

DÁLETE SAMYLLE FERREIRA MORAES

Planejamento digital do sorriso: protocolo de tratamento clínico passo a passo aplicado a um relato de caso.

Araçatuba – SP

2016

DÁLETE SAMYLLE FERREIRA MORAES

Planejamento digital do sorriso: protocolo de tratamento clínico passo a passo aplicado a um relato de caso

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. Orientador: Prof. Dra. Adriana Cristina Zavenelli

Araçatuba – SP

À minha mãe, Kênia da Costa Ferreira Moraes, que sempre foi meu exemplo de vida, que me educou da melhor maneira possível, mostrando como o ser humano deve ser e como ser o melhor ser humano que existe. Com sua força e serenidade sempre foi o alicerce da nossa família, nos dando força pra não desistirmos e nos encorajando pra caminharmos em busca de nossos sonhos. Ao meu pai, Zizileu Alexandre de Moraes Neto, que me ensinou que a humildade e honestidade são essenciais para qualquer pessoa e faz disso como lema da sua vida, e que ajudar o próximo nunca é demais, pois recebe muito mais quem está se doando do que quem está recebendo. É meu maior exemplo de profissional e será meu espelho durante toda minha carreira. A estes dois, meu eterno amor e gratidão; graças a eles foi possível realizar esse sonho e tantos outros.

Também ao meu irmão Felipe Alexandre Ferreira Moraes, quem eu tanto amo e admiro, admiração esta por ter o coração maior que sua própria altura, e, ainda assim, a inteligência maior que o coração. Pessoa que sempre esteve ao meu lado a partir dos meus 2 anos e 10 meses; dali então, muito companheirismo, inevitáveis implicâncias de irmãos e muitos momentos felizes, que serão repassados aos nossos filhos e sobrinhos futuramente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me concedido mais essa bênção e permitido que eu realizasse o sonho de me tornar cirurgiã-dentista. A Ele toda honra e toda glória!

A todos os meus familiares que, de certo modo, vivenciaram comigo toda a minha trajetória e me apoiaram sempre.

À minha família paulista, que tem como sobrenome Mazzoni, e na ausência (devido à distância) daqueles que são “sangue do meu sangue”, me adotaram por estes 5 anos; principalmente à Larissa Mazzoni, porque, desde o início, firmamos uma grande amizade sincera, e que foi fundamental para que esse período de graduação fosse inesquecível. Foram tantos momentos que eu precisaria de um livro e não só de um parágrafo para agradecê-los e contá-los com toda a emoção que merecem ser recordados. A “mineira” aqui sempre lembrará de vocês com eterna gratidão no peito.

Aos meus amigos de longa data, Dalita Santos, Gabriel Gonçalves, João Antônio Cicci, Juliano Carvalho, Lucas Santiago e Veridiana Carvalho, que sempre me acolheram de volta na minha cidade natal durante as férias e me proporcionaram as melhores aventuras possíveis, mostrando que tenho para quem voltar, se Jataí for meu futuro destino.

Aos meus amigos, por opção minha, talvez não deles, já que sempre fui bem comunicativa e queria fazer amizades logo no começo da faculdade, então deve ter sido eu quem deu o primeiro passo para depois, juntos, seguirmos caminhando durante as dificuldades do curso e, correndo, para comemorarmos nas festas, todos os vários momentos felizes que vivemos. Meu muito obrigada, Amanda Fregadolli, Ana Flávia Lemos, Caio Pavani, Daniela Bassan, João Pedro Limírio, Karina Andrade, Kyanne Ferreira, Larissa Mazzoni, Letícia

Vernier, Mariana Caixeta, Mariana Demartine, Marília Brito, Raíssa Moraes, Ronise Piato e Victoria Martins.

À minha turma, a Turma 58, pelos ótimos momentos e por ter proporcionado tanto crescimento pessoal e profissional, acredito que de todos. Foi um prazer conviver e estar ao lado de pessoas tão diversificadas entre si, seja pela personalidade ou cultura de cada um, levarei comigo tudo de bom que vivenciamos.

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, na pessoa do diretor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba Prof. Tit. Wilson Roberto Poi e do vice - diretor Prof. Tit. João Eduardo Gomes Filho.

Ao grupo PET – Programa de Educação Tutorial, na pessoa do Prof. Adj. Eloi Dezan Junior, que foi um ótimo tutor para todo o grupo durante todo o percurso até aqui, e juntos expandimos nossas ideias e projetos pela faculdade, adquirindo uma experiência única, que com toda certeza, levaremos por toda a vida.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação, todos foram excelentes mestres e com certeza deram o seu melhor para fazer de mim e meus colegas os melhores cirurgiões-dentistas formados no ano de 2016.

Aos técnicos e funcionários dessa instituição, que não mediram esforços para que a nossa faculdade funcionasse da melhor maneira possível.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra Adriana Cristina Zavanelli por ter me ajudado desde o início deste trabalho, me orientando e dando total atenção no que precisei.

MORAES, DSF. **Planejamento digital do sorriso: protocolo de tratamento clínico passo a passo**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

RESUMO

O planejamento digital do sorriso tem se mostrado uma importante ferramenta nas correções de altura e formato gengival para a estética rosa, e no alinhamento, proporção e contorno dos dentes para a estética branca. Assim, o objetivo deste trabalho foi demonstrar o emprego do planejamento digital do sorriso para a execução de um caso clínico. Foi abordado o protocolo de tratamento, desde o planejamento até a cimentação da reabilitação estética. Foram realizadas fotografias digitais e obtenção dos modelos em gesso, para o desenho digital, utilizando o programa PowerPoint. O desenho digital guiou a plástica gengival e a reconstrução dos elementos dentários. Ao fim do tratamento, o paciente se sentiu muito satisfeito com a reabilitação do seu sorriso e reconheceu que a estética de seus dentes antes do tratamento não estava agradável.

Palavras chave: DSD, laminados cerâmicos, plano de tratamento, estética dental.

MORAES, DSF. **Smile digital planning: clinical treatment protocol step-by-step**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

ABSTRACT

The Smile digital planning has been an important tool in correcting height and gingival format for the pink aesthetics, and in alignment, proportion and contour of teeth for white aesthetics. So, the objective of this study was to demonstrate the use of Smile digital planning to the execution of a clinical case. It was address the treatment protocol, from planning to cementation of aesthetic rehabilitation. They were held digital photos and obtained the plaster models for digital design, using the PowerPoint program. The digital design guided the gingival plastic and reconstruction of teeth. At the end of treatment the patient felt very satisfied with his smile rehabilitation and recognized that the aesthetics of his teeth before treatment was not pleasant.

Keywords: DSD, ceramic laminates, treatment plan, dental aesthetics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Face com sorriso em repouso

Figura 2 – Face com sorriso suave

Figura 3 – Face com sorriso largo e dentes separados

Figura 4 – Perfil direito e esquerdo da face

Figura 5 – Dentes em máxima intercuspidação habitual

Figura 6 – Dentes entreabertos do lado direito

Figura 7 – Dentes entreabertos do lado esquerdo

Figura 8 – Arcada superior com fundo preto

Figura 9 – Cruz posicionada atrás da foto de face inteira com os dentes entreabertos

Figura 10 – Cruz e linha horizontal (sobre a boca) posicionada atrás da foto de face inteira com os dentes entreabertos e desenho do plano oclusal ideal

Figura 11 – Sobreposição da imagem intraoral sobre a imagem facial

Figura 12 – Transferência da cruz do rosto para foto intraoral do sorriso

Figura 13 – Proporção da largura x altura dental dos incisivos centrais

Figura 14 – Proporção áurea dos dentes anteriores

Figura 15 – Desenho do contorno dos dentes já inserindo as alterações desejadas com melhores formas e características

Figura 16 – Régua digital transferindo para as fotos digitais o tamanho real dos dentes, que foram medidos diretamente no modelo

Figura 17 – Simulação do sorriso com as novas formas

Figura 18 – Fotos da face para estudo das linhas verticais e horizontais

Figura 19 – Lábios entreabertos

Figura 20 – Sorriso de pré-molar a pré-molar

Figura 21 – Dentes em MIH

Figura 22 – Dentes superiores com fundo preto

Figura 23 – Dentes do lado direito

Figura 24 – Dentes do lado esquerdo

Figura 25 – Antes e depois do DSD

Figura 26 – Face inteira com *mock up*

Figura 27 – Perfil esquerdo com *mock up*

Figura 28 – Perfil direito com *mock up*

Figura 29 – Dentes em MIH com *mock up*

Figura 30 – Aplicação do gel de clareamento

Figura 31 – Aplicação de laser no clareamento

Figura 32 – Cirurgia de aumento de coroa clínica

Figura 33 – Preparo para lente

Figura 34 – Guia para desgaste de silicone

Figura 35 – Dentes preparados

Figura 36 – Moldagem dos preparos

Figura 37 – Seleção da cor da peça cerâmica

Figura 38 – Laminados cerâmicos prontos

Figura 39 – Dentes em MIH com as lentes cimentadas

Figura 40 – Lado direito com as lentes

Figura 41 – Lado esquerdo com as lentes

Figura 42 – Face inteira antes e depois do tratamento restaurador

Figura 43 – Perfil direito antes e depois do tratamento restaurador

LISTA DE ABREVIATURAS

DSD (Digital Smile Design)

DTM (Disfunção Temporomandibular)

ATM (Articulação Temporomandibular)

MIH (Máxima Intercuspidação Habitual)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2.	OBJETIVO.....	14
3.	CONSIDERAÇÕES ESTÉTICAS.....	14
	3.1.VISAGISMO.....	14
	3.2.CONSIDERAÇÕES DO SISTEMA CERÂMICO.....	16
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
	4.1 DESCRIÇÃO DA TÉCNICA DO DSD.....	22
5	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO.....	27
	5.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	27
	5.2 EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES.....	27
	5.3 MOLDAGEM E ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO.....	29
	5.4 APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO PELO DSD.....	29
	5.5 REALIZAÇÃO DO <i>MOCK UP</i>	30
	5.6 CIRURGIA PERIODONTAL.....	31
	5.7 CLAREAMENTO CASEIRO.....	32
	5.8 CONFEÇÃO DOS PREPAROS, MOLDAGEM E PROVISÓRIOS..	32
	5.9 ESCOLHA DA CERÂMICA E CIMENTAÇÃO.....	34
	5.10 INDICAÇÃO DE PLACA MIORRELAXANTE.....	36
	5.11 PROSERVAÇÃO.....	36
6	DISCUSSÃO.....	38
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS	

1. INTRODUÇÃO

O DSD pode ser definido como a confecção de um novo sorriso, usando apenas linhas sobrepostas em fotos digitais tiradas do paciente, intra e extraoral, de vários ângulos, e, a partir delas, realiza-se um estudo da forma do rosto e do sorriso, analisando detalhadamente se há presença de discrepâncias que possam interferir no plano de tratamento, como assimetrias e desarmonias estéticas, permitindo que o profissional faça um diagnóstico estético minimalista¹.

É uma ferramenta criada para melhorar a relação profissional-paciente; através dele é possível tornar um planejamento que seria apenas explicado verbalmente, em um plano de tratamento palpável, no qual o cliente pode ter a real noção de como ficará o resultado final. E, ao mesmo tempo, melhorar a comunicação entre dentista-protético, uma vez que ele também poderá ter acesso ao DSD, e assim, saberá como o trabalho deve ser feito para chegar ao resultado esperado, diminuindo drasticamente a chance de insatisfação do cliente, como aconteceria se a única informação que o protético tivesse fosse a descrição falada e escrita. O dentista deve ainda tentar extrair o máximo do perfil psicológico do paciente, o que se torna mais fácil quando ambos são conhecidos, para planejar o sorriso de acordo com as suas características morfopsicológicas. E finalmente repassar tudo isso – o DSD e as características – para o protético, que será responsável por fazer o enceramento para então provar no paciente através do *mock up*²⁻⁴.

O *mock up*, por sua vez, é um molde feito do enceramento, usando silicone, que será preenchido com resina acrílica, resina composta fotopolimerizável ou bisacrílica, e levado em posição sobre a região a ser restaurada, simulando o resultado estético e funcional final para que se possa chegar o mais perto possível do que foi planejado no tratamento, proporcionando um planejamento mais palpável. E ainda, servir como guia cirúrgico, para casos que necessitam de cirurgia periodontal para correção da estética rosa (gengivoplastia), e guia de desgaste, a fim de impedir perda desnecessária de tecido dental no momento do preparo do dente⁵⁻⁷.

Além de facilitar e dinamizar a apresentação dos possíveis planos de tratamento para o paciente, o DSD permite que seja feita uma comparação das fotos anteriores e após o resultado final, mostrando a grande diferença na estética,

gerando ainda mais satisfação para o cliente ao ver que o que lhe foi proposto, foi alcançado. O caso pode ser guardado, e, se obtiver a autorização do paciente, ser apresentado como exemplo em consultas com outros clientes que buscam restauração estética, ou até mesmo em jornadas acadêmicas e aulas expositivas²⁻⁴.

2. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi descrever a utilização do Digital Smile Design (DSD) para o planejamento e execução do passo a passo do protocolo clínico, sobre um relato de caso, a ser executado pelo profissional para alcançar o sucesso do tratamento proposto com previsibilidade e longevidade na reabilitação oral anterior estética.

3. CONSIDERAÇÕES ESTÉTICAS

3.1 VISAGISMO

A fim de evitar frustração do paciente após o tratamento concluído, em achar que aqueles dentes que foram restaurados não parecem ser dele, o cirurgião-dentista deve fazer uma análise minuciosa da face, juntamente com o perfil psicológico, idade e sexo, e saber qual a forma do sorriso que será mais harmoniosa para determinada pessoa. A esse rigoroso estudo sobre o visual e o psicológico do paciente, dá-se o nome de visagismo. Por ele pode-se extrair do paciente qual imagem ele deseja passar, e que mais se assemelha a ele, através do seu sorriso⁸.

Estudos sobre essa análise mostram que as linhas que compõem a face e até mesmo a forma dos dentes dos pacientes são capazes de transmitir seu perfil psicológico. Por isso, após uma análise comportamental, observando a maneira de sentar, falar, interagir em público, o profissional saberá distinguir os pacientes em 4 perfis. São eles: colérico, sanguíneo, melancólico e fleumático⁹. Determinados os perfis, será hora de então fazer o estudo dos traços faciais, para depois fazer o estudo intraoral.

Tipos de pacientes e suas respectivas características^{8,9}:

❖ **Colérico**: sua personalidade é autoritária, determinada e objetiva, e possui

espírito de liderança. Esses pacientes apresentam o rosto retangular, formados por ângulos bem definidos. E o sorriso forte, no qual os dentes superiores anteriores apresentam o longo eixo perpendicular ao plano horizontal, com incisivos centrais retangulares, caninos em posição vertical; simetria radial; linha de união dos zênites gengivais reta de canino a canino, com os incisivos laterais abaixo dela; plano incisal reto entre centrais e caninos com laterais aquém desse plano. O arco dental superior é retangular.

- ❖ **Sanguíneo:** é um paciente extrovertido, que brinca bastante, é criativo e impulsivo. Este tipo de indivíduo tem um rosto anguloso, com formato hexagonal de lateral reta, triangular invertido ou losangular. Assim como ele, seu sorriso é dinâmico, apresenta os dentes anterossuperiores com seu longo eixo direcionado ligeiramente para distal, os incisivos centrais são geralmente triangulares ou trapezoidal e os caninos têm sua vestibular inclinada para palatina; simetria radial discreta; a linha de união dos zênites gengivais ascendente ou em zigue-zague; plano incisal ascendente a partir da linha média. O arco dental superior é triangular ou poligonal.
- ❖ **Melancólico:** seu perfil é de uma pessoa sensível, gentil, tímida e organizada. O formato do seu rosto é oval. Seu sorriso é composto de dentes anteriores superiores com longo eixo em direção retilínea ou discretamente para distal; assim como o seu rosto, a forma dos incisivos centrais geralmente também são ovaladas, já os caninos têm sua face vestibular inclinada para mesial; a linha formada pelos zênites é ascendente a partir da linha média em forma de parábola; o plano incisal é invertido. O arco dental superior é predominantemente oval.
- ❖ **Fleumático:** tem como característica a gentileza, tranquilidade, pacificidade, submisso e diplomático. Seu rosto é redondo ou quadrado. Os dentes anteriores superiores têm seus longos eixos perpendiculares ao plano horizontal, porém o canino pode ser uma exceção, já que pode ser encontrado rotacionado para lateral. Os incisivos centrais geralmente são

quadrados e pequenos, sendo maiores na largura do que na altura. A presença de diastemas é corriqueira. Assim como a linha das ameias, a linha dos zênites gengivais é linear. O arco superior geralmente é redondo e largo.

Com o visagismo e a observação dos traços marcantes, que têm forte ligação com a personalidade do paciente, é possível projetar a arquitetura do sorriso que melhor se encaixa para determinada pessoa, refletindo através do sorriso as suas principais características e com naturalidade⁹.

3.2 CONSIDERAÇÕES DO SISTEMA CERÂMICO

A procura de tratamentos restauradores estéticos vem prevalecendo na maioria dos casos, fazendo com que as cerâmicas metal free prevaleçam sobre as restaurações metálicas¹⁰, o que contribuiu para que o material de escolha para esse caso fosse o dissilicato de lítio. Analisando essa tendência, as indústrias do ramo odontológico estão investindo cada dia mais em pesquisas para realizar melhorias nos materiais estéticos¹¹.

Além de função, forma e estética, se comparadas com outros sistemas restauradores, como as resinas compostas, as cerâmicas se destacam por oferecer melhor resistência à flexão e à tração; adaptam-se com precisão sobre o dente preparado; mesmo com o passar do tempo, possui estabilidade de cor; é biocompatível ao extrato dental; as suas propriedades ópticas permitem uma boa translucidez, permitindo assim, uma verossimilhança com a estratificação das camadas que o dente possui; e ainda, oferece maior longevidade¹².

O sistema cerâmico de escolha para este caso clínico foi o IPS e.max, da empresa Ivoclar Vivadent, que tem como principal material o dissilicato de lítio, que oferece maior resistência flexural à cerâmica e, ainda assim, não impede que as propriedades estéticas se sobressaiam¹².

As cerâmicas vítreas, as livres de metal, são ácido-sensíveis, ou seja, devem ser condicionadas pelo ácido fluorídrico e preparadas com silano para que ocorra uma melhor adesividade entre a peça cerâmica e o dente, além do uso dos cimentos que também realizam união química. Tudo isso faz com que aumente a resistência flexural da cerâmica, e faz dela um material indicado para restaurações em áreas sem preparos retentivos, porém isso não é possível nas próteses ácido-resistentes, pois não é possível realizar técnicas adesivas em sua superfície, e então, há necessidade de retenção mecânica¹².

Para o sistema escolhido, tem-se como indicação (figura 1) de uso os seguintes tipos de restauração: inlay, onlay, overlay, facetas laminadas, coroa total anterior e posterior, próteses parciais fixas de até 3 elementos em região anterior e de pré-molares¹⁰.

Indicações	e.max Press	e.max ZirPress	e.max ZirCAD	e.max CAD	e.max Ceram
Laminados		•			•
Coroas anteriores e posteriores	•		•	• ²⁾	
Pontes 3 elementos (dentes anteriores)	•		•		
Pontes de 3 elementos (pré-molares)	•		•		
Pontes de 3 elementos (dentes posteriores)			•		
Pontes 4 elementos (dentes anteriores)			•		
Pontes de 4 elementos (dentes posteriores)			•		
Inlays pilares de pontes		• ¹⁾	•		
1) em combinação com IPS e-max ZirCAD 2) região de pré-molares					

Fonte: MAKINO, T. S. Indicações e as propriedades do sistema Empress. Trabalho de Conclusão de Curso. 2011. 25 f. IOPG, Campo Grande, 2011.

O e.max pode ser encontrado em dois tipos de opacidade: MO (medium opacity – média opacidade) ou HO (high opacity – alta opacidade); o primeiro tem como indicação dentes que não são manchados ou apresentam pouca alteração de cor, já o de alta opacidade são usados em dentes com grande alteração cromática ou que possuem núcleo metálico, e precisam mascarar essa discrepância. Esse sistema ainda apresenta diferentes níveis de translucidez, possibilitando a escolha pela LT (low translucence – baixa translucência) ou HT (high translucence – alta translucência), permitindo a realização de uma restauração com características ópticas fidedignas aos dentes do paciente¹¹.

Para que o profissional obtenha sucesso através de suas restaurações protéticas é necessário que ele se mantenha antenado sobre as constantes atualizações referentes à sua área e buscar aprender sobre elas, para que este tenha uma diversa gama de planejamentos a oferecer ao seu paciente, claro, desde que o cirurgião-dentista esteja apto a fazer o procedimento, e que o material usado seja mesmo o melhor para aquele caso¹².

4. MATERIAIS E MÉTODOS

A técnica descrita a seguir pode ser realizada tanto com o software Keynote (Apple), quanto pelo PowerPoint (Microsoft); ao usar este último, é preciso alguns pequenos ajustes para se fazer a técnica¹³.

No caso clínico que será descrito a seguir, utilizou-se o Keynote, devido à sua facilidade de manuseio dos desenhos, linhas, formas e medidas sobre as fotografias tiradas para o estudo dento-facial do paciente.

A sequência do protocolo acontece através de uma macro para uma microanálise das fotografias digitais, que é a observação facial, dento-facial e, por fim, interdental. Essa sequência pode ser alterada, diminuída ou acrescentada com algum artefato (como vídeo, por exemplo), uma vez que o cirurgião-dentista possa alcançar o objetivo desejado¹⁴.

Para iniciar o protocolo de confecção do DSD, são necessárias diversas fotos, como: face inteira em repouso (figura 1), para análise do formato do rosto; face inteira com sorriso suave (figura 2); face inteira com sorriso largo e dentes separados (figura 3), para mostrar o contraste das bordas incisais com o fundo negro da boca); perfil direito e esquerdo (figura 4) da face; e também fotos intraorais em máxima intercuspidação habitual (figura 5); dentes entreabertos do lado direito (figura 6) e esquerdo (figura 7) e arcada superior com fundo preto (figura 8).

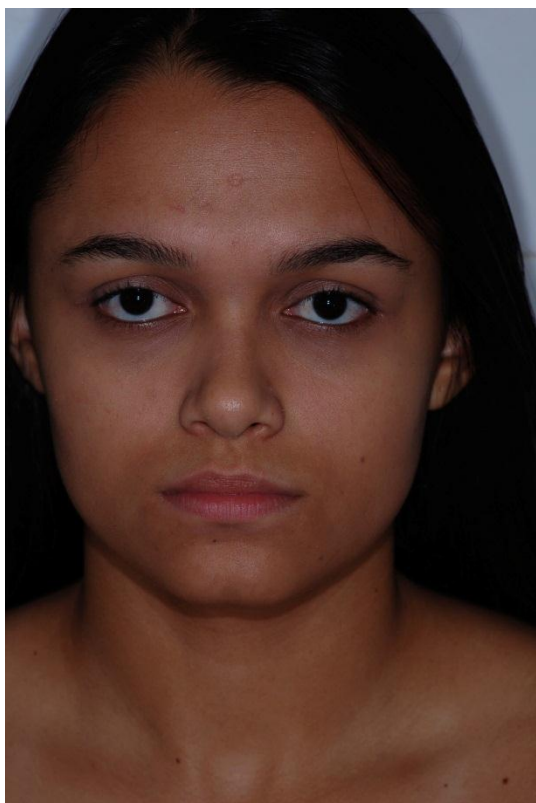


FIGURA 1 – Face em repouso



FIGURA 2 – Face com sorriso suave



FIGURA 3 – Face com sorriso largo e dentes separados

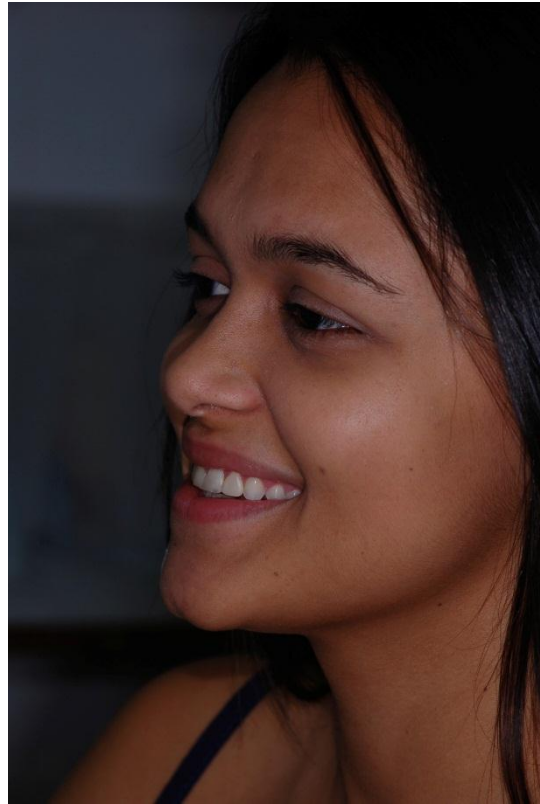


FIGURA 4 – Perfis direito e esquerdo da face



FIGURA 5 – Dentes em máxima intercuspidação habitual



FIGURA 6 – Dentes entreabertos do lado direito



FIGURA 7 – Dentes entreabertos do lado esquerdo

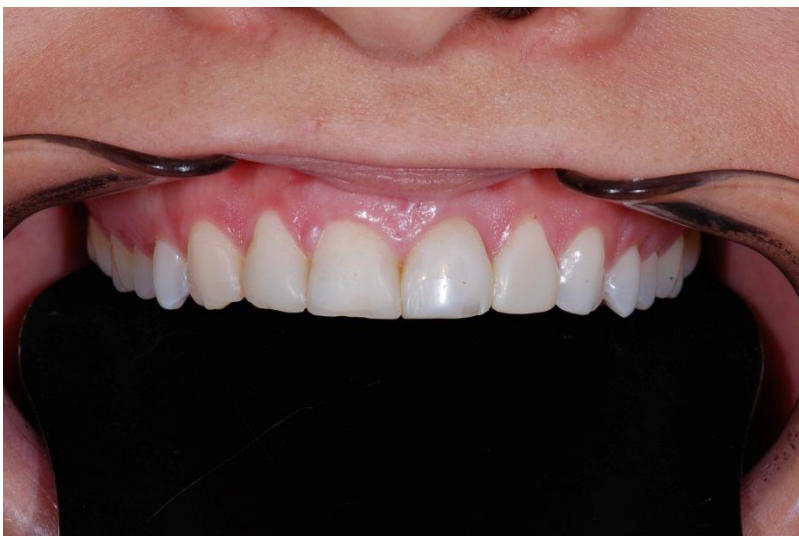


FIGURA 8 – Arcada superior com fundo preto

Também pode ser feito um pequeno vídeo, no qual o paciente diz suas principais queixas e quais suas expectativas, enquanto o profissional foca nas posições labiais: em repouso, sorriso largo, esticado observando de frente, 45 graus e perfil. Tudo isso poderá ser acrescentado no estudo.

4.1 DESCRIÇÃO DA TÉCNICA DO DSD

A sequência descrita do DSD é a seguinte^{1-3,14}:

1. No centro do slide são colocadas duas linhas, formando uma cruz. A foto de face inteira com os dentes entreabertos é posicionada por trás da cruz (figura 10), a fim de formar o arco facial digital. Esta cruz terá como primeira referência do plano horizontal a linha interpupilar; já a linha média facial deve ser traçada de acordo com as características faciais, como a glabella, nariz e queixo.

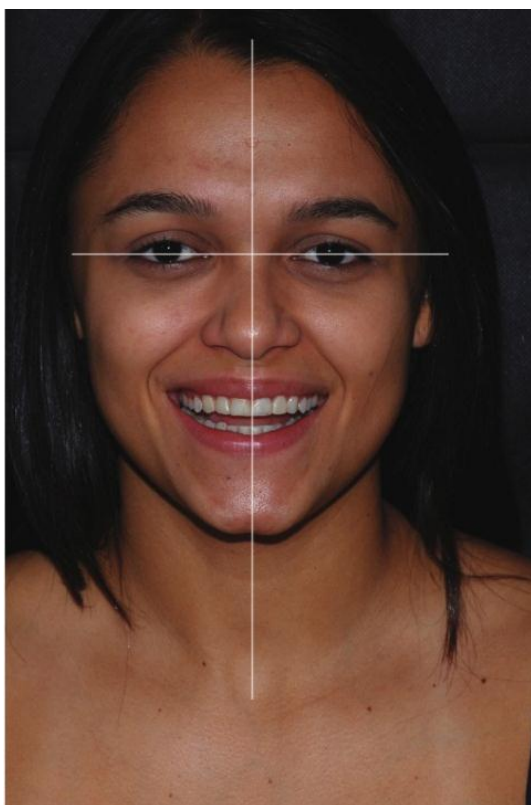


FIGURA 9 – Cruz posicionada atrás da foto de face inteira com os dentes entreabertos

2. Será feita mais uma linha horizontal, agora sobre a boca, a fim de possibilitar uma análise inicial entre a relação das linhas faciais com o sorriso, e também fazer uma avaliação entre linha média e o plano oclusal. A fim de analisar a proporção dento-gengival mostrada durante o sorriso com dentes entreabertos, contorna-se com uma linha entre vermelhão do lábio e a cavidade oral, para demonstrar exatamente a quantidade de gengiva e dente que aparece durante

o

sorriso.

Utilizando ainda essa mesma foto (figura 11), para determinar o plano oclusal mais harmonioso com o caso, é traçada uma linha côncava sobre as pontas cúspides dos dentes posteriores, indo de um hemi-arco para o outro.

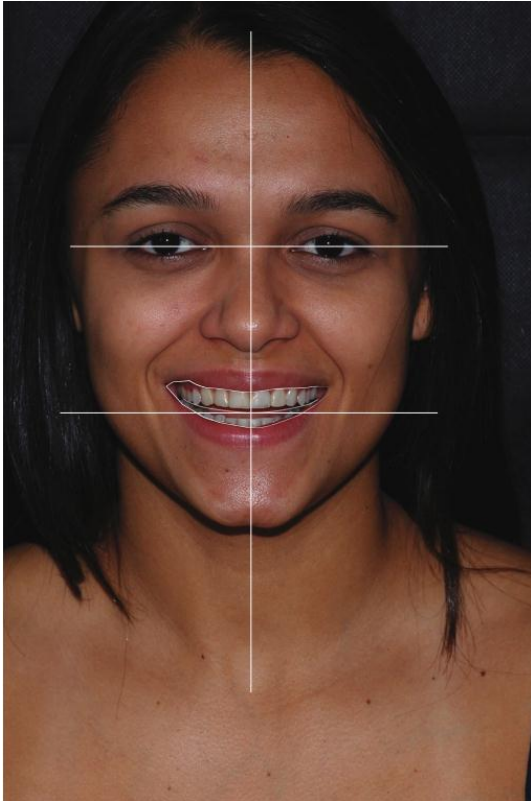


FIGURA 10 – Cruz e linha horizontal (sobre a boca) posicionada atrás da foto de face inteira com os dentes entreabertos e desenho do plano oclusal ideal

3. O próximo passo é sobrepor uma imagem intraoral sobre a facial (figura 12), e ajustar o tamanho da imagem intraoral até se adaptar precisamente sobre a facial, e as linhas já determinadas anteriormente.

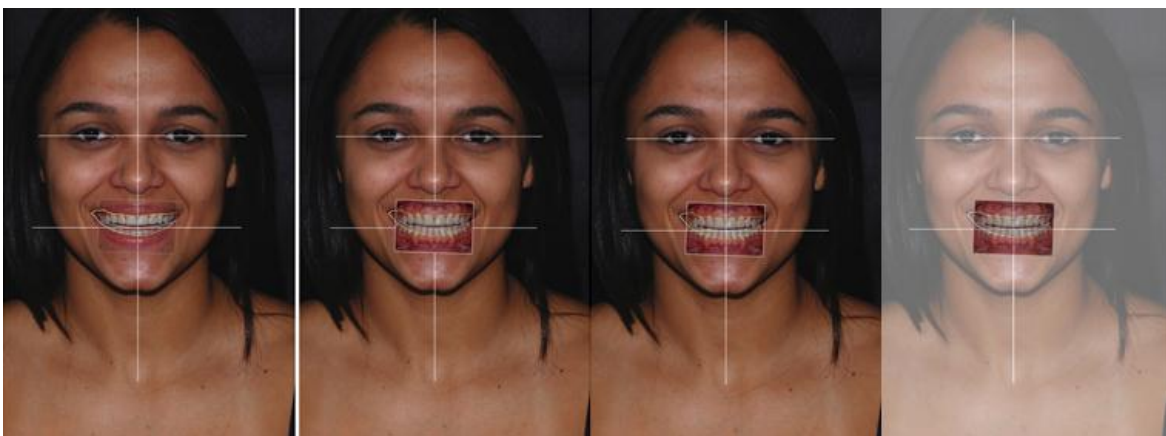


FIGURA 11 – Sobreposição da imagem intraoral sobre a imagem facial

4. Transferência da cruz do rosto para intra-oral (figura 13): a fim de analisar a foto intraoral, de acordo com as referências faciais, é preciso transferir a "Cruz" para a foto recolhida por meio de três linhas de transferência desenhadas sobre a foto sorriso:

- Linha 1: a partir da ponta de uma cúspide canino para a ponta do canino contralateral.

- Linha 2: a partir do meio da borda incisiva (incisal) de um central para o meio da borda incisiva do outro central.

- Linha 3: através da linha média dentária, a partir da ponta da papila incisiva do vão de janela.

Assim, quatro recursos sobre a foto devem ser calibrados: tamanho, inclinação, posição da borda incisal e a posição da linha média. Linha 1 orienta os dois primeiros aspectos (tamanho e inclinação); linha 2 orienta a posição da borda incisal, e da linha 3 guias da posição mediana.

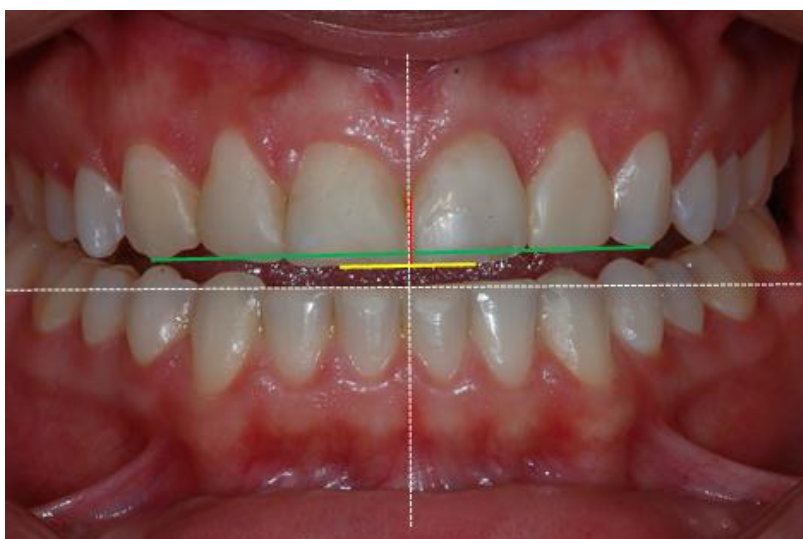


FIGURA 12 – Transferência da cruz do rosto para foto intra-oral do sorriso

5. Deve-se medir a proporção largura x altura dental dos centrais (figura 14), utilizando um retângulo sobre suas bordas incisais para começar a ter uma real noção de quais mudanças precisam ser feitas no sorriso. Seguindo para os outros dentes anteriores, utilizamos a proporção áurea (figura 15) para determinar uma proporção harmônica entre eles.

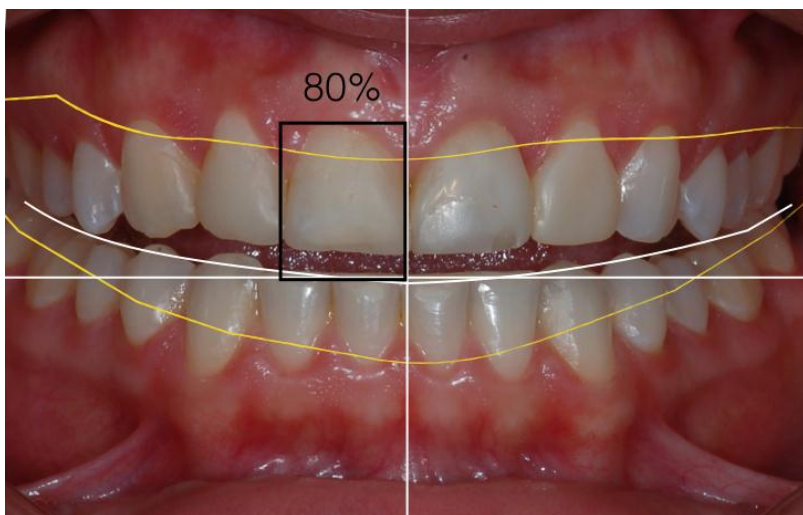


FIGURA 13 – Proporção da largura x altura dental dos incisivos centrais

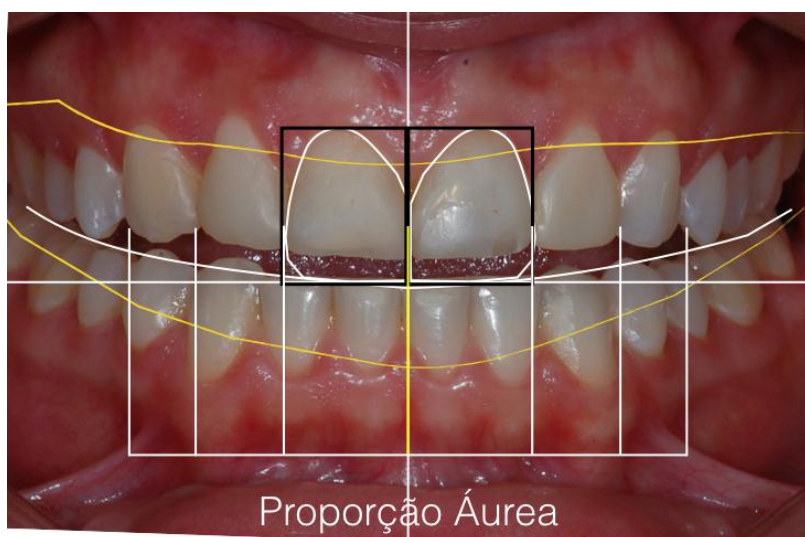


FIGURA 14 – Proporção áurea dos dentes anteriores

6. Determinada a melhor proporção e feita a análise das linhas faciais e da linha do sorriso, agora se escolhem as melhores formas e características dos dentes para o paciente em questão, de acordo com o seu desejo, seu perfil morfopsicológico, características faciais e a expectativa da estética que deseja ser transmitida pelo paciente.

Para isso, é feito um contorno dos dentes já inserindo as alterações desejadas (figura 16), de acordo com a proporção e melhor estética dento-gengival, corrigindo a relação entre os dentes e a linha sorriso, discrepância entre linha média facial e dental, linha média e plano oclusal, desarmonia dos tecidos moles, relação entre tecidos moles e dentes, alturas papilas, os níveis de margem gengival, design de borda incisal, eixo do dente, e assim, se faz uma nova forma do sorriso.

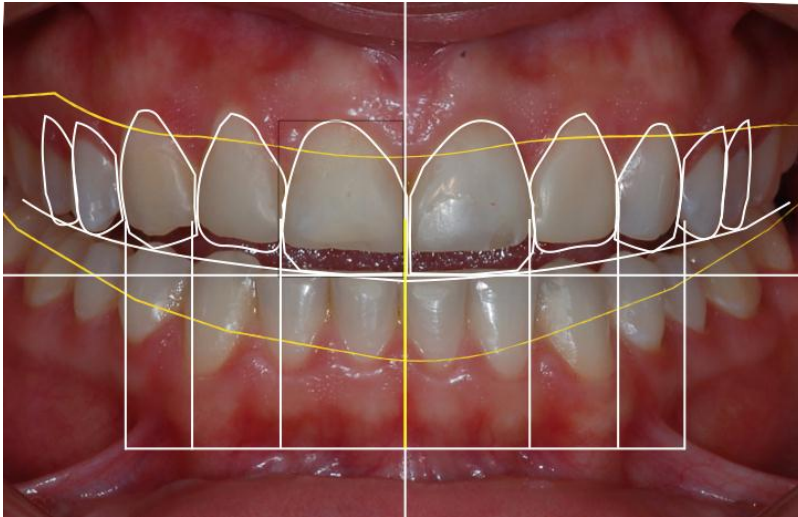


FIGURA 15 – Desenho do contorno dos dentes já inserindo as alterações desejadas com melhores formas e características

7. A régua digital é utilizada para transferir para as fotos digitais o tamanho real dos dentes, que foram medidos diretamente no modelo (figura 17), e também para saber a medida exata de todas as alterações feitas após o desenho, para que estas sejam feitas com precisão, seja num recorte gengival, ou no aumento do tamanho dos dentes no sentido cervico-incisal, dentre outras.

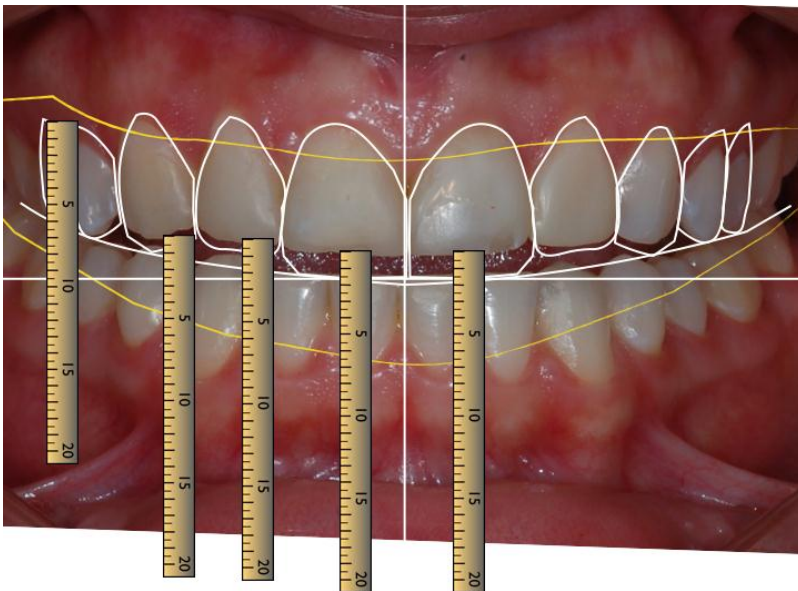


FIGURA 16 – Régua digital transferindo para as fotos digitais o tamanho real dos dentes, que foram medidos diretamente no modelo

8. Depois de definida a nova forma do sorriso do paciente, considerando o padrão estético dento-gengival, é feita a simulação do sorriso (figura 18) para que o paciente, o cirurgião-dentista e o protético tenham uma noção real de como será o

esperado após a finalização do tratamento restaurador.

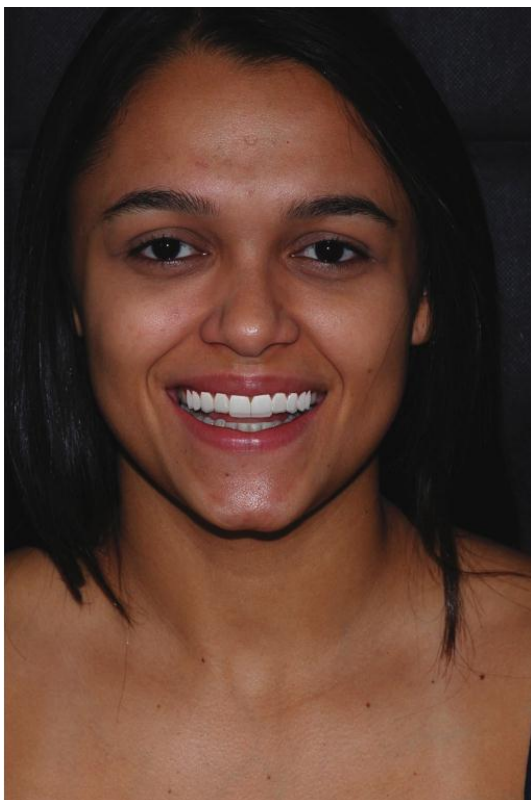


FIGURA 17 – Simulação do sorriso com as novas formas

9. Através do uso de um compasso de calibre, o profissional medirá com total exatidão as alterações feitas entre a foto inicial e a foto final, com o “novo” sorriso, e transferirá essas medidas para o modelo, fazendo marcações com um lápis, para guiar com precisão a confecção do enceramento diagnóstico, feito pelo protético, e assim, evitar problemas de desvio da linha média e inclinação do plano oclusal.

5. DESCRIÇÃO CASO CLÍNICO

5.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Paciente do sexo feminino, 21 anos, queixava-se da perda da forma, tamanho e proporção dos dentes devido ao desgaste das restaurações de resina composta, causado por bruxismo e apertamento, e também da cor escurecida, que ocorre ao longo tempo dessas restaurações.

Assim como a maioria dos pacientes que chegam ao consultório com essa mesma queixa, a paciente tinha consciência de que seu sorriso não era estético e

que isso afetava na interação social, de maneira que a fez procurar o tratamento em busca da devolução da harmonia do sorriso¹⁵.

5.2 EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES

O exame clínico avaliou a paciente, observando sua face, sorriso, contorno gengival, forma dos dentes e até seu perfil psicológico. Também se utilizaram exames complementares, como exames radiográficos e fotografias da face, para análise da linha vertical mediana e linhas horizontais; dos lábios entreabertos para avaliação da exposição dental; do sorriso de pré-molar a pré-molar, utilizada para observar a altura e largura do sorriso; dos dentes em MIH (máxima intercuspidação habitual), de canino a canino com o auxílio de um afastador de lábios, para avaliar o posicionamento e simetria entre os dentes anteriores; dos dentes superiores anteriores com fundo preto para registro de pequenos detalhes, como a textura, definição dos mamelos, cristas marginais e áreas de translucidez, presentes principalmente nos dentes de pacientes jovens; e fotografias laterais (direita e esquerda) para avaliar as formas, contornos dentais e verificar as proporções entre os dentes anteriores.



Figura 18 – Fotos da face para estudo das linhas verticais e horizontais



Figura 19 – Lábios entreabertos



Figura 20 – Sorriso de pré-molar a pré-molar



Figura 21 – Dentes em MIH



Figura 22 – Dentes superiores com fundo preto



Figura 23 – Dentes do lado direito



Figura 24 – Dentes do lado esquerdo

Após analisar os exames clínico, radiográfico e fotográfico, e claro, levando em consideração a queixa da paciente, o plano de tratamento escolhido foi a confecção de laminados cerâmicos.

Foram explicadas para a paciente a necessidade e a importância de se fazer fotografias, confeccionar modelos de estudo, DSD, enceramento diagnóstico e *mock up*, para então inserir essas ferramentas auxiliares no planejamento do caso.

5.3 MOLDAGEM E ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO

Confeccionou-se um modelo de estudo da arcada superior com silicone de condensação (Zetaplus e Oranwash), usando moldagem simultânea, que foi enviado ao protético para que ele realizasse o enceramento diagnóstico, a partir de todas as informações que lhe foram passadas (fotografias, DSD, perfil psicológico do paciente); e da arcada inferior, com alginato, para obter a análise da oclusão com o antagonista.

5.4 APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO PELO DSD

Através do DSD, foi possível mostrar à paciente os slides com suas fotos iniciais, comparando-as com as fotos editadas, as quais mostravam as mudanças que precisavam ser feitas no seu sorriso. O DSD mostrou a necessidade não só de restabelecer o tamanho cervico-incisal dos seus dentes, como também a proporção da sua largura (no sentido méso-distal); de fazer uma cirurgia periodontal para corrigir a estética rosa do corredor bucal, que se apresentava descendente; e ainda

de clarear os dentes antes do preparo para os laminados, para que pudesse também escolher uma cor mais clara para as próteses.



Figura 25 – Antes e depois do DSD

5.5 REALIZAÇÃO DO *MOCK UP*

Para confecção do *mock up*, foi feita a moldagem do enceramento diagnóstico com silicona de condensação. O molde foi preenchido com resina bisacrílica (Protemp, da 3M), cor A2, e posicionado sobre os dentes não preparados até que o material completasse sua polimerização (4 minutos). Passado esse tempo, removeu-se o molde e fez-se o recorte, com lâmina de bisturi, das rebarbas da resina que extravasaram do molde. Logo depois, foi feito acabamento e polimento do *mock up* com pontas diamantadas; realizou-se o refinamento com sistemas de borrachas à base de óxido de alumínio; e discos de feltro e pasta de polimento para dar brilho. Tudo isso para que melhorasse a estética, e a paciente tivesse uma noção real da previsão final do tratamento

Depois do polimento, foi feito o teste fonético, o qual a paciente fala palavras que tenham “v” e “f” para avaliarmos o comprimento do dente, que, no caso, apresentou aspecto de normalidade, e também palavras com “m” e “p”, para verificar o selamento labial, que se mostrou satisfatório. As propriedades de mastigação, fonação e deglutição se mantiveram, podendo, assim, dar continuidade no tratamento.

Foi tirada uma série de fotos iguais as iniciais, agora com o *mock up* em posição para servir de comparação para o paciente notar as diferenças do antes e depois, para auxiliar o protético na confecção dos laminados cerâmicos; para ser referência para a cirurgia periodontal, sabendo exatamente quantos milímetros de gengiva precisaria ser removida; e ainda servir de material de estudo e ensinamento para aulas didáticas.



Figura 26 – Face inteira com *mock up*

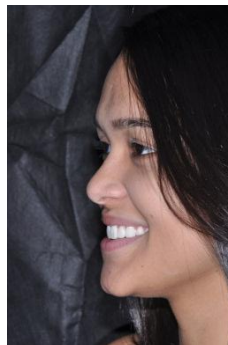


Figura 27 – Perfil esquerdo com *mock up*

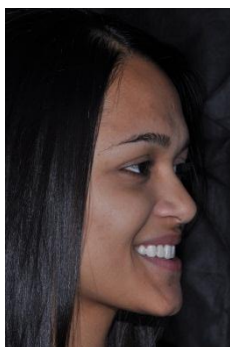


Figura 28 – Perfil direito com *mock up*



Figura 29 – Dentes em MIH com *mock up*

Diante de todos esses métodos de simulação da restauração final, a paciente aprovou o plano de tratamento e, então, foi dado o início da reabilitação.

Na consulta seguinte, foi realizada uma sessão de clareamento de consultório com laser, utilizando o peróxido de hidrogênio 37%, com o seguinte protocolo de aplicação – 3 aplicações de laser de 3 minutos cada, intercalada com 2 minutos de descanso.



Figura 30 – Aplicação do gel de clareamento



Figura 31 – Aplicação de laser no clareamento

5.6 CIRURGIA PERIODONTAL

No mesmo dia, a cirurgia de aumento de coroa clínica foi realizada, com o propósito de remodelação do contorno gengival, para restabelecer uma forma anatômica adequada¹⁶, mas claro, restabelecendo um novo espaço biológico, frente a nova margem gengival confeccionada cirurgicamente, o que facilita muito na higienização da restauração e na sua longevidade¹⁷.

Após a anestesia local de todo o arco superior, delimitou-se com lâmina de bisturi 15c o formato ideal da gengiva, de 2º pré-molar a 2º pré-molar, isso tomando como base a análise do DSD e do *mock up*. Com o uso de um cabo de bisturi nº 3 e lâmina de bisturi 15c fez-se a gengivectomia interna, em bisel de aproximadamente 45º em relação ao dente, até se encontrar com a crista óssea. O colar gengival foi removido com cureta Maccall 13/14. E realizaram-se a osteotomia e a osteoplastia com microcinzéis e brocas esféricas montadas em alta rotação, dando uma nova anatomia e arquitetura óssea, em que o espaço biológico foi refeito, ao manter os 3mm da nova margem gengival até a crista óssea.



Figura 32 – Cirurgia de aumento de coroa clínica

Por fim, as papilas foram suturadas com fio de náilon 5-0, deixando na posição desejada através da sutura suspensória. E, para o pós-operatório, foram prescritos anti-inflamatório e analgésico.

5.7 CLAREAMENTO CASEIRO

Foram entregues duas moldeiras (superior e inferior) de clareamento caseiro juntamente com o clareador (Whiteness 10%, da FGM) para que a paciente desse continuidade após 30 dias da cirurgia periodontal, período em que a gengiva já estaria cicatrizada. Foi recomendado o uso de 4 horas ao dia, por 30 dias.

5.8 CONFEÇÃO DOS PREPAROS, MOLDAGEM E PROVISÓRIOS

Aproximadamente 60 dias depois da cirurgia de aumento de coroa clínica, a paciente retornou ao consultório, onde pôde observar cicatrização total da gengiva e a estética que se queria obter. Iniciou-se o preparo dos laminados de canino a canino, utilizando pontas diamantadas nº 1190F e 2135 (KG Sorensen). O desgaste se restringiu apenas em esmalte, exceto para o dente 21 que possuía canal tratado, e, por isso, apresentava muito mais escurecido que os demais, e foi necessário um desgaste maior para que o material restaurador conseguisse mascarar a sua cor. Os demais dentes foram todos preparados para lente de contato, somente no 21 foi necessário o preparo para faceta. Para se ter precisão da quantidade do desgaste,

foi confeccionado um guia, que é um molde do encerramento com silicone de adição, que foi recortado com lamina de bisturi nº 12, no sentido mesio-distal, realizando uma fenda no terço médio que permitia ver diretamente e avaliar a quantidade de desgaste.



Figura 33 – Preparo para lente



Figura 34 – Guia para desgaste de silicone



Figura 35 – Dentes preparados

Na mesma sessão, foi realizada uma moldagem, em passo único, com moldeira total e silicone de adição (Honigum/Silagum, utilizando máquina para espatular o material denso). Procedeu-se o afastamento gengival com a inserção do fio retrator, fio #000 (Ultrapack, Ultradent, EUA), umedecido com hemostático, que tem como característica a adstringência, permitindo um leve afastamento da gengiva em relação ao dente para que o material leve consiga moldar o mais subgengival possível. O próximo passo consistiu na retirada do fio e na imediata colocação do material leve (espatulado manualmente e dispensado com seringa dispensadora) sobre os preparos e na moldeira carregada com material pesado, dispensado pela máquina de espatulação, finalizando o processo.

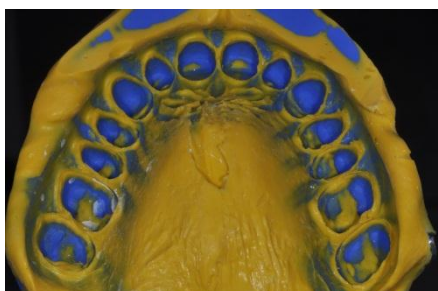


Figura 36 – Moldagem dos preparos

Foi realizada a tomada fotográfica para a seleção da cor da peça cerâmica e a seleção da cor do substrato, que foi 2M1, e a seleção final desejada do substrato foi 1M1.



Figura 37 – Seleção da cor da peça cerâmica

Para a confecção dos provisórios foi usado o próprio *mock up* preenchido com resina bisacrílica, na cor A2.

Além do modelo obtido após os preparos, foram enviados ao protético o DSD, todas as fotografias tiradas, que auxiliaram na confecção dos laminados e, claro, as características morfopsicológicas da paciente e a forma dos dentes que mais se identificavam com o seu perfil. Esse arsenal de informação é essencial para que as próteses sejam confeccionadas de acordo com o esperado.

5.9 ESCOLHA DA CERÂMICA E CIMENTAÇÃO

O material restaurador de escolha para a confecção das próteses foi o dissilicato de lítio (IPS e.max, Ivoclar Vivadent), considerando que é uma cerâmica vítrea de excelente estética e de resistência, o que é essencial, devido o apertamento e bruxismo, já relatados pela paciente.



Figura 38 – Laminados cerâmicos prontos

Terminada a confecção das próteses, a paciente retornou ao consultório, onde fez-se a prova dos laminados cerâmicos sobre os dentes, para verificar que a adaptação estava correta, para então fazer a prova com pasta matizada de prova à base de água ou gel para selecionar a cor do cimento resinoso (Pastas Try-In, Ivoclar Vivadent, Leichtenstein), a pasta utilizada para o teste foi a +1. Isso se faz

necessário devido a pouca espessura do laminado, que pode ter o seu resultado estético influenciado pela cor do agente cimentante.

Na sequência, as superfícies internas das restaurações cerâmicas foram condicionadas com ácido fluorídrico a 10% (FGM), durante 20 segundos, lava e seca, e aplica-se ácido fosfórico 37% (Ultradent) ativamente, por 60 segundos, novamente lava e seca a peça, para então inserir silano (Ivoclar Vivadent), durante 1 minuto, seca com ar quente.

Antes da fixação das restaurações, os dentes foram limpos com pedra-pomes e água, utilizando uma escova microtuft (cor rosa), em baixa rotação, e os dentes adjacentes à cimentação protegidos com fita veda rosca. Para a realização da cimentação adesiva, realizou-se o condicionamento total do esmalte com ácido fosfórico a 37% (Total Etch, Ivoclar Vivadent, Leichtenstein) durante 30 segundos e lavagem com spray de ar/água pelo dobro do tempo. Foi aplicado o sistema adesivo Excite DSC (Ivoclar Vivadent, Leichtenstein) no preparo em duas camadas durante 10 segundos, seguido de um leve jato de ar por 3 segundos, a uma distância de 5 mm. Misturou-se, então, o cimento resinoso dual Variolink Veneer (Ivoclar Vivadent, Leichtenstein); a cor utilizada para a pasta base foi a transparente. Uma camada uniforme do cimento foi aplicada na superfície interna da restauração e nas paredes do preparo, com o objetivo de evitar porosidades e bolhas. As facetas foram levadas em posição e pressionadas levemente por 30 segundos. Foi realizada uma breve fotopolimerização para facilitar a remoção dos excessos de cimento com fio e sonda periodontal. A seguir, realizou-se fotopolimerização de 60 segundos com Led (Bluephase, Ivoclar Vivadent).



Figura 39 – Dentes em MIH com as lentes cimentadas



Figura 40 – Lado direito com as lentes



Figura 41 – Lado esquerdo com as lentes

Os excessos foram removidos com lâmina de bisturi número 12, cureta McCall, e os excessos nas faces proximais, com microcut.

Terminada essa sessão, aplicou-se gel de glicerina (Liquid strip, Ivoclar Vivadent) nas margens das restaurações e feita novamente outra fotopolimerização.

5.10 INDICAÇÃO DE PLACA MIORRELAXANTE

Sabendo que a paciente é bruxista, foi realizada a confecção de uma placa miorrelaxante para uso noturno, que é um possível tipo de tratamento para esse tipo de DTM (disfunção temporomandibular), uma vez que esta tem como funções o relaxamento dos músculos envolvidos no bruxismo, redução de pressão sobre a ATM, e ainda protege os dentes de atrito e desgaste^{18,19}.

Realizou-se o ajuste da placa, com o uso de carbono dupla face (Detecto, da Dentsply) e brocas de peça reta nº 8, através de desgastes seletivos para determinar a distribuição correta dos pontos de contato em MIH, guia canino e protusão, conferindo uma oclusão bilateralmente balanceada.

5.11 PROSERVAÇÃO

Passado um mês desde a finalização do caso, a paciente retornou para uma consulta de acompanhamento, não houve queixas e o exame clínico apontou normalidade.

Seis meses depois houve outra consulta de acompanhamento, e o caso apresentou sucesso até então.



Figura 42 – Face inteira antes e depois do tratamento restaurador



Figura 43 – Perfil direito antes e depois do tratamento restaurador



Figura 43 – Perfil esquerdo antes e depois do tratamento restaurador

6. DISCUSSÃO

O uso do DSD torna o planejamento restaurador muito mais prático; com ele o cirurgião-dentista é capaz de visualizar nos mínimos detalhes quais as deficiências da forma e estética do sorriso, seja ela dental ou gengival, obtendo, assim, um diagnóstico mais preciso²⁰. Isso também pode ser mostrado ao paciente através das fotografias comparativas de antes e depois da simulação do novo sorriso, e também possibilita adicionar ao caso as preferências do paciente, de maneira que ele tenha uma noção real de como ficará o final do tratamento. E permite, ainda, uma melhor comunicação entre o cirurgião-dentista e o protético sobre o caso, facilitando a confecção das próteses com uma visão mais minuciosa³. Antes, nada disso era possível, e o paciente ficava dependente apenas da palavra do profissional, e muitas vezes não compreendia como o tratamento seria realizado, o que poderia gerar frustração no final da restauração.

A fim de buscar a estética mais natural possível, o cirurgião-dentista deve lançar mão do estudo sobre o visagismo, uma técnica que estuda o comportamento e o temperamento dos pacientes e suas características faciais mais marcantes,

como os traços que dão forma ao rosto, para transferi-las intraoralmente, através de uma arquitetura do sorriso que reflita sua personalidade, demonstrando sua real identidade⁹.

De acordo com uma profunda análise temperamental, das atitudes e maneiras de se expressar, o paciente é classificado em colérico, sanguíneo, melancólico ou fleumático. Ao juntar a classificação com o estudo dos traços que compõem o formato da face, é possível transmitir todas essas características na forma e disposições dos dentes, conferindo um sorriso harmônico, estético e natural⁸.

Sucedendo o término desse processo de estudo e confecção do planejamento do sorriso, vem a escolha da técnica a ser seguida e o material restaurador, que, claro, deve estar no mesmo patamar estético, e para isso, o mercado industrial odontológico oferece uma diversa gama de tipos de porcelanas metal free^{10,11}.

Foi escolhida a técnica indireta, por oferecer maiores vantagens que a direta, nesse caso, pois a paciente tem apertamento noturno e a cerâmica possui melhor resistência à flexão e à tração, o que dará maior longevidade ao tratamento; e soluciona a queixa de manchamento da restauração de resina composta, uma vez que a porcelana possui estabilidade de cor e propriedades ópticas que conferem uma boa translucidez, se assemelhando muito aos dentes naturais¹². E o material de escolha foi o dissilicato de lítio, por ser uma das cerâmicas mais resistentes, e ao mesmo tempo, possuir alto grau de estética, e por se enquadrar na indicação do caso de lentes de contato na região anterior¹⁰.

Ao fim do tratamento, é possível perceber que o tratamento se torna muito mais fácil com o planejamento pelo DSD, pois o dentista sabe exatamente o que deve ser feito em cada consulta, evitando perda de tempo clínico, e o paciente já está ciente do resultado, diminuindo a chance de desapontamento, e se adapta muito mais facilmente com as próteses.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o DSD, juntamente com demais exames auxiliares, como radiografia, fotografias digitais, modelo de gesso e *mock up*, são ferramentas indispensáveis para odontologia moderna que exigem do cirurgião-dentista um trabalho minucioso e perfeccionista, principalmente quando se trata de uma reabilitação estética.

Através do DSD o profissional consegue ver com mais precisão quais são as discrepâncias que não permitem que o sorriso do paciente seja harmonioso, e a partir daí analisar o que pode ser feito para restaurá-lo, devolvendo ou até mesmo criando um novo sorriso que seja considerado estético para aquela pessoa. E ainda demonstrar ao paciente uma previsão realista do final da restauração, para que o paciente possa aprovar e dar continuidade no tratamento.

REFERÊNCIAS

1. COACHMAN, C.; CALAMITA M.; SCHAYDER, A. Digital smile design: uma ferramenta para planejamento e comunicação em odontologia estética. **Rev. Bras. Dicas Odontol**, v. 1, n. 2, p. 36-41, 2012.
2. COACHMAN, C.; RICCI, A.; CALAMITA, M. Digital Smile Design A Digital Tool for Esthetic Evaluation. **Team Communication and Patient Management** www.simposiointernacional.com, 2012.
3. COACHMAN, C.; CALAMITA M. Digital smile design, A Tool for Treatment Planning and Communication in Esthetic Dentistry. **Quintessence Dent Technol**, v. 35, p. 103-111, 2012.
4. COACHMAN, C.; CALAMITA M. Virtual Esthetic Smile Design: Driving the Restorative Plan. **J Cosmet Dent**, v. 29, n. 4, p. 102-116, inverno 2014.
5. MINAMI, P.T. “Mock up” como ferramenta de Marketing em Dentística. set. 2014. Disponível em: <<http://blog.dentalcremer.com.br/2014/09/11/mock-up-como-ferramenta-de-marketing-em-dentistica-e-odontologia-estetica/>>. Acesso em: 09 ago. 2016.
6. DA SILVA, T.B. O uso do “mock-up” no planejamento de restaurações cerâmicas. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 63, n. 6, p. 394-398, 2009.
7. COSTA, C.S.; OLIVEIRA, M.B.R.G; CARDOSO, P.C. Influência do mock-up no grau de satisfação do paciente durante o planejamento estético
8. PAOLUCCI, B. et al. Visagism: The Art of Dental Composition. **Quintessence Dent Technol**, v. 35, p. 187-200, 2012.
9. KAO, C. M. S. et al. Visagismo na Odontologia: A Personalização do Sorriso. **Rev Odontol Araç**, v.35, n.2, p. 67-70, jul./dez. 2014.
10. CARVALHO, R. L. A. et al. Indicações, adaptação marginal e longevidade clínica de sistemas cerâmicos livre de metal: uma revisão de literatura. **Int J Dent**, v. 11, n. 1, p. 55-65, jan./mar. 2012
11. MAKINO, T. S. Indicações e as propriedades do sistema Empress. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização. 2011. 25 f. IOPG, Campo Grande, 2011.
12. AMOROSO, A. P. et al. Cerâmicas odontológicas: propriedades, indicações e considerações clínicas. **Rev Odontol Araç**, v. 33, n. 2, p. 19-25, jul./dez. 2012.
13. COACHMAN, Christian et al. Desenho digital do sorriso: do plano de tratamento à realidade clínica. **Visagismo: a arte de personalizar o desenho do sorriso**. Sao Paulo: VM Cultural Editora Ltda, p. 145-160, 2011.

14. PINTO, D. C. S. et al. DESENHO DIGITAL DO SORRISO – DESCRIÇÃO DE UMA NOVA TÉCNICA. **R. Gestão & Saúde**, v. 11, p. 01-09, 2014.
15. DAVIS, L. G.; ASHWORTH, P. D.; SPRIGGS, L. S. Psychological effects of aesthetic dental treatment. **Journal of dentistry**, v. 26, n. 7, p. 547-554, 1998.
16. ROSETTI, Elizabeth Pimentel; SAMPAIO, Luiz Macellaro; ZUZA, Elizangela Partata. Correção de assimetria dentogengival com finalidade estética: relato de caso. **RGO**, v. 54, n. 4, p. 384-7, 2006.
17. PEDRON, Irineu G. et al. Cirurgia gengival ressectiva no tratamento da desarmonia do sorriso. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 19, n. 48, 2010.
18. HARADA, T. et al. O efeito de dispositivos tala orais sobre bruxismo do sono: A observação de 6 semanas com um dispositivo de gravação eletromiográfica ambulatorial. **Journal of reabilitação oral** , v 33, n.. 7, p.482-488, 2006.
19. RESTREPO, Claudia C.; MEDINA, Isabel; PATIÑO, Isabel. Effect of occlusal splints on the temporomandibular disorders, dental wear and anxiety of bruxist children. **Eur J Dent**, v. 5, n. 4, p. 441-450, 2011.
20. KATYAR, Pratibha; ALI, Mariam. CHOOSE YOUR SMILE WITH DSD. **Guident**, v. 8, n. 8, 2015.