

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

**MODIFICAÇÃO DO SORRISO POR MEIO DA ASSOCIAÇÃO DE
RECURSOS ESTÉTICOS DIRETOS: RELATO DE CASO CLÍNICO**

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.

Aluna: Larissa de Sena e Silva Cardoso
Orientadora: Prof^a. MSc. Sandra Regina Barretto

ARACAJU/SE
MAIO/2010

LARISSA DE SENA E SILVA CARDOSO

MODIFICAÇÃO DO SORRISO POR MEIO DA ASSOCIAÇÃO DE
RECURSOS ESTÉTICOS DIRETOS: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes como
parte dos requisitos para obtenção do grau de
bacharel em Odontologia.

APROVADA EM __/__/__
BANCA EXAMINADORA

Prof^o MSc LUIZ GUILHERME MARTINS MAIA
ORIENTADOR/PRESIDENTE DA BANCA

PROF^a. MSc. SANDRA REGINA BARRETTO
1^a EXAMINADORA

CRISTIANE COSTA DA CUNHA OLIVEIRA
2^a EXAMINADORA

“Se seus sonhos estiverem nas nuvens, não se preocupe, pois eles estão no lugar certo; agora construa os alicerces”.

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

Não existe trabalho sem dedicação. Foram quatro anos de muito esforço e muita dedicação, e tudo isso levou ao meu objetivo: minha Formatura! Uma grande etapa ficou para trás e, sei que uma maior ainda está por vir.

Quero agradecer primeiramente a Deus, que sempre guiou meu caminho, iluminando-o e fazendo com que eu enxergasse cada passo a minha frente.

Aos meus pais, capazes de abdicar de tudo por mim. Foram vocês que sorriram e choraram comigo e sempre estiveram por perto ajudando a vencer os obstáculos. Essa vitória também é de vocês! Amo vocês imensamente!!!

Ao meu namorado Marcelo, meu apoio certo nos momentos mais difíceis, por sempre me fazer sorrir, estando ao meu lado incentivando e apoiando todas as minhas decisões.

A minha orientadora e agora colega de profissão Sandrinha, obrigada por me ensinar um pouco mais dessa especialidade tão linda que é a Dentística; pela paciência, por me fazer acreditar que eu iria conseguir concluir este trabalho e pela confiança depositada em mim.

A minha eterna dupla Renata, pois chegar até aqui não foi fácil, mas com a sua companhia os dias na clínica ficaram muito mais alegres. Aos meus amigos Kaynara, Teles, Ismário, Felipe e Marcelo pela alegria que me proporcionaram durante essa jornada, vou sentir saudades.

Aos meus familiares, amigos e todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram dessa conquista.

Aos mestres, que transmitiram seus conhecimentos e experiências, nos preparando para enfrentarmos as dificuldades e vencê-las.

Aos funcionários, sempre prontos para ajudar, escutar e atender nossos pedidos. Os dias na clínica não seriam os mesmos sem vocês. Enfim, gostaria de agradecer a todos que, mesmo distantes, transmitiam energia e vibrações positivas, sempre torcendo pela minha vitória.

MODIFICAÇÃO DO SORRISO POR MEIO DA ASSOCIAÇÃO DE RECURSOS ESTÉTICOS DIRETOS: RELATO DE CASO CLÍNICO

Larissa de Sena e Silva Cardoso; Sandra Regina Barretto

Resumo

A odontologia estética tem se tornado muito importante nos dias atuais, pois a busca pelos padrões de beleza e a perfeição das formas e dimensões têm proporcionado uma supervalorização da aparência do indivíduo. Com as novas técnicas restauradoras e aplicando princípios como a proporção áurea para definir conceitos de simetria, equilíbrio e harmonia como pontos-chaves da beleza de um conjunto, o presente trabalho têm como objetivo evidenciar um caso clínico onde não existia harmonia dos dentes superiores anteriores, pois, apresentavam-se conóides e conseqüentemente diastemas, utilizando a proporção áurea para se alcançar um sorriso estético.

PALAVRAS-CHAVES: Diastemas, proporção áurea, estética.

ABSTRACT

The esthetic odontology has become very important nowadays, once that the search for the beauty patterns and form and dimension perfection have provided a super appreciation of the individual aspect. With the new restoratives techniques and the application of the golden proportion principles to define the concepts of simetry, balance and harmony as the main points of a beauty set, this work has the objective of presenting a clinic case in which does not exist harmony in the maxillary anterior teeth, because of the presence of conical teeth and consequently diastemas, using the golden proportion to reach a esthetic smile.

KEW WORDS: Diastemas, golden proportion, esthetics.

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a aparência para o indivíduo moderno tem motivado o crescente desenvolvimento da estética nas suas diferentes áreas. Nesse ínterim, o sorriso agradável e harmonioso tem alcançado um lugar de destaque, sendo considerado um parâmetro de beleza e de saúde, enfatizado pela mídia, responsável direta pela elaboração e difusão dos padrões estéticos, o que tem contribuído para que a Odontologia Estética ganhe cada vez mais a atenção dos diferentes profissionais da área e público em geral.

A aquisição da excelência estética por parte dos cirurgiões-dentistas requer o conhecimento relacionado à anatomia dental, simetria e harmonia facial até a habilidade de reproduzi-los fundamentados nas regras e princípios estéticos, sempre respeitando o paciente como um indivíduo social. Contudo, a conquista da beleza não resulta somente do domínio de requisitos técnicos por parte dos profissionais, por isso não é algo tão simples, uma vez que seu conceito perpassa pelo individual, pelo cultural, pelo social, pelo tempo.

Beleza é assim um tema atual sem necessariamente ser uma preocupação exclusiva da sociedade moderna. Por exemplo, na busca da obtenção da beleza perfeita, os gregos antigos desenvolveram fórmulas matemáticas que quando aplicadas para a realização de construções, esculturas e monumentos foram capazes de impressionar os sentidos mais refinados; fórmulas estas disponíveis até hoje, como é o caso da Teoria de Pitágoras e até mesmo a de Platão que envolviam conceitos de equilíbrio, harmonia, simetria e de proporção (MONDELLI, 2003).

A proporção áurea, também conhecida como proporção Divina, proporção de ouro, proporção dourada, secção de ouro, e secção perfeita exemplifica fortemente uma fórmula matemática capaz de reproduzir o belo na natureza, sendo de grande aplicabilidade e que aponta uma diretriz segura para atingir a plenitude de beleza da natureza, uma vez que se baseia no fato de que o conceito de beleza está intimamente associado à harmonia das proporções; que por sua vez é originada da noção de relacionamento, medida ou porcentagem implicando na quantificação de normas que

podem ser aplicadas a cada realidade física (MONDELLI, 2003). Deve-se salientar que a relação sugerida pela proporção áurea é de 1,0 para 1,618 para qualquer que seja o objeto, sendo o número ouro representado por 0,618 (62%).

Na Odontologia os conceitos de proporção áurea foram utilizados inicialmente na década de 70 por Lombardi (1973) e Levin (1978) que observaram haver dominância dos incisivos centrais em relação aos demais dentes ântero-superiores dado ao seu posicionamento no arco, permitindo a sua visualização total (100%), tanto em relação ao seu tamanho quanto a sua forma. Observaram também, que à medida que os dentes se afastam dos incisivos centrais há uma redução na sua percepção visual em 62% em direção posterior, o que confere uma proporção regressiva de aparecimento, obedecendo ao padrão de proporção áurea (LOMBARDI, 1973).

O aparecimento de qualquer que seja a alteração seja de forma, tamanho, alinhamento ou de número na região dos dentes anteriores, como por exemplo, a perda de dentes, presença de diastemas, presença de incisivos conóides, dentre outros, automaticamente favorece a desarmonia do sorriso, sendo facilmente percebida pelo observador. Sendo assim, o conhecimento dos cálculos da proporção áurea pode funcionar como um auxiliar no planejamento do tratamento restaurador visando o reequilíbrio das forças que agem negativamente no sorriso do paciente (BERTOLLO, 2004) e percepção visual do profissional associados a outros conhecimentos de fundamental importância como a aceitação do sorriso como uma entidade integrada, são fatores importantes para o sucesso do tratamento restaurador.

É fato que a Odontologia Estética tem se valido desses conceitos para facilitar a obtenção de resultados cada vez mais previsíveis do ponto de vista do conceito de conjunto. Contudo, nada se compara às infindáveis possibilidades propiciadas pelo desenvolvimento e aperfeiçoamento de materiais e de novas técnicas restauradoras adesivas que têm permitido além da reprodução fiel dos detalhes verificados no dente, a realização de procedimentos com máxima preservação da estrutura dental sadia obedecendo aos preceitos mais modernos de intervenção odontológica na estrutura dental (BELOTI et al., 2002; MORENO, et al em 2002; ARANHA, MARCHI, 2003). Não devendo esquecer a opção do clareamento dental considerado o mais conservador dos tratamentos estéticos capaz de possibilitar a modificação da cor dos dentes sem

qualquer outra intervenção, além da aplicação do agente clareador sobre a estrutura dental; opções de tratamento que podem auxiliar na obtenção de um resultado mais favorável.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é de apresentar um caso clínico que se utiliza de recursos estéticos variados de fácil utilização pelo clínico geral na resolução de sorriso com alterações de forma e tamanho.

2 RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente (A.S.A.), 27 anos, gênero feminino, estava sendo submetida a tratamento ortodôntico no Curso de Pós-Graduação em Ortodontia realizado em convênio com a Clínica Odontológica da UNIT, para fechamento de diastemas posteriores, devido à ausência das unidades 15, 25,35 e 45. Anterior à finalização do tratamento, no entanto, o mesmo foi interrompido para que a paciente pudesse procurar a Clínica Odontológica da UNIT a fim de fosse realizado tratamento restaurador para modificação estética do sorriso da mesma, em decorrência da presença de incisivo lateral conóide na unidade 22 e dente com discrepância de tamanho na unidade 12, resultando em presença de diastemas entre os dentes imediatamente, laterais, quais sejam caninos e incisivos centrais (Figura 1).

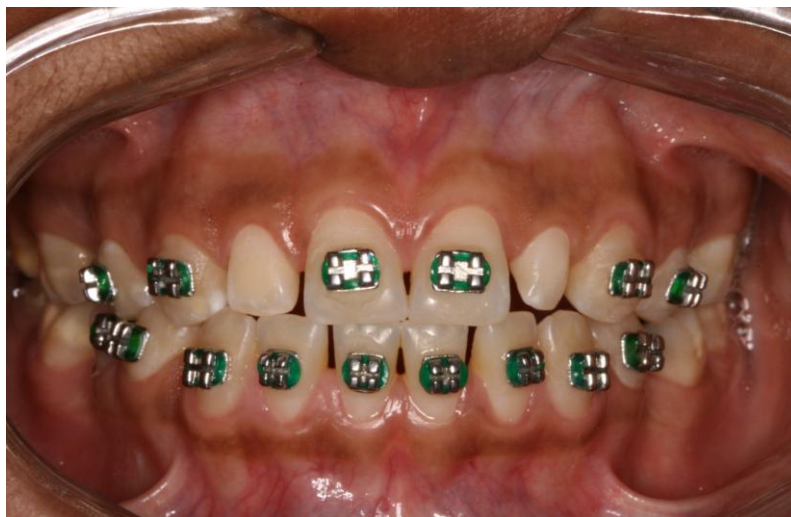


Figura 1. Sorriso inicial da paciente

Após análise mais acurada do caso, verificou-se a necessidade de intervenção no comprimento cervico- incisal dos incisivos centrais, que se apresentavam com borda incisal invertida.

Com o modelo de estudo em mãos, do arco superior e inferior da paciente em questão, aferiram-se as medidas dos dentes ântero-superiores (canino a canino), levando-se em consideração a largura méso-distal e altura cérvico-incisal, a fim de se obter, respectivamente, a proporção áurea e a proporção estética dos dentes. Ressalte-se que as medidas foram obtidas com o auxílio de um paquímetro manual (Stainless Ice). Estando de posse das medidas estabelecidas selecionou-se a Grade de Levin número 9 com as medidas corretas, que serviu como base para a manutenção das aferições durante os procedimentos restauradores. Em seguida, realizaram-se as restaurações estéticas no modelo de estudo, baseando-se nas medidas nos cálculos em proporção áurea (Figura 2).

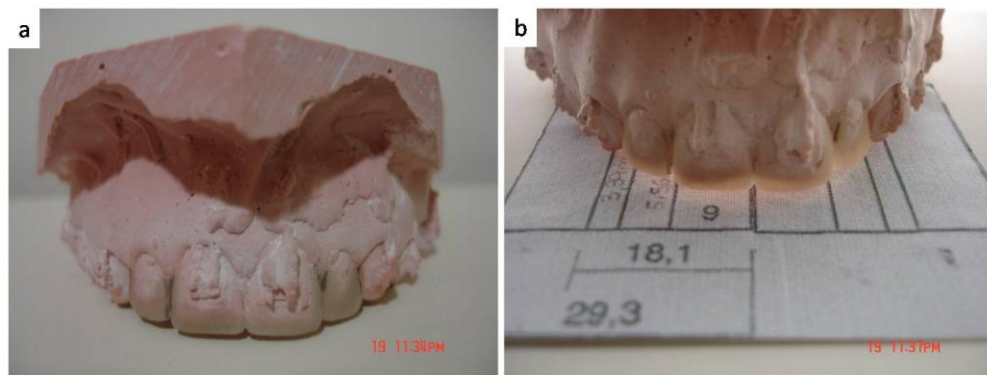


Figura 2. (a) enceramento de diagnóstico (b) grade de Levin selecionada número 9.

Em dia e horário marcados, a paciente compareceu à Clínica Odontológica da UNIT a fim de analisar as restaurações realizadas no modelo em gesso e dar o seu aval. Anterior à chegada da paciente para que fossem realizadas as restaurações, foi confeccionada uma guia de silicone, com silicona de adição, para que servisse de molde para a inserção da primeira camada de resina composta no dente (face palatina), facilitando a determinação dos contornos do dente, dentro do estabelecido no planejamento inicial (Figura 3).



Figura 3. Guia de silicona

A fase restauradora propriamente dita iniciou-se pela profilaxia realizada com uma mistura feita com pedra-pomes e água destilada aplicada às superfícies dentárias com o auxílio de taça de borracha adaptada ao contra-ângulo e micro-motor (Kavo). Seguiu-se pela escolha da cor utilizando-se para isso, da escala de cores Vita (Escala Vita-Vitaplan Classical/Alemanha), ficando estabelecida às seguintes cores para as resinas: A1 de esmalte e A2 de dentina (incisivos laterais); A2 esmalte e A3 de dentina (incisivos centrais); além da resina T- Neutral para palatina e esmalte incisal e a resina OP para efeito no bordo incisal.

Prosseguiu-se pela realização de um desgaste mínimo das superfícies a serem restauradas nas unidades: 11, 12, 21 e 22, realizadas com pontas diamantadas série F, nº 1190, adaptadas à turbina (Kavo) sob refrigeração. Todo o procedimento restaurador foi realizado sob isolamento relativo realizado com afastador de lábio e bochecha (Afastador Labial Arc Flex/FGM). A opção por esse tipo de isolamento do campo operatório deveu-se ao fato da paciente apresentar bráquetes em alguns dentes anteriores, o que dificulta a colocação do lençol de borracha.

Os procedimentos a partir desse momento descritos devem ser estendidos para todas as unidades restauradas, uma vez que se trata da mesma sequência clínica, guardadas as devidas proporções, ressaltando que cada unidade dental à exceção dos incisivos centrais, foram restauradas separadamente. Sendo assim, com o campo

devidamente isolado, procedeu-se o condicionamento ácido das superfícies dentais a serem restauradas, realizado com ácido fosfórico a 37% por 30 segundos; seguido da lavagem com spray de ar/água, por 20 segundos e da secagem da área. Com o auxílio do microbrush (3M/ESPE) fez a aplicação do sistema adesivo (Single Bond; 3M), de forma ativa por 30 segundos; aplicando-se em seguida, um suave jato de ar por 5 segundos, a uma distância de cerca de 10 cm, a fim de facilitar a volatilização do solvente contido no adesivo e, só então, realizou-se a fotoativado por 20 segundos (fotopolimerizador-Gnatus). Assim iniciamos a inserção dos incrementos do material restaurador, obedecendo à técnica incremental, a fim de controlar os efeitos da contração de polimerização do material, onde cada incremento era fotoativado por 20 segundos.

A inserção da resina composta teve o auxílio do guia de silicone, como descrito a seguir. Iniciou-se pela demarcação do local da colocação da resina composta correspondente ao esmalte palatino no guia de silicone com o auxílio da ponta de uma sonda exploradora. Levou-se uma fina camada de resina na cor T-neutral na área demarcada, auxiliado por uma espátula antiaderente para resina composta (prisma BR anti-aderente CMI 1); posicionou-se o conjunto: resina/guia de silicone junto pressionando-o contra a face palatina do dente a ser restaurado, polimerizando logo em seguida, com fotopolimerizador (Gnatus) (Figura 4).



Figura 4. (a) Guia de silicona posicionada nos dentes a serem restaurados. (b) condicionamento ácido (c) aplicação do sistema adesivo nas unidade 12 e 22

Realizou-se a verificação da adaptação da camada de resina posicionada no dente, ressaltando-se que a camada não deveria exceder a espessura de 0,2 mm (Figura 5).



Figura 5. (a) e (b) Construção da parede palatina com resina T-neutral das unidades 12 e 22. (c) construção da parede palatina com resina T-neutral das unidades 11 e 21

Como continuidade do procedimento restaurador, inseriu-se a resina composta referente à camada de dentina sobre a resina anteriormente, posicionada, tomando-se o cuidado de mantê-la aquém da margem incisal e do esmalte vestibular. Por se tratar de paciente jovem, foi utilizado o recurso de reproduzir o halo opalescente presente no bordo incisal, conseguido com a inserção de um filete delgado de resina composta na cor OP (Opallis-FGM), posicionado na porção mais externa desta região, com o auxílio de uma espátula para resina composta achatada (prisma BR anti-aderente CMI 1). A resina referente ao esmalte vestibular foi inserida com o auxílio de espátulas para resina composta e pincéis pêlo de Marta achatado de diferentes tamanhos, facilitando a obtenção de lisura superficial e adaptação adequadas.

É bastante mencionar que em diferentes etapas restauradoras foi essencial a utilização das matrizes de poliéster (Kit TDV/UNIT), especialmente durante, a realização do condicionamento ácido, da aplicação do agente adesivo e inserção da resina, com o objetivo de restringir a ação do ácido e do adesivo e de restabelecer contatos proximais e términos cervicais adequados.

Anterior a finalização da primeira sessão restauradora, realizou-se o acabamento imediato para caracterização e texturização da resina composta. Essa etapa foi executada com pontas diamantadas de diferentes tamanhos e formatos na granulação fina (Kit KG Sorensen/UNIT, série F) utilizada em alta rotação e com as pontas Optimize (Kit TDV/UNIT) utilizadas em baixa rotação. Em seguida as mesmas pontas diamantadas foram utilizadas em sessão clínica posterior para refinamento das formas,

anatomia e texturização superficial. Procedeu-se a remoção do isolamento do campo operatório e a checagem da oclusão com papel acculfilm II preso a pinça de Miller.

Em sessão subsequente, a paciente foi convocada a comparecer à clínica para dar prosseguimento ao tratamento, através da realização do polimento final das restaurações. Contudo, na análise realizada das restaurações executadas percebeu-se a presença de pequenas fraturas no bordo incisal das unidades 11 e 21, que foram devidamente corrigidas com resina composta, obedecendo a sequência clínica descrita acima. Entretanto, salienta-se que o diferencial observado refere-se ao ajuste oclusal que desta feita foi realizado as expensas das unidades 31 e 41, a fim de evitar contatos prematuros, tomando-se o cuidado de realizar o mínimo desgaste das estruturas e de fazer o adequado polimento do esmalte dental das unidades submetidas aos ajustes pertinentes. Realizou-se então, a etapa de polimento, texturização e caracterização da superfície das restaurações realizadas com resina composta, utilizando para isso de pontas diamantadas de granulação ultrafina (Kit KG Sorensen/UNIT) e dos recursos de polimento presentes no Kit TDV/UNIT.

Buscando obter um sorriso mais harmonioso para a paciente, realizou-se dentro do planejamento proposto, o clareamento das unidades 13 e 23 que se apresentavam demasiadamente escurecidos em relação às demais unidades que compunham os dentes ântero-superiores. Optou-se nesse caso pelo tratamento clareador realizado em consultório, a fim de se obter um resultado mais rápido e controlado (Figura 6). Para tanto, fez-se necessário a remoção dos bráquetes que estavam fixados nos referidos dentes, bem como da resina de cimentação remanescente na superfície do esmalte dental. A sequência clínica exigiu a profilaxia das unidades a serem clareadas; o registro da cor (Escala Vita-Vitaplan Classical/Alemanha), estabelecido em A4 (caninos) e A31/2 (1º pré-molares); posicionamento do afastador de lábio e bochecha (Afastador Labial Arc Flex/FGM); a colocação da barreira de proteção gengiva realizada com TopDam (FGM), uma largura de 3 mm e cerca de 1 mm de espessura, contornando a margem gengival dos dentes a serem clareados; preparo e aplicação do agente clareador (Whithness HP Blue Calcium: peróxido de hidrogênio a 35%) seguindo as especificações do fabricante, ressaltando que o material não é fotoativado e deverá permanecer em contato com o dente por 40 minutos, devendo ser movimentado a cada

5 ou 10 minutos a fim de liberar as bolhas de oxigênio eventualmente formadas, aumentando o contato do produto com o esmalte dental; remoção do material da superfície do dente com auxílio de cânula cirúrgica; polimento do esmalte clareado e aplicação do flúor sem pigmentação. Realizadas todas essas etapas, a paciente foi liberada para a continuação do seu tratamento ortodôntico. (Figura.7).

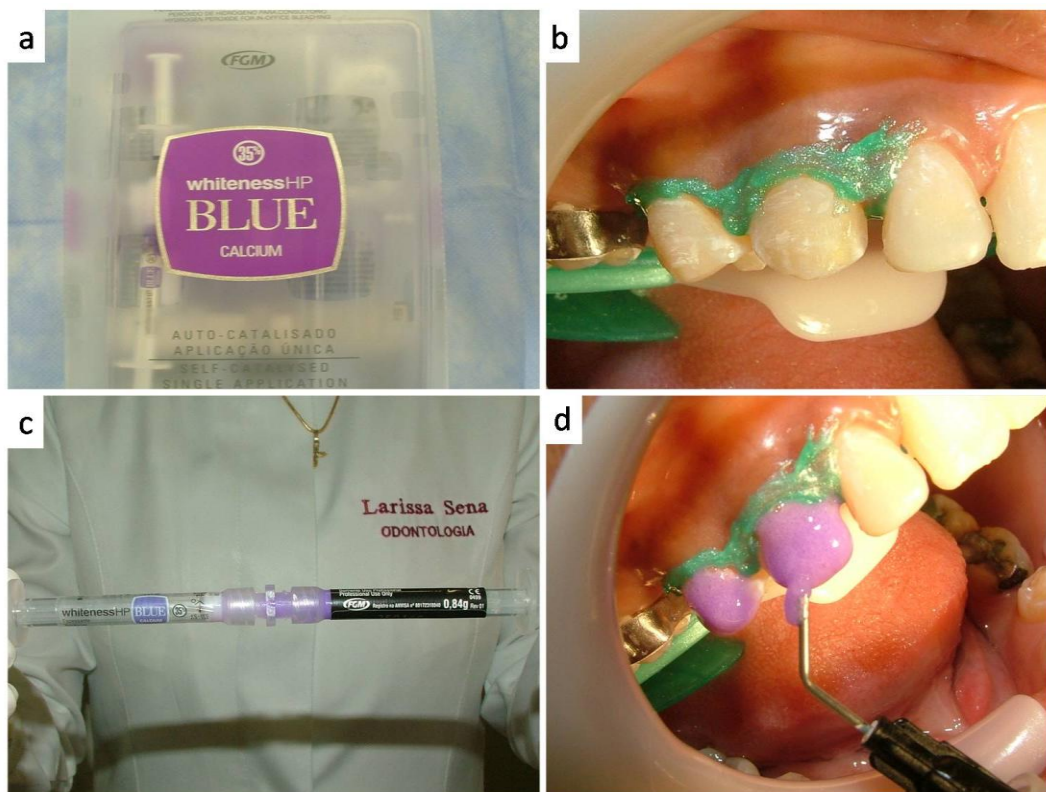


Figura 6 (a) Produto utilizado para realização do clareamento dental. (b) colocação do TopDam para proteção gengival(c) manipulação do produto(d) aplicação do agente clareador nas unidades 13 e 14

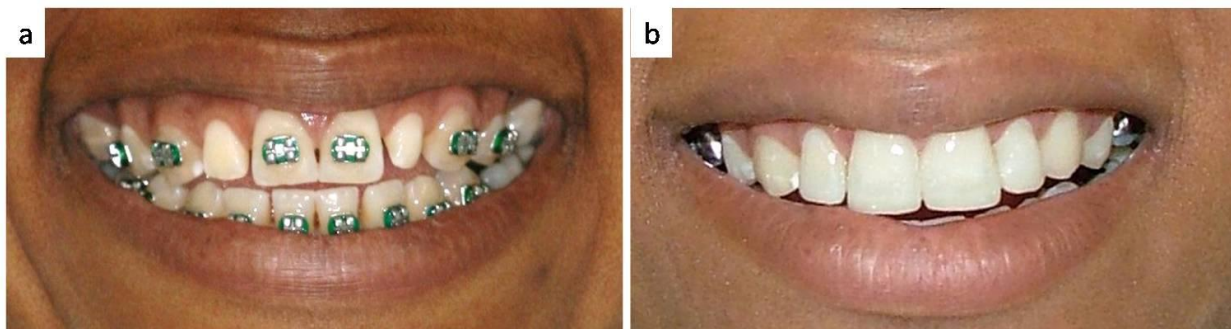


Figura 7. Conclusão dos procedimentos restauradores realizados com resina composta pela técnica direta; (a) sorriso inicial (b) sorriso final

3 DISCUSSÃO

Sobre o ponto de vista do observador a face é tem uma importância crucial na aparência do indivíduo, e nesta o sorriso desempenha um papel fundamental, por ser capaz de revelar diferentes características que incluem sentimentos diversos, e até mesmo personalidade e estado de humor; além é claro de revelar aspectos culturais e sociais associados a uma sociedade bem como, a uma determinada época (CARDOSO, 2004).

A definição de um sorriso estético perpassa por tudo o que é agradável e que estimula respostas favoráveis ao observador, satisfazendo aos princípios da percepção visual, que de acordo com Lombardi (1973) quando bem compreendidos favorecem a realização de procedimentos restauradores harmoniosos. Sendo assim e partindo do pressuposto que os dentes anteriores ocupam uma posição que os colocam em evidência no arco dental, os mesmos passam a ser fundamentais na análise estética do sorriso (HEINLEIN, 1980), ocasionando que qualquer alteração nessa região seja facilmente percebida, o que pode gerar transtornos ao indivíduo que variam de acordo com a extensão da alteração.

Corroborando com as afirmativas acima, no presente trabalho, a paciente relatou a insatisfação com o sorriso motivada pela presença dos dentes com tamanho e forma discrepantes, que produziram como consequência a presença de diastemas entre as unidades dentais, ausência de contatos proximais. O resultado era um sorriso com comprometimento de importantes componentes estéticos, quais sejam: harmonia, equilíbrio, simetria, dominância e proporção áurea (MONDELLI, 2003). Salientando-se que a paciente já vinha sendo submetida a tratamento ortodôntico, que por sua vez, teve que ser interrompido para que fossem realizadas avaliação e intervenção restauradoras, a fim de possibilitar continuidade do tratamento ortodôntico, demonstrando a importância da intervenção multidisciplinar para possibilitar adequado prognóstico de tratamento.

Anterior à realização dos procedimentos restauradores, fez necessário adequado diagnóstico e planejamento do caso (AGOSTINHO, FERNANDES; 2001; BELOTI, et al., 2002, ARANHA, MARCHI, 2003; MAURO, BROGINI, SUNDFELD, 2003), por meio da realização de fotografias pré-operatórias, bem como de modelo de estudo, por meio do

qual foi realizada, inicialmente, a aferição das unidades dentais ântero-superiores, possibilitando diagnosticar o tamanho real dos dentes e, posteriormente, foram realizadas as restaurações diagnósticas baseadas nos valores atribuídos às unidades dentais. É bastante frisar que essa etapa é de fundamental importância para estabelecer comunicação adequada entre profissional e paciente, permitindo que ambos pudessem chegar a um senso comum a respeito dos procedimentos restauradores e de seus resultados, dirimindo quaisquer possíveis dúvidas (CONCEIÇÃO, MASOTTI, 2007).

O guia que fundamentou a realização das restaurações no modelo de estudo, bem como das restaurações propriamente ditas, foram os princípios matemáticos da proporção áurea, que demonstram que partes desiguais mantêm uma relação de harmonia entre si (PAGANI e BOTTINO, 2003). Princípios esses que quando verificados na relação entre os dentes anteriores favorecem o desenvolvimento de estética harmônica gerando desta forma, forte impacto aos sentidos do observador (LOMBARDI, 1973; LEVIN, 1978; QUALTROUGH e BURKE, 1994; MEDEIROS, 1999; PAGANI e BOTTINO, 2003; REGES et al., 2003; ALEXANDER, 2006; CONCEIÇÃO, MASOTTI, 2007) .

A proporção áurea também foi de grande importância no estabelecimento da proporção estética do sorriso, ou seja, a relação satisfatória entre largura e tamanho dos dentes (GARN e WALENGA, 1968), sendo considerada adequada quando resulta em uma relação de 70% a 80% (MONDELLI, 2003, CONCEIÇÃO, MASOTTI, 2007). No caso clínico aqui apresentando tomou-se o cuidado de respeitar esta proporção, uma vez que se fez necessário o aumento em altura de todas as unidades dentárias restauradas. Para isso, inicialmente foi calculado o tamanho real dos incisivos centrais, e a partir daí, foi calculado o tamanho dos incisivos laterais e caninos, obedecendo a relação de 1,618 para os incisivos centrais, de 1,0 para os incisivos laterais e de 0,618 para a metade anterior do canino, a fim de que pudesse ter a certeza que ao final do tratamento a relação entre os dentes corresponderiam a um aparecimento regressivo, tomando por base a linha média.

De posse dos valores em proporção áurea a serem utilizados durante os procedimentos restauradores, confeccionou-se a Grade de Levin, que serviu como base

para a confecção e acabamento das restaurações, da monitorização das mesmas durante a sua confecção, e para a avaliação final das restaurações realizadas (REGES et al., 2002; CARDOSO, 2004).

Todos os procedimentos restauradores descritos no caso clínico foram realizados com resina composta. A opção por esse material deveu-se, além do fato da estética e adesividade comprovadas, por ser um procedimento previsível, de resultado rápido, sem a necessidade de sacrifícios desnecessários da estrutura dental sadia (AGOSTINHO e FERNANDES, 2001; HIRATA; AMPESSAN e LIU, 2001; BEDRAN DE CASTRO; SHINOHARA e PIMENTA, 2002; BELOTI et al., 2002; PEREIRA et al., 2002; ARANHA e MARCHI, 2003; KALIX et al., 2003; MAURO; BROGINI e SUNDFELD, 2003. EVERTON, 2008).

Urge ainda ressaltar a possibilidade de reversibilidade do tratamento restaurador realizado com compósitos permitindo reparos sejam por alterações de cor, tamanho ou mesmo de forma que se façam necessárias (RIEHL, et al, 2008), como as verificadas no presente trabalho, motivadas que foram pela presença de pequenas fraturas ocorridas nas unidades 11 e 21, devido a contatos prematuros, que foram devidamente corrigidas em sessão subsequente. Essa variável ainda é importante se for considerado que o tratamento ortodôntico ainda não foi finalizado, o que por certo determinará a necessidade de novos ajustes nas restaurações realizadas na paciente.

Outro recurso utilizado como auxiliar na obtenção de sorriso estético foi o clareamento dental vital realizado em consultório. Os dentes submetidos a esse tratamento foram os dois caninos superiores por se apresentarem bastante escurecidos em relação aos demais dentes anteriores, provocando o aparecimento de forças que perturbam a composição dental (MONDELLI, 2003). Optou-se pelo clareamento em consultório pela utilização de agentes clareadores com concentrações maiores, que por sua vez, possibilitam resultados mais rápidos, além do fato de haver maior controle do procedimento e de seus efeitos por parte do profissional (DILLENBURG, CONCEIÇÃO, 2007; RIEHL, et al, 2008). Após uma única sessão de clareamento dental foi possível vislumbrar uma relação de harmonia no sorriso da paciente com presença de dominância dos incisivos centrais, favorecida pelo clareamento dos caninos que reduziu

a tensão visual provocada pelo escurecimento anteriormente verificado nas unidades supramencionadas.

A finalização das restaurações resultou em um sorriso harmonioso sob o ponto de vista profissional e da paciente; objetivo que deve primar à prática restauradora estética. Para isso deve-se levar em consideração que os princípios estéticos aqui utilizados para a realização do planejamento restaurador quando utilizados puramente, conferem padrões universais de beleza que na grande maioria das vezes fogem a realidade ou ao desejo do paciente (KRAJICEK, WADSWORTH, 1960; GOLDSTEIN, 1969; LICHTER et al., 1999, MONDELLI, 2003). Talvez aí resida a grande fórmula do sucesso dos procedimentos restauradores estéticos, o domínio aos princípios técnicos aliado ao respeito ao desejo do paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sorriso desempenha um papel importante na aparência do indivíduo, sendo assim, alterações de qualquer natureza que acometam os dentes ântero-superiores prejudicam sobremaneira a harmonia do mesmo, o que por sua vez poderá afetar o indivíduo e suas relações.

Quando isso acontece recursos devem ser utilizados a fim de restabelecer o equilíbrio estético perdido, devolvendo assim, auto-estima do paciente. Dentre os recursos disponíveis para utilização pelo profissional encontram-se os princípios da proporção áurea, bem como, as técnicas restauradoras estéticas capazes de favorecer a obtenção de resultados rápidos e harmoniosos. Cada vez mais profissionais utilizam dessa alternativa para propiciar a seus pacientes resultados estéticos satisfatórios e de certa maneira previsíveis.

Contudo há de se considerar que os preceitos estéticos atuais exigem do profissional não somente o domínio da técnica em si, mas a sensibilidade daquele capaz de enxergar por detrás do procedimento restaurador o indivíduo e seus anseios.

SOBRE OS AUTORES

Larissa de Sena e Silva Cardoso: graduanda do curso de Odontologia da Universidade Tiradentes; lariseninha@hotmail.com ;

Sandra Regina Barretto: Mestre em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia; professora responsável pela disciplina Dentística I; Dentística II, professora da disciplina Clínica Integrada e do Estágio Supervisionado I do curso de Odontologia da UNIT; Coordenadora Adjunta do curso de Odontologia da UNIT; nanaestetica@oi.com.br .

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO A M, FERNANDES R S M. Fechamento de diastema após reconstrução do aparelho de inserção. J Bras de Clin Odontol Integ; 5(27):233-235, mai/jun. 2001.

ALEXANDER, R.G. Considerações na criação de um sorriso Cap. 8 In: ROMANO, R, et al A Arte do Sorriso Integrando a Prótese, Ortodontia, Periodontia, Tecnologia Odontológica e Cirurgia Plástica no Tratamento Estético Dental 1ª Ed Editora Quintessence: São Paulo, p. 188-210. 446p. 2006.

ARANHA, A.C.C.; MARCHI, G.M. Restaurações adesivas diretas com resina composta para fechamento de diastemas e reconstrução de laterais conóides. Rev Ibero-am Odontol Estet Dent 2(8):3003-12, 2003.

BARATIERI, L.N. et al. Estética: restaurações adesivas diretas em dentes anteriores fraturados. Ed. Santos. São Paulo:.. 397p, 1998.

BELOTI, A. et al. Facetas diretas para resolução estética de dentes conóides. J Bras Dent Estet. 1(2):122-125, abr/jun, 2002.

BERTOLLO, R.M. et al. A percepção do belo e a proporção divina. 21 p.. Disponível em: www.detalreview.com.br, 2004.

CARDOSO, M.F.F. Restabelecimento estético do sorriso com restaurações de resina composta direta, baseado no conceito de proporção áurea- relato de caso clínico. Aracaju, SE, (Trabalho de Conclusão de Curso). Curso de Odontologia. UNIT, 2004.

CONCEIÇÃO, E.N; MASOTTI, A.S Princípios de Estética Aplicados à Dentística Cap. 15 In: CONCEIÇÃO, E.N Dentística: Saúde e Estética. 2ª Ed. Editora Artmed:São Paulo, p. 300-319.. 583p, 2007.

DANIEL, H.W. A Study of Dentists' Preferred Maxillary Anterior Tooth Width Proportions: Comparing the Recurring Esthetic Dental Proportion to Other Mathematical and Naturally Occurring Proportions. J Esthet Restor Dent 19:324–339, 2007.

DILLENBURG, A.L.K; CONCEIÇÃO, E.N. Clareamento Dental Cap. 13 In: CONCEIÇÃO, E.N Dentística: Saúde e Estética. 2ª Ed. Editora Artmed:São Paulo, p. 234-263.. 583p, 2007.

GOLDSTEIN, R.E.; GARBER, D.A. Complete dental bleaching. Chicago:Quintessence. Pub. Co.;1995.

LEVIN, E.J. Dental esthetics and the golden proportion. J Prosthet Dent, Saint Louis, v, 40, n.3, p.244-252, Sept. 1978.

LICHTER, J A et al. What's behind your smile? NY St Dent J. 65(10): 34-39, 1999.

LOMBARDI, R.E. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. J Prosthet Dent, Saint Louis, v,29, n.4, p.358-382, Apr. 1973.

MANDARINO, F. Cosmética em restaurações estéticas. Disponível em: http://www.forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/este_cosm/este_cosm.html, 2003.

MAURO, S J, BROGINI, E C, SUNDFELD, R H. Plástica dental: um recurso estético para promoção de saúde. J Bras Dent Est.; 2(5):15-27, jan/fev, 2003.

MEDEIROS, C G G. Princípios básicos de estética aplicados na dentística restauradora. Rev Robrac.; 8(25):19-22, ago,1999.

MONDELLI, J. Estética e Cosmética em Clínica Integrada Restauradora. São Paulo: Quintessence. 2003.

MORENO, S.; SANTOS, P.C.G.dos. Fechamento de diastemas: relato de um caso clínico. JBD, Curitiba, v.1, N.2, P.106-112, abr/jun.2002.

PAGANI, C.; BOTINO, M.C. Proporção áurea e a Odontologia Estética. JBD, Curitiba, v.2, n.5, p.80-85, jan./mar. 2003.

PIRES, C.H. Remodelação Estética e Fechamento de Diastemas após Tratamento Ortodôntico . Joinville, Santa Catarina, FGM NEWS, v.12, p.74-77 jan, 2010.

REGES, R.V. et al. Proporção áurea: um guia do tratamento estético. JBD, Curitiba, v.1, n.4, p.292-295, out./dez. 2002.

RIEHL, H.; RUFENACHT, C.R. Fundamentos de Estética. São Paulo: Santos.. 375 p, 1998.

STEFAN, W. et al. Assessment of dental appearance following changes in incisor proportions. Eur J Oral Sci 113: 159–165, 2005.

STERRETT, J.D. et al. Width/length ratios of normal clinical crowns of the maxillary anterior dentition in man. Clin Periodontol, 26: 153–157; 1999.

SKINNER, E.W. A comparison of the properties and uses of silicate cement and acrylic resin in operative dentistry. J Amer Dent Assoc 1959; 58:27-36. Zahchrisson BU, Mjör IA. Remodeling of teeth by grinding. Am J Orthod; 68(5):545-53, 1975.

SNOW, S.R. Esthetic smile analysis of maxillary anterior tooth width: the golden percentage. J Esthet Dent, Hamilton, v.4, n.11, p.177-184, 1999.