

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ANA PAULA DA SILVA NETO SOUZA

CLARICE ROCHA DE GOIS

TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR ABRANGENDO  
ESTÉTICA VERMELHA E BRANCA: RELATO DE CASO

ARACAJU

2022

ANA PAULA DA SILVA NETO SOUZA  
CLARICE ROCHA DE GOIS

TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR ABRANGENDO  
ESTÉTICA VERMELHA E BRANCA: 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

ANA PAULA DA SILVA NETO SOUZA  
CLARICE ROCHA DE GOIS

TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR ABRANGENDO  
ESTÉTICA VERMELHA E BRANCA: 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: Giulliana Panfiglio Soares*

---

1º Examinador: \_\_\_\_\_

---

2º Examinador: \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, **Giulliana Panfiglio Soares**, orientadora das discentes **Ana Paula da Silva Neto Souza** e **Clarice Rocha de Gois** atesto que o trabalho intitulado: “Tratamento interdisciplinar abrangendo estética vermelha e branca: 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,



Orientadora: Giulliana Panfiglio Soares

# ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR ABRANGENDO ESTÉTICA VERMELHA E BRANCA: RELATO DE CASO

Ana Paula da Silva Neto Souza(a), Clarice Rocha de Gois(a), Giulliana Panfiglio Soares(b)

(a) *Graduanda em Odontologia- Universidade Tiradentes; (b) DDS, MSC, PHD, Professora Titular I do Curso de Odontologia- Universidade Tiradentes.*

---

## RESUMO

A demanda por procedimentos estéticos odontológicos cresce cada vez mais por parte dos indivíduos, uma vez que a estética está totalmente conectada num contexto de relações sociais. Um sorriso em equilíbrio depende de uma completa interligação dentofacial, bem como de uma interação destes com o tecido gengival. A gengivoplastia, quando corretamente indicada, permite reconstituir contornos gengivais, propiciando o aumento da coroa dentária. Ligado a isso, a coloração e o formato dos dentes podem ser melhorados com as técnicas de clareamento dental e com a reanatomização com resinas compostas. Estas restaurações caracterizam-se como uma técnica restauradora conservadora, com mínimo desgaste e que reproduz características semelhantes a estrutura dental. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de harmonização estética do sorriso com abordagem interdisciplinar de gengivoplastia/osteotomia/osteoplastia, clareamento dental e confecção de facetas diretas em resina composta em dentes anteriores, promovendo melhoria a estética dentária e gengival, como também, no âmbito social, tendo uma melhora significativa na autoestima da paciente em questão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estética dental, gengivoplastia, facetas dentárias, resina composta.

## ABSTRACT

The demand for aesthetic dental procedures is growing more and more on the part of individuals, since aesthetics is fully connected in the context of social relationships. A balanced smile depends on a complete dentofacial interconnection, as well as on their interaction with the gingival tissue. Gingivoplasty, when correctly indicated, allows the reconstitution of

gingival contours, allowing the increase of the dental crown. Linked to this, the color and shape of the teeth can be improved with tooth whitening techniques and reanatomization with composite resins. These restorations are characterized as a conservative restorative technique, with minimal wear and that reproduces characteristics similar to the tooth structure. Thus, this work aims to report a clinical case of aesthetic harmonization of the smile with an interdisciplinary approach of gingivoplasty/osteotomy/osteoplasty, tooth whitening and making direct veneers in composite resin on anterior teeth, promoting improvement in dental and gingival aesthetics, as well as in the social sphere, with a significant improvement in the self-esteem of the patient in question.

**KEYWORDS:** Dental aesthetics, gingivoplasty, dental veneers, composite resin.

---

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. RELATO DE CASO .....</b>	<b>8</b>
<b>3. DISCUSSÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>33</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>38</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Em virtude do cenário atual, a busca por um sorriso estético além da saúde bucal, cresce progressivamente por parte dos pacientes, uma vez que um sorriso desarmonioso interfere diretamente na autoestima, segurança e confiança, abalando assim a convivência social. Para um sorriso harmônico é indispensável uma completa inter-relação entre lábios, gengiva, dentes e sua disposição no arco dentário (DOMINGUES *et al.*, 2021). Sendo assim, o êxito do tratamento integrado de harmonização do sorriso, depende do equilíbrio entre a estética vermelha gengival e a estética branca dental (VIEIRA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, um aspecto que tem se destacado na estética do sorriso é a quantidade de exposição gengival ao sorrir, onde o sorriso gengival é determinado mediante as classificações da linha do sorriso. Pode ser classificado em três categorias: a primeira foi nomeada de linha do sorriso alta, mostrando toda extensão coronária dos dentes anteriores superiores. A segunda categoria nomeou-se de linha do sorriso média, quando a gengiva interproximal em conjunto com os dentes anteriores possui um percentual de 75 a 100% de exposição. Na terceira categoria, nomeada de linha do sorriso baixa, menos de 75% dos dentes anteriores superiores são expostos (ROCHA; HEMMER; ROCHA, 2019).

É fundamental a realização de uma gengivoplastia anteriormente à restauração, quando houver indicação ao paciente, para melhoria do contorno gengival e redução da exposição da margem gengival (DIAS *et al.*, 2020). A depender da indicação clínica, somente a correção de tecido mole não é o suficiente. Diante disso, a osteotomia/osteoplastia são correções ósseas que visam o restabelecimento do espaço de inserção supracrestal, melhorando a adaptação do tecido mole na região. A localização da crista óssea alveolar em relação à junção amelocementária é de suma importância para realização da cirurgia periodontal. A largura de gengiva queratinizada e a espessura adequada de osso alveolar também fazem parte de condições necessárias para impedir que ocorram recidivas (ROCHA; HEMMER; ROCHA, 2019). Após a cicatrização tecidual é possível realizar alterações na cor e formato das unidades dentárias, através do clareamento e restaurações, respectivamente (BAPTISTA *et al.*, 2020).

Para melhorar a coloração dos dentes, o tratamento de primeira escolha é o clareamento dental. As técnicas utilizadas para esse tratamento são: a realizada pelo próprio paciente supervisionado pelo cirurgião dentista, a realizada em consultório ou a técnica combinada (caseiro em conjunto com a do consultório), com o propósito de agilizar o processo de



clareamento e seus efeitos alcançados (GOYÓTA *et al.*, 2017; ESPINDOLÁ CASTRO *et al.*, 2019).

Em relação à técnica restauradora dental, as facetas indiretas em cerâmica têm apresentado estabilidade de cor e translucidez semelhante ao dente natural, além de boa resistência mecânica e assim, longevidade clínica devido às suas propriedades. (MOURA *et al.*, 2022). Em contrapartida, a cerâmica odontológica envolve etapas laboratoriais como moldagem e técnicos habilitados, o que acaba tornando seu custo mais elevado em comparação à técnica restauradora direta (MOURA *et al.*, 2022). Na literatura, de acordo com Borges *et al.* (2019) as facetas diretas em resina composta representam uma excelente opção clínica para realização de correções estéticas, com satisfatório desempenho, uma vez que apresentam versatilidade clínica, são minimamente invasivas, reversíveis, possuem menor custo de tratamento e são passíveis de reparação, permitindo a realização em uma única sessão.

Segundo Araújo *et al.* (2019), a confecção de restaurações diretas de resina composta possibilita reproduzir características semelhantes à estrutura dental com mais detalhes, devido à evolução destes materiais e suas propriedades físicas e mecânicas, como copiar a translucidez do esmalte, opacidade da dentina, apresentar boa lisura superficial, facilidade de reparo e acabamento/polimento. Por conseguinte, além de respeitar o espaço de inserção supracrestal de forma conservadora e simular características similares a estrutura dental, é uma técnica restauradora rápida, sendo uma opção excelente para reanatomização de dentes anteriores (CAMPAGNOLO *et al.*, 2019).

Em face do exposto, diante da busca por procedimentos estéticos para melhora da autoestima, autoconfiança e segurança do paciente no âmbito social e de trabalho, o objetivo desse artigo é relatar um caso clínico de harmonização estética do sorriso com abordagem interdisciplinar, envolvendo cirurgia plástica periodontal, clareamento dental combinado e melhora na estética dental dos dentes anteriores superiores com resina composta aplicado diretamente sobre a face vestibular dental.

## **2. RELATO DE CASO**

Paciente E.D.S., gênero feminino, leucoderma, 36 anos de idade, procurou atendimento clínico no curso de Odontologia da Universidade Tiradentes (UNIT), queixando-se do espaço entre os dentes anteriores e seu formato (Figura 1). No exame de anamnese não foram mencionados problemas de saúde ou alterações sistêmicas. No exame clínico, foram observados exposição da margem gengival, coroa curta, presença de sorriso escurecido e espaços

interdentais em dentes anteriores, além do desalinhamento de bordas incisais (Figura 2). Propôs-se à paciente, então, melhorar o contorno gengival com aumento de coroa clínica através da técnica de gengivoplastia e osteotomia/osteoplastia, clareamento dentário associado nas arcadas superior e inferior e facetas diretas em resina composta das unidades 13 a 23, a fim de uma melhor harmonização estética do sorriso.

**Figura 1:** Vista frontal, exame extra oral.



**Figura 2:** Aspecto inicial do sorriso.



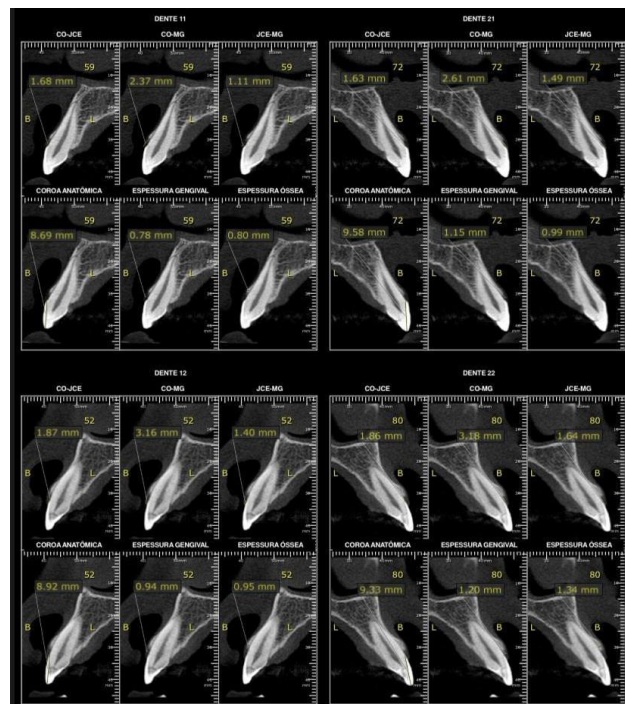
Previamente à cirurgia periodontal, para adequação do meio, foi realizado raspagem supra gengival do 2º sextante com intuito de restabelecer saúde gengival (Figura 3).

**Figura 3:** Ausência de placa visível e tecidos de suportes saudáveis sem presença de sangramento.

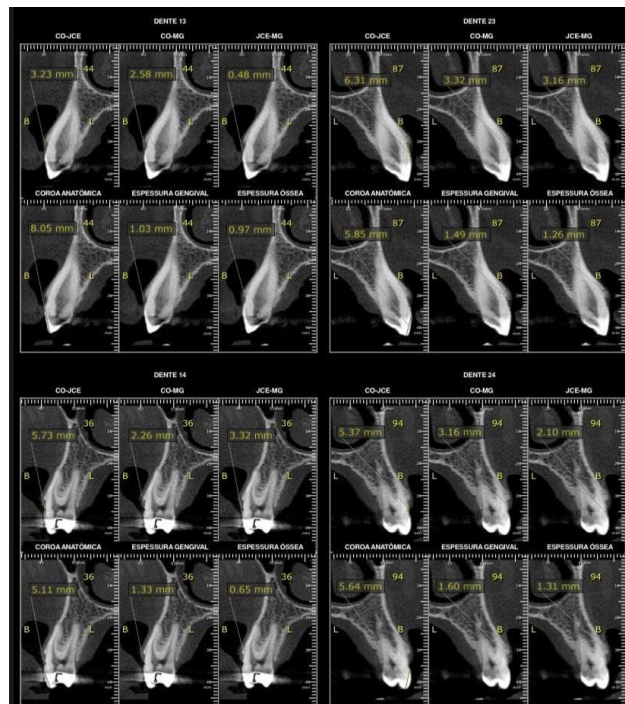


Para melhores fins diagnósticos, realizou-se exame de imagem do tipo tomografia computadorizada da maxila, com o aparelho cone beam, utilizando cortes oblíquos. Foi observada a quantidade de osso a ser retirada, a partir da medida da crista óssea à junção cimento esmalte (CO- JCE), onde na UD 11 foi retirado 1,32mm, na UD 21 1,37mm, na UD 12 1,13mm, na UD 22 1,14mm e nas UD 13 e 23 não houve necessidade de remoção de tecido ósseo pois da crista óssea até a junção cimento-esmalte já tinha os 3mm necessários para os tecidos de inserção supracrestal. Além disso, foi analisado o tamanho da coroa anatômica e o tamanho da espessura gengival/óssea com intuito de compreender o tipo de fenótipo periodontal, ou seja, o quanto tem de espessura de duas estruturas (gengiva e osso). Foi possível observar que o fenótipo da paciente era do tipo fino, pois a maioria das unidades dentárias não apresentavam 1mm de espessura, o que exige um cuidado a mais na manipulação do retalho. No exame tomográfico, confirmou-se a necessidade de gengivoplastia e osteotomia/osteoplastia, objetivando um melhor prognóstico (Figuras 4 e 5).

**Figura 4** - Tomografia computadorizada com as medidas da CO-JCE das unidades 11,21,12 e 22.



**Figura 5** - Tomografia computadorizada com as medidas da CO-JCE das unidades 13,23,14 e 24.



Anteriormente ao procedimento cirúrgico foi prescrito à paciente anti-inflamatório Dexametasona 4mg, 02 comprimidos, via oral, uma hora antes, com o propósito de controle de edema. Foi orientado à paciente, realizar a assepsia com bochecho de solução de digluconato de clorexidina 0,12%, com o objetivo de reduzir a carga microbiana na cavidade oral. Na primeira etapa cirúrgica, em um ambiente estéril, foi realizado a assepsia externa dos terços inferior e médio da face com solução de iodo-povidini (RIODEINE). Aplicou-se anestésico tópico Benzocaína (DFL) para posterior aplicação de anestesia local com Articaina 4% + epinefrina a uma concentração de 1:100.000 (DFL). A técnica anestésica realizada foi o bloqueio bilateral dos nervos infraorbitais e houve a complementação por meio da técnica infiltrativa periférica na margem gengival palatina e vestibular nas unidades dentárias em questão. Em seguida, para o planejamento das incisões, foi realizada a sondagem gengival com a Sonda Milimetrada Carolina do Norte (QUINELATO) no intuito de localizar a junção amelocementária dos dentes envolvidos (Figura 6).

**Figura 6** - Mensuração com sonda universal Carolina do Norte, do excesso de tecido gengival da unidade 11.



Foi feita a transferência dessas medidas para a superfície externa da gengiva, alcançando as marcações de pontos sangrantes que serviram como referência para realização da primeira incisão (Figura 7). Foram realizadas perfurações em 3 sítios da gengiva vestibular de cada unidade (distovestibular, vestibular central e mesiovestibular), para conduzir o trajeto das incisões (Figura 8).

**Figura 7** - Medição inicial do comprimento dos dentes.



**Figura 8** - Marcações dos sítios da gengiva vestibular.



Em seguida, a fim de remover o excesso (colarinho) de tecido gengival, foi realizado a incisão primária de bisel interno ou invertido orientadas pelos pontos sangrantes, contornando o tecido gengival com o auxílio de uma lâmina 15C (SWANN MORTON) (Figura 9), acoplada a um bisturi (GOLGRAN). A partir disso, foi feita a incisão secundária que tem por objetivo destacar o colarinho gengival, que foi removido com o auxílio de uma cureta periodontal Gracey 5-6 (GOLGRAN) e ajustada qualquer irregularidade gengival com a Tesoura Castroviejo Curva (HU- FRIEDY) (Figura 10).

**Figura 9** - Incisão com lâmina15C.





**Figura 10** - Remoção do tecido gengival com Gracey 5-6 e tesoura Castroviejo.



Dessa forma, foi feito o descolamento do tecido gengival com Descolador Molt 2.4 (FAVA), para confecção de um retalho vestibular de espessura total, feito paralelamente ao plano oclusal, para que então fosse realizado a osteotomia/osteoplastia (Figura 11).

**Figura 11** - Descolamento do tecido gengival com descolador de Molt 2.4.

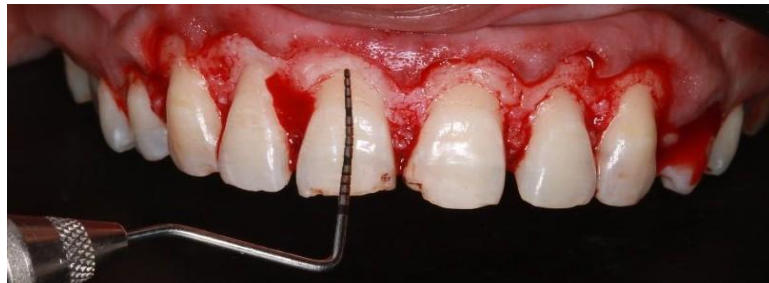


Após a análise da distância entre a crista óssea alveolar (CO) e a junção cemento-esmalte (JCE), (Figura 12), foi realizada a osteotomia em nível apical com ponta esférica diamantada 1014 (TDV), acopladas em alta rotação com irrigação abundante de solução salina, removendo a quantidade de tecido ósseo para cada unidade conforme foi pré estabelecido na tomografia computadorizada, promovendo assim o restabelecimento do espaço biológico (epitélio sulcular, epitélio juncional e inserção conjuntiva) (Figura 13) e finalizando com osteoplastia auxiliada de microcinzel de Ochsenbein 2.0 (QUINELATO) e broca esférica diamantada 1014 (TVD), com objetivo de promover um contorno mais fisiológico, sem remover tecido ósseo de suporte (Figura 14).

**Figura 12** - Análise da distância entre a CO e JCE.



**Figura 13** - Medida da relação e restabelecimento do tecido ósseo.



**Figura 14** - Aspecto do tecido ósseo após a osteoplastia.



Na sequência, foi feito o reposicionamento do retalho rente à crista óssea, reposicionando a margem gengival no local desejado através das suturas do tipo colchoeiro vertical pela face palatina realizadas com fio de nylon no 5-0 (PROCARE) (Figura 15).



**Figura 15** - Sutura e aspecto pós- cirúrgico.



Foram realizadas orientações pós-operatórias logo após o término do procedimento, prescrevendo para a paciente: Dipirona sódica (1g) de 6/6 em horas durante 3 dias, Dexametasona (4mg) de 12/12 horas durante 5 dias e realizar bochechos de 30 segundos com Digluconato de clorexidina a 0,12% (14 dias, 2 vezes ao dia), além das instruções de higiene oral. A sutura foi removida após 7 dias, nesse período a paciente não relatou sintomatologia dolorosa ou desconforto. Observou-se a cicatrização inicial e uma melhora no contorno gengival com características de saúde periodontal presentes (ameias preenchidas integralmente pelas papilas, coloração rósea e aspecto de “casca de laranja”) (Figura 16).

**Figura 16** - Aspecto pós cirúrgico, saúde periodontal, coloração rósea.



Após 45 dias do pós-operatório e total cicatrização periodontal, foram realizadas as moldagens do arco superior e inferior com hidrocolóide irreversível (MAQUIRA) para adquirir modelos de estudo em gesso especial tipo IV (YAMAY), permitindo uma visualização tridimensional dos dentes e tecidos adjacentes e permitindo também a confecção de moldeiras de clareamento caseiro, além de servir de guia para o enceramento digital no software (EXOCAD) utilizado para o tratamento estético restaurador (Figura 17 e 18).

**Figura 17** - Modelo de trabalho, arcada superior.



**Figura 18** - Modelo de trabalho, arcada inferior.



Em seguida, foi realizada a seleção de cor com a Escala Vita Classical das unidades dentárias a serem clareadas, a fim de fazer uma comparação da cor após a conclusão do tratamento clareador (Figura 19 e 20).

**Figura 19** - Coloração inicial do incisivo central.



**Figura 20** - Coloração inicial do canino.



Foi escolhida a técnica de clareamento associado, consultório juntamente com o caseiro. Na técnica de consultório foi realizado, anteriormente, uma profilaxia e pedra pomes (SS White), com escova de Robinson (MK Life), conectada a baixa rotação. Em seguida foi realizado o isolamento relativo com o auxílio do abridor de boca com abaixador de língua (FGM), aplicação de barreira gengival com top dam-(FGM), seguido de fotopolimerização (Radii Cal- SDI) durante 20 segundos, para evitar o contato do ácido com o tecido gengival.

Após a confecção do isolamento seguiu-se com a aplicação do gel clareador Whitniss HP(FGM) de peróxido de hidrogênio a 35%, sendo utilizado 12 gotas do gel clareador e 4 gotas de espessante durante 15 minutos, esse procedimento foi repetido por mais três vezes. Ao final da sessão foram provadas e entregues as moldeiras de acetato de 1mm para a realização de clareamento caseiro, foi orientado a paciente aplicar uma gota do gel Whitniss Perfect (FMG) de peróxido de carbamida a 16% nas faces vestibulares dos dentes a serem clareados, por um período de 4 horas, todos os dias, durante duas semanas.

Após 14 dias do término do clareamento caseiro e o tempo de espera para estabilização da cor dos dentes, a paciente retornou a clínica para realização das restaurações diretas em resina composta nos dentes anteriores de canino a canino. Visando determinar a dimensão das restaurações adesivas a serem realizadas, assim como uma correta proporção áurea em harmonia com a linha do sorriso, foi realizado um enceramento diagnóstico digital através do software Exocad versão 3.0 (Figura 21, 22 e 23). Primeiramente foi escaneado o modelo de trabalho no scanner de bancada DSX (ORTUS) onde o escaneamento foi salvo em STL (Arquivo 3D), logo após foi feito a impressão na impressora Miicraft 125 (SMART DENT) com resina Cosmos Yller (MODEL ORTHO) de impressão 3D.

**Figura 21** - Desenho do lábio, proporção da linha do sorriso.



**Figura 22** - Estudo do sorriso em proporção áurea.



**Figura 23** - Proporção do sorriso na vista frontal.



Através do modelo com o enceramento diagnóstico digital (Figuras 21, 22 e 23), foi confeccionado uma matriz guia de silicone por adição pesado (PRESIDENT, COLTENE) com objetivo de delimitar as margens das restaurações definitivas e auxiliar na construção da face

palatina, permitindo uma previsibilidade do resultado do sorriso da paciente, posicionando-se em superfície palatina e incisal para nortear a reconstrução e estratificação dos dentes (Figura 24).

**Figura 24 -** Guia de silicone.



Antes do procedimento das facetas, foi realizado um ensaio restaurador com resina bisacrílica (PROTEMP 4- 3M) através da confecção de um mock-up para a paciente analisar como seu sorriso ficaria em relação a forma e anatomia (Figura 25).

**Figura 25 -** Mock-up realizado com resina bisacrílica.



Após a aprovação da paciente e remoção do mock up, foi realizada a profilaxia dos elementos dentais com pedra-pomes (Ss WHITE) utilizando escova Robinson (MK Life) em baixa rotação.

A seleção de cor foi feita através da escala Vita e do mapeamento cromático entre as cores presentes na escala Vita classical pela técnica do incremento, que constitui em pequenos incrementos de resina na superfície vestibular do dente e fotopolimerizado por 20 segundos (Radii Call SDI) para a avaliação final da cor (Figura 17) Foi definida a cor A1 para esmalte e dentina das unidades 12,11,21,22, cor A1 para esmalte das unidades 13 e 23, conforme as figuras da escala Vita classical (Figuras 27, 28 e 29).

**Figura 26 -** Mapeamento cromático.



**Figura 27 -** Coloração final dos dentes 12,11,21 e 22.



**Figura 28 -** Coloração final dos dentes 13 e 23 para esmalte.





**Figura 29** - Coloração final dos dentes 13 e 23 para dentina.



A resina composta escolhida foi a nanohíbrida Opallis (FGM), cor dentina DA2 e cor esmalte EA1 para a unidade 13 e 23 e EA1 para as demais unidades 12 a 22. Procedeu-se ao isolamento absoluto modificado do campo operatório com lençol de borracha (MADEITEX) (Figura 30) e a remoção das restaurações antigas e insatisfatórias com ponta diamantada 2200 (AMERICAN BURRS) (Figura 31) e ponta diamantada esférica 1014 (KG SORENSEN) (Figura 32) associadas a caneta de alta rotação.

**Figura 30** - Isolamento absoluto modificado.



**Figura 31** - Remoção das restaurações antigas com ponta diamantada 2200.



**Figura 32** - Remoção das restaurações antigas com ponta diamantada esférica.



**Figura 33** - Aspecto das unidades após a remoção das restaurações.



Após a remoção das resinas compostas insatisfatórias, foi realizado o condicionamento ácido utilizando ácido fosfórico à 37% (COLTENE) durante 30 segundos em esmalte (Figura 34) e lavagem da superfície com água e posteriormente a secagem com bolinhas de algodão. Após o condicionamento foi utilizado o sistema adesivo Ambar universal (FGM), sendo aplicado 2 camadas com aplicador descartável (Microbrush) e fotoativação (Radii Cal- SDI) por 20 segundos (Figura 35).



**Figura 34** - Condicionamento com ácido fosfórico.



**Figura 35:** Aplicação da camada adesiva com matriz de poliéster protegendo os dentes vizinhos.



Sequencialmente, iniciou-se com auxílio da guia de silicone, a inserção de uma fina camada de resina composta EA1 (Opallis- FGM) para construir a face palatina e facilitar a técnica de inserção dos próximos incrementos (Figura 36). O guia preenchido juntamente com a resina foi levado firmemente à boca da paciente e fotoativado por 40 segundos (Radii-Call SDI) (Figura 37). Após a remoção do guia cuidadosamente (Figura 38), foi realizado em pequenos incrementos a reconstrução das faces vestibulares e proximais dos dentes 13 ao 23 com resina de esmalte e dentina (Opallis-FGM) (Figura 39). Todo procedimento foi auxiliado por tiras de poliéster (3M/ESPE) nas regiões interproximais e cada incremento foi fotopolimerizado por 40 segundos (Radii Call- SDI).

**Figura 36:** Incrementos de resina na cor EA1 para construção da face palatina nas unidades 13 e 23.



**Figura 37 -** Guia preenchido e levado firmemente à boca para fotoativação da resina.



**Figura 38 -** Guia removido e resina composta fotopolimerizada.



**Figura 39 -** Incrementos de resina na face vestibular.



Após a completa restauração das unidades anteriores, foi realizado o ajuste oclusal com papel carbono (MAQUIRA) (Figura 40) e o acabamento inicial das restaurações com broca

multilaminada 32 lâminas (MK LIFE) com objetivo de obter a anatomia primária e dar o mínimo de conforto até o acabamento final e o polimento (Figuras 41 e 42). Também foram ajustados os excessos proximais e os pontos de contato.

**Figura 40** - Ajuste oclusal com papel carbono.



**Figura 41** - Acabamento inicial removendo excessos com broca multilaminada 32 lâminas.



**Figura 42** - Aspecto final após acabamento inicial.



A paciente retornou a clínica no dia seguinte para finalização do caso com o acabamento e polimento. Iniciou-se o acabamento com o disco super grosso (OPTIDISC- KERR) passando pela superfície vestibular, incisal e proximal durante 1 minuto em cada unidade restaurada para redução de volume (Figura 43). A seguir com o cabo de bisturi número 5 (GOLGRAN) e a

lâmina número 12 (SOLIDOR) foi retirado os excessos na cervical (Figura 44). Também foi utilizado tira de lixa (3M) para ajustes finos nas interproximais (Figura 45).

**Figura 43** - Acabamento com disco vermelho super grosso.



**Figura 44** - Remoção de excessos cervicais e proximais com lâmina 12.



**Figura 45** - Ajuste interproximal com tira de lixa.



A seguir foi iniciado o polimento com uso de borracha abrasiva (OPTIMIZE- TDV) no formato de disco (Figura 46) e o kit de polidores diamantados (JOTA) para ter suavização e textura nas superfícies dentais (Figura 47 e 48).

**Figura 46:** Polimento com borracha abrasiva.



**Figura 47 -** Espirais para polimento com diferentes granulações.



**Figura 48 -** Espirais para polimento com diferentes granulações.



A seguir para obter brilho, o polimento seguiu com o disco de feltro Diamond Flex (FGM) e com a escova ultra brush de pelo de cabra (AMERICAN BURRS) e pasta de polimento Diamond R (FGM). (Figura 49 e 50). Finalizando com um resultado estético e funcional, satisfazendo à paciente e melhorando a qualidade de vida e sua autoestima (Figura 51 e 52).



**Figura 49-** Polimento com disco de feltro.



**Figura 50-** Polimento com escova Ultra Brush pelo de cabra.



**Figura 51-** Aspecto final do sorriso com facetas em resina composta.



**Figura 52-** Aspecto do sorriso antes do tratamento interdisciplinar.



**Figura 53-** Aspecto final do sorriso após o tratamento interdisciplinar.



### 3. DISCUSSÃO

É notório, atualmente, que a demanda por procedimentos envolvendo estética dental tem sido cada vez mais almejada, onde um sorriso equilibrado influencia diretamente em um contexto de relações sociais (ALVES; ARAS, 2014). Entretanto, o conceito do que é belo é particular, e as expectativas do paciente devem ser levadas em consideração (SOUSA *et al.*, 2010).

Muitas vezes, para se atingir um resultado estético satisfatório é preciso estabelecer um plano de tratamento multidisciplinar, interligando especialidades odontológicas como a dentística e a periodontia (BRASIL *et al.*, 2015).

O impacto da busca pela estética fez com que aumentasse a quantidade de pacientes a procura da correção cirúrgica do sorriso gengival, que pode ser estabelecido como uma exposição gengival maior que 3mm durante o sorriso (PINHEIRO *et al.*, 2011). A linha do sorriso é de suma importância para a análise do sorriso, onde é observada a relação entre o lábio superior e os incisivos superiores (SABRI, 2005). Segundo Loi *et al.* (2010) e Grasset (2018), a linha do sorriso baixa tem uma prevalência de 20,5% na população, a linha do sorriso média tem uma prevalência de 69% na população, e a linha de sorriso alta tem uma prevalência de 10,5% na população. A linha do sorriso com mais de 4 milímetros de gengiva exposta ao nível maxilar corresponde a um sorriso antiestético, a um sorriso considerado gengival (RINEAU, 2013).

Diante disso, o aumento de coroa clínico estético, ou seja, realização da gengivoplastia e osteotomia, é indicado principalmente quando os dentes anteriores apresentam coroas curtas, ou em casos de exposição excessiva de tecido gengival e contorno gengival irregular (SOUSA *et al.*, 2010). Por outra perspectiva, segundo Rissato e Trentin (2012), contraindica-se a realização da gengivoplastia quando não existir um controle de placa bacteriana, tornando, assim os tecidos de suporte deficientes, em casos de proporção coroa raiz desfavorável ou ainda quando a faixa de gengiva inserida é insuficiente.

No caso clínico exposto neste estudo a indicação do aumento de coroa foi imprescindível para reduzir a exposição da margem gengival e restabelecer um contorno gengival ideal naqueles dentes que apresentavam coroa clínica reduzida. Pedron *et al.*, (2010) enfatiza que a gengivoplastia é uma cirurgia indicada para remodelação do tecido gengival, criando um melhor contorno tecidual e diminuindo a espessura de gengiva inserida, remodelando as papilas interdentais para restabelecer forma anatômica, visando a estética. Todavia, quando há uma grande quantidade de mucosa ceratinizada e o tecido ósseo está

próximo a junção cimento-esmalte, há indicação para realização do aumento de coroa clínica por retalho dividido com reposição apical do retalho e osteotomia, antes da reposição do retalho de maneira apical, executa-se a osteoplastia para a remoção óssea em espessura, com intuito de otimizar a arquitetura óssea, objetivando um melhor prognóstico (LOURENÇO; JÚNIOR; SILVA, 2017).

Faria *et al.*, (2015), relataram um caso clínico o qual teve como objetivo salientar a importância do correto diagnóstico e indicação do tratamento do sorriso gengival de uma paciente que apresentava insatisfação com o tamanho dos dentes, considerando-os pequenos. O tratamento eleito foi o aumento de coroa clínica no sextante anterior através da técnica de gengivectomia e foi solicitado o exame tomográfico comprovando a necessidade de osteotomia e osteoplastia. Com este estudo, foi possível concluir que para oferecer resultados satisfatórios ao paciente é relevante que antes da execução do tratamento seja feito um correto diagnóstico e planejamento.

Outro tratamento proposto, no presente estudo, anteriormente as restaurações diretas em resina composta, foi o clareamento dental associado, consistindo em uma sessão de clareamento no consultório e duas semanas do clareamento caseiro. De acordo com Souza *et al.* (2020), a técnica de consultório permite uma supervisão do gel clareador e evita que ocorra danos aos tecidos moles, por sua vez, a técnica caseira possui um menor custo ao paciente e é autoaplicável. Na possibilidade de uso associado do clareamento, no relato de caso de Almeida *et al.* (2021) cuja queixa principal da paciente era a aparência estética de seus dentes amarelados, os autores relataram ótimo resultado e sucesso ao final do tratamento.

Para a técnica indireta de tratamento restaurador estético, as cerâmicas como as lentes de contato, oferecem uma possibilidade reabilitadora. De acordo com D'Onofre *et al.*, (2020), defendem que as cerâmicas possuem estabilidade de cor e formato, em contrapartida, as restaurações com técnica direta em resina composta, revolucionaram a odontologia estética, por serem um tratamento de baixo custo, minimamente invasivo, reversível, passível de reparação e preservam o elemento dentário (CARRIJO; FERREIRA; SANTIAGO, 2019). Segundo Rocha *et al.* (2021), a técnica direta apresenta ótima vantagem e é a primeira escolha para procedimentos que requerem de nenhum ou mínimo desgaste, além de possibilitar um tempo de trabalho curto. Diferindo da técnica indireta com laminados cerâmicos, onde é necessária mais de uma sessão clínica devido a etapa laboratorial, corroborando com os estudos de SOUZA (2022), que tiveram as mesmas conclusões.

Conforme pesquisas de Korkut (2018), se o cirurgião dentista seguir todas as regras e passo a passo da técnica direta, tais como, oclusão adequada, análise de cor, isolamento eficaz,



materiais de qualidade, permite que a restauração tenha longevidade e taxa de sucesso. Porém, de acordo com DA SILVA *et al.* (2015), o longo prazo desse material é exclusivamente de responsabilidade do paciente, pois, uma vez que ele não tenha uma boa higiene oral, irá reduzir a durabilidade do material e permitir a sua alteração de cor e textura. Postergando os estudos de CUNHA *et al.* (2013), que consideram um fato muito importante a comunicação profissional-paciente, para que o sucesso clínico seja alcançado e o procedimento estético conservado.

Machado *et al.* (2016), em seu estudo de caso, salienta, que é preciso se atentar ao tipo de resina composta a ser utilizada, pois é imprescindível que o material restaurador selecionado apresente propriedades ópticas que mimetizem o mais próximo possível as características da estrutura dentária. Dessa forma, a confecção de restaurações estético/funcionais tem como finalidade integrar-se os critérios de fluorescência, opalescência, translucidez e cor das resinas, propiciando o correto uso dos diferentes incrementos resinosos no processo de estratificação dental.

Diante da evolução das resinas compostas disponíveis no mercado, as de última geração como as nanopartículas e nano híbridas apresentam partículas de carga cada vez menores, excelentes para confecção de facetas em dentes anteriores, possibilitando resistência mecânica e um ótimo polimento (MARANHA, 2017). Tais favorecem também o resultado estético por proporcionar a formação de camadas com o intuito de reproduzir áreas de dentina e esmalte, através de seus tons de opacidade e translucidez (FERRAZ DA SILVA *et al.*, 2008).

O sucesso das restaurações diretas em resina composta também está intimamente ligado a um correto acabamento e polimento (VIEIRA *et al.*, (2018). Tais procedimentos tem como intuito remover os excessos de suas superfícies, provocando uma lisura superficial, brilho e polimento, tornando o aspecto mais natural possível. Além de prevenir o acúmulo de placa bacteriana e a invasão do espaço biológico através de infiltração marginal e reduzir os riscos de manchamento (LIRA *et al.*, 2019). É importante ressaltar que, a paciente necessita entender que o acompanhamento e a manutenção do tratamento com sessões de acabamento e polimento a cada um ano vão garantir maior longevidade a suas restaurações (VIEIRA *et al.*, (2018).

Portanto, no caso clínico em questão, a paciente não apresentava um sorriso compatível com a sua idade, além de possuir alterações de forma, desgaste das bordas incisais e cor insatisfatória dos elementos dentais. Sendo assim, este caso clínico mostrou que foi realizado um procedimento eficaz, simples, com prognóstico favorável, propiciando um sorriso esteticamente harmônico e devolvendo autoestima para a paciente, com o uso de facetas em

resina composta, que de acordo com a literatura é uma escolha minimamente invasiva e de preservação das estruturas dentais sadias.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que o trabalho realizado exposto no presente relato de caso foi de grande importância para o bem-estar da paciente. É notório que os objetivos alcançados pelo planejamento interdisciplinar da reabilitação funcional e harmônica do sorriso proporcionaram resultados satisfatórios e a otimização entre a estética vermelha e branca, permitindo uma diminuição do excesso gengival e melhorando a morfologia dentária insatisfatória da paciente, além de promover uma melhora no âmbito psicossocial, a paciente se mostrou muito mais sorridente e expansiva ao final do tratamento com um aumento significativo na sua autoestima.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, F. R. O.; FACHIANO, R. B.; THEOBALDO, J. D.; RAMOS-TONELLO, C. M.; AGUIAR, F. H. B.; LIMA, D. A. N. L.; VIEIRA-JUNIOR, W. F. Controle de sensibilidade dentária associada ao clareamento dental: relato de caso. **Arch Health Invest**, v.10, n.1, p. 94-99, 2021.
2. ALVES, G. N.; Percepção de pacientes em relação à estética dentária. **Revista saúde.com**, v.10, n.2, p. 161-171, 2014.
3. ARAÚJO, I. D. T.; ABRANTES, P. S.; BORGES, B. C. D.; ASSUNÇÃO, I. V. Reabilitação estética anterior com resina composta: relato de caso. **Revista Ciência Plural**, v.5, n.1, p. 89-101, 2019.
4. BAPTISTA, I. A.; BARBOSA, I. P.; SILVA, G. M. C.; GARCIA, G. H. F.; CARDIA, G. S.; TOLENTINO, L. S. Associação de diferentes cirurgias periodontais como alternativa de restabelecimento de harmonia gengival. **Periodontia**, v.30, n.3, p.59-68, mar/jun., 2020.
5. BORGES, M. H. S.; BRITO, A. C. M.; BEZERRA, I. M.; LACERDA, M. C.; ALMEIDA, L. F. D.; Faceta direta em resina composta: Relato de caso clínico. **Revista de Iniciação Científica em Odontologia**, v.17, n.2, p. 111–118, 3 jan. 2019.

6. BRASIL, L. F. M.; RAHAL, V.; OKIDA, D. S. S.; OKIDA, R. C. A importância da interação entre Dentística e Periodontia. **Arch Health Invest**, v.4, n.2, p. 25-380, 2015.
7. CAMPAGNOLO, V.; ANTUNES, E. L.; CEMIN, J. F.; PISSAIA, E. J. F.; PISSAIA, M. J. F.; CAMPOS, D. L. A. Correção de diastemas por meio de restaurações diretas em resina composta: relato de caso clínico. **Revista Expressão Católica Saúde**, v.4, n.2, p. 52-60, 19 dez. 2019.
8. CARRIJO, D. J.; FERREIRA, J. L. F.; SANTIAGO, F. L. Restaurações estéticas anteriores diretas e indiretas: revisão de literatura. **Revista UNINGÁ**, v.56, n.S5, p. 1-11, jul/set, 2019.
9. CUNHA, L. F.; COESTA, P. T. G.; ESCÓSSIA JR, J.; MONDELLI, J. Interrelação Periodontia e Dentística Restauradora na lapidação de facetas cerâmicas. **Rev Dental Press Estét**, v.10, n.1, p. 64-76, 2013.
10. D'ONOFRE, P. L.; CÂMARA, J. V. F.; PAIVA, R. V.; PEREIRA, G. D. S.; CAPILLÉ, C. L. Faceta direta em resina composta como técnica restauradora minimamente invasiva para harmonização do sorriso. **Research, Society and Development**, v.9, n.8, 2020.
11. DA SILVA, G. R.; FRACALOSSO, C. DE LUCENA, M. T. L.; MANTOVANI, M. B. Tratamento estético com diretas de resina composta- Relato de caso. **Revista UNINGÁ Review**, v.24, n.3, p. 27-31, out-dez. 2015.
12. DIAS, J. N.; VERAS, I. M. D.; BORGES, B. C. D.; CARVALHO, L.K.C.G.D.; ASSUNÇÃO, I. V. Solução estética multidisciplinar em dentes anteriores: relato de caso. **Revista Ciência Plural**, v.6, n.3, p.255-264, 2020.
13. DOMINGUES, L. O.; MARQUES, C. O.; SHITSUKA, C.; STOPGLIA, R. M. M. Cirurgia plástica periodontal: gengivectomia e gengivoplastia: Relato de caso clínico. **E-Acadêmica**, v.2, n.2, 2021.

14. ESPÍNDOLA-CASTRO, L. F.; FILGUEIRAS, L. V.; MAIOR, J. R. S.; PEDROSA, M. S.; SILVA, C. H. V. Harmonização estética do sorriso – cirurgia periodontal, clareamento dental e fechamento de diastemas – relato de caso. **Full Dent. Sci**, v.10, n.38, p. 35-41, 2019.
15. FARIA, G. J.; BARRA, S. G.; VIEIRA, T. R.; OLIVEIRA, P. A. D. A importância do planejamento multidisciplinar para correção do sorriso gengival: Relato de caso clínico. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 25, n.1, p. 61–65, jan/jun. 2015.
16. FERRAZ DA SILVA, J. M.; MARANHA DA ROCHA, D.; KIMPARA, E. T.; UEMURA, E. S. Resinas compostas: estágio atual e perspectivas. **Revista Odonto**, v.16, n.32, jul/dez. 2008.
17. GOYATÁ, F. R.; COSTA, H. V.; MARQUES, L. H. G.; BARREIROS, I. D.; LANZA, C. R. M.; NOVAES JÚNIOR, J. B.; 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.
18. GRASSET, M. L. J-M. **Sorriso gengival: etiologia e diagnóstico**. Porto, 2018. 31p. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde.
19. KORKUT, B. Smile makeover with direct composite veneers: A two-year follow-up report. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects**, v.12, n.2, p.146–151, 2018.
20. LIRA, R. Q. N.; LEMOS, M. V. S.; MENDES, T. A. D.; NERI, J. R.; MENDONÇA, J. S.; SANTIAGO, S. L. Avaliação do efeito de técnicas de acabamento e polimento na rugosidade superficial de resinas compostas. **J. Health Biol Sci**, v. 7, n.2, p. 197-203, 2019.
21. LOI, H.; NAKATA, S.; COUNTS, A. L. Influence of gingival display on smile aesthetics in Japanese. **European Journal of Orthodics**, v.32, n.1, p. 633-637, 2010.
22. LOURENÇO, A. H. T.; JÚNIOR, E. T. L.; SILVA, V. C. **Aumento de coroa clínica-relato de caso**. **RFO**, Passo Fundo, v.22, n.3, p. 351-354, set/dez. 2017.

23. MACHADO, A. C.; REINKE, A. C. M. A.; MOURA, G. F.; 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. 154-161, 2016.
24. MARANHA, G. O. **Revisão da literatura sobre o uso de resinas compostas em dentes anteriores**, Araçatuba, SP, 2017. 26p. Monografia (Bacharelado em Odontologia). Universidade Estadual Paulista.
25. MOURA, J. A.; SOUZA, G.C.; SILVA, R. K.; DURÃO, M. A. Facetas diretas em resina composta ou indiretas em cerâmica: qual é a melhor opção? **Research, Society and Development**, v.11, n.8, 11 jun. 2022.
26. PEDRON, I. G.; UTUMI, E. R.; TANCREDI, Â. R. C.; PERELLA, A.; PEREZ, F. E. G. Sorriso gengival: cirurgia ressectiva coadjuvante à estética dental. **Odonto**, São bernardo do campo, v.18, n.35, p. 87-95, 2010.
27. PEREIRA, M. R.; BALEEIRO, L. L.; COELHO, U. P.; GARCIA, N. G. Reabilitação estética com resina composta em paciente jovem: relato de caso clínico. **Rev Odontol Bras Central**, v.29, n.88, p. 24-28, 2020.
28. PINHEIRO, D. D.; FREITAS, C. V. S.; FRANCO, M. M. P.; BENATTI, B. B.; MOUCHREK JUNIOR, J. C. E.; AGOSTINHO, C. N. L. F.; DA SILVA, V. C. Tratamento periodontal do sorriso gengival: relato de caso. **Rev. Ciênc. Saúde**, v.13, n. 1, p. 45-51, jan-jun. 2011.
29. RINEAU, C. **La gestion du sourire Gingival en Parodontologie et Prothèse Conjointe**, Dissertation (Doctorat en Chirurgie Dentaire). Faculté d'Odontologie, Université de Nantes, 2013.
30. RISSATO, M.; TRENTIN, M. S. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora- revisão de literatura. **RFO**, Passo Fundo, v.17, n.2, p. 234-239, maio/ago. 2012.

31. ROCHA, A. O.; ANJOS, L. M.; ROCHA, M. N.; LIMA, T. O.; RODRIGUES, P. C. M.; SANTOS, L. F. S.; SANTOS, R. M. A.; SILVA, I. M.; SILVA, D. O. C.; FILHO, W. J. S. Intervenção estética anterior por meio de facetas diretas em resina composta: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n.3, 2021.
32. ROCHA, F. E.; HEMMER, B.; ROCHA, V. C. F. Harmonização do sorriso através da cirurgia plástica periodontal: um relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.26, jul. 2019.
33. SABRI, R. The Eight Components of a Balanced Smile, Overview, **Journal of Clinical Orthodontics**, v. 39, p.3, n. 155-167, 2005.
34. SOUSA, S. J. B.; MAGALHÃES, D.; SILVA, G. R.; SOARES, C. J.; SOARES, P. F. B.; SANTOS-FILHO, P. C. F. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso gengival associada à restaurações em resina composta: Relato de caso clínico. **Rev Odontol Bras Central**, v.19, n.51, p. 362-366, 2010.
35. SOUZA, D. L. V. D. **Utilização da resina composta para confecção de facetas. Gama, DF, 2022**, 12p. Monografia (Bacharelado em Odontologia). Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos
36. SOUZA, A. P.; JÚNIOR, O. C.; LOPES, C. R. P.; MILHOMEM, C. N. R. Clareamento de dentes desvitalizados e escurecidos: uma revisão de literatura. **Facit Business and Technology Journal**, v.1, n.20, 2020
37. VIEIRA, A. C.; OLIVEIRA, M. C. S.; ANDRADE, A. C. V.; GNOATTO, N.; SANTOS, E. F.; NETTO, M. L. P. M. Abordagem interdisciplinar na reabilitação estética do sorriso. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.39, n.2, p. 54-59, 2018.

**ANEXOS****ANEXO 1 - Termo de Consentimento para uso de imagem****CLÍNICA ODONTOLÓGICA DA UNIT****TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM**Aracaju, 07 de Junho de 2022.[Redacted]  
portadora da C.I. n.º [Redacted] residente e domiciliada à:[Redacted]  
[Redacted]  
autorizo e informo a minha permissão para o uso de imagens para utilização em trabalhos acadêmicos, revistas especializadas e em eventos científicos.

Sem mais subscrevo,

[Redacted]  
Assinatura do paciente ou responsável