

**UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO**

**LARISSA RAMAZZINI POLOTTO**

**TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA  
RESTABELECIMENTO DA ESTÉTICA ANTERIOR**

BAURU  
2018

**LARISSA RAMAZZINI POLOTTO**

**TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA  
RESTABELECIMENTO DA ESTÉTICA ANTERIOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

BAURU  
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo  
com ISBD

P778t	<p>Polotto, Larissa Ramazzini</p> <p>Tratamento multidisciplinar para restabelecimento da estética anterior / Larissa Ramazzini Polotto. -- 2018. 30f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Karin Cristina da Silva Modena.</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP</p> <p>1.Estética Dentária. 2.Diastema. 3. Dentística Operatória.. I. Modena, Karin Cristina da Silva. II. Título.</p>
-------	--

**LARISSA RAMAZZINI POLOTTO**

**TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA RESTABELECIMENTO  
DA ESTÉTICA ANTERIOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena.

Bauru, 30 de novembro de 2018.

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena  
Universidade do Sagrado Coração

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mirella Lindoso Gomes Campos  
Universidade do Sagrado Coração

---

Prof. Dr. Guilherme Moreira  
Universidade do Sagrado Coração

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por estar aqui hoje podendo concluir mais uma etapa da minha vida, aos meus pais que fizeram possível toda essa trajetória, por todo o incentivo e apoio.

À minha brilhante orientadora que fez com que fosse possível realizar este trabalho, Dra. Karin Cristina da Silva Modena, e a todos os professores que participaram de certa forma, compartilhando todo o conhecimento e ensinamentos diante das disciplinas concluídas.

Posso dizer que um sonho foi realizado e durante estes quatro anos pude conhecer pessoas incríveis que estiveram do meu lado permitindo que eu chegasse até aqui hoje, com certeza vivenciei a melhor fase da minha vida nesta faculdade, e sou eternamente grata por ter tido o privilégio de estudar aqui.

Sigo em frente de coração apertado, mas levo comigo a lembrança de cada momento e aprendizado.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico em que houve a necessidade da multidisciplinaridade para obter um padrão estético harmônico. O planejamento clínico e execução do tratamento, integrou as disciplinas de Ortodontia e Dentística para que uma perfeita harmonia funcional e estética do paciente fosse alcançada. A análise inicial do sorriso promove uma etapa essencial para o diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico de qualquer tratamento odontológico. O caso clínico relata uma paciente do sexo feminino, com queixa principal de estética insatisfatória dos incisivos superiores relatando coroas clínicas curtas e anatomia desfavorável. O tratamento iniciou com o procedimento de correção da posição dos incisivos laterais superiores com o aparelho invisível *Clear Aligner*. Após a adequação da posição dos dentes 12 e 22, foi realizado o enceramento diagnóstico e reanatomização dos incisivos laterais superiores e correção de diastema entre incisivos centrais superiores com resina composta. Pode-se concluir que o adequado diagnóstico e planejamento foi essencial para uma abordagem terapêutica correta visando o sucesso do tratamento.

**Palavras-chave:** Estética Dentária. Diastema. Dentística Operatória.

## **ABSTRACT**

The objective of this work is to obtain an aesthetic standard with the clinical planning having as execution of the treatment the integration of disciplines such as Orthodontics and Dentistry for a perfect functional and aesthetic harmony of the patient. The analysis of the smile promotes an essential step for the diagnosis and prognosis of any dental treatment involved with aesthetic goals. The case reports a female patient, with a major complaint of unsatisfactory aesthetics of the upper incisors followed by removal of the orthodontic appliance, reporting short clinical crowns, with the anatomy less favored according to the Aurea Proportion. The plan of aesthetic treatment of this case after the removal of the fixed orthodontic appliance was initially performed bleaching by the office associated with the homemaker to obtain the ideal color. At the beginning, the diagnosis and treatment plan was more favorable, initiating a procedure to correct the position of the upper lateral incisors and an orthodontic complement was performed with the Clear Aligner invisible device for better insertion and adaptation of the composite resin, requiring less material due to small retrograde movement after removal of the fixed appliance. After the positioning of the teeth 12 and 22, the incision technique and the incisal augmentation technique of the upper lateral incisors with composite resin and the diastema correction were performed in the upper central incisors. Being essential the interdisciplinarity for a correct diagnostic and therapeutic approach, aiming the success of the treatment.

**Keywords:** Aesthetic Dentistry. Diastema. Operative Dentistry.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Vista intrabucal e oclusal de maxila.....	16
Figura 2. Vista intrabucal e oclusal de maxila .....	16
Figura 3. Dentes já alinhados após a conclusão do tratamento do Clear Aligner. ....	17
Figura 4. Confecção dos guias de orientação.....	18
Figura 5. Confecção dos guias de orientação. ....	18
Figura 6. Confecção do mock up com resina bisacrílica.....	18
Figura 7. Confecção do mock up com resina bisacrílica. ....	18
Figura 8. Escolha da cor da resina. ....	19
Figura 9. Asperização do esmalte com ponta diamantada. ....	19
Figura 10. Aplicação do ácido fosfórico 37% por 30 segundos.....	20
Figura 11. Aplicação do sistema adesivo Ambar APS (FGM). ....	20
Figura 12. Guia de silicone em posição. ....	21
Figura 13. Confecção da concha palatina.....	21
Figura 14. Resina composta DA1 para reproduzir a dentina. ....	22
Figura 15. Resina composta IrB entre os mamilos. ....	22
Figura 16. Resina para esmalte EA1 nos terços médio e cervical. ....	23
Figura 17. Resina WE (Z350) no terço incisal.....	23
Figura 18. Final imediato logo após a remoção do isolamento absoluto.....	24
Figura 19. Acabamento e polimento.....	24
Figura 20. Resultado final .....	25
Figura 21. Foto artística após contenção palatina.....	25



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
2.1. PRINCÍPIOS DA ESTÉTICA .....	10
2.2. RESINAS COMPOSTAS .....	11
2.3. ESCOLHA DE COR .....	12
2.4. SISTEMAS ADESIVOS .....	13
<b>3. OBJETIVO.....</b>	<b>15</b>
<b>4. RELATO DE CASO .....</b>	<b>16</b>
4.1. PLANEJAMENTO.....	16
4.2. MOVIMENTAÇÃO ORTODÔNTICA.....	16
4.3. TRATAMENTO RESTAURADOR .....	17
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>30</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O tratamento ortodôntico busca restabelecer a oclusão e perfil facial corretos, preservando a saúde articular, periodontal e das estruturas de suporte, mas, em diversos casos clínicos, nem sempre restabelecem por completo a estética do paciente, sendo necessária a integração de outras especialidades clínicas para alcançar a harmonia facial ideal. Desta forma, após a conclusão do tratamento ortodôntico, pode ser necessário fazer a intervenção com auxílio da Dentística Restauradora para restabelecer algumas características insatisfatórias (BEZERRA; CAVALCANTI, 2006)

O conceito de beleza tem se aprimorado e se tornado mais criterioso e preciso. É comum a busca pelo sorriso perfeito e, com a disponibilidade e aperfeiçoamento de diversos materiais restauradores, o resultado obtido é a reprodução fiel da estrutura dental. São comuns as queixas de insatisfação com alterações de cor, apinhamentos, diastemas, anomalias de forma, tamanho e posição. Com o avanço da Odontologia Restauradora Estética, dentes podem ser remodelados, redefinidos, reesculpidos e retornar a sua cor natural, com mínima invasão dos tecidos dentários hígidos por meio das restaurações diretas de resinas compostas (FRANCISCHONE; MONDELLI, 2007).

As restaurações diretas são opções acessíveis e de bom prognóstico para uma perfeita harmonia do sorriso, estética facial e, conseqüentemente atendendo às necessidades do paciente. Cor, forma, tamanho, textura e brilho são alguns dos princípios básicos fundamentais para a composição de um sorriso devidamente harmônico. As imperfeições dentro de um plano estético são tratadas diante da interação de conhecimentos, a diversidade e características dos materiais restauradores e às técnicas disponíveis atualmente. A abordagem multidisciplinar de uma condição clínica exerce extrema importância com intuito da finalização de casos com maior eficácia (NETTO; REIS, 2011).

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A integração das especialidades de Ortodontia e Dentística Restauradora torna-se muitas vezes necessária para a finalização estética de determinados casos como, por exemplo, em fechamentos de diastemas anteriores, aumento da borda incisal, correção da anatomia insatisfatória dos dentes. Em casos como estes, a resolução clínica pode ser tanto de maneira direta como indireta. As técnicas diretas são executadas diretamente na boca do paciente onde temos a resina composta como material de escolha que, desde que aplicada da maneira correta, possui sucesso previsível, tendo um custo mais acessível quando comparado aos procedimentos indiretos, que necessitam de envolvimento do protético e maior tempo de tratamento. As técnicas indiretas podem ser por meio das lentes de contato dentais ou facetas, sendo que a diferença entre elas é a profundidade do desgaste na estrutura dental. Deve-se avaliar muito bem cada tipo de caso para analisar qual a melhor escolha de tratamento (ALBERTON, 2011).

A longevidade dos procedimentos restauradores em resina composta, além da correta indicação, execução e habilidade do operador, também é diretamente dependente dos hábitos e condições de higiene bucal do paciente. A escolha pelo procedimento direto vai depender da idade, da condição socioeconômica do paciente, do tempo disponível para realização do tratamento e, também das competências e habilidades do cirurgião-dentista em planejar e executar o tratamento proposto, além de tudo a destreza do profissional acaba sendo muito requerida para um bom resultado estético e a técnica precisa para durabilidade do material, não deixando de lado a manutenção do paciente para um bom prognóstico (AHID et al., 2007).

### 2.1. PRINCÍPIOS DA ESTÉTICA

Os preparos cavitários para receber restaurações estéticas seguem os princípios gerais dos preparos cavitários sugerido por Black em 1908. Atualmente, com o aumento da realização de procedimentos como fechamento de diastemas, correção da forma anatômica, entre outros, surgiu a necessidade da racionalização dos princípios estéticos para que pudessem ser aplicados e ensinados. Assim, diversos autores, por meio da análise científica de sorrisos harmônicos e atraentes, estabeleceram princípios objetivos que podem ser aplicados para avaliar e melhorar a estética dentária, dento-facial e facial. Os dentistas que entendem e enxergam os princípios estéticos apresentam liberdade para conseguir uma estética individualizada e harmônica para cada paciente.

Para isso, é essencial que o profissional não fique detido apenas à restauração dos dentes e sim, tenha uma visão ampla que busca analisar além dos dentes, envolvendo estruturas de suporte e proteção, análise facial. Didaticamente, os princípios estéticos são divididos em princípios aplicados ao conjunto dento- facial, chamado de macroestética e, princípios focando nos dentes individualmente chamada de microestética.

Sendo assim, os princípios da macroestética englobam a análise da face, tendo em vista sua forma, linha mediana, linha interpupilar, plano incisal, tipo de sorriso, tipo de lábio; analisar o periodonto, mais especificamente o contorno gengival, o zênite do contorno e a papila interdental. A análise dos dentes em grupo também é uma característica da macroestética, em que se deve observar a curvatura incisal, a linha média dentária, o alinhamento dental, inclinação axial, proporção entre os dentes, corredor bucal e ameia incisal e cervical. Mais especificamente com a identificação individual dos dentes, temos os princípios da microestética que visam observar a anatomia ou arquitetura dental, a forma dos dentes, o tamanho, características como opalescência, fluorescência, textura labial e cor (CONCEIÇÃO; MASOTTI, 2007).

## 2.2. RESINAS COMPOSTAS

A resina composta possui em sua composição matriz orgânica, carga inorgânica, agente de união e componente iniciador-ativador. A matriz orgânica é formada basicamente por monômeros, em especial, os metacrilatos, Bis-GMA, UDMA, Bis-EMA e TEGDMA, são os responsáveis pela forma da resina e, após a polimerização tornam-se polímeros. A carga inorgânica está inserida na matriz orgânica e é composta por partículas minerais de natureza inorgânica como o quartzo, vidro ou sílica. Estas estruturas são inertes quimicamente e em função da sua rigidez proporcionam resistência à compressão em que a quantidade, tamanho e forma das partículas de carga interferem em outras propriedades das resinas compostas como a contração de polimerização. O estrôncio e bário também estão presentes para conferir radiopacidade ao material nas radiografias (FERNANDES et al., 2014).

A matriz orgânica e carga inorgânica são unidas por um agente de união, uma molécula bifuncional que promove a união química entre ambas, o silano. O último componente é chamado de sistema iniciador-ativador, que possui como principal representante a canforoquinona, que quando ativado pela luz, transforma a massa plástica em estrutura rígida pela união química dos monômeros presentes na matriz orgânica (FERNANDES et al., 2014).

Uma das maneiras de classificar as resinas compostas é de acordo com o tamanho das partículas. As primeiras a surgirem no mercado foram inicialmente classificadas como macro particuladas e possuíam partículas de carga maiores que 15  $\mu\text{m}$ . Traziam alguns problemas clínicos importantes que desqualificaram esta resina para ser utilizada como material restaurador direto, como a desintegração superficial, o desprendimento das macropartículas do corpo da resina, gerando micro crateras tornando a superfície áspera e instabilidade de cor muito relevante. Tentando minimizar estes problemas, surgiram as resinas microparticuladas, com tamanho das partículas de 0,01 a 0,04  $\mu\text{m}$ , possuem uma lisura superficial muito maior quando comparada a primeira. Pela dificuldade de inclusão de volume e quantidade grande de carga essas resinas possuem baixa resistência à compressão e, portanto, são contraindicadas em áreas de esforço mastigatório.

No intuito de unir as melhores qualidades das macroparticuladas com as microparticuladas, foi criada a resina híbrida, em que o tamanho das partículas varia de 0,05 a 5  $\mu\text{m}$ . Possuem boa resistência ao desgaste aliada a uma boa lisura de superfície, podendo ainda serem classificadas em macro híbridas ou micro híbridas, de acordo com a quantidade de macro ou micropartículas presentes na mistura (BISPO, 2010).

Atualmente, no mercado, encontram-se as resinas nano híbridas com partículas nanométricas em maior quantidade exibindo assim, maior resistência ao desgaste associadas a maior lisura de superfície. Em seguida, surgiram as resinas nanoparticuladas com nanopartículas em maior quantidade, o tamanho médio das partículas sendo de 20 nm, com o objetivo de aumentar a lisura superficial e aumentar ainda mais a resistência ao desgaste. (BISPO, 2010).

### 2.3. ESCOLHA DE COR

Uma maneira de se realizar a escolha da cor é utilizando a própria resina composta e polimerizando-a sobre a superfície dental, preferencialmente na região cervical, onde o matiz e saturação se encontram mais definidos. Deve-se polimerizar as resinas compostas para isso pois, há alteração de cor, as microparticuladas tornam-se mais claras e as híbridas, mais escuras. Antes da visualização, deve-se umedecer a superfície dental.

Quanto as propriedades ópticas, temos dois tipos de substratos diferentes nos dentes, esmalte e dentina, que necessitam de resinas compostas específicas que acompanhe característica dos tecidos perdidos. As resinas de efeito e as resinas de corpo junto com a de dentina e esmalte pode propiciar uma situação muito mais estética mimetizando as estruturas

naturais dos dentes, a variação de translucidez determina a variedade das propriedades ópticas de dentina e esmalte. A dentina por ser mais opaca transmite muito menos luz, diferente do esmalte que, por ser mais translúcido, transmite uma quantidade maior de luz (CORREIA et al., 2005).

Quanto maior a espessura de dentina, mais opaca a região, como por exemplo observamos sempre a região cervical mais opaca do que a região incisal que se encontra praticamente em esmalte diminuindo cada vez mais a quantidade de dentina nessa região, sendo conseqüentemente mais translúcida. De acordo com o mapa cromático, temos as áreas que devem ser respeitadas e seguidas conforme o grau de opacidade e translucidez, onde temos as regiões incisais e proximais encontram se mais translúcidas em relação as regiões cervicais e do terço médio auxiliando a execução da restauração direta. Visto que a dentina apresenta um aspecto de opacidade, resinas translúcidas substituiriam o esmalte artificialmente e as resinas opacas como uma dentina artificial, por este princípio, a determinação da área de aplicação de cada tipo de resina composta deve seguir as características de comportamento mecânico e óptico, bem como a espessura destas camadas a fim de potencializar o resultado mais estético (CORREIA et al., 2005).

#### 2.4. SISTEMAS ADESIVOS

O primeiro grande impulso para a era adesiva foi dado a partir do surgimento do condicionamento ácido em esmalte, proposto por Buonocore, em 1955. Essa técnica contribuiu para melhorar o selamento marginal de restaurações de resina composta com margens localizadas em esmalte. O sucesso da técnica adesiva em dentina demorou mais tempo para se consolidar, devido as diferenças morfofisiológicas da dentina em relação ao esmalte (REIS et al., 2007).

Os sistemas adesivos possuem um papel fundamental para execução precisa da técnica restauradora com resina composta direta, sendo imprescindível para preservação e durabilidade da camada híbrida (NAGEM FILHO et al., 2014). Indiscutivelmente os sistemas adesivos se tornaram imprescindíveis na prática odontológica atual. As diversas aplicabilidades clínicas destes sistemas fazem com que sejam considerados como uma das partes fundamentais da terapêutica restauradora. Qualquer que seja a finalidade do procedimento adesivo, os sistemas adesivos são, por definição, os materiais responsáveis por produzir a união do material restaurador às estruturas dentais. Dessa maneira, entende-se que

o sucesso da técnica restauradora, seja direta ou indireta, é definido pela adequada seleção e correta aplicação dos sistemas adesivos.

Os sistemas adesivos são classificados em convencionais ou autocondicionantes. Os convencionais são subclassificados em 3 passos (aplicação de ácido fosfórico a 37%, aplicação do primer e aplicação do adesivo) ou 2 passos (aplicação de ácido fosfórico a 37%, aplicação do primer e do adesivo simultaneamente). Já os adesivos autocondicionantes são classificados em 2 passos (aplicação do primer ácido e aplicação do adesivo) ou passo único (aplicação do primer ácido e adesivo simultaneamente) (NAGEM FILHO et al., 2014).

As diferentes características morfológicas e funcionais entre o esmalte e a dentina desempenham um papel fundamental na eficiência clínica dos adesivos. O esmalte é o único tecido mineralizado de origem epitelial e o que contém mais conteúdo mineral do corpo humano. Em peso, é constituído de 97% de carbonato-hidroxiapatita, em mineral com estrutura cristalina, 2% de água, que se encontra frouxamente ligada à porção inorgânica, firmemente unida ao cristal ou ainda, circulando livre nos poros e 1% de substância orgânica, essencialmente de natureza proteica (amelogeninas e enamelinas), além de carboidratos e lipídios (KATCHBURIAN; ARANA-CHAVES, 1999).

A composição da dentina é muito mais rica em materiais orgânicos que a do esmalte. É composta por 65% em peso de matéria inorgânica, praticamente toda ela na forma de cristais de hidroxiapatita. A matéria orgânica da dentina é basicamente composta de 20% de colágeno, 2% de proteoglicanas, glicosaminoglicanas, glicoproteínas e lipídios e 13% de água (AGUIAR et al., 2009). A camada híbrida é formada pela matriz orgânica dentinária (fibrilas de colágeno), cristais de hidroxiapatita e pelos monômeros resinosos. As fibrilas de colágeno estão sujeitas à degradação pelas enzimas que fazem parte da constituição da dentina o que não ocorre no esmalte. Portanto, a adesão em dentina é mais susceptível a falha que a adesão em esmalte.

### **3. OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico interdisciplinar de fechamento de diastemas com restaurações diretas de resina composta entre os elementos 11 e 21, seguido da reanatomização dos incisivos laterais superiores (dentes 12 e 22) com resina composta direta enfatizado todas as etapas realizadas durante o tratamento desde o planejamento até a conclusão do caso.



## 4. RELATO DE CASO

### 4.1. PLANEJAMENTO

A paciente procurou a Clínica de Odontologia da Universidade do Sagrado Coração com queixa principal do alinhamento e tamanho dos seus dentes anteriores superiores, tendo assinado o TCLE (Anexo A).

Para o planejamento do tratamento foi realizada moldagem dos arcos superior e inferior para estudo do caso e confecção do enceramento diagnóstico. Nesse momento, verificou-se que os incisivos centrais da paciente necessitariam de grande acréscimo de resina composta para que fosse possível atingir uma estética adequada por meio do alinhamento desses dentes no arco dentário uma vez que, ocupavam uma posição mais lingualizada em relação aos incisivos laterais e esses, por sua vez, apresentavam leve giroversão para mesial (Figuras 1 e 2).

Optou-se pela realização de movimentação ortodôntica para que os dentes tivessem um alinhamento mais favorável para a realização do tratamento.

Figura 1. Vista intrabucal e oclusal de maxila      Figura 2. Vista intrabucal e oclusal de maxila



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

### 4.2. MOVIMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

Para iniciar o tratamento ortodôntico foi realizada, inicialmente, a documentação ortodôntica e o aparelho selecionado para o caso foi o Clear Aligner.

O aparelho removível Clear Aligner é um alinhador móvel com o intuito de corrigir a posição dos elementos 12 e 22 que se encontravam girovertidos em relação aos demais, e para adequar seu alinhamento de uma forma rápida e eficaz.

Foram realizadas 4 sessões com placas confeccionadas pelo protético de acordo com o modelo obtido pela moldagem anatômica. Realizado desgaste na região de movimentação dos

dentes e aplicação das placas ativadas por 15 dias cada, reavaliando em cada retorno, seguido de uma nova moldagem e confecção de outra placa com os dentes já em movimento. Desta forma após um período de 70 dias os dentes já se encontravam prontos para receber o procedimento restaurador direto (Figura 3).

Figura 3. Dentes já alinhados após a conclusão do tratamento do Clear Aligner.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

#### 4.3. TRATAMENTO RESTAURADOR

Prosseguindo o tratamento, foi realizada nova moldagem dos arcos superior e inferior com alginato, seguido do enceramento das regiões que seriam aplicadas a resina composta direta, ou seja, região incisal dos dentes 12 e 22, e fechamento de diastemas entre os dentes 11 e 21.

O enceramento diagnóstico no modelo de estudo foi realizado com objetivo de adequar o tamanho, forma e anatomia dos dentes, assim como a proporção largura e comprimento, para que fosse permitido a previsibilidade do tratamento. Em seguida, foi confeccionado uma matriz de silicão de condensação (Zetaplus, Zermack) para copiar a face palatina e o terço incisal com propósito de guia de orientação para o procedimento restaurador (Figura 4).

Figura 4. Confeção dos guias de orientação.



Figura 5. Confeção dos guias de orientação.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

Foi realizado o mock up para prever o resultado final com resina bisacrílica, utilizando uma guia de silicona confeccionada a partir do enceramento. Após a remoção da matriz pode-se observar o resultado por uma vista intrabucal e do sorriso da paciente que, demonstrou-se satisfeita com anatomia proposta no enceramento (Figuras 6 e 7).

Figura 6. Confeção do mock up com resina bisacrílica. Figura 7. Confeção do mock up com resina bisacrílica.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

A seleção da cor foi feita sob luz natural e com dentes úmidos evitando assim, a desidratação e possível alteração de cor. Para confirmar o matiz e croma ideal, foi aplicado uma pequena camada da resina EA1 (Vittra, FGM) na superfície do dente 11 e fotopolimerizada certificando a escolha da cor correta. (Figura 8)

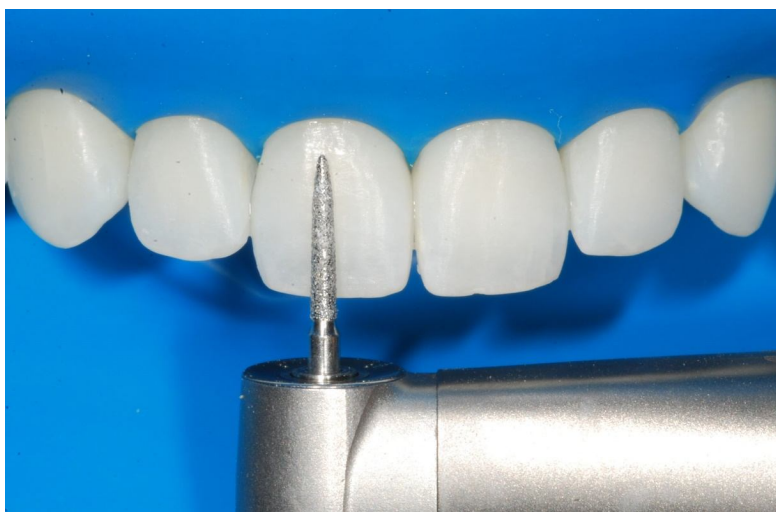
Figura 8. Escolha da cor da resina.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

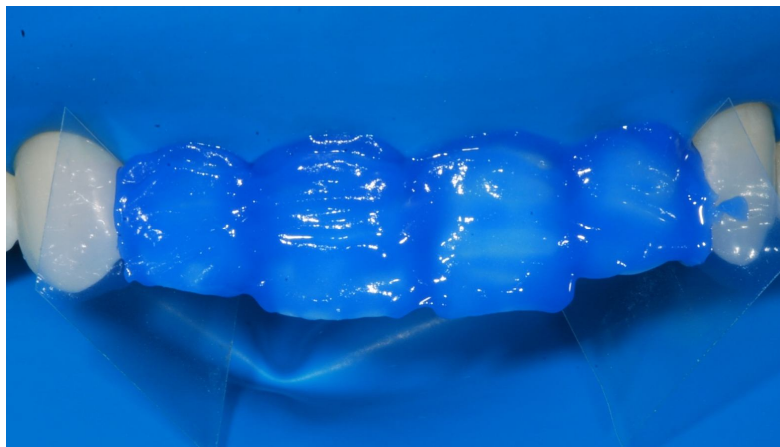
Previamente a restauração, foi feita apenas a asperização do esmalte com ponta diamantada. (Figura 9). Em seguida, foi realizado o condicionamento com ácido fosfórico a 35% (Potenza Attacco, PHS), por 30 segundos por toda face vestibular e palatina dos dentes, lavado por 30 segundos e seco com jatos de ar. (Figura 10). O sistema adesivo utilizado foi convencional de dois passos, Ambar APS (FGM) aplicado com microbrush, aguardado a evaporação do solvente e fotopolimerizado por 20 segundos (Figura 11).

Figura 9. Asperização do esmalte com ponta diamantada.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

Figura 10. Aplicação do ácido fosfórico 37% por 30 segundos.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

Figura 11. Aplicação do sistema adesivo Ambar APS (FGM).



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

Iniciou-se a inserção da resina composta WE (Z350 XT) com auxílio da guia de silicone obtida a partir do enceramento diagnóstico, onde uma fina camada do material foi aplicada com auxílio de espátula e pincéis com finalidade reproduzir a concha palatina para orientação e delimitação dos limites em altura e largura das restaurações (Figuras 12 e 13).

Figura 12. Guia de silicone em posição.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

Figura 13. Confecção da concha palatina.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

Em seguida, foi inserida a resina composta para dentina, DA1 (Vittra, FGM) para a reprodução dos mamelos. (Figura 14) e entre eles, a resina IrB (Vit-L-Escence) para mimetizar o efeito azulado do terço incisal que os dentes da paciente apresentavam (Figura 15).

Figura 14. Resina composta DA1 para reproduzir a dentina.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

Figura 15. Resina composta IrB entre os mamelos.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

Nos terços cervical e médio, foi utilizada a resina composta para esmalte EA1 (Vittra, FGM) (Figura 16) e para finalizar, no terço incisal, foi aplicada a resina WE (Z350, 3M ESPE) que confere a translucidez natural dos dentes da paciente nessa região (Figura 17).

Figura 16. Resina para esmalte EA1 nos terços médio e cervical.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

Figura 17. Resina WE (Z350) no terço incisal



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

O acabamento inicial foi realizado com lâmina de bisturi 12, tira diamantada serrilhada (TDV) e disco soft-lex (3M ESPE). Os contatos oclusais foram checados com auxílio de fitas de carbono e removidos, quando necessário, com ponta diamantada.

O resultado final obtido excedeu as expectativas da paciente quanto a estética e formato dos dentes (Figura 18).



Figura 18. Final imediato logo após a remoção do isolamento absoluto.



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

O acabamento final foi realizado após uma semana com borrachas abrasivas para acabamento resina composta (Jiffy Hi-Shine, Ultradent), ponta de carbetto de silício e pasta diamantada (Enamelize, Ultradent) e disco de feltro. (Figura 19) Dessa forma o tratamento restaurador foi concluído com sucesso. (Figura 20)

Figura 19. Acabamento e polimento



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

Figura 20. Resultado final



Fonte: Elaborado por Karin Cristina da Silva Modena

Após a conclusão do tratamento restaurador direto, a ortodontia requereu o uso de contenção fixada na face palatina de incisivo lateral a incisivo lateral superiores, sendo associadas ao uso da placa móvel durante a noite com intuito de manter a posição final dos dentes.

Figura 21: Foto artística após contenção palatina



Fonte: Elaborado por Dr Marcelo Munerato

## 5. DISCUSSÃO

O caso clínico apresentado foi realizado com intuito de reestabelecer esteticamente a região anterior, de acordo com as expectativas da paciente, envolvendo um plano de tratamento multidisciplinar, planejado minuciosamente para obtenção de um resultado duradouro e menos invasivo.

O tratamento multidisciplinar, aliando duas especialidades, ortodontia e dentística, se fez necessário para a obtenção de um melhor resultado e, para que a execução da técnica fosse realizada de forma mais conservadora, evitando desgastes da estrutura dentária e colocação de grande quantidade de resina para correção da posição dos incisivos no arco dentário.

Os tratamentos indiretos como as lentes de contato dentais ou facetas indiretas também são opções para mudança de formato dos dentes, entretanto, necessitam de um pouco mais de desgaste da estrutura dentária e, como a paciente desejava um procedimento mais conservador, a resina composta foi o material de escolha para a realização do caso, além disso, o custo também foi levado em consideração.

A importância do mock up em procedimentos estéticos é mostrar ao paciente uma previsão do resultado final, em que, tanto paciente como cirurgião-dentista, poderão adequar mudanças de acordo com as expectativas de ambos os lados.

A grande variedade de cores das resinas compostas permite que, todas as características de translucidez e opacidade da estrutura dentária seja copiada de tal maneira que as restaurações se mimetizam com os diferentes tecidos dentários. Assim como, os detalhes anatômicos podem ser copiados tornando imperceptível a delimitação entre o material restaurador e o dente, desde que, seja realizada a escolha correta da cor e técnica restauradora seja bem executada.

Em qualquer procedimento adesivo, o uso do sistema adesivo correto é essencial para a longevidade do tratamento. Como o esmalte era o substrato dentário a receber o tratamento, por se constituir, na sua maioria por minerais, o sistema adesivo de escolha foi o convencional de 2 passos.

O tratamento restaurador direto deve ser sempre o de escolha quando se trata de um caso clínico em que é necessário pequeno acréscimo de material. O paciente deve sempre estar ciente da necessidade de controles periódicos que envolvem repolimentos e avaliação da higiene oral.

## **6. CONCLUSÃO**

Deste modo podemos concluir que, o plano de tratamento deve ser personalizado para cada paciente, levando em consideração o seu desejo, o desgaste da estrutura dental, durabilidade, tratamentos mais conservadores e os custos financeiros para escolha do tipo de material e procedimento realizado.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. R. F.; MOURA, S. K.; GONINI JÚNIOR, A.; LOPES, M. B. **Microinfiltração de sistemas adesivos aplicados em esmalte e dentina**. In: Congresso Nacional de Extensão Universitária, 3; Encontro de Atividades Científicas da UNOPAR, 12., 2009. Londrina. Anais...Londrina: UNOPAR, 2009. 1 CD-ROM. ISSN 2176-2147.

AHID, F. J. M.; CANDIDO, M. S. M.; DINELLI, W.; LIMA, D. M.; MENDONÇA, A. A. M.; TELES, R. P. **Avaliação dos reparos em restaurações indiretas de resina composta laboratorial mediante diferentes tratamentos de superfície e uso do silano**. Revista Universidade Federal de Alfenas, n.28, pp. 21-30, dez. 2007.

ALBERTON, G. C.; **Inter-relação entre Dentística Restauradora e Ortodontia: Solução de diastemas e giroversão com ou sem tratamento ortodôntico prévio**. 2011. Disponível em: <<http://www.ceompf.com.br/arq/201201101440401569618422.pdf> > Acesso em: 10/07/2013.

BEZERRA, P.K.M.; CAVALCANTI, A.L. **Características e distribuição das maloclusões em pré-escolares**. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, Salvador, v. 5, n. 2, p. 117-123, mai./ago. 2006.

BISPO, L. B. **Resina composta nanoparticulada: há superioridade no seu emprego?**. Revista Dentística on line, Santa Maria, v. 9, n.19, 2010.

CARRANZA, F.A.; NEWMAN, M.G.; TAKEI, H.H.; KLOKKEVOLD, P.R. **Periodontia Clínica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2007.

CONCEIÇÃO, E. N.; MASOTTI, A. S. **Princípios de estética aplicados à dentística**. In: CONCEIÇÃO, E. N. (Org.). **Dentística - Saúde e estética**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, pp. 298-318.

CORREIA, A.; OLIVEIRA, M. A.; SILVA, M. J. **Conceitos de estratificação nas restaurações de dentes anteriores com resinas compostas**. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, Lisboa, v. 46, n. 3, pp.171-178, 2005.

FERNANDES, H. K.; SILVA, R.; MARINHO, M. A. S.; OLIVEIRA, P. O. S.; RIBEIRO, J. C. R.; MOYSES, M. R. **Evolução da resina composta: revisão de literatura**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 12, n. 2, pp. 401-411, ago./dez. 2014.

FRANCISCHONE, A.C.; MONDELLI, J. **A ciência da beleza do sorriso**. Revista dental press estética, Maringá, v.4, n.2, pp.97-106, abr./jun. 2007.

KATCHBURIAN, E.; ARANA-CHAVES, V.E. **Histologia e Embriologia Oral: texto atlas correlações clínicas**. São Paulo: Panamericana, 1999.

NAGEM FILHO, H.; FARES, N. H.; FIUZA, C. T.; NAGEM, H. D.; COUTO, M. G. P. **Sistemas adesivos – classificação**. Full Dentistry in Scienc, v.5, n.20, 2014.

NETTO, Luciano; REIS, Rodrigo. **Restabelecimento estético-funcional de dentes ântero-superiores com rara alteração de cor e forma. Relato de caso clínico.** Revista Dentística on line, Santa Maria, v. 10, n.20, pp.50-53, jan./mar.2011.

REIS, A.; LOGUERCIO, A. D.; BITTENCOURT, D. D.; GÓES, M. F. **Resinas Compostas.** In: REIS, A.; LOGUERCIO, A. D. **Materiais dentários diretos: dos fundamentos à aplicação clínica.** São Paulo: Santos, 2007, p. 137-180.

### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BARATIERI, L.N.; MONTEIRO, Jr.S.; MELO, T.S.; **Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas.** 1ed. São Paulo: Ed. Santos. 2012. v1.

CARRANZA, F.A.; NEWMAN, M.G.; TAKEI, H.H.; KLOKKEVOLD, P.R. **Periodontia Clínica.** 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2007.

CONCEIÇÃO, E.N; **Dentística: Saúde e Estética.** 2ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2007. pp.320-355.

GARONE NETTO, Narciso et al. **Dentística restauradora-restaurações diretas: técnicas, indicações e recursos.** In: **Dentística restauradora-restaurações diretas: técnicas, indicações e recursos.** Santos, 2003.

MENEZES P.F.F., ANDRADE, A.K., RODRIGUES, S. **Transformação estética do sorriso – relato de caso clínico.** Int J Dent. Recife, v.11, n.1, pp. 83-87, jan./mar. 2012.

MIYASHITA, E., FONSECA A. S., **Odontologia estética: o estado da arte.** 1 ed. Artes Médicas, S Paulo, SP. 2004.

MONDELLI, J; PEREIRA, MA; MONDELLI, RFL. **Etiologia e tratamento dos diastemas dentários.** Revista Biodonto, v. 1, n. 3, pp. 9-104, 2003.

MONDELLI, J.; **Estética e Cosmética em clínica integrada restauradora.** 1 ed. São Paulo: Ed. Santos, 2003.

MÜLLER, R.S, MONTENEGRO, G. **Restaurações adesivas diretas com resina composta para fechamento de diastemas.** Revista Odontológica do Planalto Central, Brasília, v.1, n. 1, p.55-59, dez. 2010.

OQUENDO, A.; BREA, A.; DAVID, S. **Diastema: correction of excessive spaces in the esthetic zone.** Dent Clin North Am., v. 55, n. 2, p. 265-81, apr. 2011

PEDROSO, Ana Mafalda Moreira. **Adesivos dentários: resistência adesiva aos tecidos dentários-artigo de revisão bibliográfica.** 2014. 30f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Porto, 2014.

SCHILLER, D.W.; LOPES, M.G.K.; HIRATA, R. **Proporção áurea na odontologia estética.** Revista Estética Contemporânea. p. 1-14, 2003.

## ANEXO A



**PRPPG**  
Pró-reitoria  
de Pesquisa e  
Pós-graduação

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto:** TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA RESTABELECIMENTO DA ESTÉTICA ANTERIOR

**Endereço completo e telefone:** R. Aviador Antônio Gomes Meireles, 316 - Jardim America, Bauru - SP, 17017-323 **Telefone:** (14) 3011-0804

**Celular:** 14- 988088849 (Karin Modena); 17- 996635683 (Larissa Ramazzini).

**Pesquisador responsável:** Karin Cristina da Silva Modena; Larissa Ramazzini Polotto.

**Local em que será desenvolvida a pesquisa:** Instituto Odontológico Cecilia Veronezi e Universidade do Sagrado Coração

**Resumo:** Esta pesquisa relata um caso clínico de aumento incisal de dentes anteriores, região de incisivos laterais superiores, sendo um tratamento conservador direto com resina composta, que envolve fechamento de diastema de centrais, preparo restaurador dos dentes 12 a 22. Será realizado um tratamento multidisciplinar que envolve participação da ortodontia previamente ao procedimento restaurador para proporcionar um trabalho mais preciso, por conta dos incisivos laterais girovertidos. Neste caso a paciente deve usar o aparelho Clear Aligner como complemento do tratamento e assim temos uma forma mais conservadora e menor quantidade de resina composta inserida na região diante do alinhamento dos dentes. A participação nessa pesquisa não proporciona qualquer tipo de risco ao paciente sendo necessário o tratamento multidisciplinar para um melhor resultado e durabilidade do material.

Eu, Larissa Ramazzini Polotto.....RG: 58 642 048-8 entendo que qualquer informação obtida sobre mim será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa, anamnese, exame clínico, exame periodontal, imagens e radiografias estão disponíveis para revisão dos pesquisadores e concedo seu uso para publicações relacionadas à pesquisa, sem que se quebre a confidencialidade da minha identidade. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; foi-me esclarecido também que não será realizado nenhum procedimento além daqueles necessários para confirmação de diagnóstico de DTM e trauma oclusal.

#### Direito de Desistência

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

#### Consentimento Voluntário

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa: Larissa.....

Data: 29/08/2018.....

Eu certifico que expliquei a(o) Sr.(a) Larissa Ramazzini Polotto....., acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável: Larissa.....

Data: 29/08/2018.....