

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Gabriela Fernandes de Oliveira

**Relato de caso de cirurgia periodontal em paciente com
Erupção Passiva Alterada tipo 1B e exostose maxilar:
aspectos clínicos, tomográficos e histológicos**

Governador Valadares

2025

Gabriela Fernandes de Oliveira

**Relato de caso de cirurgia periodontal em paciente com
Erupção Passiva Alterada tipo 1B e exostose maxilar:
aspectos clínicos, tomográficos e histológicos**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial a obtenção do grau de bacharel em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Ana Emília Farias Pontes

Governador Valadares

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Oliveira, Gabriela Fernandes de.

Relato de caso de cirurgia periodontal em paciente com Erupção Passiva Alterada tipo 1B e exostose maxilar: aspectos clínicos, tomográficos e histológicos / Gabriela Fernandes de Oliveira. -- 2025. 38 p. : il.

Orientadora: Ana Emília Farias Pontes

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2025.

1. Cirurgia plástica. 2. Erupção dentária. 3. Estética dentária. 4. Gengivectomia. 5. Osteotomia. I. Pontes, Ana Emília Farias, orient. II. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Gabriela Fernandes de Oliveira

Relato de caso de cirurgia periodontal em paciente com Erupção Passiva Alterada tipo 1B e exostose maxilar: aspectos clínicos, tomográficos e histológicos

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovado em 13 de março de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Ana Emília Farias Pontes – Orientador(a)
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Dr. Cleverton Corrêa Rabelo
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Dra. Fernanda de Oliveira Bello Corrêa
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Documento assinado eletronicamente por **Ana Emília Farias Pontes, Professor(a)**, em 13/03/2025, às 08:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda de Oliveira Bello Correa, Professor(a)**, em 13/03/2025, às 08:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cleverton Correa Rabelo, Professor(a)**, em 13/03/2025, às 08:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2256177** e o código CRC **C034FA9A**.

Referência: Processo nº 23071.908142/2025-45

SEI nº 2256177

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares (UFJF-GV), na pessoa do Diretor do Instituto de Ciências da Vida, Prof. Dr. Leandro de Moraes Cardoso, por ter permitido o desenvolvimento desta pesquisa em suas instalações.

Ao Departamento de Odontologia da UFJF-GV, na pessoa da Coordenadora de curso, Profa. Dra. Alexa Magalhães Dias, e à Chefe de Departamento, Profa. Dra. Sibebe Nascimento de Aquino pelo suporte à realização desta pesquisa.

Deixo registrado, inicialmente, meus agradecimentos a Deus, por iluminar meu caminho e me dar forças.

À minha família que, mesmo de longe e, por vezes, de forma indireta me motivaram a dar o meu melhor, foram meu conforto e são a base para que eu siga todos os dias, sobretudo aos meus pais e minhas irmãs.

Agradeço também ao João Gabriel por usar sempre as palavras certas nos momentos certos, além de ser minha grande companhia, apoio e o melhor presente que a UFJF-GV poderia me dar.

À minha orientadora Profa. Dra. Ana Emília Farias Pontes, pelo direcionamento e diversos ensinamentos durante a construção desse trabalho, e ao Henrique pela disponibilidade durante as vezes em que precisei coletar informações para o trabalho.

Por fim, agradeço aos amigos que fiz ao longo da vida e aos amigos que fiz durante esses anos de formação acadêmica, em especial à Júlia Montan, Giovana, Júlia Badaró, Letícia, Ana Clara, Lívia (minha dupla especial de clínica), Angélica, Rafa, Hisabela, Diovana, Maria Rita, Duda, Gabi Lopes, Marlow e Thandrédia. Mesmo que indiretamente e sem saber, todos vocês contribuíram com momentos de descontração, risadas e palavras de apoio durante esse período, e não poderia deixar de agradecer.

RESUMO

A exposição gengival excessiva pode ter diversas causas, sendo uma delas a Erupção Passiva Alterada (EPA). Embora menos discutido, parece plausível que as exostoses vestibulares maxilares também possam comprometer a estética gengival durante o sorriso. O objetivo desse estudo foi relatar um caso clínico de paciente com exposição gengival excessiva, EPA tipo 1B e exostose maxilar, que foi submetido a cirurgia periodontal, abordando aspectos clínicos, tomográficos e histológicos do seu atendimento. O paciente de 24 anos de idade, sexo masculino, buscou atendimento com queixa estética. Com base nos exames clínico e tomográfico foram conferidos os diagnósticos de EPA 1B e exostose maxilar, e o tratamento recomendado consistiu na realização de gengivectomia, osteotomia e osteoplastia dos dentes 16 a 26. Amostras do tecido gengival e ósseo foram processados para análise histológica, tendo sido observados tecido epitelial paraqueratinizado íntegro; tecido conjuntivo com infiltrado inflamatório crônico, fibras colágenas densas, e áreas de esclerose; e osso compacto e vital. Para avaliar a eficácia do tratamento, foram aplicados questionários usando a Escala Visual Analógica (0-10) abordando dor e desconforto, estética e autoestima do paciente. Os resultados demonstraram que dor e desconforto nos três primeiros dias foram menores que 4,0, enquanto a satisfação e autoestima atingiram escores de 8,8 e 8,7 respectivamente após 6 meses pós-operatórios. As coroas clínicas aumentaram em média $1,5 \pm 0,3$ mm, enquanto a exposição gengival reduziu em média $0,8 \pm 0,2$ mm. Conclui-se que no paciente estudado, enquanto a gengiva estava inflamada, o osso tinha aspectos histológicos de normalidade; e a cirurgia periodontal foi eficaz em reduzir a exposição gengival, aumentar a altura das coroas clínicas, a satisfação e autoestima, tendo gerado dor e desconforto leves.

Palavras-chaves: Cirurgia plástica, erupção dentária, escala visual analógica, estética dentária, gengivectomia, osteotomia.

ABSTRACT

Excessive gingival display can have several causes, one of which is Altered Passive Eruption (APE). Although less discussed, it seems plausible that maxillary vestibular exostoses can also compromise gingival aesthetics during smiling. The aim of this study was to report a clinical case of a patient with excessive gingival display, APE type 1B and maxillary exostosis, who underwent periodontal surgery, addressing clinical, tomographic and histological aspects of his treatment. The 24-year-old male patient sought treatment with an aesthetic complaint. Based on the clinical and tomographic examinations, the diagnoses of APE 1B and maxillary exostosis were confirmed, and the recommended treatment consisted of gingivectomy, osteotomy and osteoplasty of teeth 16 to 26. Samples of gingival and bone tissue were processed for histological analysis, and intact parakeratinized epithelial tissue was observed; connective tissue with chronic inflammatory infiltrate, dense collagen fibers, and areas of sclerosis; and compact and vital bone. To evaluate the effectiveness of the treatment, questionnaires using the Visual Analogue Scale (0-10) were applied addressing pain and discomfort, aesthetics and self-esteem of the patient. The results showed that pain and discomfort in the first three days were less than 4.0, while satisfaction and self-esteem reached scores of 8.8 and 8.7 respectively after 6 months postoperatively. The clinical crowns increased on average 1.5 ± 0.3 mm, while gingival exposure reduced on average 0.8 ± 0.2 mm. It is concluded that in the patient studied, while the gums were inflamed, the bone had normal histological aspects; and periodontal surgery was effective in reducing gingival exposure, increasing the height of the clinical crowns, satisfaction and self-esteem, having generated mild pain and discomfort.

Keywords: Plastic surgery, tooth eruption, visual analog scale, dental esthetics, gingivectomy, osteotomy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EPA	Erupção Passiva Alterada
EVA	Escala Visual Analógica
JCE	Junção Cimento-Esmalte
JCE-CO	Distância da Junção Cimento-Esmalte à Crista Óssea
MG-CO	Distância da Margem gengival à Crista Óssea
MG-JCE	Distância da Margem gengival à Junção Cimento-Esmalte
TCFC	Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico
UFJF-GV	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

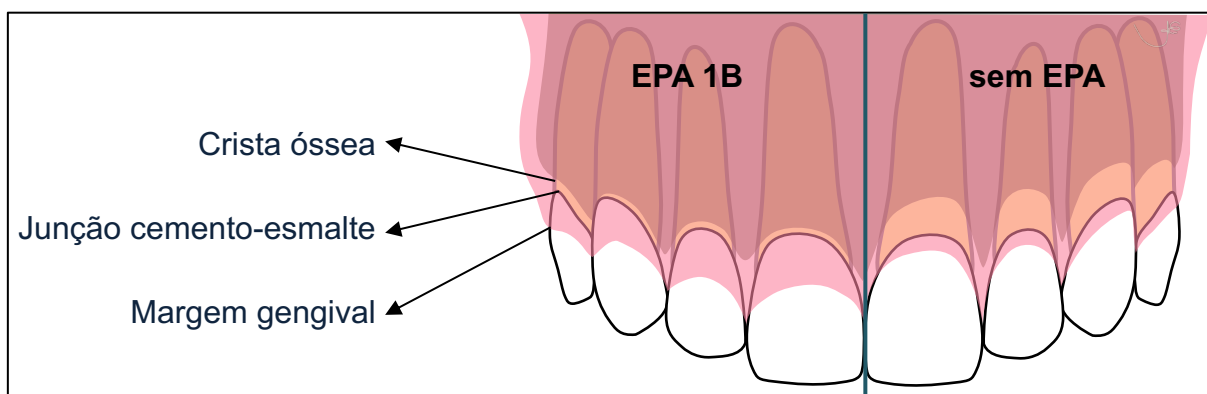
1 INTRODUÇÃO	11
2 RELATO DE CASO	14
2.1. ANÁLISE TOMOGRÁFICA	16
2.2. CIRURGIA PERIODONTAL	19
2.3. ANÁLISE HISTOLÓGICA	20
2.4. ANÁLISE DE DOR E DESCONFORTO.....	22
2.5. ANÁLISE DA SATISFAÇÃO COM O SORRISO E AUTOESTIMA.....	23
2.6. ANÁLISE FOTOGRÁFICA	24
3 DISCUSSÃO	27
4 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	34
APÊNDICE B: Medidas tomográficas em milímetros (média ± desvio-padrão), organizadas por grupos dentais.	35
APÊNDICE C: Medidas fotográficas em milímetro (porcentagem), organizadas por grupos dentais.	36
ANEXO A: Parecer consubstanciado do CEP.....	37

1 INTRODUÇÃO

A exposição excessiva da gengiva durante o sorriso, é referida como “sorriso gengival”. As principais causas são crescimento gengival, crescimento vertical excessivo da maxila anterior, extrusão dento-alveolar anterior, lábio curto, hiperatividade do lábio superior, erupção passiva alterada (EPA), e suas várias combinações (Silberberg et al., 2009). Especificamente, a EPA é uma alteração de desenvolvimento que afeta a fase passiva da erupção dental, impedindo a adequada migração apical dos tecidos periodontais. Assim, a coroa clínica se mantém recoberta por uma quantidade de tecido gengival além do normal, e se apresenta curta, com alteração da proporção largura-altura (Coslet et al., 1977; Mele et al., 2018), o que afeta a estética e autoestima do indivíduo (Pontes et al., 2023). Convém enfatizar que essa condição pode ainda modificar ou predispor a doenças gengivais induzidas pelo biofilme (Aghazada et al., 2020).

O diagnóstico da EPA está relacionado à quantificação da faixa de tecido gengival que recobre a coroa clínica. Em condições de normalidade, a distância da margem gengival à junção cemento-esmalte (JCE) é de aproximadamente 1 a 2 mm. Por sua vez, nos pacientes com EPA, esse valor é superior, e a margem gengival se acomoda próxima da convexidade cervical da coroa anatômica (Silva et al., 2015) (Figura 1).

Figura 1. Representação de maxila de paciente com EPA 1B e sem EPA, destacando marcos anatômicos de referência.



Fonte: Elaborada por A. E. F. P. (2025).

A classificação da EPA (Coslet et al., 1977) é um passo importante no planejamento do tratamento cirúrgico, pois define detalhes técnicos, como tipo de incisão e necessidade de desgaste ósseo. O tipo 1 se refere aos casos em que a faixa de gengiva queratinizada é ampla; enquanto no tipo 2, a faixa de gengiva queratinizada é estreita. Sendo assim, as incisões iniciais recomendadas para casos do tipo 1 envolvem bisel interno seguido de incisão intrassulcular e remoção de colarinho gengival, enquanto do tipo 2 prevê incisão intrassulcular com posicionamento apical do retalho. Por sua vez, o subtipo A correspondente aos casos em que distância da JCE-CO está entre 1,5 e 2 mm; e o subtipo B, aos casos em que a crista óssea está muito próxima ou ao nível da JCE. Sendo assim, no subtipo B é empregada a osteotomia, desgastando ósseo em altura, aumentando a distância da JCE-CO; e comumente é associada à osteoplastia, que corresponde ao desgaste do osso em espessura, o que torna o aspecto do periodonto mais afilado e harmônico.

Para confirmar o diagnóstico e planejar o procedimento cirúrgico, a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) surge como modalidade de exame sem distorção, passível de mensurar as dimensões teciduais. A TCFC é particularmente útil se a tomada tiver sido feita usando afastamento labial (Januário et al., 2008), pois desta forma, é possível diferenciar os limites entre a gengiva e mucosa alveolar vestibular da própria mucosa jugal, permitindo uma adequada avaliação do fenótipo periodontal, melhor planejamento cirúrgico e determinação do prognóstico.

Outro ponto interessante a ser abordado, e pouco discutido é a coexistência de EPA e exostoses na tábua óssea vestibular de dentes maxilares, principalmente pré-molares e molares (Silva et al., 2025). Considera-se que exostose seja uma protuberância óssea benigna, cuja etiologia é relacionada a fatores genéticos, estresse funcional, ou irritação crônica (Horning et al., 2000). Sua presença potencialmente interfere na tensão e estética labial e do sorriso, como um todo, contribuindo para a exposição gengival excessiva. Portanto, parece plausível que sua remoção associada à cirurgia de correção da EPA possa ser benéfica à estética do paciente.

Considerando que são escassos na literatura os estudos sobre a EPA associado a exostose, o presente estudo foi desenhado, com o objetivo de relatar um caso clínico de paciente com exposição gengival excessiva ao sorrir, EPA tipo 1B e

exostose maxilar, que foi submetido a cirurgia periodontal, abordando aspectos clínicos, tomográficos e histológicos do seu atendimento.

2 RELATO DE CASO

Paciente H. J. F. R., 25 anos de idade, sexo masculino, estudante do curso de Odontologia, buscou atendimento na clínica do Projeto de Extensão “Correção de Deformidades Mucogengivais” da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares (UFJF-GV), com queixa de "exposição excessiva da gengiva e do “osso” durante o sorriso". Tratava-se de um paciente de cor autorrelatada parda, não fumante, sem alterações sistêmicas. O paciente relatou ter realizado tratamento ortodôntico na adolescência, e tratamento cirúrgico na maxila anterior para correção de hiperatividade labial, por meio da secção do músculo depressor do septo nasal, 12 meses previamente. O paciente foi convidado a participar deste estudo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição de ensino (parecer 3.952.686 CEP UFJF-GV) (Anexo A) e assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A) após ter tempo suficiente para lê-lo.

Ao exame clínico, foi confirmado que o paciente tinha exposição gengival excessiva ao sorrir, medindo mais de quatro milímetros de gengiva aparente apicalmente à coroa dos dentes 14 a 24, combinado ainda a coroas clínicas curtas (Figuras 2a, 2c, 2e, 2g). A saúde gengival foi avaliada e atestada, posto que todos os sítios tinham profundidade de sondagem menor ou igual a 4 mm, e menos de 10% dos sítios tiveram sangramento à sondagem, quando avaliados com sonda milimetrada Carolina do Norte (Hu-Friedy, Mfg. Co., Chicago, IL, EUA) (Papapanou et al., 2018).

Figura 2. Aspecto clínico inicial e 6 meses após a cirurgia, (a, b) do sorriso, da vista intrabucal (c, d) de frente, no perfil lateral (e, f) direito, e (g, h) esquerdo.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

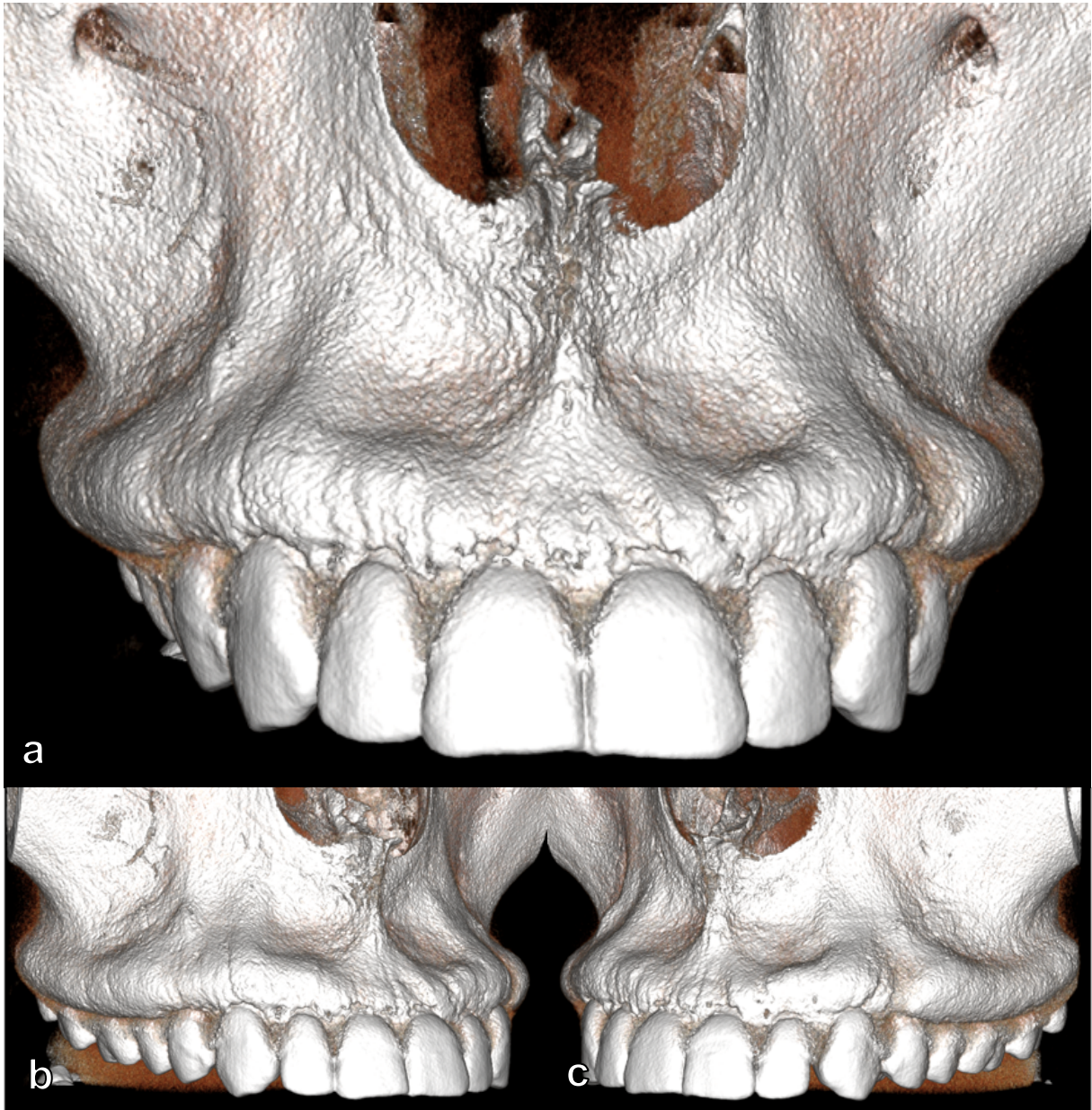
2.1. ANÁLISE TOMOGRÁFICA

Para análise tomográfica, foi usada a TCFC pré-operatória da maxila, solicitada para fins diagnóstico, mediante a apresentação formal de pedido para o exame realizado com afastador de bochecha, para melhor identificação dos tecidos periodontais. As imagens na TCFC foram capturadas por uma única varredura do scanner e reconstruídas digitalmente.

O diagnóstico de EPA tipo 1B foi confirmado tomograficamente (Figura 3 e Tabela 1), tendo sido constatado que a distância da margem gengival à JCE foi maior que 3,3 mm entre os dentes 13 a 23, e que a distância da JCE-CO foi menor que 1,1 mm nos dentes 16 a 26 (Coslet et al., 1977). Além disso, para confirmar o diagnóstico da exostose, considerou-se o aspecto topográfico do crescimento convexo que pôde ser delineado a partir da tábua óssea cortical vestibular, e o fato de que em 11 dos 12 dentes avaliados, a medida da espessura da tábua óssea ter sido maior que 2 mm (Horning et al., 2000).



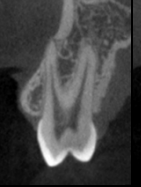
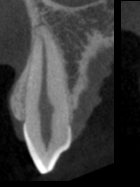
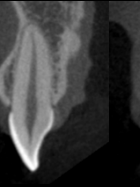
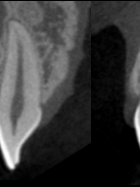
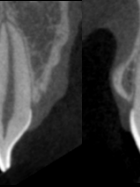
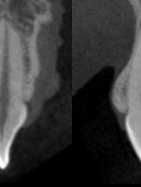
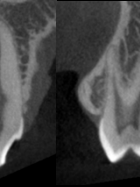
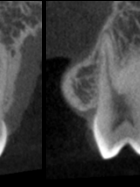
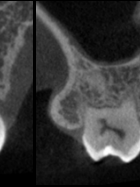

Especificamente, os dentes anteriores (incisivos centrais, incisivos laterais e caninos) tiveram mais tecido gengival recobrimo o esmalte ($3,7 \pm 0,1$ mm) que os dentes posteriores ($2,1 \pm 0,1$ mm), enquanto a distância da JCE-CO não tendeu a variar entre anteriores ($0,5 \pm 0,5$ mm) e posteriores ($0,3 \pm 0,3$ mm) (Apêndice B).

Figura 3. Imagens tomográficas pré-operatórias em vista (a) frontal e (b,c) laterais.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Tabela 1. Imagens tomográficas e medidas (em milímetro) realizadas nos cortes sagitais tomográficos.

Parâmetro	Dentes											
	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
												
Coroa anatômica	6,6	7,8	8,5	11,0	10,2	10,6	10,5	9,9	10,9	8,1	7,6	6,1
Coroa clínica	4,7	6,1	6,7	7,4	7,0	6,5	7,7	6,8	8,2	6,6	5,1	4,3
MG-JCE	2,1	2,2	2,2	3,8*	3,7*	4,2*	3,4*	3,6*	3,3*	2,1	2,1	2,0
JCE-CO	0,4**	0,2**	0,0**	0,0**	0,4**	1,1**	0,9**	0,7**	0,0**	0,0**	0,8**	0,4**
MG-CO	3,2	2,5	2,2	3,8	4,3	5,1	4,4	4,4	3,3	2,1	3,5	3,0
Espessura da tábua óssea vestibular	6,6***	6,4***	4,8***	3,4***	3,3***	1,9	2,1***	3,8***	2,9***	4,9***	6,1***	7,6***

MG. Margem gengival. JCE. Junção cimento-esmalte. CO. Crista óssea.

* Distância da margem gengival à JCE maior que 3,0 mm, evidenciada pela cor de fundo menos escura.

** Distância da JCE à crista óssea menores que 1,5 mm, evidenciada pela cor de fundo escura.

*** Espessura da tábua óssea vestibular maior que 2,0 mm, evidenciada pela cor de fundo mais escura.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

2.2 CIRURGIA PERIODONTAL

O plano de tratamento incluiu a realização de um procedimento cirúrgico com gengivectomia, osteoplastia e osteotomia, realizado por uma profissional experiente (A.E.F.P.). A cirurgia iniciou-se com a antisepsia intraoral e extraoral utilizando digluconato de clorexidina a 0,12%. Usando agulha curta e seringa carpule, foi aplicado um tubete de solução de lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 no fundo de vestibulo da maxila abrangendo do dente 17 ao 27; seguido pelo bloqueio anestésico com solução de articaína a 4% 1:100.000 dos nervos alveolares superiores e infraorbitário, além de anestesia do tecido gengival vestibular, para conferir uma adequada hemostasia. Para anestesia das papilas, a agulha foi deslizada com suavidade de vestibular para palatino, no ponto correspondente à altura da crista óssea interproximal.

Uma incisão em bisel interno foi realizada entre os dentes 17 e 27 (Figura 4a), utilizando lâmina 15C montada em cabo de bisturi número 3. Depois, uma incisão intrassulcular foi feita entre os mesmos dentes, e incisões relaxantes foram feitas na distal dos segundos molares superiores. O retalho mucoperiosteal foi elevado (Figura 4b) utilizando o descolador de Molt (2-4). O colarinho gengival foi destacado curetas McCall 13-14 e 17-18, e acondicionado em pote plástico com solução de formol tamponado a 10%. Fragmentos ósseos provenientes da exostose foram removidos com disco diamantado montado em mandril, em peça reta, abundante com soro fisiológico estéril. Os tecidos moles e duros removidos foram encaminhados para análise histopatológica no Laboratório de Patologia Oral e Maxilofacial da UFJF-GV.

A seguir, a osteoplastia vestibular foi realizada, se iniciando com a criação de canaletas de orientação na tábua óssea vestibular, respeitando o longo eixo dos dentes (Ribeiro et al., 2012). Para essa etapa, utilizou-se uma ponta diamantada 3017HL montada em caneta de alta rotação, sob irrigação copiosa. Na sequência, a osteotomia foi feita, usando microcinzel de Ochsenbein, deixando pelo menos 2 mm de distância entre a JCE-CO, na face mais vestibular dos dentes 17 a 27 (Figura 4c). Não foi removido osso em altura na região interproximal, para evitar a perda de tecido das papilas.

O retalho foi reposicionado e pressionado no local por um minuto, com gaze umedecida em soro fisiológico, e suturado (Figura 4d) por meio de sutura suspensória do tipo colchoeiro vertical e horizontal com fio de nylon 4.0 (Pontes et al., 2023). Vale ressaltar que previamente à sutura, foi feita anestesia do nervo nasopalatino e reforçada anestesia nas papilas. Como medicação pós-operatória, foram prescritos ibuprofeno 600 mg a cada 12 horas durante três dias, e dipirona 500 mg a cada 6 horas por três a cinco dias, em caso de dor. Além disso, o paciente foi instruído a realizar bochechos com solução de digluconato de clorexidina 0,12% por um minuto, a cada 12 horas, durante sete dias. O paciente foi orientado ainda a aplicar bolsas de gelo, e a consumir alimentos frios e pastosos nas primeiras 24 horas. A remoção da sutura ocorreu no sétimo dia pós-operatório (Figura 4e).

2.3. ANÁLISE HISTOLÓGICA

Para análise histológica, os fragmentos do colarinho gengival excisado durante a cirurgia foram mantidos por 24 horas em formol tamponado a 10%. Em sequência, os espécimes foram embebidos em parafina e cortados com micrótomo, e os cortes de material foram dispostos em lâmina de vidro e corado pela coloração de hematoxilina e eosina. A análise histológica foi realizada em microscopia de luz por meio de microscópio binocular (Nikon E100, Xangai, China).

Os seguintes achados foram feitos: epitélio paraqueratinizado, íntegro, sem sinais de erosões ou de ulcerações. Tecido conjuntivo com presença de infiltrado inflamatório crônico, predominantemente linfocítico, sem tecido de granulação. As fibras colágenas eram densas, com posicionamento irregular, por vezes paralelas ao epitélio e outras perpendiculares. Foram identificadas áreas de esclerose, em que não foi possível identificar os núcleos celulares. Observou-se ainda numerosos vasos próximos ao epitélio. O tecido ósseo era compacto e vital.

Figura 4. Cirurgia com (a) incisão em bisel interno, (b) retalho mucoperiosteal elevado, (c) após osteoplastia, (d) sutura, e (e) uma semana pós-cirúrgica.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

2.4. ANÁLISE DE DOR E DESCONFORTO

O paciente foi orientado a preencher um questionário para registro das sensações de dor e desconforto após a cirurgia, que lhe foi entregue impresso no dia da cirurgia, e devolvido no dia da remoção da sutura. As seguintes questões foram incluídas:

(Q1) Você sentiu dor após a cirurgia?

(Q2) Qual sua intensidade de dor no dia da cirurgia?

(Q3) Qual sua intensidade de dor no 1º dia após a cirurgia?

(Q4) Qual sua intensidade de dor no 2º dia após a cirurgia?

(Q5) Qual sua intensidade de dor no 3º dia após a cirurgia?

(Q6) Você sentiu desconforto após a cirurgia?

(Q7) Se sim, o que sentiu? Inchaço? Sangramento? Formação de úlcera?

(Q8) Qual sua intensidade de desconforto no dia da cirurgia?

(Q9) Qual sua intensidade de desconforto no 1º dia após a cirurgia?

(Q10) Qual sua intensidade de desconforto no 2º dia após a cirurgia?

(Q11) Qual sua intensidade de desconforto no 3º dia após a cirurgia?

(Q12) Você tomou analgésicos além dos prescritos?

(Q13) Você necessitou de repouso, sem possibilidade de trabalhar após a cirurgia?

(Q14) Você precisou de atendimento profissional devido a complicações da cirurgia?

As questões Q1, Q6, Q12 a Q14 eram dicotômicas e permitiam a escolha de duas opções: “Sim” ou “Não”. A pergunta Q7 foi aberta, aceitando livre resposta. As questões Q2 a Q5, e Q8 a Q11 foram respondidas por meio de Escala Visual Analógica (EVA) (com amplitude de zero a dez). Para tanto, abaixo da pergunta foi incluída uma linha com dez centímetros de comprimento, com as expressões “Sem dor”, “Sem desconforto”, “Melhor possível”, ou “Pior possível”, em cada extremo. O paciente foi orientado a marcar um ponto na escala que corresponda à intensidade de sua sensação. A interpretação dos resultados foi feita usando uma régua posicionada próxima à linha, e o valor correspondente em centímetros foi anotado. A intensidade da sensação foi classificada de acordo com McCaffery e Beebe (1993): nenhuma, quando o valor anotado for zero; leve, quando os valores variaram de um a três;

moderado, quando os valores variaram de quatro a seis; e severa, quando variaram de sete a dez.

2.5. ANÁLISE DA SATISFAÇÃO COM O SORRISO E AUTOESTIMA

Seis meses após a cirurgia, o paciente foi chamado, e um questionário foi aplicado com as seguintes perguntas:

(Q15) Qual o seu grau de satisfação com o sorriso antes da cirurgia?

(Q16) Qual o seu grau de satisfação com o sorriso após a cirurgia?

(Q17) A cirurgia alterou sua autoestima?

(Q18) Como era sua autoestima antes da cirurgia?

(Q19) Como ficou sua autoestima depois da cirurgia?

As questões Q15, Q16, Q18 e Q19 foram respondidas por meio da EVA, enquanto a questão Q17 era dicotômica (“sim” ou “não”). O resultado está apresentado na Tabela 2. A dor e o desconforto foram leves. O paciente não necessitou de doses adicionais de analgésico, de repouso, nem procurou acompanhamento profissional devido a complicações pós-cirúrgicas. A satisfação com o sorriso e autoestima atingiram escores de 8,7 e 8,8 respectivamente após 6 meses pós-operatórios.

Tabela 2. Valores dos escores da Escala Visual Analógica de Dor, Desconforto, Autoestima e Satisfação com o sorriso.

Parâmetro	Período	Escore
Dor	No dia da cirurgia	3,4
	1º dia após a cirurgia	1,1
	2º dia após a cirurgia	0,6
	3º dia após a cirurgia	0,1
Desconforto	No dia da cirurgia	1,5
	1º dia após a cirurgia	0,2
	2º dia após a cirurgia	0,2
	3º dia após a cirurgia	0,3
Satisfação com o sorriso	Início	5,2
	6 meses	8,8
	Δ 6 meses	3,6
Autoestima	Início	5,0
	6 meses	8,7
	Δ 6 meses	3,7

Δ . Variação.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

2.6. ANÁLISE FOTOGRÁFICA

Fotografias da face foram tiradas com sorriso máximo previamente à cirurgia e 6 meses após. Para análise, um programa de computador foi usado (ImageJ, National Institute of Health, Bethesda, EUA). Com a imagem aberta no programa, a calibração da régua foi feita usando como referência a medida real da largura da coroa do incisivo central superior direito medida com paquímetro digital. As medidas foram feitas em triplicata por um investigador treinado e calibrado (G. F. O.) respeitando um intervalo de um dia entre si, sendo a média representativa de cada dente.

Os seguintes parâmetros foram medidos referentes aos dentes 14 a 24:

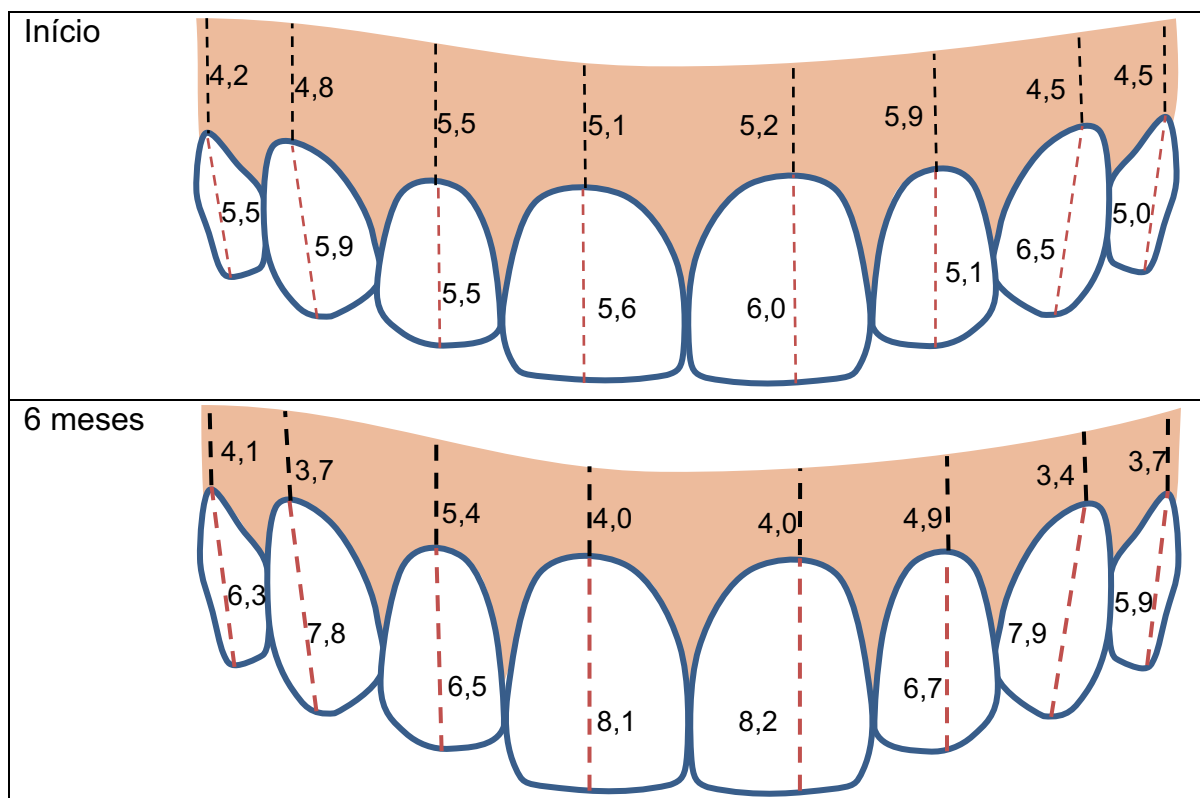
(1) Altura da coroa clínica, maior distância vertical da margem incisal à margem gengival;

(2) Altura da gengiva, maior distância vertical da margem gengival à linha inferior do lábio superior;

(3) Altura da linha do sorriso, da margem incisal à linha inferior do lábio superior.

A altura das coroas clínicas aumentou em média $1,5 \pm 0,3$ mm, a exposição gengival reduziu em média $0,8 \pm 0,2$ mm, enquanto a altura da linha do sorriso aumentou em $0,7 \pm 0,1$ mm (Figura 5, Tabela 3, Apêndice C).

Figura 5. Representação dos valores de exposição gengival e altura da coroa clínica dos dentes 14 a 24, avaliados em fotografias.



Fonte: Elaborado por A.E.F.P. (2025).

Tabela 3. Medidas em milímetro (porcentagem) realizadas das imagens fotográficas do paciente sorrindo.

Parâmetro	Período	Dentes							
		14	13	12	11	21	22	23	24
Altura da Gengiva	Início	4,2 (43,3)	4,8 (44,9)	5,5 (50,0)	5,1 (47,7)	5,2 (46,4)	5,9 (53,6)	4,5 (40,9)	4,5 (47,4)
	6 meses	4,1 (39,4)	3,7 (32,2)	5,4 (45,4)	4,0 (33,1)	4,0 (32,8)	4,9 (42,2)	3,4 (30,1)	3,7 (38,5)
	Δ 6 meses	-0,1 (-3,9)	-1,2 (-12,7)	-0,1 (-4,6)	-1,1 (-14,6)	-1,3 (-13,6)	-1,0 (-11,4)	-1,1 (-10,8)	-0,7 (-8,8)
Altura da Coroa clínica	Início	5,5 (56,7)	5,9 (55,1)	5,5 (50,0)	5,6 (52,3)	6,0 (53,6)	5,1 (46,4)	6,5 (59,1)	5,0 (52,6)
	6 meses	6,3 (60,6)	7,8 (67,8)	6,5 (54,6)	8,1 (66,9)	8,2 (67,2)	6,7 (57,8)	7,9 (69,9)	5,9 (61,5)
	Δ 6 meses	0,8 (3,9)	1,9 (12,7)	1,0 (4,6)	2,5 (14,6)	2,2 (13,6)	1,5 (11,4)	1,3 (10,8)	0,9 (8,8)
Altura da Linha do sorriso	Início	9,7 (100,0)	10,7 (100,0)	11,0 (100,0)	10,7 (100,0)	11,2 (100,0)	11,0 (100,0)	11,0 (100,0)	9,5 (100,0)
	6 meses	10,4 (107,2)	11,5 (107,5)	11,9 (108,2)	12,1 (113,1)	12,2 (108,9)	11,6 (105,5)	11,3 (102,7)	9,6 (101,1)
	Δ 6 meses	0,7 (7,2)	0,8 (7,5)	0,9 (8,2)	1,4 (13,1)	1,0 (8,9)	0,6 (5,5)	0,3 (2,7)	0,1 (1,1)

Δ. Variação.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

3 DISCUSSÃO

O presente estudo reforça a importância de um diagnóstico preciso e de uma abordagem terapêutica individualizada para o manejo dessas condições que afetam a estética do sorriso. A TCFC tem se mostrado útil no diagnóstico e no planejamento cirúrgico de pacientes com doença periodontal avançada e as cirurgias de aumento de coroa clínica estética. Essa tecnologia é fundamental para avaliar as condições periodontais, permitindo a análise detalhada dos tecidos duros e moles, especialmente quando é utilizado um afastador de bochecha (Januário et al., 2008). Além disso, a TCFC possibilita a medição precisa da JCE-CO, além de determinar o comprimento tanto da coroa clínica quanto da coroa anatômica (Batista et al., 2012; Amid et al., 2017, Tatakis et al., 2024; Nikiforidou et al., 2016).

Exostoses bucais são crescimentos ósseos benignos bilaterais e lisos localizados na região facial do alvéolo maxilar e/ou mandibular, com maior prevalência na maxila, com a taxa de 5,1:1 em relação à mandíbula (Jainkittivong et al., 2000). Sua etiologia ainda não é completamente compreendida, são caracterizadas como distúrbios de crescimento com origem multifatorial. Entre os fatores associados, destacam-se a genética, a alimentação, o estresse causado por uma relação a forças mastigatórias anormais nos dentes, hábitos parafuncionais e influências ambientais (Medsinge et al. 2015; Rocha et al., 2020).

Essas exostoses costumam surgir na adolescência e podem crescer lentamente até os trinta anos. Na maioria das vezes assintomáticas, são frequentemente detectadas de forma incidental em exames odontológicos ou radiológicos realizados por outros motivos. Não apresentam risco de malignização, e, portanto, não requerem tratamento em casos assintomáticos ambientais, a menos que criem limitações estéticas ou funcionais durante o acompanhamento (Limongelli et al., 2018; Medsinge et al., 2015; Rocha et al., 2020), ou quando o crescimento contínuo afeta a socialização do paciente, causando desarmonia facial (Horning et al., 2000).

O diagnóstico das exostoses bucais é realizado principalmente por meio do exame clínico de rotina, além disso, exames de imagem são úteis para planejamento do tratamento e para excluir outras condições ósseas expansivas. Radiograficamente, as exostoses são observadas como uma área levemente mais radiopaca que o osso ao redor, com estruturas calcificadas, de forma redonda ou oval, bem delineadas,

frequentemente localizadas sobre as raízes dentárias (Horning et al., 2000, Medsinghe et al., 2015). Em pacientes com excesso de tábua óssea vestibular e grande volume gengival, a cirurgia periodontal, que afila os tecidos potencialmente altera a conformação do lábio, particularmente durante o sorriso. Esse achado foi comprovado por Ribeiro et al. (2012), que argumentaram que parte da redução da exposição gengival após a cirurgia foi decorrente do caimento e diminuição do tensionamento do lábio, provocado pelo volume extra. No presente estudo a altura do lábio não revelou caimento, pelo contrário, houve um discreto aumento do valor, que pode ser decorrente da perda de sustentação provocada pela redução da espessura da tábua óssea vestibular da osteoplastia. Interessantemente, o paciente passou de um sorriso gengival ao início (Figura 2), para sorriso mais comissural, com leve eversão e afilamento do vermelhão do lábio, que tendeu a se alojar na fossa subnasal.

A análise histopatológica do fragmento removido durante uma cirurgia, como a plástica periodontal, proporciona a coleta de informações valiosas sobre as alterações presentes e noções de saúde gengival pela visualização das características microscópicas detalhadas do tecido removido, associando-as ao quadro clínico (Breck et al., 1987). Do ponto de vista da evolução da ciência, o presente estudo é particularmente importante, uma vez que poucos estudos descrevem tais achados histopatológicos (Pilloni et al., 2021). Convém ressaltar que a literatura demonstra que mesmo uma gengiva saudável pode apresentar sinais fisiológicos de proteção, como a presença de granulócitos, neutrófilos, linfócitos e macrófagos nos tecidos periodontais e fluido gengival (Schroeder; Listgarten, 2000). Nesse presente relato, a análise histológica apresentou tecido conjuntivo com presença de infiltrado inflamatório crônico, predominantemente linfocítico, sem tecido de granulação. A presença de linfócitos evidencia que a inflamação já está em fase de resposta específica ao ataque bacteriano, relacionada à produção de anticorpos. Além disso, a presença de fibras colágenas densas e as áreas de esclerose evidenciam que o tecido conjuntivo vem passando por processos de reparo.

O conceito de beleza é subjetivo e varia de pessoa para pessoa, além da autopercepção estética ser uma característica única. Em virtude disso e da presença da EPA, o presente estudo reconheceu a necessidade de aplicar um questionário ao paciente, com o objetivo de avaliar sua percepção sobre dor, desconforto e sensações durante a realização do tratamento. A aplicação desse instrumento permitiu uma

mensuração mais precisa e fiel da experiência do paciente em relação ao procedimento realizado. (McGuire et al., 2014). Como resultado da análise do questionário, o paciente relatou que a dor e o desconforto foram leves, e apresentou alta satisfação em relação ao sorriso e a autoestima. Considerando a invasividade e extensão do procedimento cirúrgico, os resultados obtidos de dor e desconforto podem ser considerados satisfatórios, contudo, vale ressaltar que o paciente é estudante de Odontologia, o que pode ter interferido nas percepções aqui avaliadas.

A estética do sorriso é multifatorial, e a extensão de gengiva aparente exerce sobre ela certa influência (Antoniazzi et al., 2017). Informações sobre a percepção do paciente são de extrema importância para que o profissional compreenda o resultado do tratamento que tem ofertado (McGuire et al., 2014), principalmente se for considerado que os critérios de sucesso usados pelo profissional nem sempre coincidem com a impressão do paciente (Tosun; Kaya, 2020). Ademais, as necessidades e os desejos do paciente parecem variar em função de fatores culturais, idade e sexo, e podem influenciar até mesmo a qualidade de vida do indivíduo (Antoniazzi et al., 2017).

Por essa razão, o presente relato foi desenvolvido para contribuir com informações sobre a percepção do indivíduo com EPA tipo 1B quanto ao seu sorriso, como sua autoestima é afetada, e, paralelamente, avaliando as sensações pós-operatórias que vêm na contrapartida do procedimento cirúrgico. Por fim, os aspectos histológicos apresentados acrescentam informações em relação da presença de exostose maxilar associada a EPA tipo 1B, que são escassas na literatura.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que no paciente estudado, enquanto a gengiva estava inflamada, o osso tinha aspectos histológicos de normalidade; e a cirurgia periodontal foi eficaz em reduzir a exposição gengival, aumentar a altura das coroas clínicas, a satisfação e autoestima, tendo gerado dor e desconforto leves.

REFERÊNCIAS

1. Silberberg N, Goldstein M, Smidt A. Excessive gingival display-etiology, diagnosis, and treatment modalities. *Quintessence Int.* 2009 Nov-Dec;40(10):809-18.
2. Coslet JG, Vanarsdall R, Weisgold A. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *Alpha Omegan.* 1977 Dec;70(3):24-8.
3. 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.
4. Pontes AEF, Ribeiro SC, Corrêa FOB, Rabelo CC, Piattelli A, Ribeiro FS. Patient's perceptions and self-esteem before and after periodontal surgery for Altered Passive Eruption type 1B: 18 months of follow-up. *Journal of the International Academy of Periodontology* 25(1):13-24.
5. Aghazada R, Marini L, Zeza B, Trezza C, Vestri A, Mariotti A, Pilloni A. Experimental gingivitis in patients with and without altered passive eruption. *J Periodontol.* 2020 Jul;91(7):938-946.
6. Silva CO, Soumaille JM, Marson FC, Progiante PS, Tatakis DN. Aesthetic crown lengthening: periodontal and patient-centred outcomes. *J Clin Periodontol.* 2015 Dec;42(12):1126-34.
7. Januário AL, Barriviera M, Duarte WR. Soft tissue cone-beam computed tomography: a novel method for the measurement of gingival tissue and the dimensions of the dentogingival unit. *J Esthet Restor Dent.* 2008;20(6):366-73; discussion 374.
8. Silva CO, da Silva RC, Tatakis DN. Maxillary exostoses as contributing etiology to lip hypermobility and associated excessive gingival display: A clinical report. *J Prosthet Dent.* 2025 Mar;133(3):637-643.
9. Horning GM, Cohen ME, Neils TA. Buccal alveolar exostoses: prevalence, characteristics, and evidence for buttressing bone formation. *J Periodontol.* 2000 Jun;71(6):1032-42.
10. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S173-S182.
11. 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 Dentistry and Oral Hygiene* 2012;4(3):21-28.

12. McCaffery M, Beebe A. Pain: Clinical Manual for Nursing Practice. Baltimore: V.V. Mosby Company, 1993.
13. Batista EL Jr, Moreira CC, Batista FC, de Oliveira RR, Pereira KK. Altered passive eruption diagnosis and treatment: a cone beam computed tomography-based reappraisal of the condition. *J Clin Periodontol*. 2012 Nov;39(11):1089-96.
14. Amid R, Mirakhori M, Safi Y, Kadkhodazadeh M, Namdari M. Assessment of gingival biotype and facial hard/soft tissue dimensions in the maxillary anterior teeth region using cone beam computed tomography. *Arch Oral Biol*. 2017 Jul;79:1-6.
15. Tatakis DN, Paramitha V, Lu WE, Guo X. Upper lip characteristics and associated excessive gingival display etiologies in adults: Race and sex differences. *J Periodontol*. 2024 Jan;95(1):74-83.
16. Nikiforidou M, Tsalikis L, Angelopoulos C, Menexes G, Vouros I, Konstantinides A. Classification of periodontal biotypes with the use of CBCT. A cross-sectional study. *Clin Oral Investig*. 2016 Nov;20(8):2061-2071.
17. Jainkittivong A, Langlais RP. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000 Jul;90(1):48-53.
18. Medsinghe SV, Kohad R, Budhiraja H, Singh A, Gurha S, Sharma A. Buccal exostosis: a rare entity. *J Int Oral Health*. 2015 May;7(5):62-4.
19. Rocha TA, Ferreira Filho MJS, Rufino FP, Silva ER, Pimenta YS, Carlos AMP. Aspectos clínicos e tratamentos para exostose maxilar: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Desenvolvimento* 2020;12:97619–97627.
20. Limongelli L, Tempesta A, Capodiferro S, Maiorano E, Favia G. Oral maxillary exostosis. *Clin Case Rep*. 2018 Nov 11;7(1):222-3.
21. Brex MC, Schlegel K, Gehr P, Lang NP. Comparison between histological and clinical parameters during human experimental gingivitis. *J Periodontol Res*. 1987 Jan;22(1):50-7.
22. Piloni A, Marini L, Zeza B, Ferlosio A, Aghazada R. Histologic Analysis of Clinically Healthy Human Gingiva in Patients with Altered Passive Eruption. *Dent J (Basel)*. 2021 Mar 6;9(3):29.
23. Schroeder HE, Listgarten MA. The gingival tissues: the architecture of periodontal protection. *Periodontol* 2000. 1997 Feb;13:91-120.
24. McGuire MK, Scheyer ET, Gwaltney C. Commentary: incorporating patient-reported outcomes in periodontal clinical trials. *J Periodontol*. 2014 Oct;85(10):1313-9.

25. Antoniazzi RP, Fischer LS, Balbinot CEA, Antoniazzi SP, Skupien JA. Impact of excessive gingival display on oral health-related quality of life in a Southern Brazilian young population. *J Clin Periodontol*. 2017 Oct;44(10):996-1002.
26. Tosun H, Kaya B. Effect of maxillary incisors, lower lip, and gingival display relationship on smile attractiveness. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2020 Mar;157(3):340-347.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Cirurgia Plástica Periodontal em paciente com Erupção Passiva Alterada: série de casos". Esta pesquisa tem como objetivo avaliar as alterações após cirurgia de Erupção Passiva Alterada. Nesta pesquisa serão descritos casos clínicos de pessoas com Erupção Passiva Alterada, que fizeram cirurgia na gengiva e osso da maxila para tornar os dentes maiores e as gengivas menos aparentes durante o sorriso. Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: realizar uma cirurgia para aumentar o tamanho dos dentes e dar contorno à gengiva, fotografar, radiografar, moldar e examinar sua boca para avaliar suas condições de saúde gengival, o tamanho dos dentes antes e depois da cirurgia, e solicitar que responda um questionário sobre satisfação com a aparência do seu sorriso, autoestima, e sensações de dor e desconforto pós-operatório.

Esta pesquisa tem risco considerado "maior que o mínimo" por causa da cirurgia, que pode provocar desconforto, estresse, leve sangramento, dor, hematoma, lesões de recessão gengival (que é aumento do tamanho da coroa do dente, se a gengiva "subir"). Além disso, há o risco de quebra de sigilo. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, será feito um cuidadoso planejamento da cirurgia, com análise da fotografia e modelo de gesso da sua boca; e serão tomados cuidados pré e pós-operatórios, mantendo rígido controle de higiene, e prescrevendo medicamentos necessários a manter sua saúde. A pesquisa pode ajudar a diagnosticar alterações gengivais, e possibilitar seu encaminhamento para tratamento, além de proporcionar contorno da gengiva dos dentes que aparecem durante o sorriso.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Governador Valadares, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Emília Farias Pontes
 Faculdade/Departamento/Instituto: Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares. Instituto de Ciências da Vida. Av. Dr. Raimundo Monteiro Rezende, 330, sala 301. CEP: 35010-177. Governador Valadares, MG.
 Fone: (33) 99199-8883
 E-mail: anaemilia.pontes@ufjf.edu.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
 Campus Universitário da UFJF
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
 CEP: 36036-900
 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE B: Medidas tomográficas em milímetros (média \pm desvio-padrão), organizadas por grupos dentais.

Parâmetro	IC	IL	Can	1PM	2PM	1M	Dentes anteriores (IC, IL, Can)	Dentes posteriores (1PM, 2PM, 1M)	Total
MG-JCE	3,8 \pm 0,6	3,7 \pm 0,1	3,6 \pm 0,4	2,2 \pm 0,1	2,2 \pm 0,1	2,1 \pm 0,1	3,7 \pm 0,1	2,1 \pm 0,1	2,9 \pm 0,9
JCE-CO	1,0 \pm 0,1	0,6 \pm 0,2	0,0 \pm 0,0	0,0 \pm 0,0	0,5 \pm 0,4	0,4 \pm 0,0	0,5 \pm 0,5	0,3 \pm 0,3	0,4 \pm 0,4
MG-CO	4,8 \pm 0,5	4,4 \pm 0,1	3,6 \pm 0,4	2,2 \pm 0,1	3,0 \pm 0,7	3,1 \pm 0,1	4,2 \pm 0,6	2,8 \pm 0,5	3,5 \pm 1,0

IC. Incisivo central. IL. Incisivo lateral. Can. Canino. 1PM. Primeiro pré-molar. 2PM. Segundo pré-molar. 1M. Primeiro molar. MG. Margem gengival. JCE. Junção cimento-esmalte. CO. Crista óssea.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

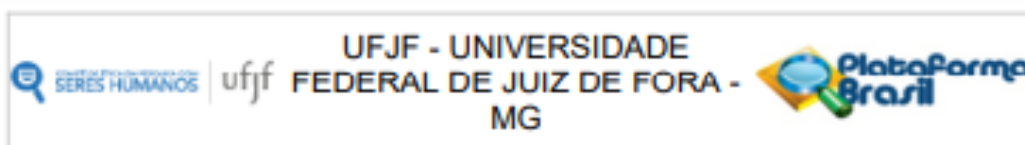
APÊNDICE C: Medidas fotográficas em milímetro (porcentagem), organizadas por grupos dentais.

Parâmetro	Período	Dentes				
		IC	IL	Can	1PM	Média
Altura da Gengiva	Início	4,7 (44,9)	5,4 (49,2)	5,0 (45,5)	4,8 (47,5)	5,0 ± 0,3 (46,8 ± 2,0)
	6 meses	4,1 (36,1)	4,3 (37,2)	4,4 (37,7)	3,9 (35,8)	4,2 ± 0,2 (36,7 ± 0,9)
	Δ 6 meses	-0,7 (8,8)	-1,1 (-12,0)	-0,6 (-7,7)	-0,9 (-11,7)	-0,8 ± 0,2 (-10,1 ± 2,1)
Altura da Coroa clínica	Início	5,8 (55,1)	5,5 (50,8)	6,0 (54,5)	5,3 (52,5)	5,6 ± 0,3 (53,2 ± 2,0)
	6 meses	7,3 (63,9)	7,3 (62,8)	7,2 (62,3)	7,0 (64,2)	7,2 ± 0,1 (63,3 ± 0,9)
	Δ 6 meses	1,5 (8,8)	1,7 (12,0)	1,2 (7,7)	1,7 (11,7)	1,5 ± 0,3 (10,1 ± 2,1)
Altura da Linha do sorriso	Início	10,5 (100,0)	10,9 (100,0)	11,0 (100,0)	10,1 (100,0)	10,6 ± 0,4 (100,0 ± 0,0)
	6 meses	11,3 (108,1)	11,6 (106,5)	11,6 (105,5)	10,9 (107,1)	11,3 ± 0,3 (106,8 ± 1,1)
	Δ 6 meses	0,9 (8,1)	0,7 (6,5)	0,6 (5,5)	0,8 (7,1)	0,7 ± 0,1 (6,8 ± 1,1)

Δ. Variação.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

ANEXO A: Parecer consubstanciado do CEP.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das dimensões anatômicas de pacientes com erupção passiva alterada: avaliação clínica, radiográfica e tomográfica

Pesquisador: Ana Emília Farias Pontes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27764920.9.0000.5147

Instituição Proponente: Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.952.686

Apresentação do Projeto:

A Erupção Passiva Alterada (EPA) pode comprometer a estética do sorriso e a autoestima. Para seu diagnóstico e plano de tratamento é fundamental identificar a posição das anatômicas periodontais, o que pode ser um desafio para o cirurgião-dentista. O objetivo do presente estudo será avaliar as medidas clínicas pré-operatórias, radiográficas e tomográficas de participantes com EPA, em comparação com medidas realizadas

transcirurgicamente; e secundariamente, avaliar a reprodutibilidade das medidas radiográficas e tomográficas realizadas por um examinador inexperiente, em comparação com um experiente na área. Para isto, serão selecionados 50 participantes com diagnóstico de EPA e indicação de cirurgia corretiva, que disponham de prontuário com anamnese, periograma e moldagem da arcada superior, radiografias periapicais de caninos e incisivos superiores, além de tomografia de maxila solicitada para fins de diagnóstico. Transcirurgicamente, será realizada a medida das dimensões da coroa, e da distância entre a junção cimento-esmalte e a crista óssea (JCE-CO). As medidas serão realizadas independentemente por um pesquisador experiente, e por um aluno de graduação. Os dados serão analisados estatisticamente.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme projeto os objetivos são:

Objetivo Primário:

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



ufjf

UFJF - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA -
MG



Continuação do Parecer: 3.952.686

O objetivo primário do presente estudo será mensurar as dimensões anatômicas periodontais da maxila anterior de participantes com EPA submetidos a cirurgia periodontal na clínica odontológica da UFJF campus GV.

Objetivo Secundário:

O objetivo secundário será avaliar a reprodutibilidade das medidas das dimensões anatômicas periodontais da maxila anterior realizadas por um operador inexperiente, em comparação com aquelas realizadas por um pesquisador experiente na área.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa tem risco considerado "maior que o mínimo", relacionado ao aumento do tempo cirúrgico, e à quebra de sigilo. O aumento do tempo cirúrgico será provocado pela coleta de dados transoperatórios. Para reduzir tal dano, a coleta será feita de forma sistemática, por um avaliador treinado e calibrado, auxiliado por um pesquisador que vai anotar os dados em formulário previamente impresso. O risco de quebra de sigilo será minimizado, por meio de orientação específica à equipe participante, enfatizando a necessidade de preservar os dados coletados em computador com senha, e não os divulgar sem consentimento; além disto, o armazenando das fichas de coleta de dados e dos modelos de gesso será feito em armário protegido por cadeado.

Benefícios:

O participante será examinado e diagnosticado quanto a alterações periodontais e encaminhado para tratamento, e terá suas coroas clínicas aumentadas, possibilitando melhora no aspecto geral do sorriso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

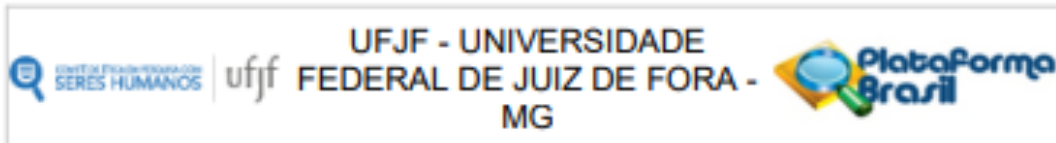
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram adequadamente apresentados: Folha de rosto devidamente assinada, projeto detalhado, informações básicas do projeto, TCLE, Termo de confidencialidade e sigilo, e declaração de infraestrutura e concordância do Instituto de Ciências da Vida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.952.686

norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: abril de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1494208.pdf	04/03/2020 17:53:45		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3TCEerespostapendencia.pdf	04/03/2020 17:51:51	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1ProjetoJCECOrespostapendencia.pdf	04/03/2020 17:51:29	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	09/01/2020 11:11:06	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.odt	07/01/2020 15:02:50	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Outros	TermoDeSigilo.pdf	27/12/2019 00:20:35	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito

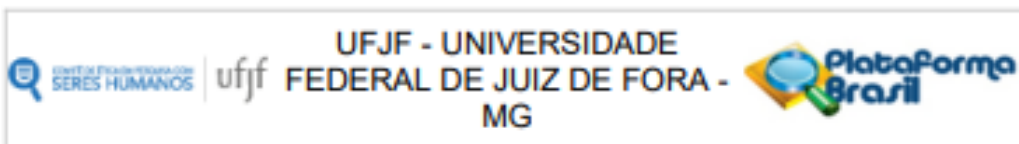
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propeq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.952.686

JUIZ DE FORA, 03 de Abril de 2020

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 38.038-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br