

UNIVERSIDADE TIRADENTES

IASMIN ALVES FERREIRA

JASMINE CHAGAS RIBEIRO

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM  
REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR:  
RELATO DE CASO

ARACAJU

2019

IASMIN ALVES FERREIRA  
JASMINE CHAGAS RIBEIRO

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM  
REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR:  
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: Profa. Dra. Thayanne Monteiro Ramos Oliveira

ARACAJU

2019

**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,

---

IASMIN ALVES FERREIRA  
JASMINE CHAGAS RIBEIRO

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM  
REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR:  
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.

Aprovado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Professor Orientador: Profa. Dra. Thayanne Monteiro Ramos Oliveira

---

1º Examinador: Prof. Dr. Francisco de Assis Nunes Martins Araujo

---

2º Examinador: Prof. Msc. Johnny Alexandre Oliveira Tavares

# AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Thayanne Monteiro Ramos Oliveira, orientador (a) do (a)s discentes lasmin Alves Ferreira e Jasmine Chagas Ribeiro atesto que o trabalho intitulado: **“ABORDAGEM MULTIDISCILPLINAR EM REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR: 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,

---

**Orientador(a)**

# ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR: RELATO DE CASO

Iasmin Alves Ferreira<sup>a</sup>, Jasmine Chagas Ribeiro<sup>a</sup>, Thayanne Monteiro Ramos Oliveira<sup>b</sup>.

<sup>(a)</sup> Graduando em Odontologia-Universidade Tiradentes; <sup>(b)</sup> Professora Assistente I do curso de Odontologia-Universidade Tiradentes.

## RESUMO

A crescente busca por tratamentos odontológicos de pacientes insatisfeitos com o próprio sorriso se deve principalmente a alterações de cor do elemento dental, presença de diastemas em região anterior e também presença de sorriso gengival. Um plano de tratamento multidisciplinar é uma filosofia de trabalho cada vez comum que permite que problemas estéticos sejam resolvidos de forma rápida e satisfatória. Este trabalho teve como objetivo descrever um caso clínico, no qual foi empregado um tratamento multidisciplinar, utilizando a técnica associada de clareamento dental, cirurgia plástica periodontal e reanatomização de unidades dentárias ântero-superiores associada a fechamento de diastemas com resina composta. Dentro das limitações do presente caso clínico, pode-se verificar que a inter-relação de especialidades odontológicas e o respeito aos princípios da Odontologia Minimamente Invasiva no tratamento proposto se mostrou como uma solução conservadora e eficaz no restabelecimento dos aspectos funcionais e estéticos do sorriso, recuperando o bem-estar e a autoestima da paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Clareamento Dental. Resinas Compostas. Diastemas. Gengivoplastia. Estética Dentária.

## ABSTRACT

The growing search for dental treatments of patients dissatisfied with their own smile is mainly due to changes in the dental element, presence of diastemas in the anterior teeth and also presence of gingival smile. A multidisciplinary treatment plan is a work philosophy that allows aesthetic problems to be resolved quickly and satisfactorily. This study aimed to describe a case report, which was proposed a multidisciplinary treatment, using a clinical technique of teeth whitening, periodontal plastic surgery and reanatomization of anterosuperior teeth with composite resin. Within the allowances of the present case, it is possible to verify the interrelation of dental specialties and the respect to the principles of Minimally Invasive Dentistry in the proposed treatment as shown as a conservative and effective solution in the restoration of the functional and aesthetic aspects of the smile, recovering the well-being and self-esteem of the patient.

**DESCRIPTORS:** Tooth whitening. Composite Resins. Diastema. Gingivoplasty. Dental Aesthetics.

## 1 INTRODUÇÃO

Os diastemas dentais são definidos como um espaço, ou ausência de contato, entre dois ou mais dentes adjacentes, frequentemente encontrados na região anterior da maxila (KINA et al., 2015). De um modo geral, as referências faciais, lábios, dentes, saúde e biótipo do tecido gengival, a anatomia e contorno gengival, podem interferir na estética do sorriso, influenciando a autoconfiança e autoestima do paciente. E, para que os componentes dentários se relacionem harmonicamente com as estruturas da face, muitas vezes faz-se fundamental e necessário uma análise minuciosa e multidisciplinar, entre as áreas da Periodontia e Odontologia Restauradora.

Um sorriso esteticamente agradável é aquele no qual o lábio superior permite a exposição de toda a coroa clínica do incisivo central superior, podendo exibir de 1 a 3 mm de gengiva (OLIVEIRA FILHO et al., 2019). Quando a exposição gengival é maior que 3 mm é denominado sorriso gengival (PEDRON et al., 2014; ALVARENGA et al., 2018), o qual pode ser causado por uma erupção passiva alterada ou crescimento vertical em excesso da maxila (ALVARENGA et al., 2018). Dentre os tipos de cirurgias periodontais descritas na literatura, a gengivoplastia tem como propósito reestabelecer contornos gengivais removendo excesso gengival sobre as superfícies coronárias, responsável pela aparência de coroas clínicas curtas (VIEIRA et al., 2018).

Em dentes anteriores com alterações de cor, a técnica de Clareamento Dental surge como um tratamento primário no contexto dos procedimentos clínicos, que consiste basicamente na aplicação de um gel clareador a base de peróxido de carbamida ou de hidrogênio sobre os dentes que se pretende clarear (ALVES et al., 2015). Dentre as técnicas de clareamento dental descritas na literatura, a técnica combinada destaca-se por ser uma opção de tratamento que potencializa os resultados e a satisfação do paciente. Esta técnica consiste na aplicação de um agente clareador em alta concentração (peróxido de carbamida 35-37% ou peróxido de hidrogênio 25%-50%) no consultório odontológico pelo cirurgião-dentista e em seguida, o

paciente segue o tratamento em domicílio, sob supervisão profissional, com utilização de moldeiras personalizadas de acetato usando agentes clareadores de baixa concentração por 1-2 horas por dia até o alcance do efeito desejado (BARBOSA et al., 2017; KNEZOVIC ZLATARIC et al., 2019).

Diante da evolução dos materiais restauradores que possibilitam uma mimetização dos elementos dentários, a restauração direta com resinas compostas é tida como uma opção conservadora e de menor custo para o paciente para reanatomização e devolução das proporções dentárias em casos de diastemas anteriores de até 2 mm (DE CAMPOS et al., 2015). Uma das grandes vantagens destes materiais restauradores é a possibilidade de restaurar a função e morfologia dental, restabelecendo características como cor, translucidez, matiz, croma e valor, recriando uma aparência natural nos elementos restaurados (DE ALMEIDA RIBEIRO et al., 2018). A técnica de restaurações diretas para remodelação em resina composta consiste na aplicação e escultura de uma ou mais camadas desse material sobre a superfície do elemento dentário, sendo considerado um procedimento seguro, de melhor custo-benefício e menos invasivo, possibilitando assim uma conservação maior da estrutura dental (CONCEIÇÃO, 2007).

Em diversas situações clínicas, procedimentos clínicos isolados não alcançam resultados estéticos harmoniosos e são necessárias abordagens multidisciplinares. O presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico multidisciplinar de reabilitação estética anterior, integrando as especialidades de Periodontia e Dentística Restauradora, envolvendo os procedimentos de cirurgia plástica periodontal, clareamento dental, fechamento de diastemas e reanatomização de dentes anteriores com restaurações diretas em resina composta.

## **2 RELATO DE CASO**

Paciente J.C.R., 23 anos, gênero feminino, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes (UNIT) na cidade de Aracaju/SE, apresentando como queixa principal, a insatisfação estética por conta de espaços presentes entre os dentes. Após detalhada anamnese e exame clínico foi constatada presença de diastemas nos dentes anteriores entre as unidades 13 e 12, 22 e 23, dentes



verticalmente encurtados e irregularidades em bordas incisais, associado ao sorriso gengival e discreta mordida aberta anterior (Figura 1A, Figura 2A e B). Como proposta de tratamento, foi sugerido um tratamento interdisciplinar ortodôntico-cirúrgico-restaurador, no entanto, a mesma recusou, pois queria uma alternativa mais rápida e menos onerosa. Após exposição detalhada das possibilidades de tratamento, esclarecendo vantagens e desvantagens das técnicas, foi coletada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela paciente, que optou por um tratamento multidisciplinar, envolvendo cirurgia periodontal (gengivectomia/gengivoplastia), clareamento dental e reanatomização de elementos dentais com restaurações diretas em resina composta.

**Figura 1 – A: Vista frontal do caso inicial, evidenciando irregularidades nas bordas incisais e leve mordida aberta anterior.**



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

**Figura 2 – A: Vista lateral direita do caso inicial, evidenciando a presença de diastemas entre as unidades 13 e 12. B: Vista lateral esquerda do caso inicial, evidenciando a presença de diastemas entre as unidades 23 e 22.**



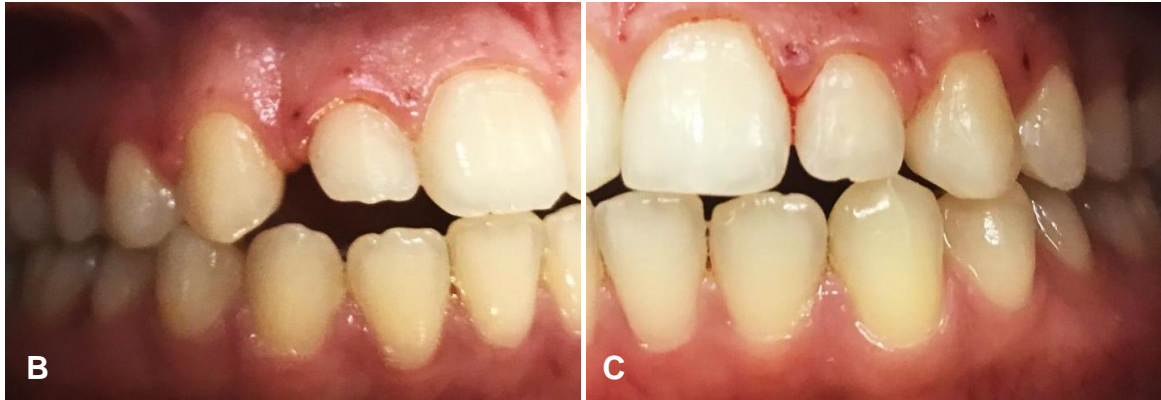
Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

O tratamento iniciou-se com a cirurgia de aumento de coroa clínica, para reestabelecer uma melhor proporção de tamanho entre os dentes. No procedimento cirúrgico, realizou-se antissepsia extra e intrabucal com Iodopovidona (Rioquímica Ltda, São José do Rio Preto-SP, Brasil) e clorexidina a 0,12% (Colgate-Palmolive Comercial Ltda, São Paulo-SP, Brasil), respectivamente. Em seguida, anestesia com Lidocaina 2% com vasoconstritor (DFL Indústria e Comércio S.A., Rio de Janeiro-RJ, Brasil), utilizando a técnica infiltrativa em fundo de sulco vestibular. Com o auxílio da sonda periodontal milimetrada PCP 15 (GOLGRAN, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil), foi realizada a marcação dos pontos sangrantes (mesial, medial e distal) (Figura 3A, B e C), por meio de sondagem transgengival, da faixa de gengiva a ser removida, conforme planejado.

As incisões para remoção do excesso gengival foram realizadas com a lâmina de bisturi 15C (Lamedid Comercial e Serviços Ltda, Barueri-SP, Brasil) em bisel externo, inclinando a lâmina 45° em direção à coroa do dente, unindo os pontos sangrantes, da unidade dentária 13 ao 23. Após as incisões (Figura 4A), com o auxílio de curetas e raspadores, os tecidos excisionados e de granulação foram removidos (Figura 4B). Para um contorno adequado, alinhou-se a linha dos zênites de incisivo central a canino na mesma tangente, dando um aspecto mais harmônico ao sorriso (Figura 5A).

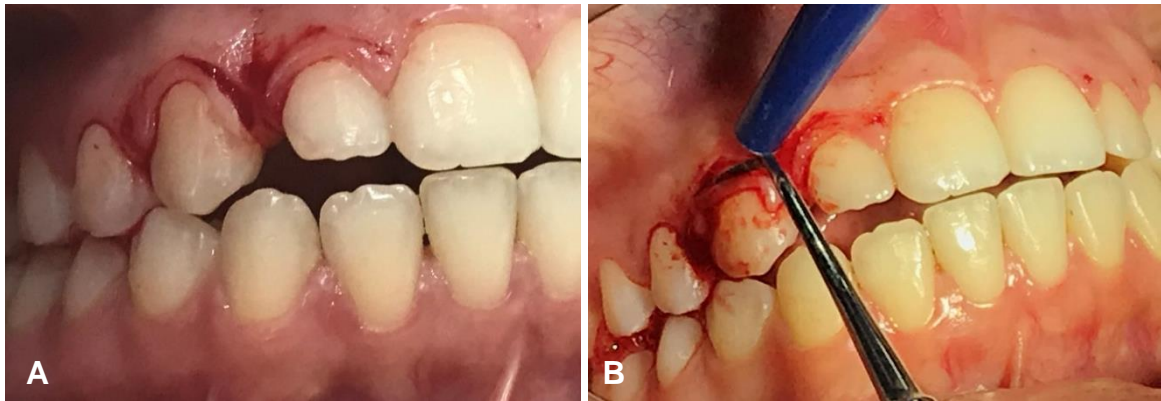
**Figura 3 – A, B e C: Marcação dos pontos sangrantes (mesial, medial e distal) da unidade 13 a 23.**





Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

Figura 4 – A: Realização das Incisões e união dos pontos sangrantes. B: Retirada do tecido excisionado com auxílio de cureta.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

Figura 5 – A: Pós-operatório imediato, demonstrando alinhamento dos zênites de incisivo central a canino na mesma tangente.



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

Após três meses da realização da cirurgia periodontal (Figura 6A e B), o tratamento prosseguiu com o clareamento dentário, associando-se o clareamento de consultório com o caseiro supervisionado pelo cirurgião-dentista. O registro de cor inicial foi realizado com auxílio de escala de cor (Vita Classical, Wilcos Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil), sob luz natural, atribuindo cor A3,5. O clareamento de consultório foi iniciado com profilaxia prévia e aplicação de agente dessensibilizante (KF 2%, FGM Joinville, Santa Catarina, Brasil) por 10 minutos. Após aplicação da barreira gengival, o agente clareador à base de peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP Maxx, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil), foi aplicado três vezes durante 15 minutos, segundo as recomendações do fabricante (Figura 7A). Por último, procedeu-se à aplicação de flúor gel neutro (NOVA DFL, Taquara, Rio de Janeiro, Brasil) por 5 minutos.

**Figura 6 – A e B: Pós-operatório de 3 meses.**



**Fonte: Arquivo pessoal, 2019.**

**Figura 7 – A: Clareamento no consultório com peróxido de hidrogênio a 35%.**

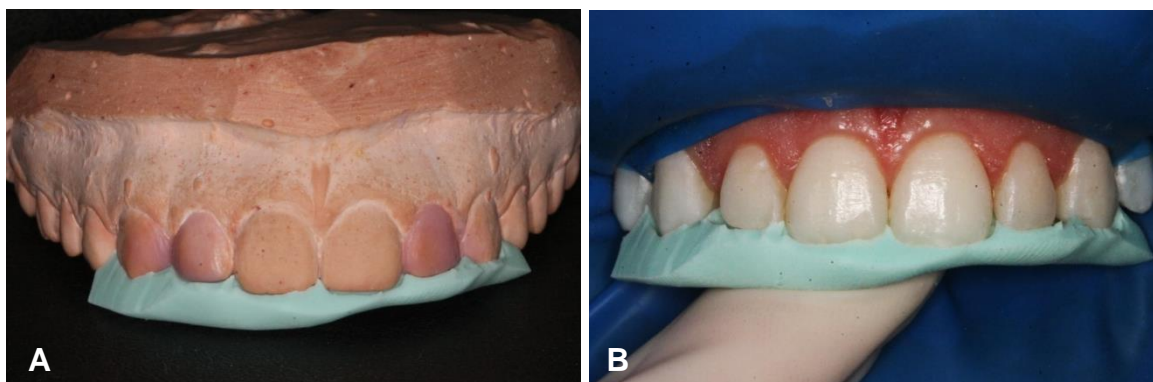


**Fonte: Arquivo pessoal, 2019.**

Ao final da sessão do clareamento de consultório, a paciente foi orientada a utilizar a técnica de clareamento caseiro com o gel de peróxido de carbamida a 16% (Whiteness Simple, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) com o auxílio de moldeiras de acetato, 02 horas por dia, durante 15 dias. Ao término do tratamento clareador, os dentes foram submetidos ao procedimento de polimento com pasta diamantada, disco de feltro em baixa rotação e observou-se cor final estabelecida A2, segundo a escala de cor (Vita Classical, Wilcos, Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil).

Quinze dias após o término do tratamento clareador, a paciente retornou à clínica para a confecção das restaurações. Para a obtenção dos modelos de estudo, os arcos superior e inferior foram moldados com silicone de adição denso (Express XT, 3M, Minnesota, Maplewood, Estados Unidos) e alginato tipo I (Jeltrate Plus, Dentsply Sirona, Pensilvânia, Nova York, Estados Unidos) respectivamente, e vazados com gesso especial tipo IV (Durone, Dentsply Sirona, Pensilvânia, Nova York, Estados Unidos). A partir do modelo de estudo, foi realizado o enceramento das unidades 12, 13, 22 e 23, além de confeccionar a guia de silicone (Figura 8A). O guia de silicone de adição laboratorial (Express XT, 3M, Minnesota, Maplewood, Estados Unidos) foi testado e colocado em posição sob o arco da paciente, servindo como matriz para a confecção da porção palatal da restauração para tornar mais previsível à reconstrução dos elementos da região anterior.

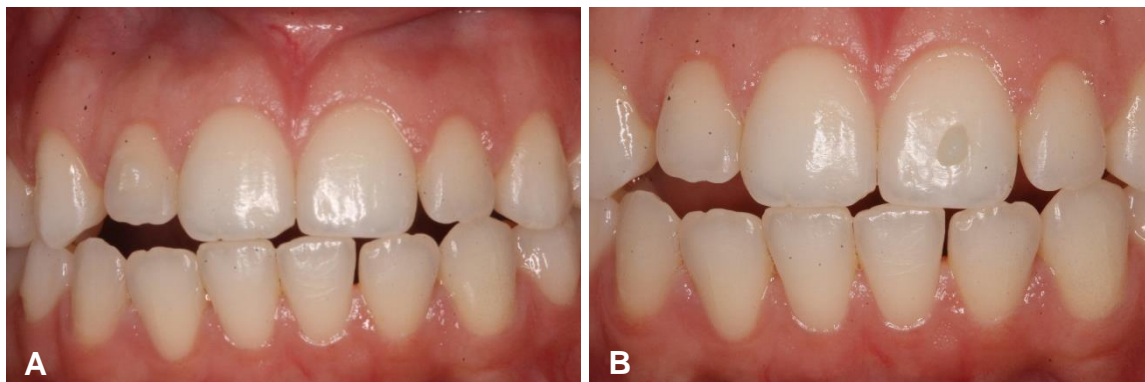
**Figura 8 – A: Enceramento diagnóstico associado à guia Silicone. B: Guia de silicone em posição ao arco superior.**



**Fonte: Arquivo pessoal, 2019.**

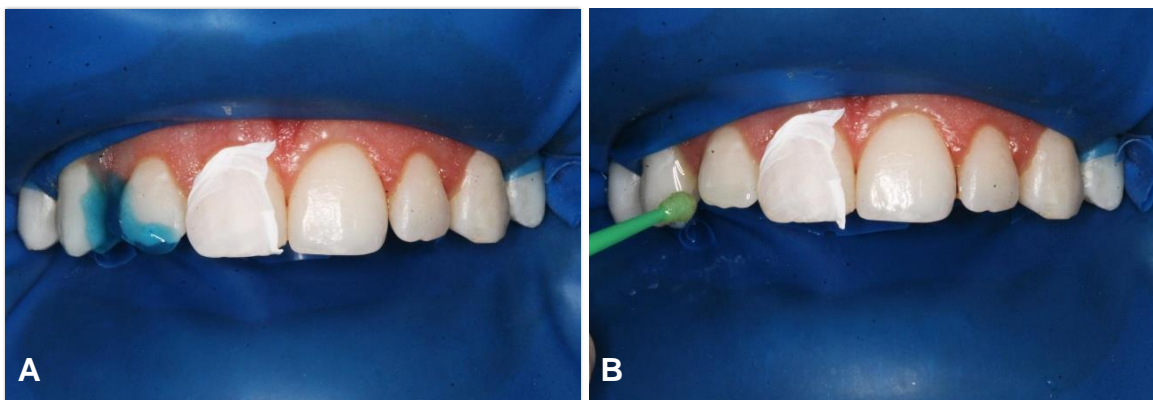
Realizou-se profilaxia com auxílio de pedra-pomes/água e escovas de Robinson, além da escolha de cor realizando incrementos de resina composta sobre a superfície dental (Figura 9A e B). Foi realizado isolamento absoluto modificado envolvendo a região de pré-molar a pré-molar superior. O condicionamento ácido total (Ácido Fosfórico 37%, Dentsply Sirona, Pensilvânia, Nova York, Estados Unidos) foi realizado no esmalte durante 30 segundos (Figura 10A), seguido de lavagem abundante com spray ar/água pelo mesmo período de tempo do condicionamento e secagem do esmalte com bolinhas de algodão esterilizadas. Um sistema adesivo convencional de 2 passos (Ambar, FGM Joinville, Santa Catarina, Brasil) foi aplicado em duas camadas ao final da última camada foi fotopolimerizado por 20 segundos (Figura 10B). Com o guia de silicone posicionado sob o arco da paciente os incrementos de resina composta foram inseridos com auxílio de espátula de inserção metálica para compósitos (GOLGRAN, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil).

**Figura 9 – A: Escolha de cor com incremento de resina composta sobre superfície da unidade 12. B: Escolha de cor com incremento de resina composta sobre superfície da unidade 21.**



**Fonte: Arquivo pessoal, 2019.**

**Figura 10 – A: Condicionamento ácido total do esmalte nos elementos 12 e 13. B: Aplicação do sistema adesivo nos elementos 12 e 13.**



**Fonte: Arquivo pessoal, 2019.**

As restaurações foram feitas com resina composta A2 (Opallis, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) de corpo e esmalte. Posicionado o guia, iniciou-se o processo restaurador, com a inserção da resina composta correspondente ao esmalte palatino, onde o incremento foi fotopolimerizado. Após a remoção do guia de silicone, foi verificado se a camada de resina presente estava sem falhas e iniciou-se a inserção de resina composta referente à dentina e esmalte vestibular, reproduzindo a forma dental conforme o enceramento diagnóstico. Todas as

restaurações seguintes ocorreram da mesma forma que a citada acima desde a etapa do condicionamento ácido até a inserção da resina.

Ao final do procedimento restaurador, os excessos grosseiros foram removidos com auxílio de pontas diamantadas de granulação F (#2200F, KG Sorensen, Barueri, São Paulo, Brasil), tiras de lixa interproximais e checagem da oclusão em posições de máxima intercuspidação habitual, protrusiva, lateralidade esquerda e direita.

Após 48h, o polimento da resina composta foi realizado, em sequência, com auxílio de discos abrasivos em granulação decrescente (TDV, Pomerode, Santa Catarina, Brasil), borrachas de silicone (TDV, Pomerode, Santa Catarina, Brasil) e discos de feltro impregnados (TDV, Pomerode, Santa Catarina, Brasil), para a obtenção adequada de lisura superficial e textura das restaurações. Nas figuras 11A, B e C, pode-se observar o aspecto final e a satisfação relatada da paciente com o resultado final obtido (Figura 12A e B).



**Figura 11 – A, B e C: Reanatomização em resina composta, após a realização do acabamento e polimento.**



**Fonte: Arquivo pessoal, 2019.**

**Figura 12 – A: Aspecto final do sorriso.**



**Fonte: Arquivo pessoal, 2019.**

### 3 DISCUSSÃO

A frequente procura por procedimentos estéticos tem crescido exponencialmente, colaborando com a evolução de técnicas e métodos restauradores inovadores para solucionar alterações nos dentes e no sorriso. A presença de diastemas na região de incisivos centrais e laterais superiores é considerado um fator antiestético prejudicial que afeta de maneira negativa o sorriso e autoestima do paciente. Para Baratieri, Monteiro e Melo, em 2012, nesses casos sempre que possível, deve-se indicar o tratamento ortodôntico para fechar os espaços. Porém, em algumas circunstâncias, os procedimentos ortodônticos não são capazes de promover o fechamento total dos diastemas ou até mesmo, o paciente, pode não aceitá-lo como opção de tratamento, por possuir maior custo e requerer mais tempo e dedicação para obtenção do resultado, fazendo-o, muitas vezes, a procurar por tratamentos restauradores que demandam menor tempo de execução, mas que possibilitam também corrigir de forma satisfatória e conservadora, as alterações estéticas e funcionais dos dentes e/ou do sorriso.

No caso clínico apresentado, o paciente apresentava diastemas, dentes verticalmente encurtados e com bordas incisais irregulares, associados a um sorriso gengival e discreta mordida aberta anterior. Apesar da indicação de ortodontia prévia, diante da condição clínica e exigência estética do paciente, a mesma optou pela realização de cirurgia periodontal seguida de clareamento e reanatomização com resinas compostas diretas.

As opções de tratamento dependem da etiologia e da severidade do sorriso gengival. Os fatores etiológicos do sorriso gengival são: crescimento vertical excessivo da maxila, extrusão dento alveolar anterior, lábio superior curto, hiperatividade muscular labial, erupção passiva alterada ou atrasada, crescimento gengival induzido por placa ou drogas e combinação de dois ou mais fatores (SILBERBERG et al., 2009; DE MACEDO SANTANA et al., 2019). As diferentes modalidades terapêuticas indicadas para o tratamento do sorriso gengival vão desde a gengivectomia/gengivoplastia até a miectomia e a cirurgia ortognática, sendo os dois últimos procedimentos mais invasivos (PEDRON et al., 2014; DE BRITO et al., 2016). A gengivectomia, por um lado, diminui a quantidade da gengiva inserida,

removendo tecido mole, enquanto que a gengivoplastia cria o contorno gengival adequado, remodelando o seu tecido e criando um contorno favorável, melhorando a estética (PENTEADO et al., 2015), corroborando com De Brito et al. (2016), os quais afirmaram que a realização da gengivoplastia para diminuição do volume gengival favorece a harmonia dento-gengivo-facial dos pacientes. No caso clínico exposto, a paciente possuía erupção passiva alterada e, portanto optou-se pela cirurgia plástica periodontal, em que foi realizado a gengivoplastia e gengivectomia de canino a canino superior, removendo o tecido gengival em altura e espessura, bem como a remodelação dos contornos gengivais, expondo assim coroa clínica maior e com melhor contorno gengival.

A técnica de clareamento dental entra como finalidade de potencialização do processo restaurador, podendo ser executada em consultório, em domicílio com a devida prescrição do cirurgião dentista, ou então a partir da combinação das duas técnicas. O prognóstico favorável é dependente de um diagnóstico correto e um plano de tratamento adequado, por isso, é necessária uma avaliação minuciosa antes da indicação e eleição da técnica clareadora a ser utilizada (DOS REIS GOYATÁ et al., 2017). No caso clínico em questão foi realizado clareamento associando as duas técnicas caseiro e consultório, e ao final do tratamento observou-se que houve uma mudança satisfatória na coloração dos dentes. Na etapa em que se realizou o clareamento através da técnica de consultório, antes de aplicar o agente clareador foi aplicado dessensibilizante para diminuir a probabilidade de sensibilidade, corroborando com Henrique et al., (2017), os quais afirmaram que o uso de dessensibilizante prévio ao tratamento clareador e/ou aplicação de fluoreto de sódio neutro a 2%, é eficaz no controle da hipersensibilidade dentinária. A sensibilidade pode ocorrer tanto no decorrer do procedimento como depois da finalização do procedimento. De acordo com Penha et al. (2015), não existem diferenças entre os géis clareadores utilizados no que diz respeito ao poder de clareamento dentário e à hipersensibilidade dentinária.

Entretanto, o sucesso clínico de um tratamento restaurador está diretamente relacionado ao material restaurador de escolha, a técnica a ser utilizada, bem como, a habilidade do profissional. Esse sucesso estético e funcional depende principalmente de um correto planejamento, o que pode ser viabilizado por meio do

enceramento diagnóstico. O enceramento diagnóstico consiste na realização de uma previsão do resultado final em cera e é confeccionado a partir da moldagem inicial e obtenção dos modelos de estudos do paciente, nos quais são realizados acréscimos em cera, a fim de obter-se a prévia do tratamento restaurador. Tal procedimento possui vantagens significativas em outros aspectos, tais como: a obtenção de novos contatos oclusais estáticos e na determinação da forma e orientação dos dentes (CALIXTO et al., 2011; VAZ et al., 2015).

Após a realização do ensaio restaurador em cera, é confeccionado um guia de silicone de adição a partir da moldagem do modelo de gesso encerado e este enceramento é levado à boca por meio da guia.

Segundo Sene et al. (2016), as restaurações diretas em resina composta apresentam-se como uma opção clínica de tratamento em casos de diastemas ou anomalias na forma dentária. A seleção do tratamento é relacionada à quantidade e proporção dos diastemas. No caso apresentado nesse trabalho, a paciente não optou pelo uso de aparelho ortodôntico, pois os diastemas eram observados em alguns dentes e não considerados exagerados, desta forma, optou-se pela reanatomização com resina composta.

De acordo com Silva et al. (2016), a opção por fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta apresenta grandes vantagens: técnica rápida, segura, eficaz, menor custo em relação às cerâmicas, dispensam etapas laboratoriais, não requerem provisório, apresentam uma longevidade aceitável e é considerada uma técnica mais conservadora e reversível caso não se tenha alcançado o resultado estético desejado. No entanto, o resultado final satisfatório dependerá da técnica selecionada, material utilizado e dá prática clínica do profissional.

Para a seleção do material a ser utilizado, o material de eleição foi uma resina nanohíbrida, uma vez que os compósitos nanohíbridos e nanoparticulados apresentam propriedades mecânicas satisfatórias e por vezes bastantes semelhantes à estrutura dentária, como resiliência, padrão de desgaste, manutenção da lisura e resistência a fratura (SCOTTI et al., 2019). A resina nanohíbrida (Opallis - FGM Joinville, Santa Catarina, Brasil) é indicada para

restauração de dentes anteriores e posteriores, pois apresenta cargas de vidro, combinando alto grau de pureza, grãos mais finos, índice de refração próximo ao da resina e excelente opacidade, atribuindo ao produto boas propriedades físicas, mecânicas e ópticas (REIS et al., 2019).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dentro das limitações do presente caso clínico, pode-se verificar que a interrelação de especialidades odontológicas e o respeito aos princípios da Odontologia Minimamente Invasiva no tratamento proposto, envolvendo cirurgia periodontal, clareamento dental e reanatomização com resinas compostas diretas mostraram ser uma solução eficaz e conservadora no restabelecimento dos aspectos funcionais e estéticos do sorriso, devolvendo o bem-estar e a autoestima da paciente.

## 5 REFERÊNCIAS

1. ALVARENGA, D. B., SANTANA, C. L. V., OLIVEIRA, F. R. D. T. S. Inter-relação periodontia/dentística na correção de sorriso gengival: relato de caso clínico. **Braz J Periodontol**, v. 28, n. 02, p. 53-59, june., 2018.
2. ALVES, N. V., SANTANA, T. A. T., LANDIM<sup>a</sup>, E. V. D. F., TAVARES, G. R. TRIGUEIRO, T. A., LANDIM, E. V., TAVARES, G. R. Reabilitação estética e funcional do sorriso: revisão de literatura. **Rev Interfaces: Saúde, Hum, Tecnol**, v. 3, n. 09, p. 25-30, apr., 2016.
3. BARBOSA, D. C., DE'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, 2017.
4. BARATIERI, L. N.; MONTEIRO Jr. S.; MELO, T.S.; **Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas**. 1º Ed. São Paulo: Santos, p. 321-334, 2010. v. 1, 804 p.
5. CALIXTO, L. R.; BANDECA, M. C.; ANDRADE, M. F. Enceramento diagnóstico: previsibilidade no tratamento estético indireto. **Rev dent press estética**, v. 8, n. 4, p. 26-37, 2011.
6. CONCEIÇÃO, E. N.; **Dentística: saúde e estética**. 2º Ed. Porto Alegre: Artmed, p. 358-338, v. 1, p. 573, 2007.
7. DE ALMEIDA RIBEIRO, L. F., De GRAJEDA, F. M. C. Cor na odontologia restauradora moderna: revisão de literatura. **Rev IC Univ Vale do Rio Verde**, v. 9, n. 1, p. 57-68, 2018.
8. DE BRITO, E. C. D., DE ABREU ALVES, W., DE SOUSA, J. N. L., DE QUEIROZ FERREIRA, R., RODRIGUES, DE SOUZA M. M. L. D. Gengivectomia/gengioplastia associada à toxina botulínica para correção de sorriso gengival. **Braz J Periodontol**, v. 26, n. 03, p. 50-56, mar./sept., 2016.
9. DE CAMPOS, P. R. B., AMARAL, D., DA SILVA, M. A. C., BARRETO, S. C., PEREIRA, G. D. D. S., Do Prado, M. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. **Rev Fac Odontol UPF**, v. 20, n. 2, p. 227-231, may./aug., 2015.

10. DE MACEDO SANTANA, B., DE FIGUEIREDO FILHO, A. O., DE FREITAS LINS, G. P., DO NASCIMENTO, T. M. T., DE SOUZA SILVA, R. T. P., MOURA, J. A. R. Os Principais Aspectos Do Sorriso Gengivoso. **Rev Uningá**, v. 56, n. 3, p. 122-131, july./sept., 2019.
11. DOS REIS GOYATÁ, F., COSTA, H. V., MARQUES, L. H. G., BARREIROS, I. D., LANZA, C. R. M., JÚNIOR, J. B. N., 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.
12. REIS, R., VIVAS, MICHELE. Reabilitações orais e estéticas. **FGM News**, v. 21, p. 48-51, jan., 2019.
13. KINA, M., LEAL A.F., FABRE,F,A., MARTIN,L,C, O., COIMBRA DE CRUZ,M., KINA, J. Tratamento restaurador estético minimamente invasivo através da técnica direta com compósito, Relato de caso clínico. **Arch Health Invest**, v. 4, n. 4, p. 50-55, 2015.
14. KNEZOVIĆ ZLATARIĆ, D., ŽAGAR, M., & ILLEŠ, D. A clinical study assessing the short-term efficacy of combined in-office/at-home whitening treatment. **J Esthet Restor Dent**, v. 31, n. 2, p. 140-146, 2019.
15. OLIVEIRA FILHO, A. C., GOMES, L. M. T., CORRÊA, A. C., LEÃO, E. F. D., CANGUSSU, D. M., & TORRES, S. D. A. S. USO DE CIMENTO ORTOPÉDICO PARA CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL. **Rev Inter**, v. 14, p. 65, 2019.
16. PEDRON, I. G. Cuidados no planejamento para a aplicação da toxina botulínica em sorriso gengival. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 250-256, sept./dec., 2017.
17. PENTEADO, L. A. M. Gengivectomia e Gengivoplastia na Estética do Sorriso– Relato de caso. **Rev Incel**, v. 5, n. 1, p. 285-299, nov./dez., 2015.
18. PENHA, E. S., PINTO, W. T., DOS SANTOS, R. L., GUÊNES, G. M. T., DE MEDEIROS, L. A., DE LIMA, A. M. A. Avaliação de diferentes sistemas de clareamento dental de consultório. **Rev Fac Odontol UPF**, v. 20, n. 3, p. 281-286, sept./dec., 2015.
19. 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. 70-7, 2016.

20. SCOTTI, C. K., VELO, M. M. D. A. C., MICHELLIN, M. B., ZABEU, G. S., JALKH, E. B., BOMBONATTI, J. F. S., MONDELLI, R. F. L. Abordagem restauradora estética e conservadora para o fechamento de diastemas múltiplos após tratamento ortodôntico. **Clinical Lab Res Dent**, p.1-10, jan., 2019.
21. SILBERBERG, N.; GOLDSTEIN, M.; SMIDT, A. Excessive gingival display: Etiology, diagnosis, and treatment modalities. **Quintessence Int** , v. 40, n. 10, p. 809-818, nov., 2009.
22. SILVA, A. F., LUND, R. F. **Dentística restauradora: Do planejamento a execução**. 1º ed. Rio de Janeiro: Santos, p. 113-128, v. 1, p. 284, 2016.
23. SCHWARZ, V., SIMON, L. S., DA SILVA, S. A., GHIGGI, P. C., CERICATO, G. O. Fechamento de Diastema com resina composta. **J Oral Invest**, v. 2, n. 1, p. 26-31, 2015.
24. VAZ, M. M., VAZ, E. C., ALVES, C. B., LAWDER, J. C., LENZA, M. A., SOUZA, J. B., LOPES, L. G. Utilização do ensaio restaurador como guia de desgaste em reabilitação estética com sistema IPS e. max: Caso clínico. **Rev Odontol Bras Central**, v. 24, n. 68, p. 6-10, 2015.
25. VIEIRA, A. C., OLIVEIRA, M. C. S. D., ANDRADE, A. C. V., GNOATTO, N., SANTOS, E. F. D., MEDEIROS NETTO, M. L. P. D. Abordagem interdisciplinar na reabilitação estética do sorriso. **Rev Odontol Araçatuba**, p. 54-59, may./aug., 2018.



