

LUCAS AMANTÉA CORRÊA BERQUÓ E SILVA

**Restabelecimento estético-funcional de
dentes ântero-superiores com alteração
de cor, cárie e diastema: relato de
caso clínico.**

Araçatuba

2017

LUCAS AMANTÉA CORRÊA BERQUÓ E SILVA

Restabelecimento estético-funcional de dentes ântero-superiores com alteração de cor, cárie e diastema: relato de caso clínico.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profª Drª Ticiane Cestari Fagundes
Coorientador: Prof. Dr Renato Herman Sundfeld

Araçatuba

2017

Dedico este trabalho à minha família e amigos, especialmente aos meus pais, Adriana Amantéa Corrêa, Anselmo Berquó e Silva, aos meus avós José Corrêa, Yone Amantéa Corrêa, Geraldo de Oliveira e Silva, Leopecina Berquó e Silva e à minha namorada, Larissa Raniero Mendes, com amor e gratidão por todo incentivo e apoio ao longo do meu curso de graduação.

AGRADECIMENTOS

À **Faculdade de Odontologia de Araçatuba**, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, pela aprovação.

À minha orientadora, professora **Ticiane Cestari Fagundes Tozzi**, pela paciência e confiança.

À toda a equipe da disciplina de Dentística da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, especialmente aos alunos de pós-graduação: **Fabio Martins Salomão, Laura Molinar Franco e Bruna de Oliveira Reis**, por toda a ajuda.

À professora **Aimée Maria Guiotti**, do departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, por toda a ajuda e atenção.

Ao professor tutor **Eloi Dezan Júnior** e aos amigos integrantes do **Programa de Educação Tutorial – PET Odonto FOA**, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, pela contribuição em minha formação acadêmica e pessoal.

Ao professor **Ricardo Coelho Okida** e ao grupo **PET** pela oportunidade da monitoria em dentística no ano 2016.

Ao meu grande amigo **Lucas Vargas**, parceiro nas clínicas de dentística durante a graduação.



“A persistência é o menor caminho do êxito”

Charles Chaplin

SILVA LACB. *Restabelecimento estético-funcional de dentes ântero-superiores com alteração de cor, cárie e diastema: relato de caso clínico*. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

RESUMO

Restabelecer um sorriso harmônico representa um verdadeiro desafio para a Odontologia Restauradora. Os elementos dentários, principalmente os ântero-superiores, possuem papel determinante na estética dental. Dentro deste contexto, a Odontologia contemporânea tem proporcionado cada vez mais recursos para se alcançar um sorriso satisfatório. Com a evolução das resinas compostas e o conhecimento sobre adesividade aos tecidos dentais, a Dentística atual pode solucionar as necessidades estéticas que permeiam a sociedade moderna, possibilitando ao cirurgião-dentista realizar restaurações em dentes anteriores com eficácia, segurança e maior preservação da estrutura dental. O objetivo deste trabalho foi relatar, por meio de um caso clínico, a aplicabilidade do uso de resinas compostas no restabelecimento estético-funcional de uma paciente com o sorriso esteticamente comprometido.

Palavras-chave: Diastema. Estética. Resinas Compostas. Clareamento Dental.

SILVA LACB. *Aesthetical-functional reestablishment of anterior-superior teeth with change color, carie and diastema: clinical case report*. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

ABSTRACT

Restoring a harmonious smile represents a real challenge for the Restorative Dentistry. The dental elements, especially the upper anterior ones, play a decisive role in the dental esthetics. Within this context, contemporary dentistry has provided more and more resources to achieve a satisfactory smile. With the development of composite resins and the knowledge about adhesiveness to dental tissues, current Dentistry can solve the aesthetic needs that permeate the modern society, enabling the dental surgeon to perform restorations on anterior teeth with efficacy, safety and preservation of the healthy dental structure. The objective of this work was to report, through a clinical case, the applicability of composite resins in the aesthetic-functional restoration of a patient with aesthetically compromised smile.

Keywords: Diastema. Aesthetics. Composite Resins. Dental bleaching.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A: Desarmonia estética do sorriso; B: Planejamento digital do sorriso; C: Fotografias frontais da face; D: Enceramento diagnóstico; E: Aspecto final pós clareamento.....	20
Figura 2 - A: Seleção das cores de resina; B: Isolamento do campo operatório, remoção das restaurações deficientes e tecidos cariados; C: Condicionamento ácido; D: Aspecto esbranquiçado e fosco do esmalte pós-condicionamento; E: Aplicação do sistema adesivo.....	21
Figura 2.1 - F: Inserção da resina com auxílio da guia de silicone; G: Restaurações das faces palatinas; H: Recobrimento vestibular dos incisivos e do dente 13; I: Recobrimento vestibular do dente 23.....	22
Figura 3 - A: Aspecto imediato após as facetas de resina composta; B: Aspecto final sem polimento com caracterizações de esmalte; C: Acabamento e aplicação das pastas diamantadas para polimento; D: Aspecto final após acabamento e polimento; E: Vista lateral esquerda; F: Vista lateral direita.....	23
Figura 4 - A: Aspecto final do sorriso; B: Fotografia final de face.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS

mm = milímetros

ml = mililitros

FOA = Faculdade de Odontologia de Araçatuba

UNESP = Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

PET = Programa de Educação Tutorial

Odonto = Odontologia

Prof = Professor

Dr = Doutor

°C = Grau Celsius

± = Mais ou menos

% = Percentagem

et al = E colaboradores

PN = Pearl Neutral

PF = Pearl Frost

SUMÁRIO

Introdução.....	10
Descrição do Caso Clínico.....	12
Discussão	15
Conclusão	17
Referências	18
Figuras	20

INTRODUÇÃO

A Odontologia Cosmética, que busca atender às expectativas estéticas dos pacientes por meio de procedimentos minimamente invasivos, apresentou considerável crescimento nos últimos anos devido ao avanço dos materiais e das técnicas restauradoras adesivas¹. Essa evolução possibilitou que problemas como alterações de textura, cor, forma e posição dos dentes fossem sanados de maneira simples e eficaz, mantendo saúde, função e estética em longo prazo¹⁻⁵.

Dentre as alterações ópticas e físicas mais comumente encontradas, estão respectivamente, os dentes escurecidos e os diastemas^{6,7}. Incisivos centrais, laterais e caninos naturalmente apresentam cores diferentes e, geralmente, nos caninos a cor é mais saturada⁸. Tal diferença é explicada pela maior espessura da dentina dos caninos, uma vez que a dentina é o maior fator determinante da cor de um dente⁹. Além disso, dentes que sofreram algum trauma ou que perderam sua vitalidade podem tornar-se escurecidos⁷. Os motivos ainda não foram totalmente esclarecidos pela literatura e o tratamento costuma envolver clareamento e restaurações diretas ou indiretas^{10,11,12}.

Além disso, sabe-se que cárie é considerada o processo modificador do substrato dentinário mais comum que existe¹³ e que, portanto, para que seja possível manter quaisquer características do dente com integridade, é necessário que seja sempre prevenida e tratada. Já os diastemas são caracterizados por espaços maiores do que 0,5 mm entre faces proximais de dois dentes adjacentes^{14,15}. Tais espaços podem ser originados por crescimento ósseo e fechados naturalmente com o tempo^{16,17}. Quando não ocorre desta forma, o tratamento geralmente envolve a reanatomização dental e o fechamento dos espaços através de procedimentos restauradores diretos ou indiretos^{4,6}.

Assim, as cerâmicas e compósitos são as principais opções restauradoras para dentes que apresentam restaurações deficientes, recidivas de cárie, alterações de forma e de cor^{7,10}. Entretanto, apesar das cerâmicas apresentarem superioridade nas propriedades ópticas e mecânicas, a reanatomização com facetas de resina composta apresenta algumas vantagens como: rapidez, segurança e eficácia na

execução da técnica; menor custo; ausência de etapa laboratorial; não necessidade da confecção de provisórios e cimentos resinosos^{7,10}.

Diante disto, o objetivo deste trabalho foi relatar, através de um caso clínico, o manejo e aplicabilidade de resinas compostas no restabelecimento estético-funcional de dentes ântero-superiores de um paciente com o sorriso esteticamente comprometido.

2 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente A.A.C, gênero feminino, 51 anos de idade, compareceu à Clínica de Dentística do Curso de Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, queixando-se da desarmonia do seu sorriso, devido à presença de restaurações deficientes, dos espaços entre os dentes na região anterior superior, e dos dentes escurecidos (Figura 1A).

Após anamnese, avaliação clínica, análise radiográfica e fotografias iniciais, iniciou-se a elaboração do planejamento e plano de tratamento.

Através dos exames clínico e radiográfico, observou-se as seguintes deficiências da composição dental: dentes 11 e 12 com restaurações (Classe IV) amplas e insatisfatórias; dente 22 com recidiva de cárie em restauração (Classe III); dentes 12 e 23 tratados endodonticamente e escurecidos; e diastema entre os dentes 11 e 21 (Figura 1B). Diante da complexidade do caso clínico avaliado e exigência estética da paciente, optou-se pela realização de um planejamento digital do sorriso (Figura 1C).

Após elaboração do planejamento e explicação sobre as opções de planos de tratamento para a paciente, a mesma optou pelo tratamento com facetas diretas de resina composta. Primeiramente foi efetuada moldagem do arco superior com alginato (Hydrogum 5, Zhermack), para obtenção de um modelo em gesso e realização de um enceramento diagnóstico baseado no planejamento digital (Figura 1D). A partir deste enceramento, foi obtido um guia restaurador com o material denso do silicone (Express XT, 3M ESPE).

Feita a adequação do meio, partiu-se então para o processo de clareamento dentário. Em primeiro lugar, foi realizado o clareamento interno dos dentes 12 e 23, com uso do gel clareador à base de peróxido de hidrogênio 35% (Opalescence Endo, Ultradent). A confecção de um “plug” de cimento de fosfato de zinco com 2,0 mm de espessura na embocadura do canais radiculares foi realizada, tendo a finalidade de prevenir o extravasamento do agente clareador aos níveis cervical e radicular, extravasamento este que pode levar à sensibilidade pós-operatória e ser responsável pelo início de reabsorção nestas regiões. A cada 7 dias,

durante 4 semanas, o gel foi trocado. Concomitantemente, realizou-se o clareamento caseiro, utilizando moldeiras de acetato e peróxido de carbamida a 20% (Opalescence PF, Ultradent). A paciente foi devidamente orientada sobre o uso, onde utilizou um total de 6 seringas de 1,2ml cada, em um intervalo de tempo de 5 semanas. Após essa fase, o produto de clareamento interno foi removido do interior dos dentes 12 e 23, e então foi aplicado hidróxido de cálcio PA (Biodinâmica). Em seguida, os dentes foram obturados com cimento provisório (Coltosol, Vigodente). Por fim, foi realizada sessão única de clareamento dental de consultório com gel clareador à base de peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP, FGM). O gel foi mantido sobre os dentes durante 15 minutos, renovados por três vezes, totalizando 45 minutos de contato do produto com os dentes.

Terminada a fase de clareamento (Figura 1E), a paciente aguardou 15 dias (tempo de liberação do oxigênio) para dar início ao processo restaurador.

Inicialmente foi realizada profilaxia com pasta de pedra pomes e água e escova de Robson, nos dentes a serem restaurados. Então, foi realizado um teste para a seleção da cor da resina composta. O teste foi procedido da seguinte forma: secagem da superfície dos dentes com jato de ar; colocação de incrementos de diferentes cores de resina composta individualmente ou combinados (para análise do efeito da sobreposição) sobre estas superfícies; polimerização dos incrementos; hidratação dos dentes com saliva/água; e por fim, a escolha das resinas que mais se aproximassem do natural, por opinião de dois diferentes observadores. As cores escolhidas foram: A2 (Amelogen, Ultradent), PN e PF (Vit-I-escence, Ultradent) (Figura 2A). Após a seleção de cor, removeu-se as restaurações insatisfatórias e as cáries, através do uso de pontas diamantadas esféricas em alta rotação sob refrigeração à água, escavadores de dentina e brocas esféricas em baixa rotação.

Em seguida, foi realizado isolamento absoluto modificado do primeiro pré-molar esquerdo ao primeiro pré-molar direito, associado à inserção de fio retrator nº 000 (Ultrapack, Ultradent) nos dentes 11 e 12 (Figura 2B), seguido de nova profilaxia com pasta de pedra pomes e água e escova de Robson. Posteriormente, foi realizado condicionamento ácido em todos os dentes a serem restaurados, onde foi aplicado ácido fosfórico a 37% (Ultra-Etch, Ultradent) (Figura 2C) por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, lavagem com água e secagem com jato de ar

(com proteção da dentina, quando exposta). Terminado o condicionamento (Figura 2D), foi realizada a aplicação de sistema adesivo (PQ1, Ultradent) (Figura 2E) de forma ativa, friccionando com microbrush por 20 segundos; aplicação de um leve jato de ar por 5 segundos para volatização do solvente, e fotoativação com aparelho fotopolimerizador poliwave (Valo, Ultradent).

Após o procedimento adesivo, o guia restaurador foi devidamente recortado, posicionado e, então, pôde-se observar o espaço criado pelas restaurações de diagnóstico. O mesmo serviu de matriz para inserção da resina composta nas áreas referentes às superfícies palatinas e proximais (Figura 2F). Todas as faces palatinas foram restauradas com a resina Vit-I-escence (cor PN) (Figuras 2G). Em seguida, realizou-se o recobrimento vestibular dos incisivos e do dente 13 com a resina Amelogen A2 (Figura 2H). Para opacificar o dente 23 (ainda escurecido), foi utilizada resina Amelogen OW (Opaque White, Ultradent) (Figura 2I), seguida pela cobertura também com a resina Amelogen A2. Todos os incrementos de resina foram fotopolimerizados com aparelho fotopolimerizador poliwave (Valo, Ultradent), e os excessos de resina foram eliminados imediatamente com auxílio de lâminas de bisturi nº 12.

Finalizado o processo restaurador, (Figura 3A) procedeu-se o imediato ajuste oclusal e acabamento com pontas diamantadas, verificando a oclusão nos movimentos excursivos da mandíbula e na guia protrusiva. Em sessão subsequente e permitindo análise do contorno gengival após acomodação da papila, realizou-se as caracterizações superficiais com ponta diamantada (2136FF, KG Sorensen) em contra-ângulo multiplicador. (Figura 3B). Nessa etapa, também foi realizado o polimento com taças de borracha (Jiffy, Ultradent), tiras de acabamento proximal, discos de lixa (Sof-Lex Pop On, 3M ESPE), e disco de feltro impregnado com pastas diamantadas 0,5µm e 1,0µm (Diamond Polish Mint, Ultradent). (Figura 3C) As figuras 3D, 3E e 3F demonstram a obtenção do resultado intra-oral após acabamento e polimento, revelando cores homogêneas entre os dentes submetidos a intervenções restauradoras e clareadoras.

As figuras 4A e 4B revelam a harmonia do sorriso após finalização do caso, destacando a naturalidade e equilíbrio entre dentes, gengiva, lábios e face.

3 DISCUSSÃO

O tratamento para as lesões de cárie evoluiu de intervenções mais invasivas (conceito G.V. Black) para uma filosofia mais conservadora, a chamada odontologia minimamente invasiva¹⁸. Este conceito baseia-se principalmente no conhecimento do processo de cárie dentária e no desenvolvimento de materiais restauradores adesivos, com ênfase na máxima conservação de estrutura dental e mínimo desgaste¹⁸. Desta forma, considerando a presença de cáries, escurecimento em todos os dentes, especialmente nos dentes 12 e 23, e desarmonia em relação as formas e espaçamento dos mesmos, optou-se pela realização de procedimentos minimamente invasivos, como o clareamento dental ao invés do desgaste compensatório para a confecção das facetas indiretas.

Os diastemas são problemas estéticos que apresentam alta prevalência na maxila e podem ser de etiologia multifatorial^{14,15}. Microdontia, agenesia dos incisivos laterais, presença de cistos na linha média, hábitos como sucção de dedo, e genética podem ser possíveis causas¹⁹⁻²¹. Existem diversas formas de tratamento, incluindo intervenção ortodôntica. Entretanto, apesar de se tratar de uma opção viável, a paciente do presente caso não se manifestou favorável, pelo anseio em finalizar o tratamento com o mínimo de visitas possíveis à clínica e menor custo. Pelos mesmos motivos, também não concordou com a resolução através de facetas indiretas de porcelana.

A realização de um planejamento digital e um enceramento diagnóstico foi essencial para maior esclarecimento a paciente e para confecção de um guia restaurador, visto que tais artifícios devem ser utilizados em casos complexos, tal como o presente caso clínico. Entretanto, os protocolos convencionais limitam-se a esquemas e desenhos para entendimento do paciente, bem como a utilização de tiras de poliéster para acomodação da resina composta. O presente caso, descreve procedimentos modernos e de grande relevância, uma vez que facilitam muito o trabalho do profissional, além de estabelecerem melhor forma de interação com o paciente.

Para a realização de restaurações, os cirurgiões-dentistas podem utilizar diversos tipos de resina composta para reproduzir a complexidade de cores e formas

dos dentes naturais. Muito embora o mercado sistemicamente desenvolva novas cores e novos sistemas restauradores, o entendimento da difusão de luz pela estratificação de facetas de resina composta ainda é uma dificuldade para o clínico, levando, muitas vezes, à seleção incorreta das cores das resinas compostas a serem utilizadas. A fim de minimizar as dificuldades no momento de seleção da cor, sugere-se, como descrito no caso clínico, a realização de ensaios restauradores, polimerizando incrementos de resina composta sobre o próprio dente do paciente e analisando sob diferentes perspectivas e ângulos. Este procedimento possibilita uma avaliação dos resultados e ajustes de cor previamente ao trabalho definitivo²².

No protocolo de restauração do caso clínico descrito, incluiu-se a opacificação com resina composta opaca do canino desvitalizado e escurecido, devido à necessidade de homogeneizar a cor dos substratos e padronizar as espessuras de resinas a serem utilizadas, reproduzindo mais fielmente as características ópticas dos dentes naturais. Tal naturalidade é importante para se alcançar harmonia²³. Ryan e colaboradores²⁴ reforçam a importância do conhecimento em relação à translucidez/opacidade dos diferentes sistemas de resina composta, auxiliando o profissional na escolha ideal do compósito.

Os valores estéticos são primordiais para o contentamento do paciente e do profissional. Sem um diagnóstico apropriado, o resultado final pode caracterizar uma performance artística do profissional que pode produzir um sorriso padronizado para todos os indivíduos, implodindo os princípios naturais da individualidade, e gerando grande insatisfação no paciente. Portanto, o clínico deve observar cuidadosamente as características de seus pacientes de forma holística, uma vez que os dentes não são entidades isoladas, não podendo desconsiderar os critérios faciais dignos de atenção.

4 CONCLUSÃO

A fidelidade a protocolos reabilitadores consagrados, conhecimento e domínio das propriedades físicas e ópticas dos materiais restauradores, bem como, seguir as normas de proporção áurea e a filosofia de mínima intervenção, promoveu resultado altamente estético e satisfatório, devolvendo harmonia ao sorriso e grande satisfação a paciente.

5 REFERÊNCIAS

1. Figueiredo RJA, Andrade AKM, Duarte RM, Medeiros e Silva FDSC. Otimizando a estética por meio de reanatomizações em dentes conóides. RGO Porto Alegre 2008 56:333-336.
2. Mestrener SR, Komatsu J. Recuperação da linha do sorriso utilizando procedimentos cirúrgico e restaurador. JBD Curitiba 2002 1:226-230.
3. Pedrini D, Jardim OS, Poi WR. Transformação de dente conóide e fechamento de diastema em clínica geral. Ver Fac Odontol Lins/UNIMEP 2000 12:52-56.
4. Blitz N. Criteria for success in creating beautiful smiles. Oral Health. 1997 Dec;87(12):38-42.
5. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. Periodontol 2000. 1996 Jun;11:18-28.
6. Levine RA, McGuire M. The diagnosis and treatment of the gummy smile. Compend Contin Educ Dent. 1997 Aug;18(8):757-62,764; quiz 766.
7. Baratieri LN, Monteiro Jr. S, Andrada MAC, Vieira LCC, Ritter AV, Cardoso AC. Odontologia Restauradora – Fundamentos e Possibilidades. São Paulo: Ed. Santos; 2001.
8. Hasegawa A, Motonomi A, Ikeda I, Kawaguchi S. Color of natural tooth crown in Japanese people. Color Res Appl. 2000;25:43-48.
9. Hasegawa A, Ikeda I, Kawaguchi S. Color and translucency of in vivo natural central incisors. J Prost Dent. 83:418-23.
10. Mangani F, Cerutti A, Putignano A, Bollero R, Madini L. Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers. Eur J Esthet Dent. 2007;2(2):188-209.
11. Kim SJ, Son HH, Cho BH, Lee IB, Um CM. Translucency and masking ability of various opaque-shade composite resins. J Dent. 2009;37(2):102-7.
12. Haywood VB, Heymann HO. Nightguard vital bleaching: how safe is it? Quintessence Int. 1991;22:515-52.
13. Mazzoni A, Tjäderhane L, Checchi V, Di Lenarda R, Salo T, Tay FR, Pashley DH, Breschi L. Role of dentin MMPs in caries progression and bond stability (2015) J Dent Res 94:241-251.
14. Viswambaran M, Londhe SM, Kumar V. Conservative and esthetic management of diastema closure using porcelain laminate veneers. Med J Armed Forces India 2015; 71: S581-5.

15. Keene HJ. Distribution of diastemas in the dentition of man. *Am J Phys Anthropol* 1963; 21: 437 e 441.
16. Gkantidis N, Kolokitha OE, Topouzelis N. Management of maxillary midline diastema with emphasis on etiology. *J Clin Pediatr Dent* 2008; 32:265-72.
17. McVay TJ, Latta GH Jr. Incidence of the maxillary midline diastema in adults. *J Prosthet Dent* 1984; 52:809-11.
18. Frencken JE, Peters MC, Manton DJ, Leal SC, Gordan VV, Eden E. Minimal intervention dentistry for managing dental caries - a review: report of a FDI task group (2012) *Int Dent J* 62:223-243.
19. Weber, Quoted in: *Orthodontic Principles and Practice*, edited by: T. M. Graber, W.B. Saunders Company, 3rd edition, 1972.
20. O. M. Tanaka, A. Y. K. Morino, O. F. Machuca, and N. ´ A. Schneider. "When the midline diastema is not characteristic of the 'ugly duckling' stage". *Case Reports in Dentistry* 2015; Article ID 924743, 5 pages.
21. Korkut B, Yanikoglu F, Tagtekin D. Direct Midline Diastema Closure with Composite Layering Technique: A One-Year Follow-Up. *Case Rep Dent* 2016; 2016: 6810984.
22. Garner JK. Building a successful cosmetic dental practice. *Dent Today*. 1994;13(8):46-8.
23. Touati B, Miaria P, Nathanson D. Cor dos dentes naturais. In: Touati B, Miaria P, Nathanson D. *Odontologia Estética e restaurações cerâmicas*. Trad. Sérgio Lian B. Martins. São Paulo: Ed. Santos; 2000. P.61-115.
24. Ryan EA, Tam LE, McComb D. Comparative translucency of esthetic composite resin restorative materials. *J Can Dent Assoc*. 2010;76-84.

6 FIGURAS

Figura 1 - **A:** Desarmonia estética do sorriso; **B:** Fotografia intra-oral inicial; **C:** Fotografias frontais de face e planejamento digital do sorriso; **D:** Enceramento diagnóstico; **E:** Aspecto final após clareamento dentário.

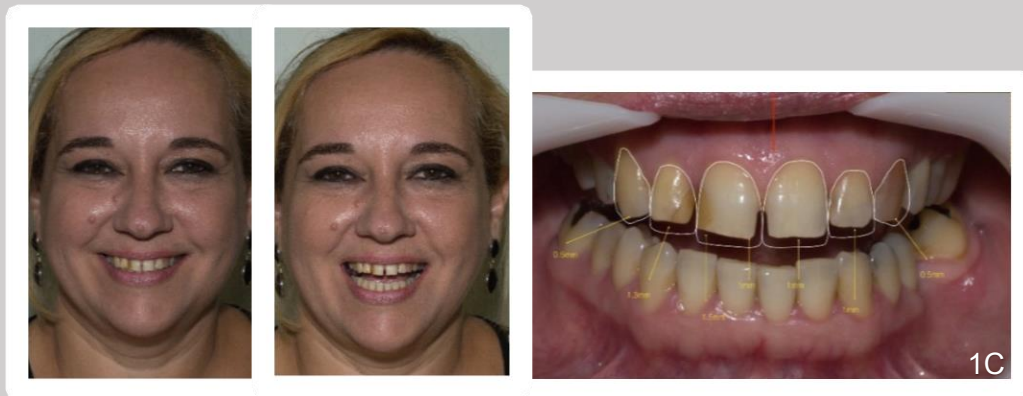


Figura 2 - A: Seleção das cores de resina composta; **B:** Isolamento do campo operatório, remoção das restaurações deficientes e tecidos cariados; **C:** Condicionamento ácido; **D:** Aspecto esbranquiçado e fosco do esmalte pós-condicionamento; **E:** Aplicação do sistema adesivo.

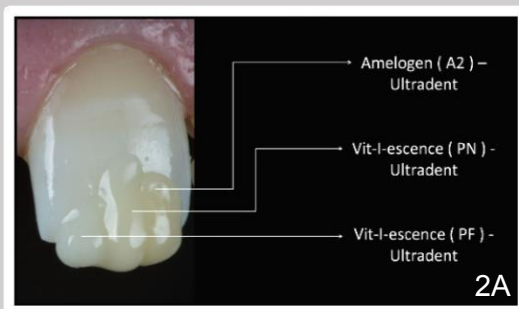


Figura 2.1 - F: Inserção da resina composta com auxílio da guia de silicone; **G:** Restaurações das faces palatinas; **H:** Recobrimento vestibular dos incisivos e do dente 13; **I:** Recobrimento vestibular do dente 23.



Figura 3 - A: Aspecto imediato após as facetas de resina composta; **B:** Aspecto final sem polimento com caracterizações de esmalte; **C:** Acabamento e aplicação das pastas diamantadas para polimento; **D:** Aspecto final após acabamento e polimento; **E:** Vista lateral esquerda; **F:** Vista lateral direita.



Figura 4 - A: Aspecto final do sorriso; **B:** Fotografia final de face

