

UNIVERSIDADE TIRADENTES

IASMIN VIRGINIA SANTOS SOUZA

MAITÊ FERREIRA SILVA SENNA

REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO POR MEIO  
MULTIDISCIPLINAR: RELATO DE CASO

ARACAJU

2022

IASMIN VIRGINIA SANTOS SOUZA  
MAITÊ FERREIRA SILVA SENNA

REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO POR MEIO  
MULTIDISCIPLINAR: RELATO DE CASO

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> GIULLIANA  
PANFIGLIO SOARES

ARACAJU

2022

IASMIN VIRGINIA SANTOS SOUZA  
MAITÊ FERREIRA SILVA SENNA

REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO POR MEIO  
MULTIDISCIPLINAR: RELATO DE CASO

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

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Banca Examinadora

---

ORIENTADORA

---

1º EXAMINADOR

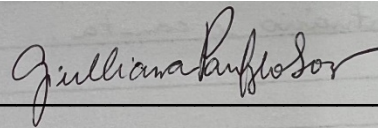
---

2º EXAMINADOR

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, **Giulliana Panfiglio Soares**, orientadora das discentes **lasmin Virginia Santos Souza** e **Maitê Ferreira Silva Senna** atesto que o trabalho intitulado: “Reabilitação estética do sorriso por meio multidisciplinar: Relato de Caso” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,



---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Giulliana Panfiglio Soares**

## REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO POR MEIO MULTIDISCIPLINAR: RELATO DE CASO

Iasmin Virginia Santos Souza<sup>a</sup>, Maitê Ferreira Silva Senna<sup>a</sup>, Giulliana Panfiglio Soares<sup>b</sup>.

*(a) Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; (b) DDS, MSc, PhD, Professora Titular I do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.*

---

### RESUMO

A crescente demanda de pacientes em busca de procedimentos odontológicos estéticos vem viabilizando avanços nos materiais e técnicas utilizadas pelos cirurgiões dentistas. A aparência do sorriso não depende exclusivamente da harmonia existente entre os dentes e os lábios, mas também da interação destes com o tecido gengival. Os contornos gengivais, principalmente nos dentes anteriores superiores, são fundamentais para a estética do sorriso. O conceito de estética é multidisciplinar e possui variantes que vão de acordo com o biotipo de cada paciente. A busca pela harmonia do sorriso associada a cirurgias periodontais com a continuidade da melhoria das resinas compostas e dos sistemas adesivos permite a utilização de técnicas restauradoras minimamente invasivas e cada vez mais imperceptíveis, possibilitando tratamentos reabilitadores estéticos de maneira rápida e eficaz. Dessa maneira, este trabalho consiste na apresentação de um caso clínico e tem como objetivo relatar um tratamento multidisciplinar com a associação de gengivoplastia e confecção de facetas diretas em resina composta em dentes anteriores, com a finalidade de melhorar a estética dentária e gengival da paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estética dentária; gengivoplastia; resinas compostas; facetas dentárias; sorriso.

---

### ABSTRACT

The growing demand of patients in search of aesthetic dental procedures made advances in materials and techniques used by dental surgeons. The appearance of the smile does not depend exclusively of the harmony between the teeth and the lips,

but also on their interaction with the gingival tissue. The gingival contours, especially in the maxillary anterior teeth, are fundamental for the esthetics of the smile. The concept of aesthetics is multidisciplinary and has variants that go according to the biotype of each patient. The search for the harmony of the smile associated with periodontal surgeries with the continuity of improvement of composite resins and adhesive systems allows the use of minimally invasive techniques and increasingly imperceptible, enabling aesthetic rehabilitation treatments in a fast and effective way. Thus, this work consists of the presentation of a clinical case and aims to report a multidisciplinary treatment with the association of gingivoplasty and making direct composite resin veneers on anterior teeth, in order to improve the aesthetics dental and gingival of the patient.

**KEYWORDS:** Dental esthetics; gingivoplasty; composite resin; dental veneers; smiling.

---

## 1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que na atualidade, a busca incessante pelo que é considerado belo, vem fazendo com que a estética ocupe um lugar de grande importância na Odontologia moderna, onde pacientes almejam dentes cada vez mais claros, simétricos e com restaurações imperceptíveis (SALVEGO; DIAS; De FIGUEIREDO, 2013). Sob influência deste crescimento e com a presença cada vez maior das resinas compostas e cirurgias na rotina clínica odontológica, há cada vez mais, a evolução e aprimoramento de técnicas e materiais restauradores, sendo notado um processo de melhoria constante em suas composições (SILVA; CHIMELI, 2011), o que fez com que crescesse cada vez mais suas indicações clínicas, incluindo a resolução de problemas estéticos (GOUVEIA *et al.*, 2017).

Durante procedimentos na clínica, é comum observar entre os pacientes queixas relacionadas à aparência dos dentes anteriores, que possuem causas multifatoriais, podendo ser cárie, alterações anatômicas, descolorações, bruxismo e outros, que podem ser listados como causadores de desarmonias estéticas em dentes anteriores ou posteriores (MANGANI *et al.*, 2007). Esse resultado está alinhado a atual preocupação com o restabelecimento da estética dental, uma vez que um sorriso

harmônico é desejado por muitos pacientes que procuram o consultório odontológico. Sabe-se que o sorriso é uma ferramenta importante para a linguagem corporal visto que está relacionado à aceitabilidade social na geração de vínculos pessoais, profissionais, corporativos e para sua autoestima (MATHIAS *et al.*, 2016).

A aparência do sorriso não depende exclusivamente da harmonia existente entre os dentes e os lábios, mas também da interação destes com o tecido gengival (COSTA; Da CRUZ; RIBEIRO, 2014), estando em equilíbrio e harmonia com as estruturas buco-faciais. O conceito de estética é multidisciplinar e possui variantes que vão de acordo com o biotipo de cada paciente, o que evidencia a dificuldade, apesar de possível, de solucionar todos os casos clínicos com uma área, isoladamente. Na grande maioria dos casos, se faz necessária a integração e associação de algumas áreas da Odontologia para obter bons resultados (BAPTISTA *et al.*, 2020).

A harmonia entre os contornos gengivais, principalmente nos dentes anteriores superiores, são fundamentais para a estética do sorriso. Uma realização de gengivoplastia prévia à restauração se faz necessária para reduzir a exposição da margem gengival e melhorar a proporcionalidade entre os dentes, além de reduzir o volume de resina necessário para aumentar o tamanho da coroa clínica através da face incisal, o que aumenta a longevidade da restauração (DIAS *et al.*, 2020).

A osteotomia/osteoplastia são correções ósseas que promovem o restabelecimento das distâncias biológicas e da harmonia na proporção altura/largura da coroa, melhorando a adaptação do tecido mole na região (COSTA; Da CRUZ; RIBEIRO, 2014). Para restabelecer o tamanho dos dentes e o contorno gengival, a técnica de aumento de coroa clínica estética, é uma alternativa de muito sucesso e excelente prognóstico (PEDRON *et al.*, 2010).

Geralmente, somente a retirada do excesso de tecido gengival associada à osteotomia não são capazes de resolver o problema de coroas curtas. Nestas situações, podem-se integrar procedimentos estéticos de dentística restauradora por meio de coroas ou facetas (ALVARENGA *et al.*, 2018). Apesar do material restaurador cerâmico ser muito indicado para os tratamentos restauradores estéticos, por serem mais resistentes à fratura e proporcionarem estabilidade da cor, as facetas de resina composta possibilitam reparação da restauração e preparação menos agressiva ao dente (GUERRA; VENÂNCIO; AUGUSTO, 2017). Além disso, as facetas diretas

podem ser realizadas em sessão única, pois não requerem moldagens e confecção de provisório, dispensando as etapas laboratoriais, consequentemente proporcionando ao paciente um menor custo de tratamento (MACHADO *et al.*, 2016).

O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico em paciente jovem, de procedimento em dentes anteriores superiores com uma abordagem de intervenção mínima. Evidenciando a importância do trabalho multidisciplinar, com associação de técnicas de cirurgia periodontal e odontologia restauradora, para que todas as necessidades do paciente pudessem ser sanadas, mostrando a possibilidade de recuperação do sorriso e estética com clareamento e facetas diretas de resina composta, concluindo o caso com sucesso e dentro das expectativas da paciente.

## 2. RELATO DE CASO

Paciente I.V.S.S., gênero feminino, leucoderma, 25 anos, compareceu a Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes (UNIT), queixando-se do desgaste nos dentes anteriores. No exame inicial, foi observado contenção ortodôntica no arco inferior, desgaste incisal dos dentes anteriores, escurecimento dentário fisiológico e restaurações em resina composta das unidades 13 (mesial), 12 (distal), 22 (distal) e 23 (mesial) (Figura 1). Após o exame clínico, foi proposto clareamento caseiro nas arcadas superior e inferior (Figura 2), e observado uma possível necessidade de cirurgia periodontal para aumento da coroa clínica, quando foi confirmado a necessidade da gengivoplastia.

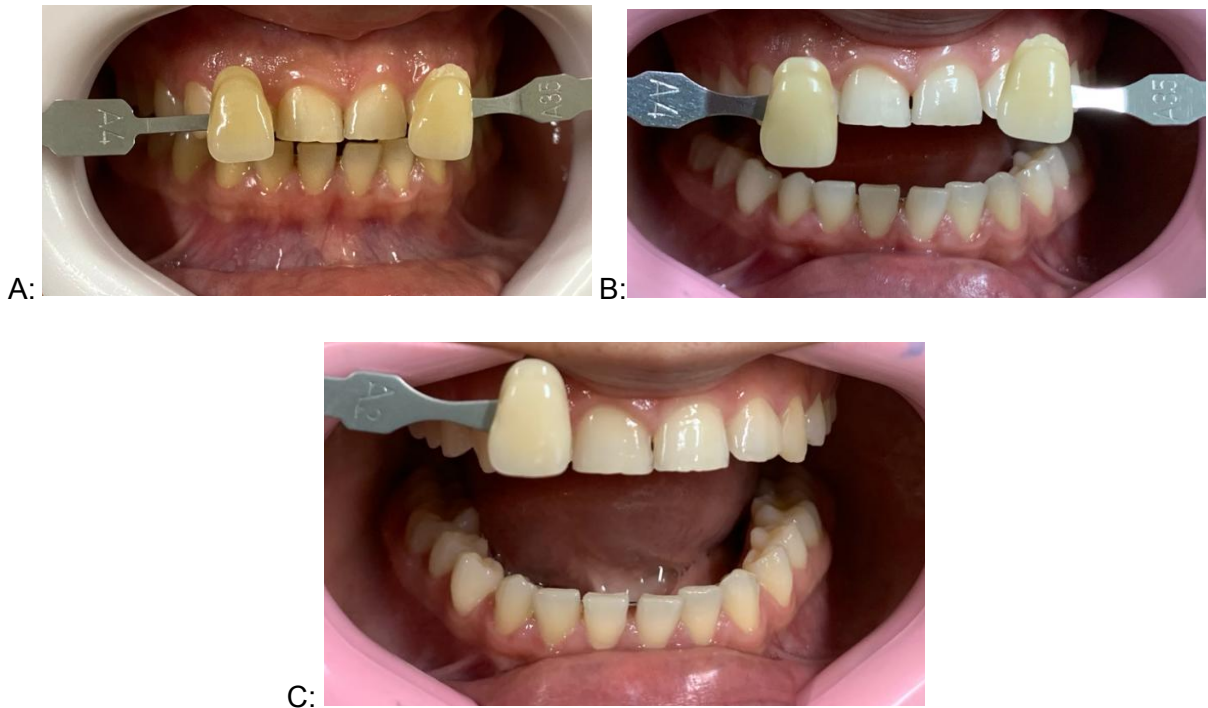
**Figura 1. A:** Aspecto clínico vista frontal inicial. **B:** Aspecto clínico vista lateral direita inicial. **C:** Aspecto clínico vista lateral esquerda inicial.







**Figura 2. A:** Cor das unidades dentárias antes do clareamento segundo a Escala Vita Classical. **B:** Comparativo da cor das unidades dentárias pós clareamento segundo a Escala Vita Classical. **C:** Cor das unidades dentárias pós clareamento segundo a Escala Vita Classical.



Foi definido a realização de gengivoplastia com necessidade de osteotomia, com objetivo de aumento de coroa clínica das unidades dentárias 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 e 25 (Figura 3).

**Figura 3. A:** Aspecto clínico vista frontal. **B:** Aspecto clínico vista lateral direita. **C:** Aspecto clínico vista lateral esquerda.



A:



B:



C:

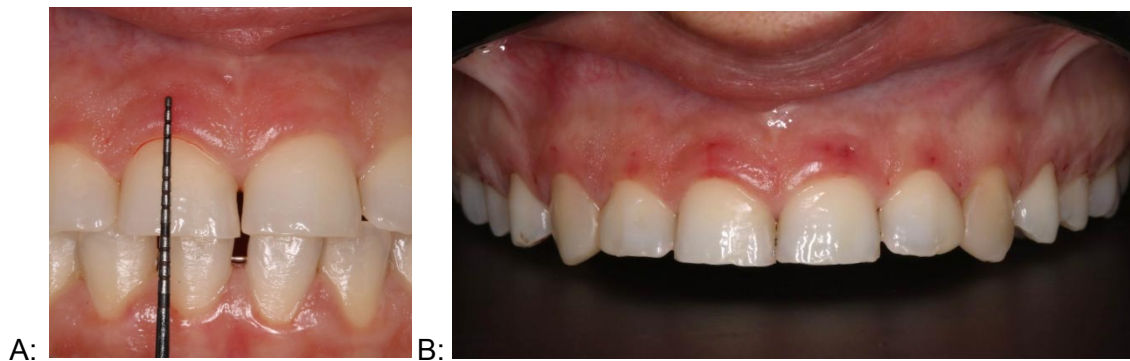
Antes do procedimento cirúrgico foi prescrito a paciente analgesia profilática com Dexametasona 4mg, 02 comprimidos uma hora antes, via oral, resultando em melhoria no controle de dor. Todos os procedimentos cirúrgicos foram realizados sob anestesia local com Articaína 4% + epinefrina a uma concentração de 1:100.000 da marca DFL, onde foi realizado bloqueio bilateral dos nervos infraorbitais e complementação por meio da técnica infiltrativa das unidades dentárias em questão. Após a anestesia, a sonda milimetrada Carolina do Norte foi introduzida paralelamente ao longo eixo dos dentes até atingir o fundo de sulco (Figura 4).

**Figura 4:** Sonda milimetrada sendo introduzida ao fundo do sulco da unidade 11.



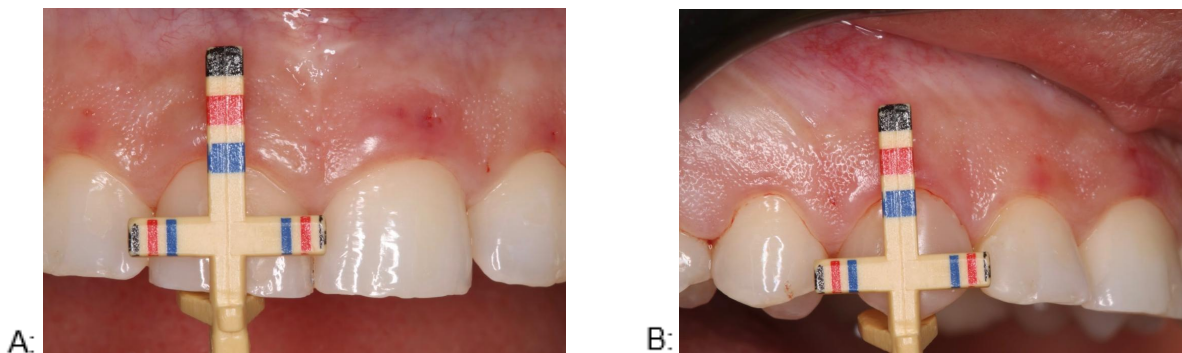
Em seguida, procedeu-se à transferência dessas medidas para a superfície externa da gengiva, que neste caso, foi de 3mm, obtendo-se as marcações, para servirem como referência para realização da incisão primária. Para cada dente, foram realizadas três marcações por vestibular em mesial, medial e distal (Figura 5).

**Figura 5. A:** Medida da superfície externa da gengiva. **B:** Marcações em mesial, medial e distal da gengiva.



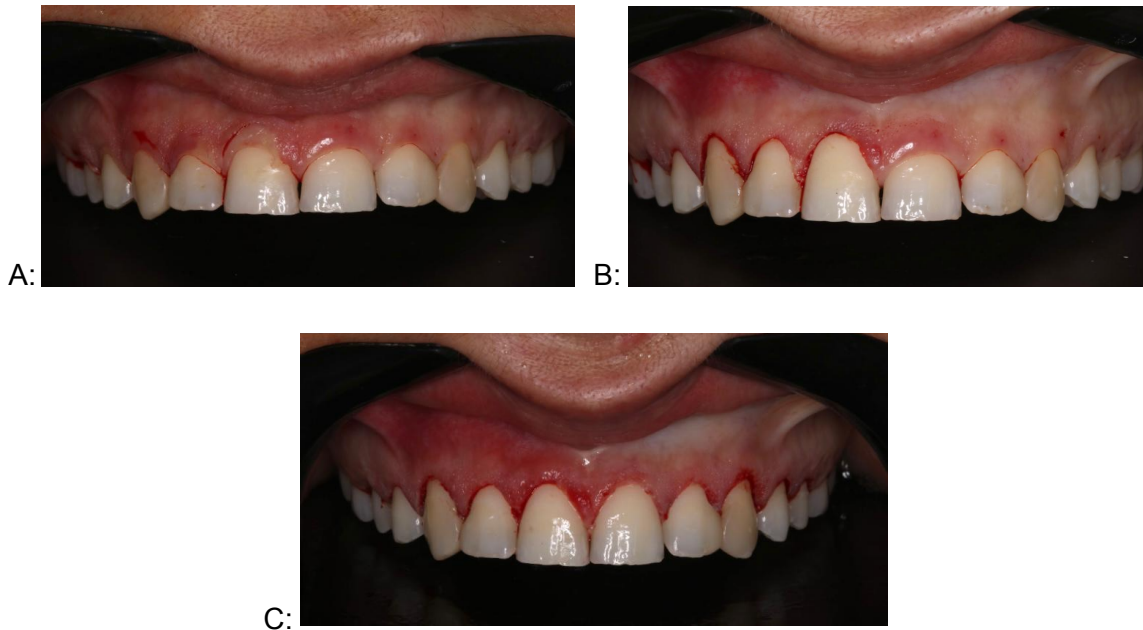
Posteriormente foi utilizado o Medidor de Proporcionalidade Chu, que é indicado para medição rápida e precisa da proporção entre as coroas clínicas anteriores superiores, sendo a ponta em "T" ideal para avaliar, num só tempo, a proporção entre largura e comprimento dos dentes (Figura 6).

**Figura 6. A:** Medição e proporção da unidade 11. **B:** Medição e proporção da unidade 13.



A partir disso, foi feita a remoção do tecido gengival, utilizando a lâmina de bisturi nº 15c (Swann Morton®) para excisar contornando o tecido, partindo sempre de uma ameia a outra, nos elementos acima citados. Na sequência, com o auxílio da cureta Gracey, todo o remanescente de tecido excisado foi removido, e ajustado com a Tesoura Castroviejo Curva (Figura 7).

**Figura 7. A, B e C:** Excisão e remoção do tecido gengival.



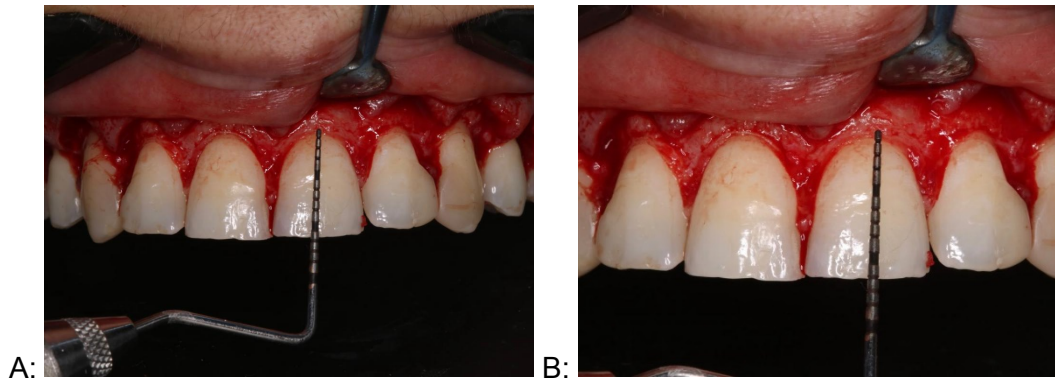
Em seguida foi feito o descolamento gengival com Descolador Molte 2.4 para confecção de um retalho de espessura total para realização da osteotomia (Figura 8).

**Figura 8.** Retalho de espessura total.



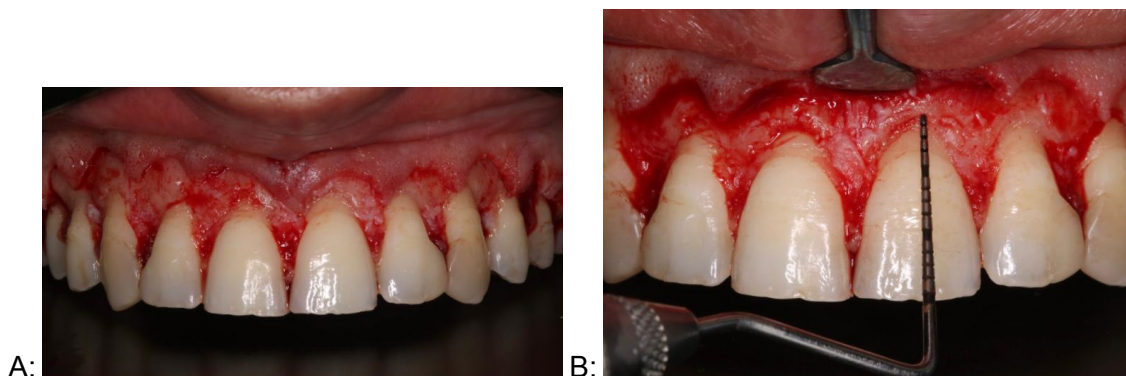
Logo após, a avaliação da relação do tecido ósseo com a margem gengival foi definida para que então fosse realizado a osteotomia (Figura 9).

**Figura 9. A e B:** Relação tecido ósseo com a margem gengival, delimitando tamanho do dente exposto antes da osteotomia.



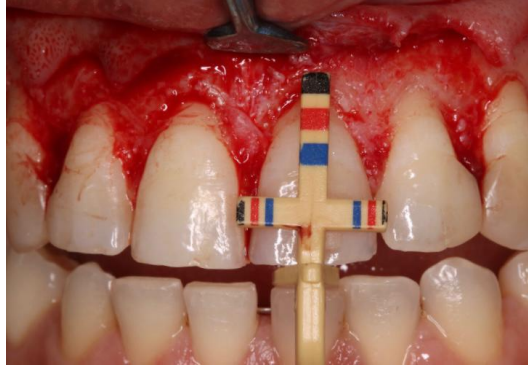
Após avaliação da distância entre a crista óssea alveolar e a margem gengival, foi executada a osteotomia, com auxílio de microcinzel de Ochsenbein 2.0, broca esférica 3018 e broca diamantada 2173, que tem marcação dos 3mm para auxiliar na medição da área dos tecidos de inserção supracrestal, acopladas em alta rotação com irrigação abundante de soro fisiológico, removendo aproximadamente 3mm de tecido ósseo, para o restabelecimento do espaço biológico, para que não haja recidiva no encurtamento da coroa clínica dos elementos corrigidos (Figura 10).

**Figura 10. A e B:** Remoção de tecido ósseo. **C:** Medida da relação e restabelecimento do espaço biológico.



Então foi utilizado o Medidor de Proporcionalidade Chu para avaliar a proporção entre largura e comprimento dos dentes após procedimento (Figura 11).

**Figura 11:** Medição e proporção da unidade 21 após procedimento.



Suturas suspensório foram confeccionadas nas papilas interdentárias com fio de sutura Vicryl (Ethicon®) fio 5-0 com 45cm, e agulha E-15 (Figura 12).

**Figura 12. A:** Aspecto clínico vista frontal pós cirúrgico imediato. **B:** Aspecto clínico vista lateral direita pós cirúrgico imediato. **C:** Aspecto clínico vista lateral esquerda pós cirúrgico imediato.



A:



B:

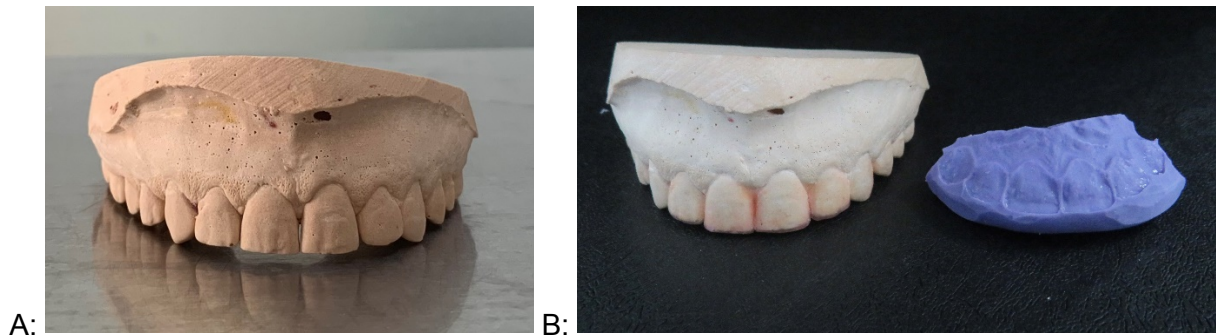


C:

A paciente foi orientada quanto aos cuidados pós-operatórios usuais e foi prescrito analgésico e antiinflamatório, além de bochecho com clorexidina 0,12%, durante 14 dias.

Após o período de 21 dias, foi feita a moldagem da arcada superior com alginato e vazada com gesso especial, dando origem assim ao modelo de trabalho onde foi confeccionado o enceramento diagnóstico com o auxílio de gotejadores e esculpadores dentais. Esta ferramenta teve como finalidade mostrar ao paciente como seu sorriso possivelmente ficaria em relação a forma e anatomia, além de ser utilizado para confecção da guia palatina com silicone de adição (FUTURA AD/ NOVA DFL®) (Figura 13).

**Figura 13. A.** Modelo de trabalho. **B.** Enceramento diagnóstico e guia palatina.



A sessão do tratamento restaurador, iniciou-se através da seleção de cor, utilizando pequenas porções de resinas, onde foram polimerizadas por 40 segundos, sem condicionamento prévio, sendo selecionadas as resinas de dentina DA2 e esmalte EA2 (VITTRA APS/FGM®) (Figura 14).

**Figura 14.** Seleção de cor com resinas DA2 e EAD.



Em seguida foi realizado isolamento absoluto modificado (Figura 15), e remoção das resinas antigas das unidades 13, 12, 22 e 23 com o auxílio de ponta diamantada 2200 (Figura 16).

**Figura15.** Isolamento absoluto modificado.



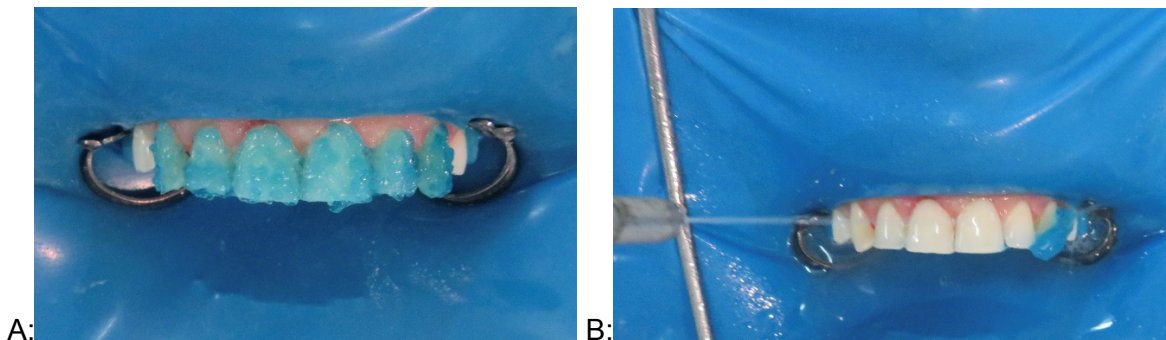
**Figura 16.** Remoção de resina antiga com ponta diamantada 2200.



Após a remoção das resinas compostas, foi realizado o condicionamento ácido do esmalte, por 30 segundos, com ácido fosfórico 37% (COLTENE®) nas unidades dentais a serem restauradas (Figura 17 A). Em seguida as unidades foram lavadas abundantemente por mais 30 segundos (Figura 17 B) e secas com jato de ar. Logo após foi aplicada a primeira camada do adesivo fotopolimerizável (AMBAR APS/FGM®) em seguida, para evaporação do solvente, secado com jato de ar numa distância de aproximadamente 30 cm, e aplicada a segunda camada do sistema adesivo seguido de fotopolimerização (Radii-Call SDI®) por 20 segundos.

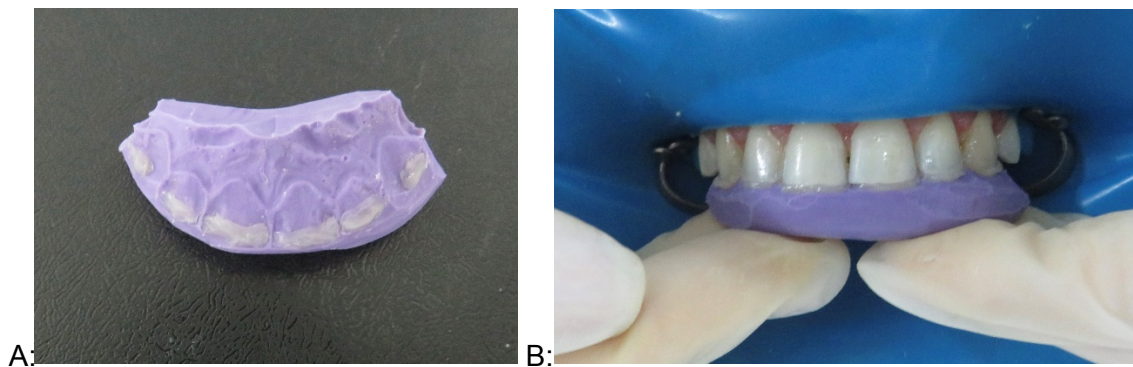


**Figura 17. A.** Aplicação do ácido fosfórico 37%. **B.** Lavagem para remoção do ácido fosfórico 37%.



O guia palatino foi preenchido com uma fina camada de resina para esmalte EA2 (VITTRA APS/FGM®) para confeccionar a parede palatina. O guia preenchido juntamente com a resina foi levado à boca da paciente (Figura 18) e fotopolimerizado por 40 segundos (Radii-Call SDI).

**Figura 18. A.** Guia palatino com resina EA2. **B.** Guia palatino em posição na boca da paciente.



Após o incremento de esmalte palatino, foram confeccionados os incrementos de resina para dentina DA2 (VITTRA APS/FGM®) nas unidades 13 e 23, e nas unidades 12, 11, 21 e 22 foi utilizado apenas resina para esmalte EA2 (VITTRA APS/FGM®), sempre com o auxílio de tiras de poliéster (3M/ESPE). O último incremento de resina nas unidades 13 e 23 foi novamente a resina EA2 (VITTRA APS/FGM®) para confecção da camada de esmalte vestibular. Os incrementos de resinas foram colocados em pequenas porções com espátulas, após cada incremento foi fotopolimerizado por 40 segundos (Radii-Call SDI®). Com o término da confecção das facetas foi removido o isolamento absoluto modificado e executado o acabamento inicial, onde teve a intenção de obter a anatomia primária do dente e dar o mínimo de

conforto até o acabamento final e polimento. Nele foram ajustados os excessos proximais, pontos de contato e realizado o ajuste oclusal (Figura 19).

**Figura 19. A.** Marcação com grafite para acabamento inicial. **B.** Checagem de oclusão marcada com papel carbono.



No dia seguinte, a paciente retornou a clínica para realizar os acabamentos e polimentos finais. Iniciou-se o acabamento com pontas diamantadas 3168FF na face palatina e 2100FF na face vestibular (Figura 20).

**Figura 20. A.**Acabamento da face palatina. **B.** Acabamento da face vestibular.



Logo após, foi iniciado o acabamento final primeiramente com discos de lixa (Superfix-TDV) em gramatura média, fina e superfina; seguido pelo uso de borrachas abrasivas (Optimize - TDV) nos formatos em disco e em chama; e de lixa de acabamento proximal (TDV). O polimento final foi feito com disco de feltro associado com pasta diamantada (TDV). Assim ficando com resultado estético e funcional, satisfazendo a paciente (Figura 21).

**Figura 21.** Resultado final.



### **3. DISCUSSÃO**

É notório que a demanda estética dos pacientes vem aumentando no contexto de relações sociais, não mais se limitando a fatores relacionados à promoção de saúde, mas por um sorriso mais branco e estético (SCHWARZ *et al.*, 2013). Nos casos que envolvem pacientes jovens, a obtenção do contorno gengival, formato dental, textura das faces lisas e mimetização do substrato dentário é um grande desafio clínico, uma vez que os dentes desse grupo específico possuem grande quantidade de características e detalhes anatômicos (WITTMANN *et al.*, 2013).

Muitas vezes, para alcançar o objetivo da recuperação estética do sorriso, é preciso interrelacionar as diferentes áreas da Odontologia a fim de obter um plano de tratamento ideal (BIACCHI *et al.*, 2011). A gengivoplastia oferece ao cirurgião dentista a possibilidade da realização de procedimentos restauradores das regiões anteriores, com excelência na adaptação e retenção, angariando o contorno anatômico ideal (BAPTISTA *et al.*, 2020, PEDRON *et al.*, 2010). No caso relatado, para um melhor diagnóstico e plano de tratamento da gengivoplastia foi utilizada a tomografia computadorizada de feixe cônico, estabelecendo a técnica de gengivoplastia associada a osteotomia.

Esse procedimento periodontal foi necessário para uma readequação da anatomia periodontal além do aumento da coroa clínica dos elementos dentários. Em muitos casos, somente a retirada dos excessos de tecido gengival não são capazes de resolver o problema de coroas curtas (ALVARENGA *et al.*, 2018).

Outro tratamento proposto foi o tratamento clareador, que deve ser considerado primeira escolha sempre que procedimentos estéticos anteriores forem indicados ao paciente (MATIS *et al.*, 2015), já que o clareamento dental associado às restaurações diretas são alternativas eficazes para devolver estética e função em tempo clínico curto (GOYATÁ *et al.*, 2017). A existência de restaurações prévias e a possibilidade de novos tratamentos restauradores influenciam no planejamento clareador, visto que restaurações antigas podem se tornar mais evidentes após o clareamento, enquanto restaurações futuras devem ser confeccionadas tendo como base a cor obtida ao fim desta etapa (HIRATA, 2016).

O clareamento caseiro consiste na confecção de uma moldeira, para que o próprio paciente faça a aplicação de gel clareador, de acordo com a instrução do dentista. Nessa técnica, a colaboração do paciente é imprescindível para um resultado satisfatório do tratamento. Por sua vez, o clareamento de consultório é realizado em âmbito clínico, sendo necessária a intervenção do dentista em todo o tratamento, e apesar de ser uma técnica mais rápida, seu custo é mais elevado (BARBOSA *et al.*, 2015). Segundo um estudo feito por Barbosa *et al.* (2015), constatou-se pouca diferença significativa entre as técnicas de clareamento. Apesar de Zekonis *et al.* (2003) relatarem maior recidiva de cor e sensibilidade dentária no clareamento de consultório, além da maior irritação gengival no procedimento caseiro, os resultados obtidos ao término do tratamento foram similares.

A etapa do clareamento dental é de grande importância para reduzir drasticamente a necessidade de desgastes e garantir a colocação de uma delgada camada de resina culminando assim em um aspecto natural das unidades dentais e suprimindo as expectativas do paciente (BARBOSA *et al.*, 2015).

Reabilitações com finalidade estéticas em odontologia têm se tornado comuns levando em consideração o aumento do interesse dos pacientes, porém de maneira mais natural possível (WITTMANN *et al.*, 2013).

Durante os últimos anos, a tecnologia na interface estética com relação às resinas compostas, permitiu um aumento na procura por reabilitações com finalidade estéticas em odontologia, devido um crescimento e melhoramento de suas propriedades mecânicas, físicas e adesivas, atendendo ao interesse dos pacientes por tratamentos que afetam a imagem, vaidade e inserção social (ROCHA *et al.*, 2021).

Na literatura, estudos referentes às facetas diretas em resina composta, concluem que se trata de um procedimento com o desempenho clínico satisfatório tanto para dentes vitais, quanto para dentes não vitais (BELLO, 2011; SOUZA *et al.*, 2015). Ao realizar restaurações em dentes anteriores, a seleção correta de materiais como: tipo de compósito, sistema adesivo e unidade de luz para fotoativação, são fundamentais para o sucesso da técnica. Para casos clínicos com indicação de restaurações sem preparo ou minimamente invasivas, a resina composta direta proporciona uma excelente alternativa para correção ou remodelação estética de dentes anteriores (GOUVEIA *et al.*, 2018).

Outra possibilidade de tratamento restaurador estético são as restaurações indiretas em cerâmica com as facetas ou as lentes de contato dental. Porém, a técnica direta em resina composta apresenta algumas vantagens, que consistem no menor tempo de execução clínico, podendo ser realizadas em uma única sessão, além de ser uma técnica mais conservadora, exigindo mínimo ou nenhum desgaste de estrutura sadia, possuindo custo mais baixo (GOYATÁ; GILSON; BELLO, 2011). Para casos clínicos com indicação de restaurações sem preparo ou minimamente invasivas, a resina composta direta proporciona uma excelente alternativa para a correção e/ou harmonização da estética de dentes anteriores. O tratamento reabilitador estético utilizando resina composta provou ser uma técnica conservadora e eficaz, contudo, deve-se respeitar o planejamento por meio das referências faciais e enceramento diagnóstico (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

O correto acabamento e polimento das restaurações diretas em resina composta também são essenciais para garantir um menor manchamento, baixo acúmulo de biofilme e melhor resistência ao desgaste e integridade marginal, quando executado de forma correta proporciona a obtenção de uma restauração que reproduza em detalhes a forma e a textura dos dentes e garanta uma maior longevidade de cor e brilho, trazendo qualidade de vida ao paciente (PIMENTEL; GOYATÁ; CUNHA, 2012).

A finalização do tratamento estético dos dentes anteriores superiores com resina composta, pela técnica direta, apresenta-se como uma alternativa simples e eficaz que pode ser aplicada pelos profissionais especialistas com previsibilidade e um prognóstico favorável (GOYATÁ *et al.*, 2017).

#### 4. CONCLUSÃO

A busca constante por um sorriso harmonioso vem tomando grande espaço na Odontologia, com pacientes exigindo cada vez mais naturalidade. Dessa forma a técnica de faceta com resina composta é uma opção de fácil realização, minimamente invasiva e com possibilidade de reparo. Após um planejamento correto, por meio do enceramento e confecção da guia de silicone, esta técnica de tratamento restaurador, vem mostrando ser um tratamento eficaz na devolução da estética em dentes anteriores, principalmente quando associado a gengivoplastia, em pacientes indicados ao tratamento. Além disso, apresenta menor custo e tempo de procedimento clínico.

#### 5. REFERÊNCIAS

1. ALVARENGA, D.B., SANTANA, C.L.V., OLIVEIRA, F.R.D.T.S., RODRIGUES, R.Q.F., RIBEIRO, R.A., SOUSA, J.N.L. Inter-relação periodontia/dentística na correção de sorriso gengival: relato de caso clínico. **Braz J Periodontol.** v.28, n.2, p.53-59, Jun., 2018.
2. BAPTISTA, I. A., BARBOSA, I. D. P., SILVA, G. M. C. D., GARCIA, G. H. F., CARDIA, G. S., & TOLENTINO, L. D. S. Associação de diferentes cirurgias periodontais como alternativa de restabelecimento de harmonia gengival. **Periodontia.**, v.30, n.3, p.59-68, mar/jun., 2020.
3. BARBOSA, D.C., STEFANI, T.P., CERETTA, L.B., CERETTA, R.A., SIMÕES, P.W., D'ALTOÉ, L.F. Estudo comparativo entre as técnicas de clareamento dental em consultório e clareamento dental caseiro supervisionado em dentes vitais: uma revisão de literatura. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo.**, v.27, n.3, p.244-252, set/dez., 2015.
4. BIACCHI, G.R., PINHEIRO, L.C., MARCHESAN, N.N., PICOLINI, P.A.C., KIST, H. Reabilitação estética do sorriso através de plastia gengival e restaurações diretas de

- resina composta: Relato de caso. **Rev Cient CRO-RJ.**, v.1, n.4, p.55-61, out/dez., 2011.
5. COSTA, P.P., Da CRUZ, S.E.B., RIBEIRO, S.K. Diferentes Técnicas de aumento estético de coroa clínica. **Rev PerioNews**. V.8, n.6, p. 556-562, Jun., 2014.
6. DEMARCO, F.F., BALDISSERA, R.A., MADRUGA, F.C., SIMÕES, R.C., LUND, R.C., CORREA, M.B., CENCI, M.S. Anterior composite restorations in clinical practice: findings from a survey with general dental practitioners. **J Appl Oral Sci.**, v.21, n.6, p.497-504, nov/dez., 2013.
7. DIAS, J., VERAS, I. M. D., BORGES, B. C. D., CARVALHO, L. K. C. G. D., ASSUNÇÃO, I. V. D. Solução estética multidisciplinar em dentes anteriores: relato de caso. **Revista Ciência Plural**. v.6, n.3, p.255-264, 2020.
8. GOUVEIA, C.G., MOREIRA JUNIOR, R., PERALTA, F.S., SCHERMA, A.P., RESENDE, L.F.M. Facetas diretas de resina composta em dentes anteriores: relato de caso. **ClipeOdonto**. v.9. n.1, p.44-50, 2018.
9. GOUVEIA, T.H.N., THEOBALDO, J.D., VIEIRA JUNIOR, W.F., LIMA, D., AGUIAR, F.H.B. Esthetic smile rehabilitation of anterior teeth by treatment with biomimetic restorative materials: a case report. **Clin Cosmet Investig Dent**. v.9, p.27-31, May., 2017.
10. GOYATÁ, F., COSTA, H., MARQUES, L., BARREIROS, D., LANZA, C., NOVAES, J., MORENO, A. Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento dental em paciente jovem: relato de caso. **Arch Health Invest.**, v.6, n.9, p.408-413, 2017.
11. GOYATÁ, F.R., GILSON, J.G.R., BELLO, R.F. Clareamento em dentes vitais: associação de técnicas -relato de caso clínico. **Dent Sci.**, v.5, n.13, p.29-36, 2011.
12. GUERRA, M.L.R.S., VENÂNCIO, G.N., AUGUSTO, C.R. **Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso**. Revista da Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep. v.27, n.1, p.63-68, 2017.
13. HIRATA, R. **Shortcuts em odontologia estética: uma nova visão sobre TIPS**. 1ª ed. São Paulo: Quintessence, 2016.
14. MACHADO, A.C., REINKE, A.C.M.A., GUILHERME, F.M., ZEOLA, L.F., COSTA, M.M., REIS, B.R., SOARES, P.V. Reabilitação estética e funcional com facetas diretas

após histórico, de traumatismo dento-alveolar. **Rev Odontol Bras Central**. v.25, n.74, p.154-61, 2016.

15. MANGANI, F., CERUTTI, A., PUTIGNANO, A., BOLLERO, R., MADINI, L. Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers. **Eur J Esthet Dent**. v.2, n.2, p.188-209, 2007.

16. MATHIAS, P., DA SILVA, E.V., AGUIAR, T.R., ANDRADE, A.S., AZEVEDO, J. A Conservative Esthetic Approach Using Enamel Recontouring and Composite Resin Restorations. **Case Rep Dent**. 2016:1-5.

17. MATIS, B.A., WANG, G., MATIS, J.I., COOK, N.B., ECKERT, G.J. White diet: is it necessary during tooth whitening? **Operative Dentistry**., v.40, n.3, p.235-240, may/jun., 2015.

18. OLIVEIRA, D.C., SOUZA-JUNIOR, E.J, PRIETO, L.T, COPPINI, E.K; MAIA, R.R; PAULILLO, L.A. Collor stability and polymerization behavior of direct esthetic restorations. **J Esthet Restor Dent**., v.26, n.4, p.288-295, 2014.

19. PEDRON, I.G., UTUMI, E.R., TANCREDI, Â.R.C., PERRELLA, A., PEREZ, F.E.G. Sorriso gengival: cirurgia ressectiva coadjuvante à estética dental. **Rev Odonto**. v.18, //n.1, p.87-95, 2010.

20. PIMENTEL, P.E.Z., GOYATÁ, F.R., CUNHA, L.G. Influência da técnica de polimento na lisura superficial de resinas compostas. **Clín int j braz dent**., v.8, n.2, p.226-234, 2012.

21. ROCHA, A. O., ANJOS, L. M., ROCHA, M. N. O., LIMA, T. O., RODRIGUES, P. C. M., SANTOS, L. F. S., SANTOS, R. M. A., SILVA, I. M., SILVA, D. O. C., SILVA FILHO, W. J. Intervenção estética anterior por meio de facetas diretas em resina composta: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**., v.13, n.3, p.e6439, mar., 2021.

22. SALVEGO, R.N., DIAS, R.P.B., De FIGUEIREDO, J.L.G. Estabilidade de cor de resinas compostas no processo de manchamento e clareamento. **Revista Dental Press de Estética**. V.10, n.3, p.54-6, 2013.



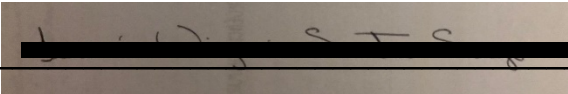
23. SCHWARZ, V., SIMON, L.S., SILVA, S.A., GHIGGI, P.C., CERICATO, G.O. Fechamento de diastema com resina composta: relato de Caso. **J Oral Invest.**, v.2, n.1, p.26–31, 2013.
24. SENE, F., KASUYA, A.V.B. Esthetic remodeling of maxillary incisors with composite resin: color, shape and proportion correction. **J Clin Dent Res.**, v.13, n.2, p.70-77, 2016.
25. SILVA, W., CHIMELI, T., Transformando sorrisos com facetas diretas e indiretas. **Revista Dentística Online.** v.10, n.21, 2011.
26. SOUZA, F.H.C., GONÇALVES, D.S., SALES, M.P., ERHARDT, M.C., CORRÊA, M.B., OPDAM, N.J., DEMARCO, F.F. Direct anterior composite veneers in vital and non-vital teeth: A retrospective clinical evaluation. **Journal of Dentistry.** v.43, n.11, p.1330-1336, 2015.
27. WITTMANN, K., GIACOMELLI NETO, R., LONGO, R.E., SENE, F. Restauração estética do sorriso por meio da integração de técnicas de clareamento e restauração direta de resina composta. **Clín int j braz dent.**, v.9, n.4, p.456-467, 2013.
28. ZEKONIS, R., MATIS, B. A., COCHRAN, M. A., AL SHETRI, S. E., ECKERT, G. J., & CARLSON, T. J. (2003). Clinical evaluation of in-office and at-home bleaching treatments. **Operative dentistry.**, v.28, n.2, p.114-121, 2003.

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, portador do C.I.  
nº \_\_\_\_\_, faço uso deste bastante documento a fim de  
garantir o uso de minhas imagens em publicações ou em apresentações de caráter  
científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico-científico.

Sem mais subscrevo,

\_\_\_\_\_  


Assinatura paciente ou responsável