

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

**INTER-RELAÇÃO DA DENTÍSTICA E PERIODONTIA
NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

BAURU
2012

GABRIELI BRAGATTO
JÉSSICA DE MORAES PADILHA

INTER-RELAÇÃO DA DENTÍSTICA E PERIODONTIA
NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO:
RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção do grau de cirurgião-dentista, sob orientação da Profª. Drª. Carolina Nunes Pegoraro.

BAURU
2012

B8133i	<p data-bbox="548 1220 748 1247">Bragatto, Gabrieli</p> <p data-bbox="570 1283 1279 1377">Inter-relação da dentística e periodontia na reabilitação estética do sorriso. Relato de caso clínico / Gabrieli Bragatto, Jéssica de Moraes Padilha -- 2012.</p> <p data-bbox="597 1383 683 1411">34f. : il.</p> <p data-bbox="597 1451 1162 1478">Orientadora: Profa. Dra. Carolina Nunes Pegoraro.</p> <p data-bbox="570 1518 1279 1577">Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Sagrado Coração - Bauru - SP</p> <p data-bbox="570 1614 1279 1709">1. Incisivos conóides. 2. Plástica periodontal. 3. Resina composta. I. Padilha, Jéssica de Moraes. II. Pegoraro, Carolina Nunes. III. Título.</p>
--------	---

**GABRIELI BRAGATTO
JÉSSICA DE MORAES PADILHA**

**INTER-RELAÇÃO DA DENTÍSTICA E PERIODONTIA NA
REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção do grau de cirurgião-dentista, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Carolina Nunes Pegoraro.

Banca Examinadora:

Prof^a.Dr^a.Carolina Nunes Pegoraro
Universidade Sagrado Coração - USC

Prof^a. Dr^a.Maria Cecília Veronezi Daher
Universidade Sagrado Coração - USC

Prof^a. Dr^a. Patrícia Pinto Saraiva
Universidade Sagrado Coração - USC

Bauru,12 de novembro de 2012.

Dedicatória

Eu, **Gabrieli Bragatto**, dedico esse trabalho ao meu amado pai **Milton Sérgio Bragatto**, pelo amor, compreensão, educação, paciente que teve comigo durante toda minha vida e principalmente durante essa caminhada acadêmica. Pai, com você aprendi as melhores coisas, tornei-me quem sou, espelhando-me em seu caráter. Obrigada pelas suas orações diárias por mim. TE AMO!

A minha doce mãe, **Edneia Bontempo Bragatto**, por ter me dado a vida, por ter me amado incondicionalmente, pelo seu cuidado e dedicação à família. Muito obrigada, mãe, pelo seu exemplo de vida. Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado, obrigada por ter acreditado em mim. TE AMO muito!

Gustavo H. Bragatto, irmão querido, agradeço a Deus a oportunidade de ter você em minha vida. Quero sempre ter você por perto. TE AMO, e sei que esse amor é recíproco.

Aos meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado, nos momentos alegres e tristes, principalmente **Maria Luiza Pastrello**, que como uma irmã faz parte integralmente da minha vida. Amiga, você sabe o quanto TE AMO.

Ao meu namorado, **Guido Dal Col Netto**, nesses anos de graduação você foi meu porto seguro, obrigada pelos conselhos por acreditar em meu potencial e sempre ter me incentivado nessa difícil caminhada acadêmica. Agradeço a toda **família Dal Col**, em especial a minha sogra, **Neiva Azevedo Dal Col**, sei que almeja meu sucesso profissional.

"Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. As críticas me fizeram crescer."

Eu, **Jéssica Padilha**, dedico esse trabalho ao meu pai **José Antônio Padilha Junior**, que acompanhou de perto toda minha dedicação e empenho para fazer desse sonho uma realidade. Você, sempre tão carinhoso, compreensivo e presente. Enfim o melhor pai do mundo, mostrou-me o caminho certo, dizendo sempre as palavras certas, nas horas certas. Portanto, você é indescritível. Espero um dia chegar ao seu nível. Te amo muito.

A minha mãe, **Maria de Fátima de Moraes Padilha**, que me deu a vida. Primeiro de tudo quero dizer que te amo muito, você que me carregou no seu ventre por nove meses, sem se queixar. Você que cuidou de mim sem se importar com o amanhã. Agradeço pelo sorriso diário, sem mágoas nem rancores, pela risadas, pelas orações. Você é sempre maravilhosa. A base da família e a melhor mãe do mundo.

A meu irmão, **Douglas de Moraes Padilha**, o melhor irmão do mundo, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, apoiando-me nos momentos de dificuldades, preocupando-se até com os problemas pessoais pelos quais passei durante esse período de graduação. Obrigada por contribuir com sua atenção, carinho, e com palavras de força e ajuda. A saudade e a vontade de estar ao seu lado só aumentou. Te amo. Você é o CARA!

A minha amada Vó paterna **Isaura**, que pra mim é um exemplo de vida, alegria, luta e perseverança. Obrigada por ter me acolhido em sua casa no decorrer desses quatro anos. Espelho-me em você vó. Aos meus Avós maternos **Luiza e Alcides**, que sempre com os corações abertos acolheram-se em sua casa e me deram tudo que eu mais precisava, carinho. A casa que sempre cabe mais um. Obrigada meus avós.

Ao meu namorado, **Rodrigo Ricci Vivan**, que sempre foi tão paciente e a pessoa a qual me orgulho profundamente. Um exemplo de profissional e ser humano. Obrigada por estar ao meu lado sempre. Você me ensinou muito sobre o

mundo e espero um dia poder lhe retribuir de alguma forma. Te amo meu amor.

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

Agradecimento Especial

A **Deus** pela vida, saúde, pela benção de uma família maravilhosa. Agradeço também as pessoas que colocou em meu caminho, que sem dúvida foram determinantes em minha formação profissional e principalmente pessoal, pelos exemplos de vida. Enfim, agradeço por me proteger e estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida, sempre me guiando. Muito obrigado meu **Deus** !

Muito obrigado, Senhor.

Agradecimentos

Gabrieli Bragatto e Jéssica Padilha

À nossa professora orientadora, **Prof.^a Dr.^a. Carolina Nunes Pegoraro**, que acreditou em nós, que ouviu pacientemente as nossas considerações, partilhando conosco as suas idéias, conhecimento e experiências e que sempre nos motivou. Parabéns por ser essa pessoa maravilhosa que és. Queremos expressar o nosso reconhecimento e admiração pela sua competência profissional e nossa gratidão pela sua amizade, por ser uma profissional extremamente qualificada e pela forma humana que conduziu nossa orientação. Nossos agradecimentos eternos. Saiba que esse trabalho em grande parte também é mérito seu. Admiramos você!

Agradecemos de forma muito especial o **Prof^o.Dr^o.Rodrigo Vivan**, que durante nossa formação acadêmica nos inspirou e nos ensinou de uma maneira marcante. Parabéns por sua determinação, coragem, caráter, capacidade e inteligência. Mais do que um professor, você foi nosso amigo. Obrigada por tudo.

À **Prof^a.Dr^a.Maria Cécilia Veronezi**, você sempre será inspiração intelectual, exemplo de professora e de pesquisadora. Nosso muitíssimo obrigada!

À **Prof.^aDr^a.Patrícia Pinto Saraiva**, sua sabedoria nos motiva. Continue sempre essa pessoal doce, a qual todos temos prazer em estar perto. Obrigada!

À **todos os professores** do curso de Odontologia da Universidade Sagrado Coração, Bauru, São Paulo, pela maneira com que nos incentivaram a trilhar esse caminho repleto de novos saberes.

Aos **amigos de sala**, que sempre estiveram presentes ao longo desses quatro anos de graduação, proporcionando e ao mesmo tempo dividindo momentos de alegrias, tristezas, experiências e conquistas. Podem ter certeza que de alguma maneira nos ajudaram nessa realização.

RESUMO

Paciente de 24 anos, gênero feminino, procurou atendimento odontológico na clínica de graduação da Universidade Sagrado Coração, descontente com a aparência de seus dentes anteriores superiores. Durante o exame clínico, observou-se alteração de cor nos dentes, presença do elemento 22 conóide, 12 levemente lingualizado e também uma assimetria no periodonto na região anterior superior. Na primeira sessão, além da anamnese, exame clínico, radiográfico e moldagem do arco superior para obtenção de modelo de estudo, foi feito o planejamento do tratamento a ser realizado. Na segunda e terceira sessões de atendimento, iniciou-se o tratamento planejado, realizando-se o clareamento dos dentes 15 ao 25, 35 ao 45, utilizando Peróxido de Hidrogênio a 20%. Em laboratório, foi feito o planejamento da plástica periodontal, removendo-se no modelo de gesso obtido na primeira sessão, a quantidade de tecido periodontal ideal para recuperar a harmonia do contorno gengival, restabelecendo a estética sem comprometer a função. Em seguida confeccionou-se uma matriz de acetato sobre o modelo operado, com intuito de se obter um guia que facilita o momento cirúrgico. Na quarta sessão de atendimento clínico, após anestesia e com ajuda da guia de silicone, o tecido periodontal da região anterior superior foi remodelado. Também em laboratório, utilizando um novo modelo de estudo obtido após a cirurgia periodontal, foi feito o enceramento das restaurações planejadas para os dentes 12 e 22. Na quinta etapa clínica, 3 semanas após a cirurgia, foi feita a reanatomização do elemento 22 e correção do dente 12 com auxílio de uma guia de sílica feita sobre o enceramento no modelo de gesso. Para esta reanatomização foi usado sistema adesivo convencional de 2 passos e resina composta microhíbrida. Ao final do tratamento, após o acabamento e polimento das restaurações de resina, a paciente mostrou-se bastante satisfeita com os resultados obtidos.

Palavras chave: Incisivos Conóides. Plástica Periodontal. Resina Composta

ABSTRACT

A 24-year-old female patient sought dental care at the graduation clinic of Universidade Sagrado Coração, unhappy with the appearance of your upper anterior teeth. During the clinical examination, was observed a color change of the teeth, presence of conoid left lateral incisor and slightly lingualized position of the right lateral upper incisor. At the first session, in addition to the evaluation of medical history, clinical and radiographic examination, and molding of the upper arch to obtain a model study was made the treatment planning to be done. At the second and third sessions of treatment, it was made the bleaching of the upper and lower incisors, canines, and premolars teeth using Hydrogen Peroxide 20%. In the laboratory, it was made the planning of periodontal plastic, removing in the plaster model obtained in the first session, the amount of periodontal tissue to recover the ideal harmony of gingival contour, restoring the aesthetics without function compromising. After that a acetate guide was prepared on the operated model, with the aim to facilitates the surgical time. At the fourth session of clinical care, after tissues anesthesia and with help from the acetate guide, the periodontal tissue of the anterior superior area was redesigned. The diagnostic wax-up of restorations planned for the upper lateral incisors was done by using a new model study obtained after periodontal surgery. At the fifth clinical session, 3 weeks after surgery, the morphology of the conoid and the position of the lingualized incisor were corrected with the aid of silicon index obtained from the waxed working model. For the restorations has been used a two step adhesive system and a micro hybrid composite resin. At the end of treatment, after finishing and polishing of the restorations, the patient was very pleased with the results obtained.

Keywords: Conoid Incisors. Periodontal Plastic. Composite Resin

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Vista do sorriso inicial da paciente.....	23
Figura 2-	Alteração de cor, assimetria do contorno gengival e presença do incisivo lateral superior esquerdo conóide.....	23
Figura 3-	Vista do elemento 12, evidenciando sua posição levemente lingualizada.....	23
Figura 4-	Vista do elemento 22, evidenciando seu formato conóide.....	23
Figura 5-	Avaliação da cor inicial dos dentes, antes do clareamento.....	23
Figura 6-	Barreira gengival aplicada nas arcadas superior e inferior.....	23
Figura 7-	Agente clareador aplicado sobre a face vestibular dos dentes 15 a 25, 35 a 45.....	24
Figura 8-	Após a remoção do agente clareador, ainda na primeira sessão.....	24
Figura 9-	Resultado obtido duas semanas após as sessões de clareamento.....	24
Figura 10-	Modelo de gesso obtido na primeira sessão de planejamento.....	24
Figura 11-	Modelo de gesso “operado” em laboratório, para o planejamento da cirurgia plástica periodontal.....	24
Figura 12-	Guia de acetato, fabricada sobre o modelo operado e que é usada para auxiliar no momento cirúrgico.....	24
Figura 13-	Durante a cirurgia periodontal, com a guia posicionada sobre os tecidos, conferindo a quantidade de tecido removido.....	25
Figura 14-	Ao final do ato cirúrgico, imediatamente após a gengivectomia e gengivoplastia.....	25
Figura 15-	Uma semana após a cirurgia periodontal.....	25
Figura 16-	21 dias após a correção do contorno do tecido periodontal na região anterior superior.....	25
Figura 17-	Modelo de gesso com os enceramentos diagnósticos das restaurações dos dentes 12 e 22.....	25
Figura 18-	Guia de silicona confeccionada sobre o modelo de gesso encerado.....	25
Figura 19-	Seleção de cor da resina composta: pequena porção da resina Opallis na cor A2 aplicada e polimerizada na face vestibular.....	26

Figura 20-	Seleção da cor da resina composta: imagem em branco e preto, feita para avaliar o valor da resina selecionada.....	26
Figura 21-	Dente 12 em uma posição levemente lingualizada em relação ao dente 11.....	26
Figura 22-	Guia de silicona em posição, com o isolamento absoluto instalado.....	26
Figura 23-	Aspecto opaco do esmalte do dente 12 após o condicionamento ácido.....	27
Figura 24-	Após a aplicação do adesivo sobre o esmalte do elemento 12.....	27
Figura 25-	Halo incisal confeccionado com resina composta Microhíbrida Opallis.....	27
Figura 26-	Após a aplicação da resina de esmalte na cor A2 no terço médio.....	27
Figura 27-	Restauração finalizada com aplicação da resina Opallis T Neutral no terço incisal.....	27
Figura 28-	Vista incisal dos dentes 11, 12 e 13, após a aplicação da resina, com o contorno dos dentes evidenciado com grafite.....	27
Figura 29-	Após o ajuste inicial e a determinação da anatomia primária.....	28
Figura 30-	Vista do dente 12, imediatamente após a remoção do isolamento absoluto.....	28
Figura 31-	Vista do dente 22, antes do início da reanatomização.....	28
Figura 32-	Após a aplicação do sistema adesivo, a concha palatina foi feita usando-se a resina composta T Neutral da Opallis.....	28
Figura 33-	Halo incisal feito com a resina OP da Opallis e dentina na cor A2 aplicada no terço médio.....	28
Figura 34-	Esmalte cor A2 aplicado no terço médio e início do terço incisal.....	28
Figura 35-	Após a utilização da resina T Neutral da Opallis no terço incisal.....	29
Figura 36-	Vista do dente 22 após o ajuste e determinação da anatomia primária.....	29
Figura 37-	Dente 22 reconstruído, imediatamente após a remoção do isolamento absoluto.....	29
Figura 38-	Vista incisal, evidenciando o alinhamento obtido após os ajustes.....	29
Figura 39-	Vista dos dentes 11, 12, 21 e 22, após o acabamento e polimento da resina composta aplicada nos incisivos laterais.....	29
Figura 40-	Sorriso da paciente após o final do tratamento planejado.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	17
3 DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO	18
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
5 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a busca por tratamentos estéticos no consultório odontológico vem crescendo cada vez mais, uma vez que a valorização do sorriso perfeito impõe um novo perfil para o paciente contemporâneo. Conceição et al. (2005) afirmam que um dos fatores que explicam a crescente valorização da odontologia estética é a inserção das pessoas numa sociedade extremamente competitiva, no qual a aparência tem importância fundamental na aceitação social. Um sorriso que evidencia dentes brancos, bem posicionados na arcada e com forma harmoniosa virou sinônimo de saúde, simpatia e até de confiabilidade. Isto porque situações estéticas negativas como dentes ausentes, cariados, amarelados, disformes, manchados e mal posicionados podem deixar o indivíduo introspectivo, fazendo com que seu convívio social seja alterado em decorrência de uma autoestima abalada.

Este anseio por dentes perfeitos não está restrito a classes sociais mais abastadas, artistas e pessoas que trabalham com imagem, mas é uma realidade encontrada hoje em todas as classes sociais. Assim, ao invés de somente procurar pelo tratamento de dentes cariados, perdidos ou fraturados, os pacientes apresentam-se com perfil de apelo estético em dentes hígidos (AIMI; LOPES, 2007). Por isso, além da promoção da saúde bucal como um todo, a Odontologia tem encontrado espaço significativo na indústria da beleza.

Apesar da objetividade atribuída aos conceitos e normas estéticas, o que é cosmeticamente agradável ao profissional pode não ser o anseio do paciente que procura o atendimento odontológico. Portanto, a subjetividade da estética deve sempre ser considerada e isso exige uma grande sensibilidade por parte do cirurgião dentista. O profissional deve abandonar a postura tradicional de enxergar apenas o dente e observar mais amplamente a personalidade e a expectativa do seu paciente. É certo que determinadas normas, princípios ou parâmetros são necessários para auxiliar o clínico a tornar mais harmônico e agradável o sorriso dos seus pacientes. Mas deve-se sempre levar em conta o desejo e principalmente a opinião do paciente em relação ao conceito de estética, uma vez que este é bastante pessoal (BARATIERI et al., 1995).

As características mais notáveis e importantes presentes no sorriso harmonioso são o formato, o tamanho e a proporção entre a altura e a largura da coroa dental. E sendo a forma um dos critérios mais observados, as anomalias dentárias, como dentes com formato anatômico conóide, constituem uma das queixas estéticas principais dos pacientes. (BOTTINO et al., 2000).

De acordo com dados da literatura, os incisivos laterais conóides acometem cerca de 1,03% da população, em ambos os lados da arcada dentária, são normalmente unilaterais e com prevalência pelo gênero feminino (SIQUEIRA et al., 1993). Uma das possíveis resoluções estéticas para melhorar a aparência dos dentes conóides podem ser as coroas totais de porcelana e/ou as facetas de porcelana (HEYMANN; HERSHEY, 1985), que apesar de apresentarem um bom resultado estético e funcional são condutas mais invasivas que desgastam estrutura dental sadia.

Recentemente, novos materiais adesivos restauradores foram introduzidos no mercado odontológico, permitindo assim condutas mais conservadoras para reabilitação estética do sorriso em casos específicos como fechamentos de diastemas e reanatomização de dentes conóides. As técnicas adesivas diretas são otimizadas com recursos que aceleram o tempo clínico tais como enceramentos diagnósticos e guias de silicone que auxiliam o profissional e ao mesmo tempo proporcionam ao paciente a previsibilidade do resultado estético. (CARDOSO; GONÇALVES, 2002).

Dentre as opções que visam melhorar a estética dental de maneira mais conservadora, além das restaurações e facetas diretas com resinas compostas, destacam-se o clareamento de dental e a microabrasão do esmalte dental. (HOLANDA; SIMÕES; KHALILI, 2006).

O clareamento dental está indicado quando há alteração na cor da estrutura dentária, seja ela causada por fatores intrínsecos ou extrínsecos. O mecanismo de clareamento dentário resume-se numa reação de oxidação/redução, onde substâncias oxidantes, basicamente o peróxido de hidrogênio, aplicadas das mais diversas formas sobre os tecidos duros dentários, entram em contato com moléculas dos pigmentos orgânicos impregnados no esmalte e na dentina. Estes pigmentos são transformados em estruturas moleculares mais simples, hidrossolúveis. As

técnicas de clareamento hoje disponíveis são classificadas em interno ou externo, e nessa última classe o de consultório ou caseiro. (CONCEIÇÃO, 2000).

Em casos específicos onde há um elemento conóide lateral superior com assimetria no contorno gengival, frequentemente existe a necessidade de intervenções maiores e delicadas, como cirurgias periodontais para aumento de coroa clínica, indicada quando há invasão de distâncias biológicas, ou necessidade de remodelar a estética gengival na região anterior superior (GENCO; ROBERT, 1997). A gengivectomia e a gengivoplastia são cirurgias plásticas de grande importância quando bem indicadas (SOUSA; GARZON; SAMPAIO, 2003). O aumento de coroa clínica está indicado quando há presença de dentes anteriores curtos, exposição excessiva gengival ou quando há irregularidade do contorno gengival. (SUZUKI et al., 2008).

Deve-se levar em conta que a adaptação cervical das restaurações e o correto perfil de emergência são condições indispensáveis para manter a saúde gengival, que apesar de nem sempre notada, é um fator de extrema importância para a estética como um todo (ARMITAGE; GARY, 1993). O principal objetivo cirúrgico é proporcionar harmonia estética entre a largura e a altura das coroas clínicas dos dentes anteriores e possibilitar a restauração direta com resinas compostas, mantendo o equilíbrio e a simetria, buscando sempre o natural (FRANCISCHONE, 2005).

É importante que o profissional entenda que o principal objetivo do tratamento é satisfazer a exigência do paciente, considerando que a estética e a função mastigatória fazem parte de um todo e não devem ser consideradas separadamente (AHMAD, 1998).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Mostrar a inter-relação da Periodontia e Dentística na reabilitação estética do sorriso de uma paciente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Relatar e discutir os passos clínicos seguidos para o restabelecimento estético-funcional de uma paciente de 24 anos, gênero feminino que procurou atendimento odontológico na clínica de graduação da Universidade Sagrado Coração, devido ao comprometimento de cor de seus dentes anteriores e a presença de um incisivo lateral superior esquerdo na forma conóide.

3 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 24 anos, gênero feminino, procurou atendimento odontológico na clínica de graduação da Universidade Sagrado Coração, descontente com a aparência de seus dentes anteriores superiores (Figura 1). Durante o exame clínico, observou-se que havia uma assimetria gengival no periodonto da região anterior superior, notada principalmente na região do elemento 22, alteração de cor nos dentes (Figura 2) provavelmente causada por tetraciclina, e ainda observou-se que o elemento 12 apresentava-se levente lingualizado em relação aos outros elementos (Figura 3) e o elemento 22 apresentava-se com anatomia conóide (Figura 4).

Na primeira sessão, além da anamnese criteriosa, exame clínico visual, exame radiográfico através de tomadas periapicais e ortopantomográfica, foi realizada moldagem do arco superior com alginato e moldeira de estoque previamente selecionada, para obtenção de modelo de estudo em gesso pedra, para posteriormente realizar-se o planejamento do tratamento a ser realizado. Na segunda e terceira sessões de atendimento, iniciou-se o tratamento planejado, realizando-se o clareamento dos dentes 15 ao 25, 35 ao 45, utilizando Peróxido de Hidrogênio a 20%, sendo este o produto de escolha pois a paciente apresentava sensibilidade em alguns elementos, relatada na anamnese. Para fazer o clareamento, inicialmente realizou-se a tomada de cor inicial com uma escala de cores Vitta, onde observou-se que o tom que mais se aproximava da cor inicial era o D3 (Figura 5). Após a profilaxia dos dentes com pasta de pedra pomes e água, foi instalado o afastador de tecidos moles para evitar o contato direto do agente clareador com os tecidos moles e aplicou-se a barreira gengival Topdam para a proteção do periodonto de proteção e sustentação (Figura 6).

Em seguida, iniciou-se a aplicação do agente clareador selecionado, o Peróxido de Hidrogênio a 20% (WHITENESS HP BLUE), sobre a face vestibular dos dentes a serem submetidos ao tratamento (Figura 7). De acordo com as recomendações do fabricante, o material permaneceu sobre as faces dentárias por 45 minutos. O mecanismo de ação do agente clareador se dá por meio de uma reação complexa de oxidação, com a liberação de radicais livres de oxigênio que penetram nas porosidades dos prismas de esmalte, atingindo a dentina e através de um processo químico, provocam a quebra de moléculas orgânicas que pigmentam a

dentina e as inorgânicas que alteram a coloração do esmalte. Todas essas moléculas são convertidas em dióxido de carbono e água, liberados juntamente com o oxigênio nascente. Após 45 minutos, realizou-se a remoção cuidadosa do agente clareador, eliminando o excesso com sugador e posteriormente realizou-se a lavagem abundante de toda a superfície com água para remoção de todo agente clareador ainda remanescente sobre as superfícies dentais (Figura 8). É importante salientar que, durante o tempo que o agente clareador permaneceu sobre as faces de esmalte o campo foi mantido seco com o auxílio do sugador e a língua afastada por um aparato próprio. Após a remoção do agente clareador, os dentes foram polidos com pasta diamantada Enamelize (Cosmedent) e discos de feltro FlexiBuff (Cosmedent). Aplicou-se então flúor incolor em toda a região clareada e a paciente foi orientada sobre alguns cuidados que devem ser tomados após a realização do clareamento, como por exemplo evitar a ingestão de líquidos e alimentos com corantes, uso de batom, cigarro, além de cuidados básicos com a higienização. Foram realizadas duas sessões de clareamento dental, usando a mesma sequência clínica, com um intervalo de uma semana entre as sessões. Na figura 9 é possível visualizar o resultado obtido duas semanas após terminado o clareamento.

Enquanto isso, em laboratório, realizou-se o planejamento da plástica periodontal, onde no modelo de gesso obtido na primeira sessão (Figura 10), removeu-se e reconstituiu-se a quantidade de tecido periodontal ideal para recuperar a harmonia do contorno gengival (Figura 11), restabelecendo a nova estética da paciente sem comprometer a função dos tecidos periodontais. Em seguida confeccionou-se uma matriz de silicone sobre o modelo operado (Figura 12), com intuito de se obter um guia que facilitaria o momento cirúrgico, possibilitando a visualização de tecido gengival ideal a ser removido, tanto em altura quanto em espessura.

Na quinta sessão de atendimento clínico, paciente retornou para realizar a cirurgia de plástica periodontal. Inicialmente realizou-se a prova da matriz de silicone, posicionando-a, para prova nos dentes e periodonto. Iniciou-se o procedimento aplicando as anestésias infiltrativas na região anterior superior, onde foram utilizados 3 tubetes de mepivacaina 3%, não sendo necessário realizar anestésias por palatino devido a pequena complexidade da cirurgia. Iniciou-se a incisão sulcular, da mesial do elemento 14 à mesial do elemento 24, com lâmina de bisturi 15 C e cabo de

bisturi número 3. O tecido periodontal da região anterior superior foi descolado com espátula Freer e Molt até exposição da crista óssea. Posteriormente, com ajuda da matriz de silicone (Figura 13), realizou-se a plástica periodontal realizando gengivectomia com tesoura de Goldman Fox, alicate de unha estéril e lâmina de bisturi número 15 C, e gengivoplastia com gengivótomo de Kikerland, regularizando assim a espessura de tecido gengival e realizando recontorno gengival. Em pequenas áreas, foi necessária regularização da espessura óssea com lima pra osso para devolver a simetria gengival ideal. Irrigou-se abundantemente com soro fisiológico e realizou-se então reposicionamento do tecido gengival (Figura 14). Não houve necessidade de realização de suturas, apenas colocou-se cimento cirúrgico (COE-SOFT) sobre os tecidos cruentos para proteção destes. A paciente recebeu a primeira dose do medicamento prescrito, Dipirona Sódica (gotas), ainda em clínica, e foi orientada a tomar 40 gotas do medicamento de 6 em 6 horas durante 3 a 4 dias, ou enquanto apresentasse sintomatologia dolorosa.

Em uma semana a paciente retornou para verificar a condição de cicatrização dos tecidos periodontais. Notou-se, após a remoção do cimento cirúrgico, que ainda havia presença de algumas áreas cruentas (Figura 15), e que, sendo assim havia necessidade de nova proteção dos tecidos gengivais com cimento cirúrgico. Este material foi removido após uma semana, pela própria pacientes após orientações dadas em clínica. Três semanas após a cirurgia a paciente retornou com os tecidos periodontais em perfeita condição de cicatrização (Figura 16). Sendo assim, foi realizada nessa sessão uma nova moldagem da arcada superior com alginato e moldeira vernes. A partir do modelo obtido, em laboratório foi feito o enceramento diagnóstico das restaurações planejadas para os dentes 12 e 22 (Figura 17). Posteriormente, confeccionou-se uma guia de silicona (Figura 18), moldando a face palatina e incisal do modelo de gesso encorado, com finalidade de facilitar a restauração dos elementos.

Na quinta etapa clínica, 4 semanas após a cirurgia, a paciente retornou para a correção do dente 12 e reanatomização do elemento 22. Para isso foi feita a seleção de cor com auxílio da escala Vitta. A confirmação do matiz e do croma da resina escolhida, o A2, foi feita colocando-se uma pequena porção da resina sobre a face vestibular do dente 12 (Figura 19) enquanto a verificação do valor da resina foi feita através de uma fotografia em branco e preto do dente com a pequena porção da

resina A2 da marca Opallis(FGM), na face vestibular do elemento (Figura 20). Após a seleção de cor, iniciou-se o procedimento restaurador com a correção do elemento 12 (Figura 21). Foi feita a anestesia infiltrativa na região vestibular e lingual com um tubete de mepivacaina 3% e posteriormente instalou-se o isolamento absoluto de primeiro pré-molar direito ao primeiro pré-molar esquerdo, com auxílio das amarrias com fio dental e grampo 209 e em seguida foi feita a prova da guia de silicóna (Figura 22). Realizou-se então a asperização de toda superfície em esmalte, nas faces vestibular e lingual, com ponta diamantada 3203 em baixa rotação, para remoção do esmalte superficial e aprismático e exposição dos prismas de esmalte. Aplicou-se ácido fosfórico 37% por 30 segundos em toda superfície anteriormente asperizada e em seguida o ácido foi removido com lavagem abundante por 20 segundos. O esmalte condicionado foi seco com leve jato de ar (Figura 23) e posteriormente aplicou-se o adesivo do sistema convencional de 2 passos (Figura 24). Com auxílio da guia de silicóna confeccionada anteriormente sobre o modelo encerado, iniciou-se a reanatomização do elemento 12, inserindo a resina Opallis OP (FGM) na borda incisal do guia de silicóna para confecção do halo incisal leitoso que é mais opaco e branco. Após a acomodação da resina, levou-se o guia em posição na boca e fotopolimerizou-se por 20 segundos, obtendo-se o halo incisal (Figura 25). Posteriormente, com resina Opallis (FGM) cor A2 para esmalte, reconstituiu-se a porção do terço médio, definindo as arestas e vestibularizando o elemento (Figura 26). Aplicou-se uma pequena porção de resina Opallis T-Neutral(FGM), sobre a porção do terço incisal, para dar cobertura translúcida á região (Figura 27). Terminado o uso das resinas foi feito o ajuste inicial, com alinhamento incisal da restauração e determinação da anatomia primária, que é o comprimento do dente, o alinhamento vestibular e o posicionamento das arestas. Para isso a borda incisal do incisivo central e do próprio lateral foi marcada com grafite (Figura 28) e os excessos foram desgastados usando discos abrasivos soft-lex pop-on (3M) e pontas diamantadas douradas. Nas figuras 29 e 30 pode-se ver o resultado imediato antes e após a remoção do isolamento.

Os mesmos passos seguidos para o dente 12, foram feitos para a reanatomização do dente 22. Com isolamento absoluto instalado (Figura 31), iniciou-se a reanatomização do elemento após a asperização do esmalte, condicionamento da estrutura dental com ácido fosfórico 37% por 30 segundos e aplicação do

adesivo. Para a confecção da concha palatina foi usada a resina microhíbrida Opallis T Neutral(FGM), que foi inserida no guia de silicone e levada em posição. A resina foi fotopolimerizada por 20 segundos, obtendo assim a parede palatina do elemento (Figura 32). Da mesma forma como foi confeccionado o halo incisal do elemento 12, foi confeccionado do elemento 22. A resina Opallis OP(FGM) foi inserida inicialmente na guia fora da boca e após sua acomodação a guia foi colocada em posição na palatina e a resina fotopolimerizada, obtendo-se desta forma a concha palatina e o halo incisal leitoso. Em seguida, aplicou-se resina Herculite(Kerr) cor A2 para dentina em todo o terço médio e início do terço incisal, definindo neste momento os mamelos dentinários (Figura 33). Após a polimerização da resina de dentina, aplicou-se resina Opallis (FGM)cor A2 para esmalte sobre a resina de dentina, reanatomizando e definindo as arestas por toda superfície do terço médio e final do terço cervical (Figura 34). Com resina Opallis T Neutral(FGM), realizou-se a cobertura translúcida sobre toda a região do terço incisal (Figura 35). Terminado o uso das resinas foi feito o ajuste e alinhamento incisal da restauração. Para isso a borda incisal do incisivo central e do próprio lateral foi marcada com grafite e os excessos foram desgastados usando discos abrasivos sof-lex pop-on(3M) e pontas diamantadas douradas. Desta forma a anatomia primária (o comprimento do dente, o alinhamento vestibular e o posicionamento das arestas) foi estabelecida (Figura 36). Na Figura 37 verifica-se o resultado da reanatomização do elemento 22, logo após a remoção do isolamento e na Figura 38, nota-se o alinhamento incisal obtido com as restaurações.

O acabamento inicial das restaurações foi realizando com borrachas siliconadas Enhance e Pogo (Dentsply). A texturização do esmalte foi confeccionada com ponta diamantada 3203 em baixa rotação e as estrias horizontas com a extremidade da broca multilaminada com formato 1111.

O polimento final das resinas foi dado após uma semana com pontas de carbeto de silício(Cosmedent) que foram passadas por toda superfície das resinas e posteriormente utilizou-se pasta diamantada Enamelize(Cosmedent) com discos de feltro FlexiBuff (Cosmedent). As Figuras 39 e 40 mostram o resultado final do tratamento, conseguido após o clareamento dental, cirurgia periodontal e restaurações de resina composta nos incisivos laterais superiores. A paciente mostrou-se muito contente e satisfeita com os resultados obtidos.



Figura 1- Vista do sorriso inicial da paciente



Figura 2- Alteração de cor, assimetria do contorno gengival e presença do incisivo lateral superior esquerdo conóide



Figura 3- Vista do elemento 12, evidenciando sua posição levemente lingualizada



Figura 4- Vista do elemento 22, evidenciando seu formato conóide



Figura 5- Avaliação da cor inicial dos dentes, antes do clareamento



Figura 6- Barreira gengival aplicada nas arcadas superior e inferior



Figura 7- Agente clareador aplicado sobre a face vestibular dos dentes 15 a 25, 35 a 45



Figura 8- Após a remoção do agente clareador, ainda na primeira sessão



Figura 9- Resultado obtido duas semanas após as sessões de clareamento



Figura 10- Modelo de gesso obtido na primeira sessão de planejamento



Figura 11- Modelo de gesso "operado" em laboratório, para o planejamento da cirurgia plástica periodontal



Figura 12- Guia de silicone, fabricada sobre o modelo operado e que é usada para auxiliar no momento cirúrgico



Figura 13- Durante a cirurgia periodontal, com a guia posicionada sobre os tecidos, conferindo a quantidade de tecido removido



Figura 14- Ao final do ato cirúrgico, imediatamente após a gengivectomia e gengivoplastia



Figura 15- Uma semana após a cirurgia periodontal



Figura 16- 21 dias após a correção do contorno do tecido periodontal na região anterior superior



Figura 17- Modelo de gesso com os enceramentos diagnósticos das restaurações dos dentes 12 e 22



Figura 18- Guia de silicona confeccionada sobre o modelo de gesso encerado



Figura 19- Seleção de cor da resina composta: pequena porção da resina Opallis na cor A2 aplicada e polimerizada na face vestibular



Figura 20- Seleção da cor da resina composta: imagem em branco e preto, feita para avaliar o valor da resina selecionada



Figura 21- Dente 12 em uma posição levemente lingualizada em relação ao dente 11



Figura 22- Guia de silicone em posição, com o isolamento absoluto instalado



Figura 23- Aspecto opaco do esmalte do



Figura 24- Após a aplicação do adesivo sobre o

dente 12 após o condicionamento ácido



Figura 25- Halo incisal confeccionado com resina composta Microhíbrida Opallis

esmalte do elemento 12



Figura 26- Após a aplicação da resina de esmalte na cor A2 no terço médio



Figura 27- Restauração finalizada com aplicação da resina Opallis T Neutral no terço incisal



Figura 28- Vista incisal dos dentes 11, 12 e 13, após a aplicação da resina, com o contorno dos dentes evidenciado com grafite



Figura 29- Após o ajuste inicial e a



Figura 30- Vista do dente 12, imediatamente

determinação da anatomia primária



Figura 31- Vista do dente 22, antes do início da reanatomização

após a remoção do isolamento absoluto



Figura 32- Após a aplicação do sistema adesivo, a concha palatina foi feita usando-se a resina composta T Neutral da Opallis



Figura 33- Halo incisal feito com a resina OP da Opallis e dentina na cor A2 aplicada no terço médio



Figura 34- Esmalte cor A2 aplicado no terço médio e início do terço incisal



Figura 35- Após a utilização da resina T Neutral



Figura 36- Vista do dente 22 após o ajuste e

da Opallis no terço incisal



Figura 37- Dente 22 reconstruído, imediatamente após a remoção do isolamento absoluto

determinação da anatomia primária



Figura 38- Vista incisal, evidenciando o alinhamento obtido após os ajustes



Figura 39- Vista dos dentes 11, 12, 21 e 22, após o acabamento e polimento da resina composta aplicada nos incisivos laterais



Figura 40- Sorriso da paciente após o final do tratamento planejado

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente caso clínico mostrou a reabilitação estética de uma paciente através da inter-relação de várias especialidades da Odontologia. Atualmente a estética é fundamental para um bom convívio social, sendo um anseio sempre presente nos pacientes que procuram tratamento odontológico. Por isso, devemos realizar sempre um criterioso exame clínico para que possamos traçar um correto plano de tratamento. O planejamento do caso e a sua execução foram facilitados pelo emprego de modelos de estudo que possibilitaram tanto o planejamento da cirurgia periodontal necessária no caso, quanto da remodelação estética dos dentes através do enceramento diagnóstico que viabilizou a confecção da guia de silicóna que facilitou o procedimento restaurador. Desta forma, houve a oportunidade de transformar o sorriso da paciente, colaborando para uma melhora na sua estética facial, auto-estima e convívio social.

Além disso, o clareamento do esmalte dental usando técnicas e materiais apropriados, juntamente com o uso de procedimentos cirúrgicos periodontais como a gengivectomia e gengivoplastia, associados neste caso, melhoraram assim a estética rósea diretamente associada com a estética branca, devido à assimetria gengival presente na região anterior superior, devolvendo a estética sem comprometer a função dos tecidos periodontais.

O mecanismo de ação do agente clareador se dá por meio de uma reação complexa de oxidação, com a liberação de radicais livres de oxigênio que penetram nas porosidades dos prismas de esmalte, atingindo a dentina e através de um processo químico, provocam a quebra de moléculas orgânicas que pigmentam a dentina e as inorgânicas que alteram a coloração do esmalte. Todas essas moléculas são convertidas em dióxido de carbono e água, liberados juntamente com o oxigênio nascente. O emprego do peróxido de hidrogênio 20%, no caso clínico apresentado, diminuiu consideravelmente o matiz do dente, sendo utilizado anteriormente a restauração do elemento para que fosse possível escolher a cor ideal de resina composta a ser utilizada nas restaurações dos incisivos laterais.

Com a evolução das resinas compostas, estas passaram a representar uma excelente alternativa para a reconstrução de dentes anteriores no que diz respeito ao seu grande potencial do ponto de vista estético, graças à grande possibilidade de

reprodução de detalhes com as cores presentes atualmente no mercado, assim como a possibilidade de um polimento final cada vez melhor e mais próximo ao dos dentes naturais. Estas características tornam esse material a primeira escolha para abordagens em regiões estéticas.

A sua longevidade clínica, aliada ao seu baixo custo diante de outras opções como as facetas indiretas juntam-se ao grupo de razões pelas quais optou-se no caso aqui apresentado, pelo uso desse material na recuperação de uma estética dentária harmoniosa e natural. Além disso, houve a possibilidade de proporcionar ao paciente uma abordagem minimamente invasiva, devido ao emprego de sistemas adesivos eficientes que são responsáveis por uma forte união do material restaurador ao esmalte dentário hígido, como no caso de anomalia de forma apresentado.

É necessário considerar sempre que beleza é uma questão individual, e que isto não pode e não deve entrar em discussão.

5 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados apresentados é possível concluir que:

É sempre muito importante realizar um diagnóstico completo das anomalias de forma e tamanho dentais, assim como os problemas por elas causados. É nele que se deve basear o planejamento de qualquer que seja a forma de tratamento;

Muitas vezes é preciso lançar mão de um tratamento multidisciplinar para se conseguir um resultado satisfatório do ponto de vista funcional e estético;

Se as condições de alinhamento e inclinação dos incisivos laterais conóides forem favoráveis, o tratamento restaurador direto mostra-se como uma ótima alternativa;

Conservar um dente conóide para restauração cosmética, pode ser uma alternativa viável para um bom tratamento;

O tempo de acompanhamento do caso, após o tratamento, mostra a viabilidade dos resultados, sendo devolvido a paciente a estética do sorriso.

REFERÊNCIAS

AHMAD, I. Geometric considerations in interior dental aesthetics: restorative principles. **Pract Periodontics Aesthet Dent**: [S.l.], v.10, n.3, p.813-23, 1998.

AIMI, E.; LOPES, G. C. Restaurações diretas de resina composta em dentes posteriores: uma realidade no brasil do século XXI. **International J Braz Dent**, [S.l.], v. 3, n.1, p.256-261, set./dez., 2007.

ARMITAGE, G. C. **Bases biológicas da terapia periodontal**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1993.

BARATIERI, L. N. et al. **Estética**: restaurações adesivas diretas em dentes anteriores fraturados. São Paulo: Ed. Santos, 1995.

BOTTINO, M. A. et al. Estética em reabilitação oral: "metal free". In: FELLER, C.; GORAB, R. **Atualização na clínica odontológica**. 19. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p.325-363.

CARDOSO, R.J.; GONÇALVES, E. A. N. **Estética**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

CONCEIÇÃO, E. N. **Dentística**: saúde e estética. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

CONCEIÇÃO, E. N. et al. **Análise Estética**: restaurações estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.33-55.

FRACISCHONE, A. C. **Prevalência das proporções áurea e estética dos dentes ântero-superiores e respectivos segmentos dentários relacionadas com a largura do sorriso em indivíduos com oclusão normal**. 2005. 81 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25131/tde-12062007-095047/pt-br.php>>. Acesso em: 15 out. 2012.

GENCO, R. J. **Periodontia contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1997.

HEYMANN, H. O.; HERSHEY, H. G. Use of composite resin for restorative and orthodontic correction of anterior interdental spacing. **J. Prosthet. Dent.**, [S.l.], v. 53,

p. 766-771, 1985.

HOLANDA, D. B. V.; SIMÕES, D. M. S.; KHALILI, J. B. Recontorno cosmético em dentes anteriores superiores: relato de caso clínico. **Revista Dental Press Estética**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 49-58, jan./mar., 2006.

SIQUEIRA, E. L. et al. Incidência de incisivos laterais coniformes. **Odonto** 13, [S.l.], v. 2, n. 7, p. 416-418, 1993.

SOUSA, C. P.; GARZON, A. C. D. M.; SAMPAIO, J. E. C. Estética periodontal: relato de um caso. **Rev Bras Cir Period**, [S.l.], v.1, p.262-267, 2003.

SUZUKI, P. H. et al. Valorizando o sorriso gengival: relato de caso clínico. **Revista Inpeo de Odontologia**, [S.l.], v.2, n.2, p.41-56, 2008.