e exigências dos pacientes que submetem aos tratamentos estéticos. Dentre as várias especialidades, a dentística restauradora se destaca, pois, além da sua função na saúde bucal, desempenha um papel estético essencial para o paciente por meio de técnicas diretas e indiretas (Da Silva *et al.*, 2015).

Este cenário impulsiona o avanço de novos materiais e técnicas odontológicas e dentre essas técnicas, as restaurações indiretas totais e parciais feitas de materiais cerâmicos vêm ganhando destaque, já que a cerâmica é um material de alta qualidade que apresenta excelentes propriedades ópticas, bem como biocompatibilidade, estabilidade de cor, durabilidade e longevidade, resistência e, logo, se torna uma excelente alternativa para a recuperação estética e funcional dos dentes anteriores (Souza *et al.*, 2016; Abrantes *et al.*, 2019).

Os tratamentos reabilitadores precisam assegurar a integridade das estruturas periodontais por meio de uma adaptação adequada entre a restauração indireta e o dente, evitando o excesso de contorno e mantendo íntegro o espaço biológico (Araujo, 2016). O espaço biológico é uma região dos tecidos periodontais formado pelo epitélio juncional e tecido conjuntivo (inserção conjuntivo) e sua função é proteger o elemento dentário da penetração de agentes patogênicos graças a presença do fluido crevicular em seu interior, que neutraliza esses microrganismos (Marques, 2018).

Um dos principais objetivos das restaurações indiretas é a reconstrução adequada da anatomia dentária (Vasconcelos *et al.*, 2009). Sendo assim, durante o preparo para a reabilitação em facetas e coroas à base de cerâmica, os limites cervicais devem ser respeitados para evitar a ocorrência de lesões nos tecidos periodontais, como invasão do espaço biológico, degrau subgingival, retenção de biofilme, o que resulta em inflamação e prejuízo ao tecido periodontal (Oliveira, De Souza Passsoni, 2023).

A inter-relação entre a periodontia e a dentística restauradora é de suma importância para a obtenção de um sorriso estético e funcional com longevidade clínica, por isso, é fundamental que o cirurgião-dentista detenha o conhecimento aprofundado e a habilidade técnica necessária para realizar procedimentos

restauradores com excelência, compreenda as propriedades físico-mecânicas dos materiais, conheça as particularidades do sistema indireto, possua noções de cor e anatomia dental, além de garantir que o paciente esteja devidamente indicado para a aplicação da técnica (Carvalho *et al.*, 2016; Fernandes, 2017; Abrantes *et al.*, 2019).

Erros na execução técnica realizada pelo profissional pode ocasionar sobrecontorno nas restaurações indiretas como em coroas totais e facetas cerâmicas, causando danos periodontais, muitas vezes irreversíveis. Ademais, causa um impacto na saúde bucal do paciente e insatisfação, por conta do sangramento e mau cheiro (Vasconcelos *et al.*, 2009).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é relatar um caso clínico sobre a remoção de restaurações cerâmicas dos seis dentes anteriores superiores, sendo quatro coroas totais nos incisivos centrais e laterais, e duas facetas nos caninos. O relato inclui a remoção das restaurações, confecção de restaurações provisórias e realização de um procedimento cirúrgico periodontal para o reposicionamento da margem gengival, necessário devido à invasão do espaço biológico causada pelas restaurações indiretas com sobrecontorno. Logo, a intervenção visa, restabelecer a estética e a saúde periodontal do paciente para posterior reabilitação restauradora definitiva com novas restaurações indiretas.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 52 anos de idade, chegou ao consultório odontológico particular com a queixa principal de sentir sensibilidade nos dentes, incômodo ao comer alimentos frios e quentes e um gosto ruim na boca. Ao realizar o exame físico intraoral, percebeu-se que a gengiva da paciente estava sangrando e presença de facetas de resina composta com sobrecontorno nos dentes 14, 15, 16, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 e 45. Também haviam facetas de cerâmica nos caninos superiores (dentes 13 e 23) e coroas totais de cerâmica nos incisivos centrais e laterais superiores (dentes 11, 12, 21 e 22) (Figura 01). O dente 46 era o único ausente.

Figura 1 – Foto inicial frontal dos dentes anteriores superiores



Legenda: (A) Foto frontal dos dentes anteriores superiores e inferiores; (B e C) Fotos frontais aproximadas das coroas dos dentes 11, 12, 21 e 22 e facetas dos dentes 13 e 23 e tecido gengival inflamado.

Fonte: Acervo do Autor, 2025.

Após a consulta inicial, a paciente passou por uma avaliação periodontal, na qual observou degraus em todas as restaurações presentes nas faces vestibulares dos dentes, com um quadro de abscesso agudo, supuração e inflamação gengival. Nesses dentes observou-se a ausência de bolsa periodontal, porém com supuração nos dentes 11, 12, 13 e 22 pela face vestibular e 12, 11, 21 e 22 pela face palatina, justificadas possivelmente pelo quadro de invasão do espaço biológico (Figura 2).

Figura 2 – Foto dos locais com supuração gengival dos dentes anteriores superiores



Legenda: (A e B) Foto frontal dos dentes anteriores superiores com dedo indicador apontando região de supuração; (C) foto oclusal das coroas dos dentes 11, 12, 21 e 22 e facetas dos dentes 13 e 23 mostrando tecido gengival palatino inflamado e infiltração marginal das facetas.

Fonte: Acervo do Autor, 2025.

Como plano de tratamento, foi planejado realizar a remoção de todas as restaurações diretas e indiretas, pelo fato de todas estarem com espessura muito grande e causarem um degrau com a estrutura radicular, para posterior conduta periodontal. Apesar de a paciente expor uma quantidade harmônica de gengiva e dentes ao realizar o sorriso máximo, não foi indicada inicialmente a gengivectomia, fazendo necessária a confecção de restaurações provisórias com adaptação marginal antes de avaliar a necessidade de intervenção cirúrgica.

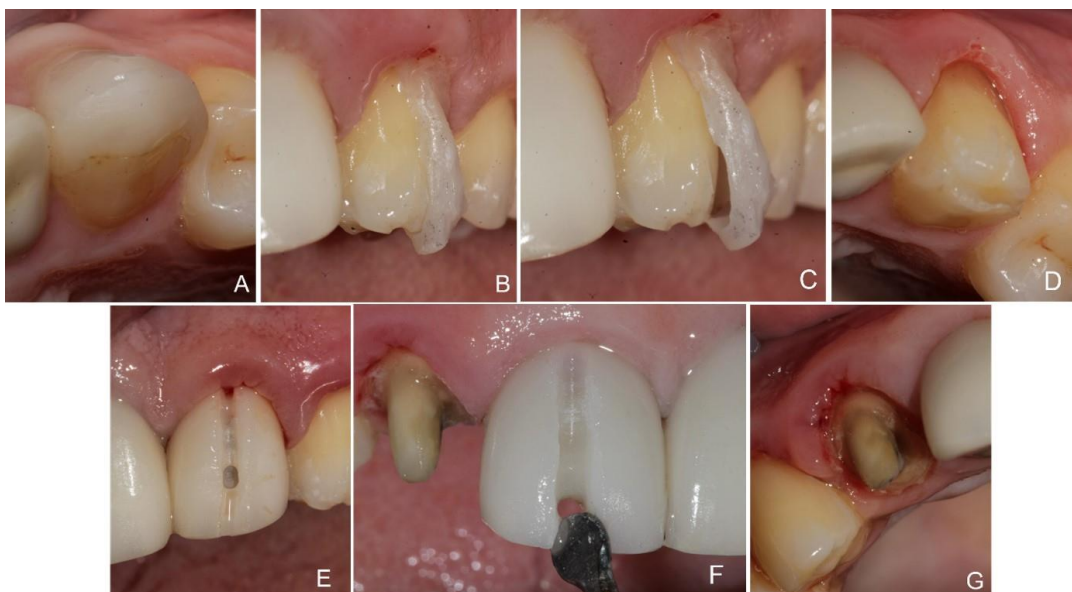
Dando continuidade ao tratamento, foi realizada a moldagem superior parcial com alginato (Hydrogum 5®, Zhermack, Badia Polesine (RO), Italy), obtido o molde e

vazado com gesso tipo IV (Elite Rock, Zhermack, Badia Polesine (RO), Italy), para obtenção do modelo de estudo que, posteriormente foi usado para confecção dos provisórios. Mediante à autorização da paciente, o protocolo fotográfico foi realizado para o planejamento do tratamento dos dentes anteriores.

A remoção das facetas diretas em resina composta com sobrecontorno em todas as faces vestibulares dos dentes foi realizada em outras consultas, bem como outros procedimentos restauradores necessários em outras faces, com o objetivo de adequar o meio bucal e devolver saúde aos dentes e às estruturas adjacentes.

Por último, foi feita uma moldagem parcial com alginato (Jeltrate® Plus, Dentsply Sirona, York, Pensilvânia, Estados Unidos) dos dentes anteriores e posterior remoção das facetas dos dentes 13 e 23 e das coroas totais dos dentes 11, 12, 21 e 22, com o uso de pontas diamantadas e motor de alta rotação com refrigeração, e com auxílio de um instrumental lecron para fazer alavanca (Figura 3 e 4).

Figura 3 – Remoção da faceta do dente 23 e das coroas anteriores



Legenda: Imagens (A) oclusal do canino (23) antes da remoção da faceta; (B e C) remoção parcial da faceta; (D) e logo após a remoção total da faceta do dente 23; (E) Coroa do dente 22 com a presença de uma bolha central; (F) imagem frontal da remoção da coroa do dente 11 evidenciando a canaleta feita com broca diamantada e alta rotação e o uso da alavanca como auxílio; e (G) após a remoção total da coroa do dente 12.

Fonte: Acervo do Autor, 2025.

Figura 4 – Aspecto das cerâmicas após serem removidas dos dentes pilares



Legenda: (A, B e C) Cerâmicas após serem retiradas, mostrando a espessura e a infiltração marginal nas coroas em ângulos diferentes.

Fonte: Acervo do Autor, 2025.

Durante essa sessão de remoção das restaurações indiretas, foi planejada a realização da gengivectomia de 1º pré-molar superior direito (dente 14) a 1º pré-molar superior esquerdo (dente 24), uma vez que as coroas totais e as facetas de cerâmica invadiram espaço biológico e possuíam uma desadaptação marginal associada ao sobrecontorno desencadeando a inflamação gengival (Figura 5).

Figura 5 – Aspecto tecidual após a remoção das coroas e facetas anteriores



Legenda: (A) Imagem frontal após a remoção das restaurações indiretas; (B) imagem oclusal após a remoção das restaurações indiretas evidenciando o aspecto do tecido gengival com quadro de inflamação gengival, com vermelhidão, aumento de volume e perda da arquitetura gengival.

Fonte: Acervo do Autor, 2025.

Nessa consulta também foi feita uma moldagem com alginato (Jeltrate® Plus, Dentsply Sirona, York, Pensilvânia, Estados Unidos) dos dentes preparados e o molde foi vazado com gesso pedra tipo IV (Elite Rock, Zhermack, Badia Polesine (RO), Italy). O modelo obtido serviu para que o laboratório de prótese pudesse fazer o enceramento diagnóstico digital do modelo inicial. Para controle de sensibilidade dos dentes 13 e 23 que se encontravam vitais e com hipersensibilidade dentinária, foi realizado um selamento dentinário imediato, com sistema adesivo autocondicionante (ClearFil SE Bond, Kuraray, Kita-ku, Osaka, Japão), devido ao desgaste excessivo anterior de esmalte e dentina.

A partir do modelo de gesso já confeccionado, foi elaborado um molde com silicone de adição (Silico.one, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil), e em seguida realizado o *mock-up* utilizando resina bisacrílica (Primma, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil), para que fosse confeccionado um provisório unido de seis elementos (Figura 6), de forma imediata e rápida para os dentes anteriores. Os excessos foram removidos e o ajuste oclusal realizado, com o objetivo de condicionar o tecido gengival.

Figura 6 - Aspecto frontal aproximado dos provisórios de 6 elementos anteriores confeccionados com resina bisacrílica.

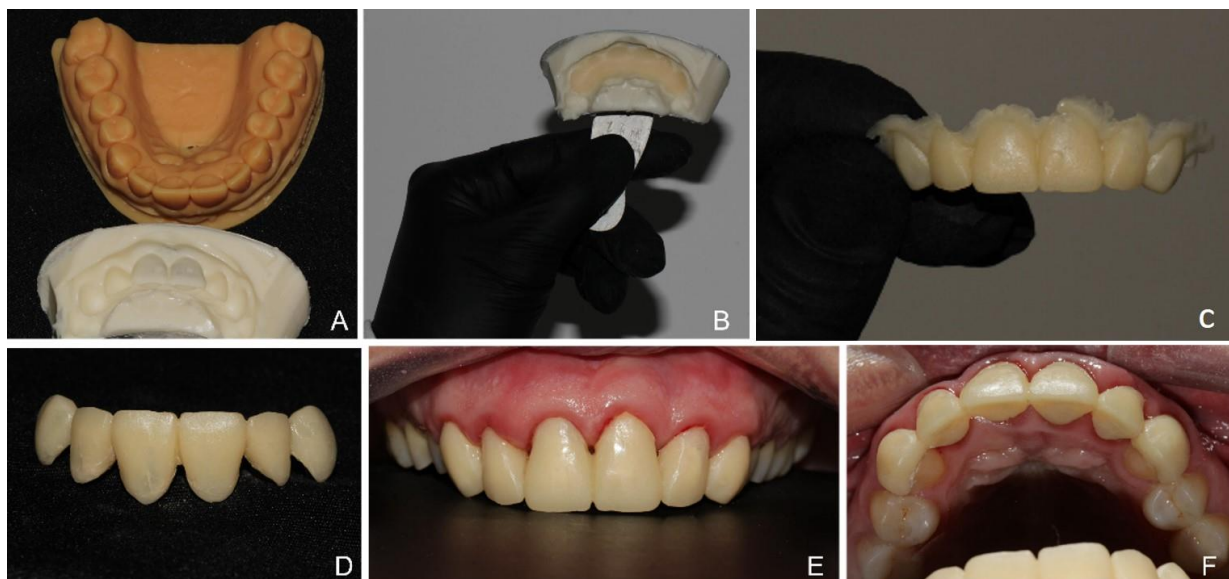


Fonte: Acervo do Autor, 2025.

Após alguns dias com o provisório feito com resina bisacrílica, observou-se que o tecido gengival da paciente teve uma visível melhora, mas ainda se encontrava inflamado, porém sem supuração. Sendo assim, foi necessária a troca dos provisórios por resina autopolimerizável para obter melhor adaptação marginal.

Uma moldeira parcial foi usada para moldar o enceramento diagnóstico digital com alginato (Jeltrate® Plus, Dentsply Sirona, York, Pensilvânia, Estados Unidos) e a partir do molde obtido, os provisórios com resina acrílica autopolimerizável unidos foram feitos, que posteriormente foram ajustados e polidos, sem excessos ou sobrecontornos e com área de ameia interproximal aberta para que a paciente pudesse realizar a higienização de forma mais efetiva. A cimentação foi feita com cimento provisório (Temp-Bond NE, Kerr, Orange, Califórnia, Estados Unidos). Os provisórios obtidos ficaram bem retentivos nos dentes da paciente. (Figura 7 – E e F).

Figura 7 – Provisórios confeccionados de resina acrílica autopolimerizável



Legenda: (A) Enceramento diagnóstico e moldagem com moldeira parcial e alginato; (B) resina acrílica na fase de trabalho antes de levar em posição na boca da paciente; (C) presa final do material e antes dos ajustes sobre os preparos; (D) ajustes e abertura das ameias para possibilitar a higienização; (E e F) vista frontal e oclusal da adaptação após a cimentação dos provisórios.

Fonte: Acervo do Autor, 2025.

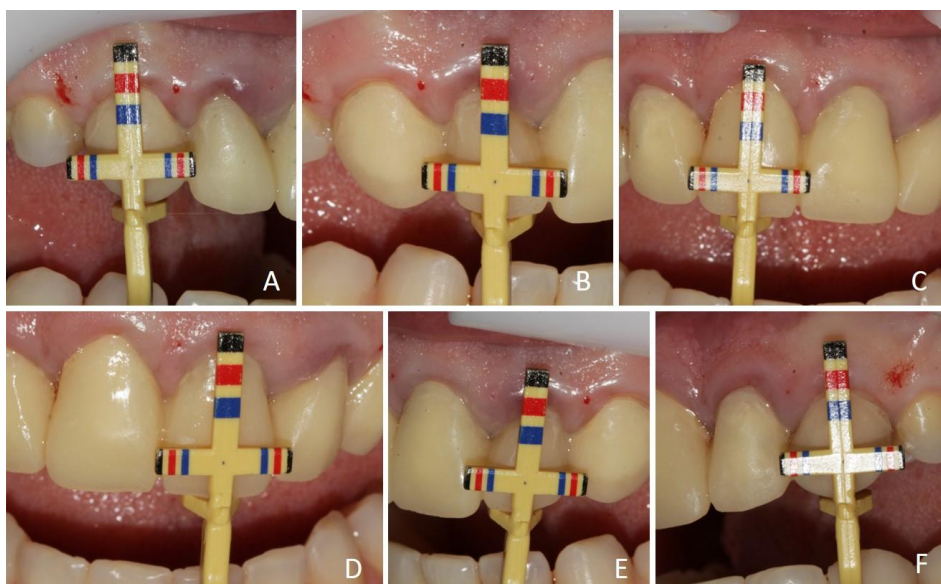
Na consulta seguinte, seguiu-se com a cirurgia de gengivectomia. Previamente à cirurgia, foi realizada a antisepsia com bochecho de solução de digluconato de clorexidina 0,12% sem álcool (Periogard®, Colgate, Nova York, Estados Unidos). Inicialmente, realizada a anestesia local, utilizando-se articaína 4% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro, Brasil). Foram utilizados três tubetes de anestésico de 1,8 ml cada, administrados por meio das técnicas de bloqueio do nervo infraorbital direito e esquerdo, nervo alveolar superior médio direito e esquerdo e nervo nasopalatino, com o objetivo de garantir uma anestesia eficaz da região anterior superior, promovendo conforto à paciente e controle adequado da dor durante todo o procedimento.

Prosseguiu-se com a sondagem periodontal para avaliação das condições gengivais. A faixa de tecido queratinizado na região anterior foi mensurada, e o perfil gengival espesso favoreceu a previsibilidade do resultado estético e a estabilidade cicatricial. A profundidade de sondagem encontrava-se dentro dos padrões de normalidade em saúde periodontal, sem evidências de bolsas periodontais. A sondagem da crista óssea foi realizada por meio da técnica transgengival com a paciente já anestesiada, indicando distância da crista óssea à margem gengival de

aproximadamente 3mm nos dentes 11 e 21, 4 mm nos dentes 12, 13 e 22 e 5 mm no dente 23.

O medidor de proporcionalidade régua de Chu revelou dentes com comprimento desproporcional no sentido cervico-incisal e mesio-distal, variando de 12 mm na região de incisivos centrais superiores, 9,5 mm na região dos incisivos laterais e caninos, o que contribuiu para a decisão da remoção do colarinho gengival (Figura 8). Foi planejada a remoção de 1 a 2 mm de tecido gengival, com o objetivo de reestabelecer proporções dentárias ideais, harmonia do sorriso, e principalmente, reestabelecer o espaço biológico e devolver saúde periodontal à paciente.

Figura 8 – Medidas das coroas clínicas

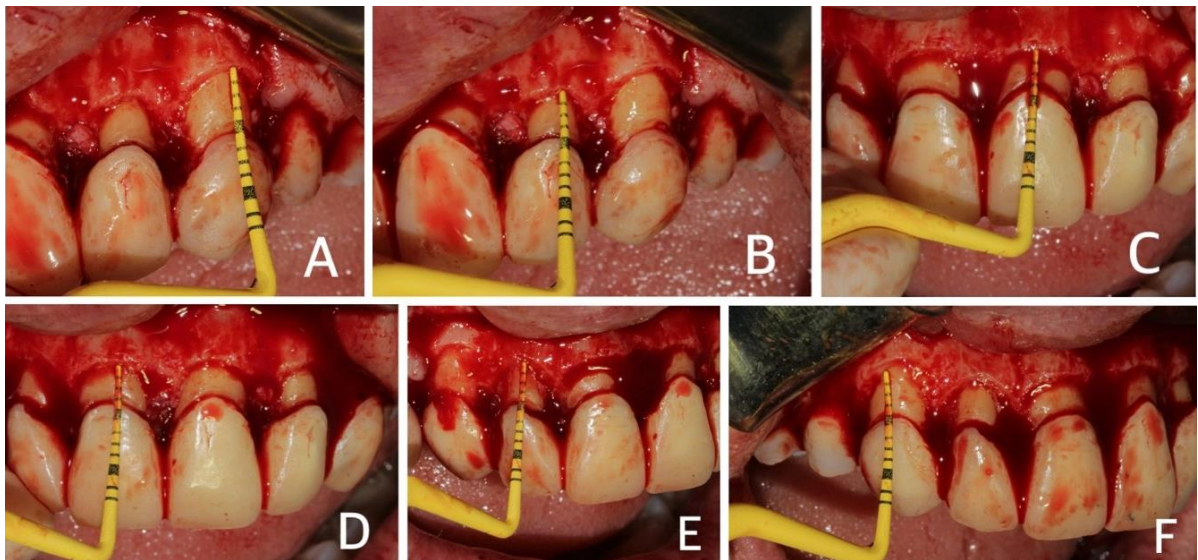


Legenda: Medida da coroa clínica dos dentes (A) 13; (B) 12; (C) 11; (D) 21; (E) 22 e (F) 23.
Fonte: Acervo do Autor, 2025.

Após as sondagens, com o auxílio de uma lâmina de bisturi 15c (Paramount®, Nova Délhi, Delhi, Índia) acoplada a um cabo de bisturi foi realizado a incisão do tipo bisel interno do colarinho gengival, a fim de remover uma faixa de tecido gengival proporcionando remodelamento e alisamento estético, respeitando o planejamento estético previamente definido. Em seguida, foi feita a incisão intrasulcular com uma microlâmina SB004 (MJK®, Moradabad, Uttar Pradesh, Índia), do dente 14 ao dente 24, preservando as papilas, a fim de manter a arquitetura gengival e garantir uma cicatrização estética. Posteriormente, com uma cureta periodontal, foi realizada a raspagem do colarinho gengival, removendo o tecido remanescente e favorecendo a regularização do contorno gengival. Logo após, foi feito o descolamento total do tecido com auxílio do Molt 2-4, seguido de desbridamento para remoção de todo tecido de

granulação presente, devido a infecção instalada, para acesso a crista óssea. Dessa forma, após a exposição da crista óssea, procedeu-se a medição do nível ósseo com sonda milimetrada (Figura 9) e foi realizada a osteoplastia com ponta diamantada 2173 ESP (KG Sorensen®, Serra, ES, Brasil), sob irrigação com soro fisiológico, respeitando a distância biológica. A regularização foi feita com auxílio do cinzel, para garantir uma crista óssea contínua e sem irregularidades. Por fim, foi realizada a sutura do tipo ponto simples em cada papila, utilizando fio de nylon 5-0 (Shalon®, São Luís de Montes Belos, Goiás, Brasil), com pontos suturados de forma estratégica para garantir e favorecer a estabilidade do retalho e a cicatrização por primeira intenção (Figura 10 A). Após 10 dias, os pontos foram retirados (Figura 10 B-D).

Figura 9 - Sondagens de crista óssea



Legenda: Sondagens dos dentes (A) 23; (B) 22; (C) 21; (D) 11; (E) 12; (F) 13.

Fonte: Acervo do Autor, 2025.

Figura 10 – Sutura e remoção de pontos



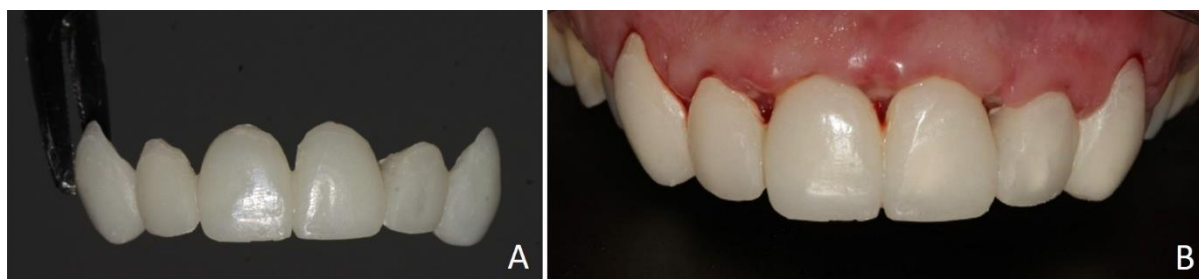
Legenda: (A) Vista frontal das suturas e (B) da cicatrização após 10 dias da cirurgia; fotos aproximadas da região (C) direita da arcada superior, evidenciando a cicatrização das papilas

interdentais dos dentes 11, 12 e 13; (C) e da esquerda da arcada superior, com destaque para a cicatrização das papilas interdentais dos dentes 21, 22 e 23;

Fonte: Acervo do Autor, 2025.

Também, na mesma consulta, após os 10 dias da intervenção cirúrgica, foi realizado um novo preparo para faceta dos dentes 13 e 23 e confecção dos novos provisórios superiores de resina acrílica autopolimerizável (Clássico, Campo Limpo Paulista, São Paulo, Brasil), na cor 60, uma vez que após a gengivoplastia foi necessário que houvesse um reembasamento das coroas provisórias, a fim de obter uma melhor adaptação na margem do término cervical e consequentemente uma cicatrização, favorecendo o reposicionamento das papilas interdentais. Sendo assim, foram confeccionados novos provisórios unidos, bem adaptados, retidos, favorecendo a estética e a função, e cimentados com cimento provisório (Temp-Bond NE, Kerr, Orange, Califórnia, Estados Unidos) (Figura 11).

Figura 11 – Aspecto dos seis provisórios de resina acrílica autopolimerizável



Legenda: (A) Provisórios anteriores confeccionados com resina acrílica autopolimerizável; (B) e após acabamento e polimento e serem cimentados.

Fonte: Acervo do Autor, 2025.

Após, 60 dias, o tecido gengival da paciente foi reavaliado e se encontrava em um bom aspecto, bem cicatrizado e com as papilas interdentais bem reposicionadas (Figura 12). A paciente foi agendada para uma outra consulta para dar continuidade ao tratamento e confeccionar as peças finais.

Figura 13 – Aspecto do tecido gengival



Legenda: Imagens (A e B) frontal e oclusal do aspecto do tecido gengival dos dentes anteriores superiores; e imagens aproximadas (C) do tecido gengival da região dos dentes 11, 12 e 13 e (D) 21, 22 e 23.

Fonte: Acervo do Autor, 2025.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo relatar um caso clínico sobre a remoção de restaurações indiretas que causaram danos ao tecido periodontal devido à invasão do espaço biológico e ao sobrecontorno presente. Logo, foi necessária a intervenção odontológica, iniciando com a remoção das coroas cerâmicas e das facetas para restabelecer a saúde periodontal e a estética.

Na literatura, é amplamente aceita que a localização ideal da margem gengival das restaurações deve ser supragengival, pois isso favorece a limpeza da interface dente e restauração e evita o acúmulo de biofilme (Jr; Eber; Wang, 2003; Pereira; Anaute-netto; Gonçalves, 2014). Ao realizar um preparo dentário, a profundidade do posicionamento das margens do término cervical pode variar, abrangendo desde uma posição supragengival até aproximadamente 0,5 mm no interior do espaço biológico, respeitando os parâmetros anatômicos do sulco gengival histológico (Santiago *et al.*, 2000). O espaço biológico é caracterizado pelo sulco gengival, pelo epitélio juncional e pela inserção conjuntiva, chegando a uma média de 2,96 mm, de acordo com Garguilo *et al.*, (1961).

Quando as margens ultrapassam o sulco gengival e invadem a distância biológica, há inflamação nos tecidos gengivais, manifestando-se por inchaço, rubor, reabsorção óssea e perda de inserção clínica (Jr; Eber; Wang, 2003; Pereira; Anaute-netto; Gonçalves, 2014). Nesse relato de caso, durante a sondagem periodontal, observou-se que os preparos dentários, tanto para as coroas como para as facetas, ultrapassavam esse limite descrito na literatura. Essa informação justifica a remoção das restaurações indiretas e diretas com sobrecontorno e o tratamento periodontal cirúrgico na região anterior realizado na paciente.

Para que a cirurgia periodontal fosse possível de ser executada, foi necessário remover as restaurações indiretas insatisfatórias. Para isso, foram usadas diversas brocas diamantadas em alta rotação sob irrigação. A literatura mostra que existem diversas técnicas para remover esses materiais, como por exemplo, com o uso de laser de alta potência (laser de érbio) ou com uso de brocas

de alta rotação (Gurney *et al.* 2016). Em seu estudo, Deeb *et al.* (2022) mostraram que o uso de broca rotatória para desgaste de cerâmica apresentava vantagens como menor temperatura gerada e menor tempo para a remoção do material em comparação com o laser de alta potência, por apresentar irrigação na caneta de alta rotação e realizar o corte do material com alta rotação por minuto.

Para a adequação do meio, a remoção das coroas e facetas com sobrecontorno e a confecção de restaurações provisórias foram necessárias, pois sabe-se da importância desse passo clínico no condicionamento gengival, na estética e no sucesso da restauração final (Santosa, 2007), de modo que a paciente obtivesse melhora no quadro inflamatório e estivesse favorável para ser submetida ao transoperatório, sendo assim, essas restaurações, quando bem adaptadas no término cervical, são indicadas para evitar problemas mecânicos e biológicos em um curto período de tempo, variando entre 15 dias e 6 meses, sem comprometer a longevidade e o sucesso do tratamento (Jain *et al.*, 2022).

A gengivectomia associada à osteoplastia é um procedimento cirúrgico que garante o reparo das deformidades da gengiva, restaura as proporções dentárias e restabelece o espaço biológico (Lima; Amorim; Pereira, 2023; Carvalho *et al.*, 2016), e de acordo com a literatura, esses procedimentos foram realizados assegurando ao paciente um meio bucal apropriado para a cimentação de novas peças estéticas (Carvalho *et al.*, 2016).

Zanatta *et al.* (2010) concluíram que o meio mais adequado para diagnosticar a localização da crista óssea alveolar em relação à junção amelocementária é através da sondagem transperiodontal. Sendo assim, seguindo esse princípio, realizou-se a determinação da localização da crista alveolar com sonda milimetrada e das proporções ideais de comprimento e largura dos dentes anteriores superiores com auxílio da régua de Chu. Esse instrumento, em específico, apresenta marcações coloridas, o que auxilia a obtenção de proporções estéticas baseadas na proporção áurea, permitindo avaliar e guiar o alongamento da coroa de forma precisa e biológica (Fletcher, 2011; Nautiyal *et al.*, 2016).

Após as sondagens necessárias, foi realizada a incisão e optou-se pela técnica de bisel interno por ser menos invasiva, proporcionando maior conforto no pós-operatório, já que favorece uma cicatrização mais rápida por primeira intenção da ferida cirúrgica, especialmente quando comparada à técnica de bisel externo (Pilloni *et al.*, 2008).

Para que ocorra o restabelecimento cirúrgico da invasão do espaço biológico, é necessário não apenas alterar a posição do tecido gengival, mas também realizar a remoção concomitante de tecido ósseo. Por essa razão, a cirurgia a retalho possibilita essa abordagem completa, sendo, portanto, a técnica recomendada (Singh *et al.*, 2015; Vidal, Marçal, 2019; Vishnusripriya *et al.*, 2022). Sendo assim, depois de realizar as raspagens necessárias para remoção do tecido remanescente e desbridamento do tecido de granulação, foi feita também a osteoplastia, que é o termo utilizado para definir a remoção de osso nas faces vestibular e lingual/palatina, com o objetivo reposicionar a estrutura óssea e restaurar sua forma anatômica natural (Marzadori *et al.*, 2018; Pinto e Yamashita, 2022), e possibilita a remodelação óssea, logo, favorece e contribui para a manutenção da exposição da coroa dentária e recuperação do espaço biológico (Vidal e Marçal, 2019).

Esse trabalho apresentou algumas limitações como a não utilização de laser de alta potência para remover as coroas e facetas cerâmicas, principalmente pelo alto custo de obter um equipamento como este em consultório, também não foi apresentado o caso completo porque ocorreram algumas alterações no plano de tratamento, como a remoção do retentor intrarradicular do dente 22, retratamento endodôntico nesse dente e confecção de novo pino de fibra de vidro, o que ocasionou o atraso na confecção das peças finais.

4. CONCLUSÃO

As restaurações indiretas com sobrecontorno, além de prejudicarem a estética, são fatores agravantes para problemas periodontais, como as inflamações gengivais e perda de inserção periodontal, principalmente quando há invasão do espaço biológico. Nesse contexto, a remoção de restaurações indiretas foi essencial para restabelecer os contornos adequados, permitir a realização da cirurgia periodontal corretiva, sendo indispensável para o sucesso clínico e, assim, possibilitar a reabilitação estética, de saúde e funcional da paciente.

5. REFERÊNCIAS

ABRANTES, P. S. *et al.* Restabelecimento da estética do sorriso com laminados cerâmicos: relato de caso. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 3, p.120–131, 2019.

ARAUJO, Nara Santos. **Influência do contorno axial de laminados cerâmicos, sem término cervical, sobre o comportamento da margem gengival: estudo clínico prospectivo**, 2016. 40 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

CARVALHO, C. V. *et al.*, Espaço Biológico: Conceito chave para estética e saúde gengival em procedimentos restauradores. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 1, n. 1, p. 21-31, 2016.

DA SILVA, G. R. *et al.* Tratamento estético com diretas de resina composta – relato de caso. **Revista Uningá**, v. 24, n. 3, 2015.

DEEB, J. G. *et al.* In vitro study of laser-assisted prefabricated ceramic crown debonding as compared to traditional rotary instrument removal. **Materials (Basel)**. v. 15, n. 10, 3617, 2022.

FERNANDES, Joana Vanessa Dias. **Inter-relação Periodontia e Dentística**, 2017. 34 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2017.

FLETCHER P. Biologic rationale of esthetic crown lengthening using innovative proportion gauges. **International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry**, v. 31, n. 5, p. 523-532, 2011.

GARGUILO, Anthony W.; WENTZ, Frank M.; ORBAN, Balint. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. **The Journal of Periodontology**, v. 32, n. 3, p. 261-267, 1961.

GURNEY, Michael L, *et al.* Using an Er, Cr: YSGG laser to remove lithium disilicate restorations: A pilot study. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 115, n. 1, p. 90-94, 2016.

JAIN, Saurabh, *et al.* Physical and mechanical properties of 3D-printed provisional crowns and fixed dental prosthesis resins compared to CAD/CAM milled and conventional provisional resins: a systematic review and meta-analysis. **Polymers (Basel)**, v. 14, n. 13, p. 2691, 2022.

JR, Allan Padbury.; EBER, Robert.; WANG, Hom-Lay. Interactions between the gingiva and the margin of restorations. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 30, n. 5, p. 379-385, 2003.

LIMA, Ana Paula Moreira; AMORIM, Jordana Caixeta; PEREIRA, Túlio Silva. Reabilitação estética anterior com gengivectomia e facetas em resina composta. **Scientia Generalis**, v. 4, n. 2, p. 93-103, 2023.

- MARQUES, Rita Oliveira. **Espaço biológico: mito ou realidade**. 2018. 25 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2018.
- MARZADORI, Matteo, et al. Crown lengthening and restorative procedures in the esthetic zone. **Periodontology** 2000, v. 77, n. 1, p. 84-92, 2018.
- NAUTIYAL A, et al. aesthetic crown lengthening using chu aesthetic gauges and evaluation of biologic width healing. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 10, n. 1, p. ZC51–ZC55, 2016.
- OLIVEIRA, Erica Garcia; DE SOUZA PASSONI, Giulienne Nunes. Problemas periodontais ocasionados pelo insucesso de facetas. **Revista Mato-grossense de Odontologia e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 112-126, 2023.
- PEREIRA, José Carlos.; ANAUATE-NETTO, Camillo.; GONÇALVES, Silvia Maria Aguiar. **Dentística: Uma Abordagem Multidisciplinar**. Editora Artes Médicas, 2014. 344 f.
- PILLONI, Andrea., et al. Surgical treatment of cyclosporine a-and nifedipine-induced gingival enlargement: gingivectomy versus periodontal flap. **Journal of Periodontology**, v. 69, n. 7, p. 791-797, 2008.
- PINTO, Paloma Nunes.; YAMASHITA, Ricardo Kiyoshi. Cirurgias periodontais para aumento de coroa clínica. **Research Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e404111537315, 2022.
- SANTIAGO, Sérgio Lima, et al. O Periodonto e as restaurações indiretas: Parte I – Considerações gerais. **UFES Revista de Odontologia**, v. 2, n. 1, p. 46-53, 2000.
- SANTOSA, Robert. Provisional restoration options in implant dentistry. **Australian Dental Journal**, v. 52, n. 3, p. 234-242, 2007.
- SINGH Garima, et al. Crown lengthening by apically displaced flap and ostectomy: a case report. **Indian Journal of Dental Sciences**, v. 7, n. 1, p. 77-79, 2015.
- SOUZA, Mackson Silva, et al. Laminados cerâmicos – um relato de caso. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 7, n. 3, p. 43-46, 2016.
- VASCONCELOS, Flávia Sabrina Queirós. et al. Influence of anatomic reference on the buccal contour of prosthetic crowns. **Brazilian Oral Research**, v. 23, n. 3, p. 230–235, 2009.
- VIDAL, Rafael de Medeiros.; MARÇAL, Estevan Estegues. Cirurgia periodontal pré-protética em região antero-superior: relato de caso clínico. *Revista Odontológica - Hospital da Aeronáutica de Canoas*, v. 1, n. 1, p. 15-19, 2019.
- VISHNUSRIPRIYA J, et al. A comprehensive guide to the biologic width. **International Journal Dental and Medical Sciences Research (IJDMSR Journal)**, v. 4, n. 5, p. 252-257, 2022.

ZANATTA, Fabricio Batistin, et al. Comparison of different methods involved in the planning of clinical crown lengthening surgery. **Brazilian Oral Research**, v. 24, n. 4, p. 443-448, 2010.