

# Tratamento odontológico integrado com ênfase em estética: relato de caso

Integrated dental treatment with emphasis in esthetics: a case report

Rafael R. MIRANDA<sup>1</sup>, Gyovanna C. R. RIZZA<sup>2</sup>, Fernanda C. B. S. BETTERO<sup>3</sup>, Paulo C. SIMAMOTO JÚNIOR<sup>4</sup>, Veridiana R. NOVAIS<sup>5</sup>.

1 - Mestrando em Clínica Odontológica na Área de Dentística e Materiais Odontológicos pela Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia;

2 - Aluna do décimo período de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia;

3 - Mestre em Clínica Odontológica pela Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia;

4 - Professor adjunto da Área de Oclusão, Prótese Fixa e Materiais Odontológicos da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia.

5 - Professora adjunta da Área de Dentística e Materiais Odontológicos da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia.

## RESUMO

Atualmente é notável a busca constante por padrões de beleza, o que é refletido cada vez mais na prática odontológica. No entanto, é primordial que o profissional busque primeiramente a promoção de saúde, por meio do tratamento integral e integrado, desde a adequação do meio bucal até a confecção de restaurações estéticas, levando em consideração as expectativas do paciente. O presente trabalho relata um caso clínico de reabilitação integral do aparelho estomatognático envolvendo diferentes áreas de atuação odontológica, tendo como objetivo descrever as etapas de diagnóstico, planejamento, tratamento e transformação de um sorriso. A etapa inicial do presente caso compreende proce-

dimentos de adequação do meio bucal por meio de raspagem supragengival, escavação em massa e exodontias. Posteriormente, incluiu procedimentos de endodontia e restabelecimento oclusal por meio de próteses parciais provisórias. Por fim, contou com uma cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica e confecção de facetas diretas em resina composta nos dentes 13 ao 23. Enfatiza-se assim a importância de um tratamento odontológico completo na reabilitação biológica, funcional e estética, sendo de grande impacto no aspecto psicológico, pessoal e social do paciente e na sociedade no qual este se insere.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência odontológica; Estética; Facetas dentárias; Resina composta.

## INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea a busca incessante por padrões de beleza cada vez mais impecáveis e a supervalorização da autoimagem é crescente<sup>1</sup>. Isso reflete nas áreas de atuação médica e odontológica, gerando preocupações não mais restritas à promoção de saúde, mas também ao bem-estar relacionado à aparência e estética<sup>2</sup>. Partindo do princípio de que o bem-estar biopsicossocial de um paciente também se baseia na maneira como ele enxerga suas qualidades e principalmente seus defeitos estéticos<sup>3</sup>, o complexo dentofacial consiste no elemento mais relevante quando se fala a respeito de estética facial<sup>4</sup>.

Características estéticas indesejáveis dos elementos dentários como alterações de forma, cor e posicionamento que prejudiquem a harmonia do sorriso, associados à falta de saúde oral, como cáries e problemas periodontais, refletem diretamente na autoestima e consequentemente em aspectos sociais no qual o indivíduo se insere<sup>5-7</sup>, podendo desencadear sentimentos de insatisfação, insegurança, não aceitação pessoal e social e falta de autoconfiança<sup>7,8</sup>. De acordo com os princípios do Visagismo, a arquitetura de um sorriso estético e natural é baseada na construção de uma identidade integrada à autoimagem, de forma que o profissional individualize as características de um paciente e as expresse ressaltando elementos evidentes e otimizando pontos desfavoráveis, com o intuito de correlacionar a beleza do sorriso com a naturalidade do conjunto de toda a face através de linhas, curvaturas, texturas e cores<sup>9,10</sup>.

O tratamento odontológico integrado envolve o restabelecimento do ambiente oral, tendo como objetivo precípua proporcionar saúde periodontal, devolver estética e função mastigatória, viabilizando os procedimentos de higienização<sup>11</sup>. A promoção de saúde é uma etapa extremamente importante no processo terapêutico, já que tem o poder de exercitar o autocontrole e conscientização do paciente a respeito dos fatores envolvidos no processo saúde-doença, estimulando a melhoria de sua saúde oral<sup>12</sup>. Portanto, diante de uma cavidade oral em desequilíbrio biológico e oclusal, o profissional habilitado deve lançar mão primeiramente da orientação e promoção de saúde bucal, com o propósito de eliminação de quaisquer focos infecciosos e desequilíbrio da microbiota bucal. Em seguida deve realizar o restabelecimento funcional do sistema estomatognático, eliminando o desequilíbrio oclusal e seus fatores etiológicos. E, somente após isso, planejar e executar reabilitações dentárias estéticas, tornando possível ampliar a longevidade das restaurações e demais tratamentos definitivos futuros<sup>13</sup>.

Enfatiza-se, assim, que um tratamento completo e eficaz depende do bom planejamento interdisciplinar, envolvendo várias áreas odontológicas, para que assim uma reabilitação estética satisfatória e duradoura se sujeite a um ambiente oral favorável e equilibrado<sup>14</sup>. Neste contexto, este artigo tem como objetivo apresentar um relato de caso mostrando toda a sequência de diagnóstico, planejamento e tratamento interdisciplinar de um sorriso, evidenciando a importância da reabilitação integrada para res-

tabelecimento funcional e estético do aparelho estomatognático.

### RELATO DE CASO

Paciente A. C. L. D., sexo feminino, 29 anos, compareceu à Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia queixando-se do seu estado de saúde bucal devido à presença de cáries, ausência de alguns dentes e estética insatisfatória de seu sorriso. Ao exame clínico intraoral, constatou-se saúde bucal bastante prejudicada, principalmente devido à presença de focos infecciosos e lesões cáries em grande parte dos elementos dentários, inclusive na região anterior (Figura 1). Além disso, a ausência de alguns elementos dentários tornava sua função mastigatória e estabilidade oclusal comprometidas. Frente ao exame clínico e radiográfico da paciente, a sequência do plano de tratamento proposto foi:

1. Adequação do meio oral:
  - a. Raspagem supragengival e profilaxia;
  - b. Exodontia dos elementos condenados;
  - c. Escavação em massa das cavidades e preenchimento com material restaurador provisório.
2. Tratamento endodôntico do dente 15;
3. Restaurações diretas em resina composta substituindo o material restaurador provisório;
4. Confeção de próteses parciais removíveis provisórias nos arcos superior e inferior de forma a promover equilíbrio oclusal;
5. Cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica;
6. Restaurações estéticas anteriores superiores.

#### *Adequação do meio oral*

Nas primeiras sessões do tratamento foi realizada a adequação do meio bucal por meio de raspagem supragengival dos arcos superior e inferior utilizando ponta de ultrassom Profi Class (Dabi Atlante, Ribeirão Preto, Brasil), seguida da profilaxia com escova de Robson, pasta profilática e motor de baixa rotação (Kavo, Biberach, Alemanha). Após isso, foi feita escavação em massa dos elementos 15, 14, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 35, 34 e 33 a partir da remoção de tecido cariado com colher de dentina (Golgran, São Paulo, Brasil) e broca carbide esférica nº 4 (KG Sorensen, São Paulo, Brasil) em baixa rotação, e restaurações provisórias com ionômero de vidro fotopolimerizável MPLC Light Cure2 cor A3 (Densell, Buenos Aires, Argentina) com o tempo de fotoativação de aproximadamente 20 segundos utilizando o fotopolimerizador Optilight Max (Gnatus, Ribeirão Preto, Brasil). Em uma sessão seguinte, foi realizada a exodontia dos elementos 26 e 48, devido à sua inviabilidade biológica e funcional, já que o 26 se apresentava com fratura que envolvia uma porção radicular e o 48 se encontrava em má posição, associada com perda óssea (Figura 2).

#### *Tratamento endodôntico*

Durante exame clínico, constatou-se que o elemento 15 apresentava uma extensa restauração em amálgama associada com lesão cáries infiltrativa acometendo a polpa coronária, a qual foi comprovada radiograficamente (Figura 3A). O dente se apresentava vital perante o teste de vitalidade e teste de percussão vertical positivo. Além disso, segundo relatos da paciente, foi verificada sintomatologia dolorosa espontânea há poucos dias antes da intervenção, diagnosticando-se como pulpite irreversível, o que justificou a necessidade de execução do tratamento endodôntico

previamente a restauração do dente em resina composta. Sendo assim, o tratamento endodôntico foi feito pela técnica de condensação lateral, em duas sessões clínicas. Na sessão final, realizou-se a restauração definitiva do dente com resina composta Filtek Z350 XT cor A3 dentina e A2 esmalte (3M ESPE, Minnssota, EUA) e radiografia final (Figura 3B).

#### *Restaurações em resina composta substituindo o material restaurador provisório*

Na fase de adequação do meio bucal os dentes 15, 14, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 35, 34 e 33 foram restaurados provisoriamente com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável (Figura 4). Com o intuito de substituir o material restaurador provisório por um material definitivo, procedeu-se à remoção do ionômero utilizando pontas diamantadas esféricas nº 1014 (KG Sorensen, São Paulo, Brasil) em alta rotação, com isolamento absoluto do meio bucal feito com Arco de Young (Golgran, São Paulo, Brasil) e lençóis de borracha (Madeitex, São José dos Campos, Brasil). A seguir, foi realizado o condicionamento dentário com ácido fosfórico 37% (Maquira, Maringá, Brasil) por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, seguido de limpeza com jato de ar e água durante o mesmo tempo. Logo após, efetuou-se controle de umidade com papel absorvente, seguido de aplicação de digluconato de clorexidina a 2% durante 60 segundos<sup>15</sup> e remoção do excesso com papel absorvente. Após o posicionamento das tiras de poliéster (Quimidrol LTDA, Santa Catarina, Brasil) nos espaços interdentais, aplicou-se uma camada de adesivo convencional de passo único (FGM, Joinville, Brasil) com o auxílio de microbrush (Angelus, Londrina, Brasil), removeu-se os excessos e fotopolimerizou-se por 20 segundos cada dente com aparelho fotopolimerizador Optilight Max (Gnatus, Ribeirão Preto, Brasil). A inserção da resina composta Filtek Z350 XT nas cores A2 esmalte e A3 dentina (3M ESPE, Minnssota, EUA) foi feita pela técnica de incrementos oblíquos, fotoativando cada incremento por 20 segundos. Posteriormente, foi realizado o acabamento das restaurações com pontas diamantadas de granulação fina (F) e extrafina (FF) (KG Sorensen, São Paulo, Brasil) em baixa rotação, e logo após, o polimento por meio de pontas abrasivas de borracha para polimento de resina composta em sequência decrescente de granulação (DH Pro Tecnologia Profissional, Paranaguá, Brasil) em baixa rotação<sup>16</sup>.

#### *Restabelecimento oclusal*

Com o objetivo de restabelecer a estabilidade oclusal e eficiência mastigatória, foi planejada a confecção de próteses parciais removíveis provisórias, já que a paciente optou pela reabilitação definitiva por meio de futuros implantes dentários em detrimento de próteses removíveis definitivas. Desta forma, na primeira sessão foi realizada a moldagem de estudo utilizando alginato DencriGel (Dencril, São Paulo, Brasil) e moldeiras de estoque (Tecnodent, Várzea de Baixo São Paulo, Brasil). Foram confeccionadas as bases de prova superior e inferior com resina acrílica ativada quimicamente (VIPI, Pirassununga, Brasil). Tais bases de prova foram ajustadas em boca e sobre elas foram levantados planos de Cera Rosa 7 (Lysanda, São Paulo, Brasil) (Figuras 5A e 5B). Assim, foi feito o registro maxilomandibular com a mesma cera para a montagem de dentes artificiais em laboratório. Os modelos foram então estabilizados e montados em Articulador Semiajus-

tável Bio-Art (São Carlos, Brasil). Após a prova de dentes montados em cera (Figuras 5C e 5D) e os ajustes necessários, as próteses foram acrilizadas e instaladas (Figuras 5E e 5F). No momento da instalação, foram realizados os ajustes necessários na base para melhor adaptação no rebordo, além de ajustes oclusais. Foram realizadas duas sessões de controle pós-instalação das próteses.

#### **Procedimento cirúrgico periodontal: aumento de coroa clínica**

Ao exame clínico, constatou-se que a paciente apresentava grande exposição gengival durante o sorriso. Foi diagnosticado que a paciente apresentava erupção passiva alterada – condição relacionada à assimetria gengival onde o periodonto não sofre migração apical satisfatória e a margem gengival se posiciona coronalmente, recobrando a junção amelocementária, o que deixa um aspecto de coroa clínica pequena<sup>17,18</sup>. Além disso, apresentava biótipo gengival do tipo grosso, com margem gengival espessa e extensão considerável de gengiva inserida, o que favorecia a intervenção cirúrgica<sup>19</sup>. Havia também a presença de diastema entre os incisivos centrais, além de um curto comprimento cérvico-incisal, o que provocava pouca evidência dos dentes anteriores superiores. Somado a isto, havia uma irregularidade nos longos eixos dentais e o plano incisal dos mesmos encontrava-se planejado.

Com a finalidade de aumentar o comprimento cérvico-incisal dos dentes anteriores, melhorar o contorno gengival estético, diminuir a exposição excessiva de tecido gengival e viabilizar o posterior tratamento restaurador, foi planejada a execução de cirurgia periodontal de gengivoplastia para aumento de coroa clínica no sextante anterior superior. Evidencia-se a importância da preservação do espaço biológico – parâmetro de medida que compreende as estruturas de sulco gengival (1mm), inserção epitelial (1mm) e inserção conjuntiva (1mm), determinando a distância entre o sulco gengival e a crista alveolar.

Após assepsia e antissepsia, foi anestesiada a região suprapariosteal anterior superior juntamente com o nervo nasopalatino. Com o auxílio de uma sonda periodontal (Hu-Friedy, Chicago, EUA), foi realizada a sondagem gengival em três pontos diferentes na região vestibular dos dentes mencionados (mesial, zênite e distal) (Figura 6A). Logo depois esta medida foi transferida externamente, através de pontos sangrantes em cada elemento dentário sendo realizados pela própria sonda, com o objetivo de identificar a região exata a ser incisada (Figura 6B).

O passo seguinte consistiu na incisão em bisel interno associada à incisão sulcular do tecido gengival sobre as marcas anteriormente registradas (Figura 6C), preservando os contornos adequados, zênite gengival, papilas interproximais, entre outras estruturas. Logo após, foi feita a excisão do colarinho gengival e procedeu-se o descolamento do retalho mucoperiósteo (Figura 6D) de espessura total utilizando um descolador tipo Molt (Golgran, São Paulo, Brasil), para exposição do tecido ósseo e posterior realização de osteotomia (eliminação de uma porção do osso de suporte) e osteoplastia (correção de contorno e espessura óssea) utilizando cinzéis Ochsenbein Millenium® (Golgran, São Paulo, Brasil) e irrigação abundante com soro fisiológico (Arboreto, Juiz de Fora, Brasil) (Figura 6E). Em seguida, foi feito o debridamento e remoção de tecido de granulação utilizando curetas Gracey 5/6 (Golgran, São Paulo, Brasil). Finalmente, realizou-se o reposicionamento dos tecidos e sutura do tipo colchoeiro vertical

(Figura 6F).

O controle pós-operatório foi realizado após 7 e 15 dias (Figuras 6G e 6H). Após a remoção de sutura pôde-se perceber o reposicionamento e cicatrização dos tecidos moles, além de boa condição periodontal – cor rosa pálido, aspecto de casca de laranja, harmonia dentogengival e presença de papilas preenchendo as ameias interdentais<sup>20</sup>.

#### **Procedimento restaurador estético na arcada superior anterior**

Após completa cicatrização do tecido gengival, foi realizada a moldagem de estudo dos arcos superior e inferior com silicone por condensação Perfil (Coltene, Altstätten, Suíça). Realizou-se posteriormente o registro com garfo de mordida e então os modelos foram montados em Articulador Semiajustável Bio-Art (São Carlos, Brasil). Com o objetivo de planejar as futuras restaurações anteriores e servir como parâmetro estético e funcional para o caso em questão, foi realizado o *wax-up* (ou enceramento diagnóstico) sobre a superfície dos dentes 13 a 23 em modelo de estudo (Figura 7A), alterando a forma, tamanho e textura superficial dos dentes anteriores conforme o desejado.

Sobre o *wax-up* realizou-se uma moldagem com silicone por adição President (Coltene, Altstätten, Suíça) dando origem a uma matriz para confecção do *mock-up* (Figura 7B). Esta matriz foi preenchida por resina autopolimerizável denominada resina bisacrílica Structur 3 (VOCO, Cuxhaven, Alemanha) na cor A3 (Figura 7C). A matriz foi posicionada sobre os dentes (Figura 7D) e removida após a completa polimerização intraoral da resina. Removeu-se os excessos grosseiros de resina e prosseguiu-se o acabamento com pontas diamantadas de granulação fina (F) e extrafina (FF) (KG Sorensen, São Paulo, Brasil) e polimento utilizando apenas gaze embebida em álcool<sup>21</sup> (Figura 7E). O material ficou retido mecanicamente (Figura 7F) e pôde ser facilmente removido após aprovação do paciente e profissional.

Dentre as variadas opções de tratamento com finalidade estética, optou-se pelo procedimento restaurador pela técnica direta com resina composta. Após um eficiente isolamento relativo (Figura 8A), utilizando fio para afastamento gengival Ultrapack #0 (Ultradent, Utah, EUA), o esmalte dentário dos incisivos centrais foi condicionado com ácido fosfórico 37% (Maquira, Maringá, Brasil) por 30 segundos (Figura 8B), seguido de limpeza com jato de ar e água por no mínimo 30 segundos e controle de umidade com papel absorvente, seguido de aplicação de digluconato de clorexidina a 2% durante 60 segundos e remoção do excesso com papel absorvente. Logo após, foi feito o posicionamento de tiras de poliéster (Quimidrol LTDA, Santa Catarina, Brasil) nos espaços interdentais e aplicou-se uma camada do primer do sistema adesivo Adper Scotchbond (3M ESPE, Minnessota, EUA) com o auxílio de microbrush (Angelus, Londrina, Brasil) (Figura 8C), removeu-se os excessos e aplicou-se um leve jato de ar para volatilização do solvente; em seguida aplicou-se uma camada do adesivo Adper Scotchbond (Figura 8D), outro leve jato de ar e fotopolimerizou-se 20 segundos cada dente (Figura 8E) com aparelho fotopolimerizador Optilight Max (Gnatus, Ribeirão Preto, Brasil). Assim, prosseguiu-se à inserção do primeiro incremento de resina composta nanohíbrida NT Premium (Coltene, Altstätten, Suíça) cor A2 Esmalte na barreira de silicone previamente confeccionada (Figura 8F), de forma a guiar a restauração da camada palatina de esmalte, po-

limerizando essa camada por 40 segundos (Figura 8G). Então, outra porção de resina cor A2 Dentina foi aplicada para mimetizar a camada de dentina, seguido de fotopolimerização pelo mesmo tempo. Uma outra resina de cor incisal foi utilizada nas faces proximais e na própria incisal para melhor caracterização da restauração dentária. Finalmente, aplicou-se uma resina de esmalte cor A2 Esmalte na superfície vestibular (Figura 8H), buscando reproduzir a textura superficial de um dente natural e fotopolimerizou-se pelo mesmo tempo que os incrementos anteriores. O mesmo protocolo restaurador foi seguido para os laterais e os caninos.

Com as restaurações finalizadas, procedeu-se o ajuste oclusal em máxima intercuspidação, protrusão e lateralidade (Figura 9). Após o ajuste, seguiu-se o acabamento com pontas diamantadas de granulação fina (F) e extrafina (FF) (KG Sorensen, São Paulo, Brasil) em baixa rotação, e para obtenção de brilho, lisura e regularidade das superfícies das restaurações estéticas<sup>22</sup>, foi realizado o polimento por meio de pontas abrasivas de borracha para polimento de resina composta em sequência decrescente de granulação (DH Pro Tecnologia Profissional, Paranaguá, Brasil) em baixa rotação<sup>16</sup>, obtendo um resultado estético satisfatório (Figuras 10 e 11).



Figura 1 - Aspecto inicial intraoral da paciente.



Figura 2 - Radiografia panorâmica mostrando a inviabilidade da manutenção dos elementos 26 e 48.

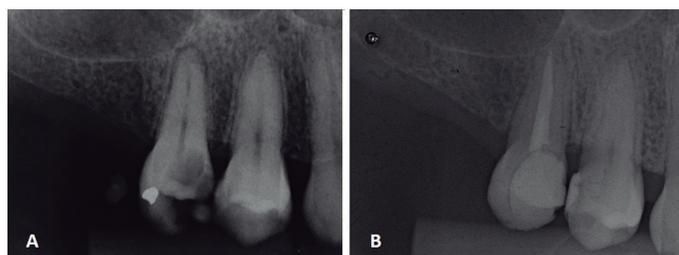


Figura 3 - Tratamento endodôntico do dente 15: A) Radiografia periapical inicial; B) Radiografia periapical final.



Figura 4 - Aspecto final após adequação do meio.

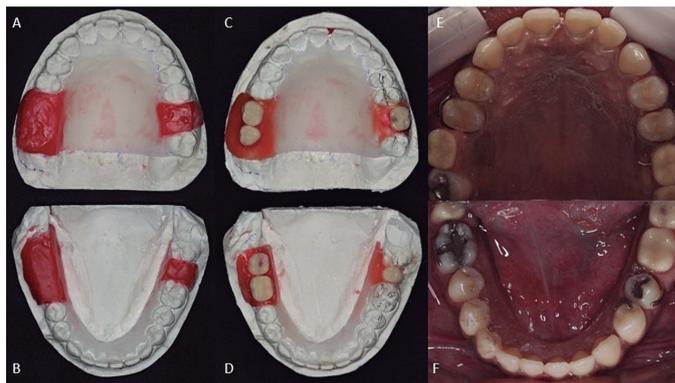
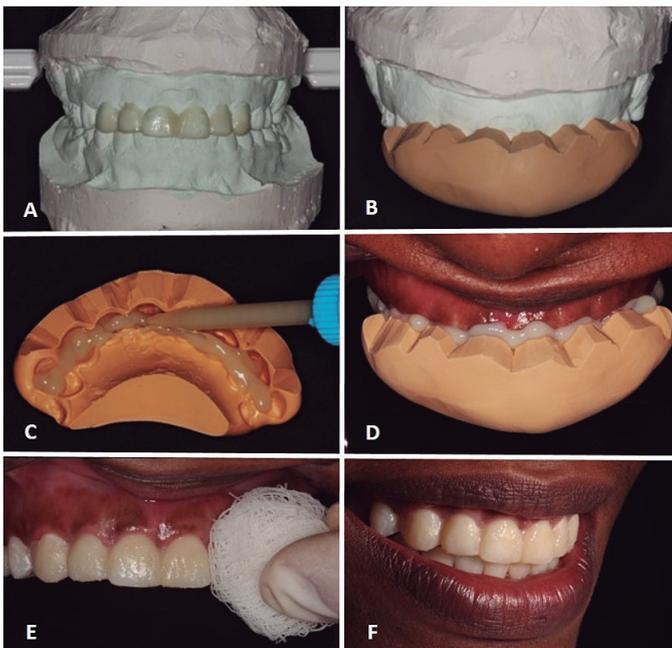


Figura 5 - Confeção de prótese parcial removível para equilíbrio oclusal: A) Modelo superior com a base de prova ajustada e plano de cera; B) Modelo inferior com a base de prova ajustada e plano de cera; C e D) Dentes artificiais montados no plano de cera; E) Prótese superior instalada; F) Prótese inferior instalada.



Figura 6 - Cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica: A) Sondagem com sonda periodontal; B) Transferência dos pontos sangrantes externos; C) Incisão em bisel interno seguindo sobre os pontos de orientação; D) Descolamento de retalho mucoperiosteal; E) Aspecto após osteotomia; F) Sutura do tipo colchoeiro vertical; G) Pós-operatório de 7 dias; H) Pós-operatório de 15 dias.



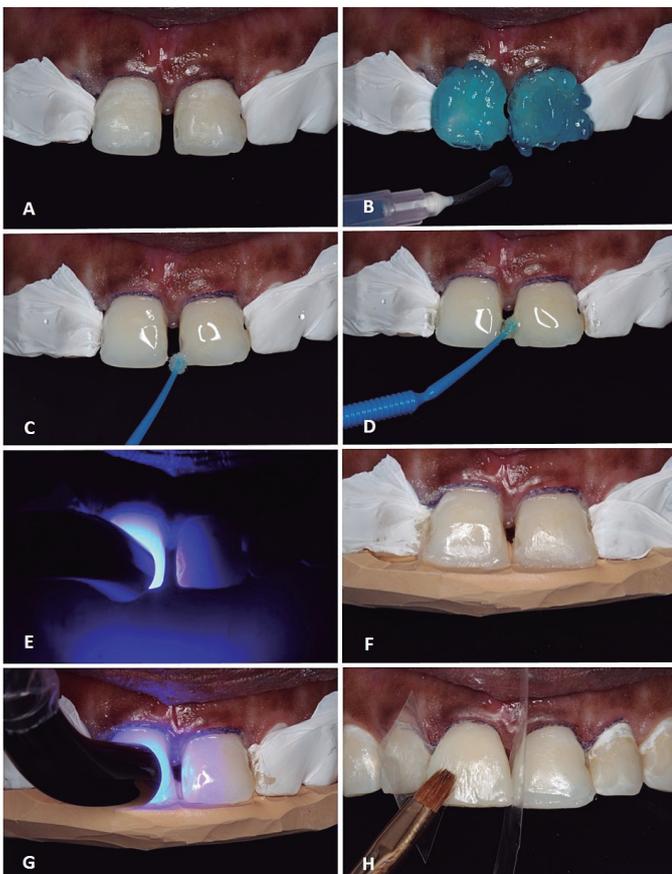
**Figura 7** - Confeção do mock-up: A) Enceramento diagnóstico do 13 a 23; B) Matriz de silicone posicionada sobre o enceramento; C) Preenchimento da matriz com resina bisacrílica; D) Matriz posicionada sobre os dentes; E) Polimento com gaze e álcool; F) Aspecto final.



**Figura 9** - Ajuste oclusal: A) Protrusão; B) Lateralidade Direita; C) Lateralidade Esquerda.



**Figura 10** - Aspecto final das restaurações após acabamento e polimento.



**Figura 8** - Restaurações estéticas nos incisivos centrais: A) Isolamento relativo; B) Condicionamento com ácido fosfórico; C) Aplicação do primer; D) Aplicação do adesivo; E) Fotopolimerização do sistema adesivo; F) Guia de silicone em posição para reconstrução da face palatina; G) Fotopolimerização da camada de resina palatina; H) Restauração e caracterização da superfície vestibular.



**Figura 11** - Vista lateral do sorriso após finalização do tratamento.

### DISCUSSÃO

Diante do caso relatado, torna-se evidente a importância da inter-relação entre as variadas especialidades odontológicas em uma reabilitação oral, o que se apresenta como um grande desafio para a prática clínica<sup>23</sup>. O atendimento odontológico engloba diversos fatores, incluindo a condição socioeconômica do paciente, aspec-

tos políticos e culturais no qual está inserido<sup>24</sup>, qualidade de vida, nível de capacidade e especialidade do cirurgião-dentista, além da real expectativa e necessidade do indivíduo<sup>25</sup>. Para se chegar a um correto diagnóstico e consequente plano de tratamento eficaz é necessário que haja um minucioso exame do paciente, entretanto, a negligência desta etapa no planejamento ainda é bastante comum, o que frequentemente prejudica o sucesso e durabilidade dos demais procedimentos<sup>26</sup>.

A adequação do meio oral representa uma etapa de grande relevância terapêutica, já que possibilita, por meio de recursos químicos e mecânicos, o controle de incidência e gravidade de doenças bucais utilizando diversos procedimentos clínicos<sup>13</sup>. Com isso, permite que haja um meio favorável para posterior realização de tratamentos reabilitadores definitivos. Neste caso, foram realizados procedimentos básicos incluindo raspagem supragengival, profilaxia e exodontia de elementos dentários perdidos.

Para o restabelecimento oclusal, foram apresentadas à paciente variadas opções de tratamento, desde a confecção de próteses parciais removíveis, próteses fixas e até mesmo a colocação de implantes dentários (procedimento este que não é oferecido pela instituição, logo implicaria em custo para a paciente). Assim, a paciente devidamente informada e orientada a respeito das opções de tratamento, optou pela reabilitação através de implantes dentários em clínica particular, que apesar de ser um tratamento dispendioso preserva as estruturas dentárias adjacentes, tem maior eficiência mastigatória, maior conforto e estética devido à ausência de grampos e estruturas metálicas, menos reparo e manutenção, favorece o aspecto psicológico do paciente, além de maior durabilidade do procedimento reabilitador<sup>27</sup>. Portanto, com a finalidade de restabelecer o padrão e estabilidade oclusal temporariamente planejou-se a confecção de próteses parciais removíveis provisórias, caracterizadas pela simplicidade e rapidez da técnica de confecção, reversibilidade e preservação dos dentes remanescentes e do rebordo<sup>28</sup>.

É importante salientar que um sorriso estético não se sujeita apenas a belos dentes, mas também a estética gengival, com contornos harmônicos e tecidos saudáveis e bem posicionados, estabelecendo uma boa relação entre margem gengival e lábio<sup>29</sup>. Neste caso, a periodontia teve um papel fundamental na estética dentofacial, já que teve grande participação na promoção do equilíbrio entre a estética branca e vermelha, por isso, a reabilitação estética frequentemente inclui a combinação de cirurgias de aumento de coroa clínica viabilizando e otimizando as restaurações dentárias definitivas<sup>30</sup>. Podemos notar que foi obtido como resultado a preservação das estruturas periodontais saudáveis, melhoras no contorno periodontal, restabelecendo os zênites gengivais adequadamente, aumento do comprimento das coroas clínicas dos dentes anteriores e correção do denominado "sorriso gengival", favorecendo a apresentação do sorriso da paciente<sup>31</sup>.

Durante as fases de planejamento reabilitador estético é fundamental que o profissional opte por procedimentos que possibilitem a previsibilidade de resultados com máxima preservação da estrutura dental<sup>32</sup>. Desta forma, uma das técnicas de ensaio restaurador mais utilizadas é a do *mock-up*<sup>33</sup> onde se transfere para a boca do paciente o possível resultado restaurador. Sua confecção permite ao paciente visualizar o resultado final do tratamento restaurador a ser executado, além de ser uma técnica simples, rápida e que auxilia na comunicação entre profissional e paciente<sup>34</sup>. Tal ensaio restaurador é obtido por meio do enceramento realizado em modelo de estudo, denomi-

nado *wax-up*, cuja aplicabilidade é muito relevante já que é utilizado como ferramenta de diagnóstico, auxiliando no planejamento e guiando as futuras restaurações através de escultura em cera<sup>32-34</sup>.

A opção por restaurações diretas em resina composta no restabelecimento estético da arcada anterior superior, atribuiu-se às suas diversas vantagens como conservação e mimetização dos tecidos dentais, reversibilidade de tratamento, possibilidade de reparo e, sobretudo, seu baixo custo comparado às reabilitações indiretas com cerâmicas<sup>35</sup>. Entretanto, sabe-se que um procedimento restaurador direto efetivo e seguro depende da correta indicação e da habilidade do profissional quanto ao desenvolvimento da técnica<sup>36</sup>. Deve-se também ressaltar a importância da prática do acabamento e polimento das restaurações em resina composta ao término do tratamento, pois esta etapa promove longevidade às restaurações, além de reproduzir detalhes anatômicos e diminuir rugosidade, proporcionando lisura e brilho da superfície restaurada<sup>16,37</sup>. Consequentemente, um bom acabamento e polimento diminuem o acúmulo de placa bacteriana e o nível de manchamento das restaurações<sup>38</sup>.

Finalmente, o desenvolvimento de um planejamento completo e eficiente depende de uma sequência de tratamentos, compostos de procedimentos básicos que englobam urgências (dor e infecção), seguido de remoção de doenças (lesões cáries, doença periodontal) e restaurações dentárias, para então promover uma reabilitação funcional e estética eficiente<sup>39</sup>. Desta forma, constata-se a importância de um correto planejamento na reabilitação biológica, funcional e estética, agregando qualidade e longevidade do tratamento e devolvendo ao paciente autoestima, segurança, saúde e inserção social.

## CONCLUSÃO

O resultado final obtido pela reabilitação biológica, funcional e estética do aparelho estomatognático reafirma a relevância da interação entre as diversas áreas de atuação odontológica, de forma que cada uma desempenhe suas funções inerentes dentro de um planejamento conjunto da equipe interdisciplinar. É importante ressaltar a integração e a corresponsabilidade entre as áreas específicas do conhecimento no processo de planejamento, com a finalidade de promoção da saúde bucal como um todo. A seleção e indicação do material restaurador devem ser adequadas para as circunstâncias e limitações de cada caso. A escolha pela resina composta, respeitando seus protocolos e exigências de adesão, inserção, fotoativação, acabamento e polimento permite o sucesso e longevidade clínica deste material em restaurações estéticas diretas.

## REFERÊNCIAS

01. Paolucci B. Visagismo: A arte de personalizar o desenho do sorriso. VM Cultural Editora; 2011. 252 p.
02. Medeiros CGG. Princípios básicos de estética aplicados na dentística restauradora. Rev Odontol Bras Central. 1999; 8(25): 19-22.
03. Shaw WC, Rees G, Dawe M, Charles CR. The influence of dentofacial appearance on social attractiveness of young adults. Am J Orthod. 1985; 87(1): 21-6.
04. Jacobson A. Psychological of dentofacial esthetics and orthognathic surgery. Angle Orthod. 1984; 54(1): 18-34.
05. Goldstein RE, Garber DA, Goldstein CE, Schwartz CG, Salama MA, Gribble AR, Adar P, Ginsberg LJ. Esthetic update: the changing esthetic dental practice. J Am Dent Assoc. 1994; 125(11): 1447-56. Review. Erratum in: J Am Dent Assoc. 1995; 126(1): 24.
06. Grzic R, Spalj S, Lajnert V, Glavicic S, Uhac I, Pavicic DK. Factors

- influencing a patient's decision to choose the type of treatment to improve dental esthetics. *Vojnosanit Pregl*. 2012; 69(11): 978-85.
07. Klages U, Bruckner A, Zentner A. Dental aesthetics, self-awareness, and oral health-related quality of life in young adults. *Eur J Orthod*. 2004; 26(5): 507-14.
  08. Chain MC, Rodrigues CC, Adriani O. Estética: dominando os desejos e controlando expectativas. In: Cardoso RJA, Gonçalves, EAN. *Estética*. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 43-52.
  09. Hallawell P. *Visagismo Integrado: identidade, estilo e beleza*. 2. ed. São Paulo: Editora Senac, 2009. 288 p.
  10. Hallawell P. *Visagismo Harmonia e Estética*. 6. ed. São Paulo: Editora Senac, 2008. 284 p.
  11. Bragger U, Lauchenauer D, Lang NP. Surgical lengthening of the clinical crown. *J Clin Periodontol*. 1992; 19(1): 58-63.
  12. Reis BF, Sato FO, Silva JG, Gomes JÁ, Lopes EGB. Adequação do meio bucal e promoção de saúde em odontopediatria. *Rev Ceciliansa*. 2010; 2(2): 32-4.
  13. Atta MT, Louro RL, Vieira IM. Controle do ecossistema bucal previamente ao tratamento restaurador definitivo. *RGO*. 2008; 56(2): 219-24.
  14. Wood NK. *Diagnóstico e plano de tratamento em clínica odontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1983. 347 p.
  15. Soares CJ, Pereira CA, Prereira JC, Santana FR, Prado CJ. Effect of chlorhexidine application on microtensile bond strength to dentin. *Oper Dent*. 2008; 33(2): 183-8.
  16. Menezes MS, Vilela ALR, Silva FP, Reis GR, Borges MG. Acabamento e polimento em resina composta: reprodução do natural. *Rev Odontol Bras Central*. 2014; 23(66): 124-9.
  17. Castro PHDF, Lopes LPB, Crispin M, Silva SL, Westphal MRA. Planejamento reverso na correção de sorriso gengival. *Rev Periodontia*. 2010; 20(03): 42-6.
  18. Ravon NA, Handelsman M, Levine D. Multidisciplinary care: periodontal aspects to treatment planning the anterior esthetic zone. *J Calif Dent Assoc*. 2008; 36(8): 575-84.
  19. Lourenço AHT, Júnior ETL, Vitral RWF. Cirurgia plástica periodontal: uma abordagem para Ortodontia. *Rev Dental Press Periodontia Implantol*. 2007; 1(2): 44-58.
  20. Pires CV, Souza CGLG, Menezes SAF. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival: relato de caso. *Rev Periodontia*. 2010; 20(1): 48-53.
  21. Veronese AMP. *Resina Bisacrílica: propriedades físicas e aplicabilidade clínica [Monografia]*. Curitiba: ILAPEO – Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino em Odontologia; 2012.
  22. Choi MS, Lee YK, Lim BS, Rhee SH, Yang HC. Changes in surface characteristics of dental resin composites after polishing. *J Mater Sci Mater Med*. 2005; 16(4): 347-43.
  23. Muncinelli EAG, Pini NIP, Ferrari WF, Nunes MCP. Tratamento reabilitador integrado no restabelecimento funcional e estético: relato de caso. *Rev Fluminense de Odontologia*. 2011; 17(36): 44-6.
  24. Sampaio EF, César FN, Martins MGA. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no instituto de previdência do estado do Ceará. *Rev Bras Prom Saúde*. 2004; 17(3): 127-34.
  25. Hook CR, Comer RW, Trombly RM, Guinn JW 3rd, ShROUT MK. Treatment planning processes in dental schools. *J Dent Educ*. 2002; 66(1): 68-74.
  26. Poi WR, Trevisan CL, Lucas LVM, Pinheiro LMG. Considerações sobre o exame clínico integrado. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2003; 57(1): 19-22.
  27. Calvani L, Michalakis K, Hirayama H. The influence of full-arch implant-retained fixed dental prostheses on upper lip support and lower facial esthetics: preliminary clinical observations. *Eur J Esthet Dent*. 2007; 2(4): 420-8.
  28. Souza JEA, Silva ET, Leles CR. Prótese parcial removível overlay: fundamentos clínicos e relatos de casos. *Rev Odontol Bras Central*. 2009; 18(47): 41-8.
  29. Sousa SJB, Magalhães D, Silva GR, Soares CJ, Soares PFB, Santos-Filho PCF. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso gengival associada à restaurações em resina composta: relato de caso clínico. *Rev Odontol Bras Central*. 2010; 19(51): 362-6.
  30. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontol* 2000. 1996; 11: 18-28.
  31. Camargo P, Melnick PR, Camargo LM. Clinical crown lengthening in the esthetic zone. *J Calif Dent Assoc*. 2007; 35(7): 487-98.
  32. Wunsch V. *Mock-up direto em resina composta. Relato de caso clínico [Monografia]*. Curitiba: Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico; 2014.
  33. Souza E, Mello G, Hirata R. Ensaio restaurador (mock up) com maior precisão. *Rev Dicas*. 2014; 3(2): 56-60.
  34. Decurcio RA, Cardoso PC, Rodrigues DC, Corrêa EJB, Borges GJ. O uso do mock-up na otimização e precisão do resultado da cirurgia plástica periodontal. *Int J Braz Dent*. 2012; 8(1): 74-85.
  35. Heymann HO, Hershey HG. Use of composite resin for restorative and orthodontic correction of anterior interdental spacing. *J Prosthet Dent*. 1985; 53(6): 766-71.
  36. Hirata R, Higashi C, Masotti A. Simplificando o uso de resinas compostas em dentes posteriores. *R Dental Press Estét*. 2004; 1(1): 18-34.
  37. Venturini D, Cenci MS, Demarco FF, Camacho GB, Powers JM. Effect of polishing techniques and time on surface roughness, hardness and microleakage of resin composite restorations. *Oper Dent*. 2006; 31(1): 11-7.
  38. Karaarshan ES, Bulbul M, Yildiz E, Secilmis A, Usumez A. Effect of different polishing methods on color stability of resin composites after accelerated aging. *Dent Mater J*. 2013; 32(1): 58-67.
  39. Tokede O, Walji M, Ramoni R. Treatment planning in dentistry using an electronic health record: implications for undergraduate education. *Eur J Dent Educ*. 2013; 17(1): e34-43.

## ABSTRACT

Nowadays it is remarkable the constant search for beauty standards, which is increasingly reflected in the dental practice. However, it is essential that the professional first seek for health promotion, through integrated treatment, since the adequacy of the oral environment up to production of aesthetic restorations, according

to patient's expectations. This present paper reports a case of integrated rehabilitation of the stomatognathic system involving several areas of dental practice, aiming to describe the stages of diagnosis, planning, treatment and smile transformation. The early stage of the reported case comprises procedures such as adequacy of oral environment through supragingival scaling, mass excavation of

carious tissue and tooth extraction. Subsequently included endodontic therapy and reestablishment of occlusion through temporary partial dentures. Finally, it counted on periodontal surgery to increase clinical crowns and making direct composite resin veneers on teeth 13 to 23. Thus, it emphasizes the importance of a complete

dental treatment in biological, functional and aesthetics rehabilitation, with high impact in the psychological, personal and social aspects of the patient and the society in which it operates.

**KEYWORDS:** Dental care; Esthetics; Dental veneers; Composite resin.

---

#### **AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA**

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Veridiana Resende Novais

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia

Departamento de Dentística e Materiais Odontológicos

Av. Pará, 1720, Bloco 4LA, 3<sup>º</sup> piso, sala 42, campus

Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, CEP: 38400-902

Telefone: +55-34-3218-2222 – Fax: +55-34-32182279

E-mail: veridianaresende@hotmail.com