

TATIANNE LIMA ARANTES

**Otimizando a estética por meio de reanatomizações:
relato de caso clínico**

ARAÇATUBA – SP

2014

TATIANNE LIMA ARANTES

**Otimizando a estética por meio de reanatomizações:
relato de caso clínico.**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ticiane Cestari Fagundes

ARAÇATUBA – SP

2014

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Carlos e Lúcia, com carinho pelo empenho, paciência e compreensão que mantiveram ao longo da minha formação acadêmica, sempre buscando o melhor para o meu futuro, mesmo frente às dificuldades.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof^a. Dr^a. Ticiane Cestari Fagundes, que sempre esteve à disposição se mostrando uma pessoa atenciosa e dedicada à Universidade, contribuindo com minha formação por meio de seus ensinamentos valiosos.

A Prof^a. Dr^a. Sandra Rahal Mestreiner, que se empenhou em ajudar permitindo o desenvolvimento deste trabalho.

A paciente pela paciência e colaboração.

À banca examinadora, formada pelo Prof. Silvio José Mauro, Prof^a. Dr^a. Ticiane Cestari Fagundes e Prof^a. Dr^a. Sandra Rahal Mestreiner; e aos membros suplentes Prof. Ricardo Coelho Okida e Prof. André Luiz Fraga Briso, que aceitaram avaliar este trabalho de conclusão de curso mesmo com inúmeros compromissos.

Aos meus amigos, que estiveram ao meu lado durante a graduação sempre me apoiando.

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Araçatuba, por sua infraestrutura física e humana, permitindo a minha formação profissional e crescimento pessoal.

“A odontologia é a profissão que exige dos que a ela se dedicam a destreza manual de um cirurgião, o conhecimento científico de um médico, o senso de estética de um artista, e a paciência de um monge”.

Papa Pio XII.

ARANTES, T.L. **Otimizando a estética por meio de reanatomizações: relato de caso clínico**. 2014. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

RESUMO

Na Odontologia Estética Moderna, a realização de reanatomizações de dentes comprometidos esteticamente apresenta-se como opção de técnica para obtenção de um sorriso harmônico. A agenesia de dentes do grupamento ântero-superior é de fácil percepção para o leigo por afetar a estética do sorriso, sendo esse o motivo principal da busca por tratamentos nesses casos. Assim, as diferentes opções de tratamento ampliam as possibilidades clínicas, porém também trazem dúvidas e discussões sobre qual abordagem seria a ideal. O objetivo desse relato de caso clínico foi avaliar os parâmetros importantes no planejamento da transformação de caninos em incisivos laterais, pelo uso de técnicas restauradoras adesivas. Com o avanço das propriedades mecânicas, das cores e técnicas dos materiais restauradores, resultados altamente estéticos e mais duráveis podem ser conquistados. O presente trabalho exemplifica por meio de apresentação de uma breve revisão bibliográfica e de um caso clínico, a possibilidade da realização de um correto diagnóstico, planejamento e um tratamento restaurador estético, buscando-se um sorriso harmonioso e natural adequado ao estilo de vida e à idade da paciente.

Palavras-Chave: Clareamento Dental. Anodontia. Estética Dentária. Incisivo. Restauração Dentária Permanente.

ARANTES, T.L. **Optimizing aesthetics by re-anatomization: case report.** 2014. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

ABSTRACT

In modern esthetic dentistry, conducting re-anatomization of aesthetically compromised teeth is presented as an option of technique for obtaining a harmonic smile. Tooth agenesis from the antero-superior grouping is easy for the layman perception because it affects the aesthetics of the smile, this is the main reason for seeking treatment for such cases. Thus, the different options of treatment broaden the clinical possibilities, however it also brings doubts and discussions about which would be the ideal approach. The goal of this case report was to evaluate the important parameters for planning the transformation of canines in lateral incisors, by the use of adhesive restorative techniques. With the advancement of mechanical properties, colors and techniques of restorative materials, highly durable and more aesthetic results can be achieved. The present paper exemplifies by presenting a brief literature review and a clinical case, the possibility of achieving a correct diagnosis, planning and aesthetic restorative treatment, aiming a harmonic and natural smile, suitable to the lifestyle and age of the patient.

Keywords: Tooth Bleaching. Agensis. Esthetics Dentistry. Incisor. Dental Permanent Restoration.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sequência clínica dos procedimentos restauradores dos dentes 21, 23 e 24.	
(Parte I)	15
(Parte II)	16
(Parte III)	17
(Parte IV)	18
Figura 2. Sequência clínica dos procedimentos restauradores dos dentes 11, 13 e 14	20
Figura 3. Cirurgia periodontal - cunha interproximal	22
Figura 4. Aspecto final	27

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Relato de caso clínico	12
2.1. Descrição geral dos procedimentos restauradores dos dentes 21, 23 e 24 ..	12
2.2. Descrição geral dos procedimentos restauradores dos dentes 11, 13 e 14 ..	19
2.3. Cirurgia periodontal – cunha interproximal	21
3. Discussão	23
4. Conclusão	26
Referências	28

1. INTRODUÇÃO

Tratamentos estéticos em Odontologia têm se tornado rotineiros devido ao crescente interesse dos pacientes pelos procedimentos que influenciam na vaidade, auto-imagem e aceitação social¹.

Atualmente, com a crescente informação e conscientização, os pacientes passaram a exigir soluções estéticas para reaver a naturalidade de uma condição inicial perdida ou corrigir alterações de cor, textura, forma, tamanho e posição, obtendo um resultado final natural e harmônico².

Dessa forma, tratamentos restauradores são empregados mesmo sem a existência de lesões cáries^{2,3}. Leva-se em conta o desejo e a opinião do indivíduo em relação ao seu sorriso, uma vez que o conceito de estética é bastante pessoal e varia de acordo com a região, a época e a cultura em que as pessoas vivem^{2,3}.

Dentre os fatores que podem interferir na estética do sorriso encontram-se as anomalias dentárias, que podem ser classificadas em anomalias de número, tamanho, estrutura e forma⁴.

Os incisivos laterais permanentes superiores são elementos que estão comumente ausentes, muitas vezes em ambos os lados da arcada, causando grande transtorno para oclusão em desenvolvimento⁵. Atualmente, pode-se lançar mão de diferentes condutas para a reabilitação estética, quando há agenesia dos incisivos laterais superiores⁶. As opções vão desde um tratamento menos invasivo, como a reanatomização com resina composta direta, até a realização de restaurações indiretas, que geralmente implicam em maior desgaste da estrutura dentária hígida⁶. A técnica restauradora ideal deve assegurar resistência, durabilidade, estética e eficiência⁷.

O recontorno cosmético (ou remodelação) com a utilização de resina composta direta é uma técnica valiosa e econômica, pois proporciona benefícios na aparência do sorriso e melhora na função oclusal, higienização e condições do complexo periodontal⁸. O recontorno não consiste apenas em desgaste ou nivelamento dos dentes, mas também envolve ajustes tanto no dente natural quanto no material restaurador acrescentado, incluindo a manipulação de cores⁸. Para isso, é necessário conhecer a anatomia original do dente, proporção áurea, harmonia dentária e dentofacial⁸. Pode-se dizer que a remodelação direta representa uma

excelente alternativa nos casos em que outros recursos são demasiadamente onerosos, trabalhosos e prolongados⁸.

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho foi reabilitar esteticamente o sorriso de uma paciente que apresentava agenesia dos incisivos laterais superiores, através de técnica de restauração direta com resina composta.

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

2. 1. Descrição geral do caso clínico – procedimentos restauradores dos dentes 21, 23 e 24.

Foram realizados os exames clínico e radiográfico da paciente M.C.Z.M., 44 anos, gênero feminino, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba, que procurou a clínica da graduação, devido ao desconforto relacionado à estética de seus dentes anteriores. Após anamnese e exame clínico, concluiu-se que a paciente possuía agenesia (ausência congênita) dos incisivos laterais superiores (12 – 22) e giroversão dos primeiros pré-molares superiores (14 – 24), Figuras 1: A, B, C e D.

Após avaliação clínica e radiográfica, e análise dos modelos de estudo, optou-se pelo plano de tratamento a seguir:

- raspagem supragengival de todos os dentes,
- clareamento de consultório associado ao caseiro,
- procedimento restaurador em todos os dentes anteriores (14 – 24), utilizando a técnica direta com resina composta e,
- cirurgia periodontal, para criar uma altura maior no primeiro pré-molar do lado esquerdo (24), proporcionando assim perfil de emergência adequado para fechamento de diastema com resina.

A sequência geral dos procedimentos executados estão descritos no **Quadro 1**.

Quadro 1: Sequência clínica.

Procedimento:	Descrição:
Moldagem dos arcos superior e inferior	Inicialmente foi realizada profilaxia com pedra pomes e água. Foi realizada moldagem com alginato Ava Gel (Dentsply, Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil) para obtenção dos modelos de estudo.
Raspagem supragengival	Foi realizada raspagem supragengival de ambos os arcos, para remoção de tártaro supragengival, que se localizam exclusivamente acima do limite da gengiva, com curetas universais Mccall (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil).
Clareamento de consultório	Os dentes foram isolados por uma barreira gengival Top Dam Blue (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil), para proteger a gengiva e os lábios. Foram feitas 3 aplicações de 15 minutos, utilizando peróxido de hidrogênio a 35% (Opalescence, Indaiatuba, São Paulo, Brasil), Figuras 1:E, F e G.
Vedamento de dentina	Foi realizado um vedamento (Figura 1: H) na dentina radicular dos primeiros pré-molares (14 e 24) com ionômero de vidro Fuji II LC (GC America Corporation, Tokyo, Japan) para posterior indicação de clareamento caseiro. Foram utilizadas 3 ampolas de peróxido de carbamida a 15% (Opalescence, Indaiatuba, São Paulo, Brasil), totalizando 8 aplicações em ambos os arcos dentários. O final do clareamento caseiro pode ser verificado nas Figuras 1: I, J e K.
Preparo inicial	Realizou-se o preparo inicial nas faces vestibulares e incisais do canino (23) e primeiro pré-molar (24) com ponta diamantada cônica de topo inativo 3081 FG (KG Sorensen, Barueri, São Paulo, Brasil). Tais preparos foram realizados com o objetivo de remover as áreas proeminentes na vestibular e incisais, Figuras 1: L, M e N.
Isolamento absoluto	Foi realizado isolamento absoluto com dique de borracha, para evitar a deglutição de materiais acidentalmente, além de permitir a manutenção do campo operatório seco e livre dos

	fluidos orais, condição importante, para evitar as alterações nas propriedades da resina composta, Figuras 1: O e P.
Condicionamento ácido	Foi aplicado ácido fosfórico a 37% Condac 37 (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) sobre o esmalte dental por 30 segundos, seguido de lavagem por 20 segundos e secagem.
Aplicação do sistema adesivo	O sistema adesivo de dois passos (Single Bond, 3M ESPE, Seefeld, Alemanha) foi friccionado por 20 segundos utilizando-se um aplicador de adesivo (Kerr, Joinville, Santa Catarina, Brasil), um leve jato de ar foi aplicado por 5 segundos para volatilização do solvente e o adesivo fotoativado por 20 segundos, a segunda camada foi aplicada e fotoativada, conforme as instruções do fabricante, Figuras 1: Q e R.
Inserção da resina composta	A resina composta Filtek™ Z350 XT (3M ESPE, Saint Paul, Minnesota, EUA) foi acomodada em incrementos com a finalidade de aumentar o incisivo central (21) para obtenção de uma ideal proporção áurea. O canino (23) foi recoberto com resina para que fosse obtida a forma característica de incisivo lateral. Para transformação do pré-molar (24) em canino e redução do diastema, a resina composta foi inserida na mesial e vestibular. Todos os incrementos foram fotoativados por 20 segundos, utilizando-se o aparelho de luz LED Radium Plus (SDI, São Paulo, Brasil), Figuras 1: S, T e U. As cores foram utilizadas na seguinte sequência: White Dentin; A1 Dentina; A1 Esmalte.
Ajuste oclusal, acabamento e polimento	Para o ajuste oclusal utilizou-se papel carbono Accu Filme® II (Parkell, Nova Iorque, EUA). Após a identificação dos pontos de contato prematuros e checagem dos movimentos de lateralidade e protrusão, o acabamento foi realizado com pontas diamantadas 3195F e 3195FF (KG Sorensen). Para o polimento utilizaram-se os discos de polimento Sof-Lex™ (3M, Saint Paul, Minnesota, EUA), na sequência: vermelho, laranja escuro, laranja claro e amarelo, Figuras 1: V, X, W e Y.

Figura 1 (Parte I). Sequência clínica dos procedimentos restauradores dos dentes 21, 23 e 24: A e B: Vista frontal inicial; C e D: Vistas laterais direita e esquerda; E: Barreira gengival; F: Aplicação do gel clareador; G: Final do clareamento de consultório.



Figura 1 (Parte II). Sequência clínica dos procedimentos restauradores dos dentes 21, 23 e 24: H: Vedamento de dentina radicular; I, J, e K: Final do clareamento caseiro; L, M e N: Preparo inicial.



Figura 1 (Parte III). Sequência clínica dos procedimentos restauradores dos dentes 21, 23 e 24: O e P: Isolamento absoluto; Q e R: Aplicação do sistema adesivo e fotopolimerização; S, T e U: Restauração com resina composta.



Figura 1 (Parte IV). Sequência clínica dos procedimentos restauradores dos dentes 21, 23 e 24: V, X, W e Y: Polimento; Z: Vista parcial final.



2. 2. Descrição geral dos procedimentos restauradores dos dentes 11, 13 e 14.

O procedimento restaurador dos dentes 11, 13 e 14, foi feito da mesma forma que dos dentes 21, 23 e 24. Nesta etapa foram substituídas as restaurações mesiais dos dentes 11 e 21, pois após o clareamento as mesmas apresentavam-se com cor insatisfatória. Para remoção das resinas insatisfatórias foram utilizadas as pontas diamantadas esférica 1013 FG e cônica 1190 FG (KG Sorensen, Barueri, São Paulo, Brasil), sob abundante refrigeração á água, com o objetivo de ser mais conservativa possível, Figuras 2: A e B.

A seqüência geral dos procedimentos executados está ilustrada na **Figura 2**.

Figura 2: Sequência clínica dos procedimentos restauradores dos dentes 11, 13 e 14: A e B: Preparo inicial; C: Logo após condicionamento ácido; D: Aplicação do sistema adesivo; E: Procedimento restaurador e fotoativação; F e G: Vista final, restaurações concluídas.



2. 3 Cirurgia periodontal – cunha interproximal.

A cirurgia periodontal chamada de cunha interproximal, foi feita com objetivo de criar uma altura maior no primeiro pré-molar do lado esquerdo (24) (Figura 3: A), proporcionando assim perfil de emergência adequado para fechamento de diastema com resina.

Foi utilizada sonda periodontal Maccall (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil), para sondagem e medição de profundidade de bolsa, além de perda de inserção, Figura 3: B.

Foi realizado um mini retalho em forma de cunha onde a porção central da papila é excisada. A técnica consiste em duas incisões intra-sulculares, sendo uma por vestibular e outra por lingual, convergindo para a oclusal, com auxílio de uma lâmina 15c, começando na mesial do dente à distal do outro dente. Os retalhos são, então, levemente afastados com auxílio de uma espátula 7 e a papila interdental é removida, expondo a crista óssea.

As incisões, Figuras 3: C, foram realizadas de maneira convergentes para oclusal com cabo de bisturi e lâmina 15c Swann Morton (Sheffield, Inglaterra), sendo a distância de cada uma dada pela profundidade do sulco. Removeu-se o tecido com auxílio de uma cureta Maccall (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil), expondo o tecido ósseo Figuras 3: D, E. No presente caso, encontrou-se excesso de resina composta, previamente inserida, que foi removido com uma ponta diamantada # 2200 Figuras 3: F.

Suturou-se com ponto interrompido, com fio de nylon preto 6-0 de 45 cm (TechSuture, Bauru, São Paulo, Brasil). Em seguida, o cimento cirúrgico periodontal COE-PAK™ (GC America Corporation, Tokyo, Japan) foi colocado, com finalidade de proteger a área. Após 7 dias a sutura foi removida.

A sequência geral dos procedimentos executados está ilustrada na **Figura 3**.

Figura 3: Cirurgia periodontal – cunha interproximal: **A:** Aspecto inicial da gengiva; **B:** Sondagem periodontal; **C:** Incisão; **D:** Descolamento do tecido gengival; **E:** Exposição do tecido ósseo; **F:** Remoção do excesso de resina composta.



3. DISCUSSÃO

A hipodontia é uma anomalia frequente em humanos¹⁴. Afeta principalmente a dentição permanente, e sua etiologia pode estar associada a fatores ambientais, genéticos ou ainda associada a síndrome¹⁴. As mutações nos genes MSX1 e PAX9 têm sido identificadas nas famílias com oligodontia autossômica dominante¹⁶.

Os dentes mais afetados são os incisivos laterais e os segundos pré-molares na população europeia, tendo prevalência de 4% no Brasil^{14,15}.

Essa anomalia pode ser facilmente detectada em exames clínicos de rotina e exame radiográfico do tipo periapical e/ou panorâmico¹⁴. Além disso, pode ser a causa de maloclusões, de má formação dos arcos dentais e, ainda, de disfunção temporomandibular¹⁵, o que ressalta a necessidade de um diagnóstico precoce^{14,16}. As mutações nos genes MS1 e PAX9 constituem outro possível método de diagnóstico; porém, não estão disponíveis na rotina clínica diária¹⁶.

Existem várias opções para reabilitação estética e funcional de tais casos, seguindo a seguinte sequência de complexidade: implantodontia, ortodontia, técnica restauradora indireta, cirurgia periodontal, técnica restauradora direta ou a inter-relação de tais áreas^{9,30}.

O uso de implantes é indicado quando existe espaço interdental na região dos incisivos laterais que precisa ser reabilitado, havendo ou não necessidade de tratamento ortodôntico prévio¹⁶. A opção ortodôntica pode ser realizada em casos em que os espaços interdentais devem ser melhor distribuídos, requerendo uma duração maior de tratamento¹⁶. A ortodontia também pode ser aplicada em casos em que ocorrem angulações ou giroversões que impossibilitem a realização do tratamento restaurador isolado¹¹. A correção dos diastemas por meio de restaurações indiretas tem como desvantagens o maior número de sessões clínicas², a remoção de estrutura dental e o custo financeiro significativo¹². Quando houver a necessidade de regularização de rebordos gengivais, o tratamento periodontal se faz necessário¹¹.

Sabemos que uma restauração deve ser avaliada sob os seguintes pontos critérios: anatomia, bordas, contornos proximais e oclusais, estética e função. Em

um contexto mais abrangente, a restauração deve ser harmônica e biologicamente compatível com a fisiologia das estruturas periodontais.

Uma restauração que não restabeleça função, estética e fonética deve ser substituída²⁶. No entanto, a estética pode ser subjetiva, o que incomoda ou é necessário ao profissional pode não incomodar o paciente, o contrário também é verdadeiro^{27,28}. Logo, é fundamental uma análise criteriosa para evitar tratamentos inadequados, prejudicando o remanescente dental e em saúde pública, gastos desnecessários^{27,28}. Os cirurgiões-dentistas devem se basear em fotografias, radiografias e na própria experiência e conhecimento²⁹, pois o conjunto de informações permite melhorar o diagnóstico e a decisão de tratamento, devendo sempre orientar os pacientes quanto à necessidade de reparo ou substituição, além das vantagens e desvantagens²⁹.

No presente caso, a paciente relatou estar incomodada com a cor, forma e espaços presentes entre os dentes ântero-superiores. Devido à paciente requerer um tratamento rápido e com baixo custo, optou-se pelo clareamento, seguido de restauração direta com resina composta e para regularização de rebordo foi indicada a cunha interproximal.

A Odontologia Estética teve uma notável evolução nas últimas décadas, com o advento de novos materiais restauradores que recuperam a autoestima do paciente¹³, a harmonia dentofacial, a estética do sorriso e a preservação do sistema estomatognático. Associado a isso, é grande o interesse dos pacientes em restaurações funcionais e principalmente estéticas¹³.

A seleção dos sistemas adesivos diretos com resina composta possui como vantagens: versatilidade de cores, possibilidade de reparos posteriores, menor tempo de tratamento e custo, conservação da estrutura dental, reversibilidade, fácil realização, além de proporcionar excelente estética ao sorriso do paciente¹¹. Portanto, diante das vantagens mencionadas, optou-se pela utilização de resinas compostas pela técnica direta.

A reconstituição adesiva direta tem alta aceitação pelos pacientes¹¹. A técnica apresenta desafios por ser sensível e exigir do profissional habilidade para recompor a forma, além de conhecimento anatômico sobre a diferença entre os gêneros, o tamanho (largura/comprimento) e o alinhamento dos dentes¹¹. Outro desafio é

manter a integridade periodontal^{11,15} ao determinar contatos proximais e contornos adequados^{11,12}.

O desempenho clínico da resina composta é influenciado por diversos fatores intrínsecos do material como formulação da matriz, o tipo e a quantidade de partículas de carga e o grau de conversão^{17,18}. Ao se optar pela resina como material restaurador devem ser respeitados: a oclusão; o preparo da cavidade; a utilização de sistemas adesivos com as corretas formas de aplicação¹⁹; a contração de polimerização, respeitando a espessura dos incrementos de resina e o número de paredes em contato com o incremento durante a fotoativação^{18,19}, pois o fator C está diretamente relacionado com a união da restauração à estrutura dentária¹⁹.

No mercado odontológico, é grande a disponibilidade de tipos de resina composta¹⁰. As micro-híbridas têm satisfatória propriedade mecânica, boa durabilidade e estética, porém o tamanho de suas partículas inorgânicas afeta sua lisura superficial, principalmente ao longo do tempo¹⁰. A mais recente inovação entre as resinas foi o desenvolvimento das nanoparticuladas, que contêm partículas em escala nanométrica²⁰, unindo as boas propriedades mecânicas das híbridas^{20,21}, o polimento superior das microparticuladas^{20,21}, diminuição do desgaste²² e a redução da contração de polimerização²³. A sua longevidade e aparência estética também depende da qualidade das técnicas de acabamento e polimento empregadas²⁴. No presente caso foi utilizada a resina nanoparticulada Filtek™ Z350 XT, que confere as vantagens já citadas anteriormente.

Deve-se dar atenção especial à região cervical, não deixando excessos que permitam o acúmulo de placa¹¹. A conformação deve ser arredondada, possibilitando que o fio dental deslize sem dificuldades¹¹.

Na área interproximal, a ausência de contato, ou mesmo o contato deficiente, cria condição propícia a uma área de impacção alimentar. A persistência de resíduos na área propicia condição favorável ao desenvolvimento de bactérias, facilitando a inflamação. Neste caso, optamos pela cunha interproximal para a remoção da papila interdental hipertrofiada através da retração cirúrgica.³⁰

A longevidade das restaurações depende de muitos fatores como a habilidade do profissional, os materiais e as técnicas empregadas²⁵. O sucesso da restauração também depende do empenho do profissional em estimular o paciente a cuidar da própria saúde bucal com medidas de higiene adequadas, visto que uma boa saúde

bucal aumenta a longevidade da restauração²⁵. Fumantes ou que fazem uso frequente de alimentos corantes podem apresentar manchamento nas resinas⁴. No presente caso, a paciente foi orientada no que concerne aos hábitos alimentares e de higienização desde o início do tratamento.

4. CONCLUSÃO

A remodelação cosmética, utilizando-se resina composta pela técnica direta, é uma alternativa econômica, rápida e eficiente para em casos de agenesia dentária. A cirurgia periodontal estética é um tratamento complementar que auxilia para o sucesso estético. O tratamento do presente caso clínico, resultou na transformação do sorriso, de maneira simples e eficaz, influenciando positivamente na saúde emocional e auto-estima do paciente.

Figura 4: A, B, C e D: Aspecto final, restaurações concluídas.



REFERÊNCIAS

1. ADRIANI, O., Considerações artísticas e psicológicas na paixão pela arte da restauração com resinas compostas (Periódico online) 2002, disponível em www.abosc.com.br.
2. BARATIERI, L.N.; MONTEIRO JUNIOR, S; ANDRADA, M.A.C et AL. Estética: Restaurações adesivas diretas em dentes anteriores fraturados. São Paulo: Ed. Santos, pp. 33-53, 1995.
3. HEYMANN, H.O. The artistry of conservative esthetic dentistry. F. AM. Dent. Assoc., pp. 14E-23E, 1987.
4. CASTELLO, R.R.; SAMPAIO, C.A.F.; FREITAS, V.C.N.; CUNHA, W.F. Tratamento ortodôntico-restaurador combinado: um recurso nas alterações de forma dentária (relato de caso). Rev Bras Odontol. 2002;59(6):386-9.
5. NEVILLE, B.W – Patologia Oral e Maxilofacial. 1 ed., Guanabara Koogan, 1998).
6. ANDRADE, D.C.; LOUREIRO, C.A.; ARAÚJO, V.E.; RIERA, R. – Treatment for agenesis of maxillary lateral incisors: a systematic review, 2013.
7. BEDRAN, A.C.B.C. de; SHINOHARA, M.S.; PIMENTA, L.A.F. Uso das resinas híbridas e microparticuladas em dentes anteriores. J Bras Clin. Odontol Integr, Curitiba, 2002.
8. MONDELLI, J. Estética e cosmética em clinica integrada restauradora, São Paulo, 2003.
9. ARANHA, A.C.C.; MARCHI, G.M. Restaurações adesivas diretas com resina composta para fechamento de diastemas e reconstrução de laterais conóides. Rev Iberoam Odontol Estet Dent. 2003;2(8):303-12.
10. De ARAÚJO, E.M. Jr.; BARATIERI, L.N.; MONTEIRO, S. Jr.; VIEIRA, L.C.C.; de ANDRADA, M.A. Direct adhesive restoration of anterior teeth: Part 2. Clinical protocol. Pract Proced Aesthet Dent. 2003;15(5):351-7.
11. BOSELLI, G.; PASCOTTO, R.C. Incisivos laterais conóides: diagnóstico, planejamento e tratamento restaurador direto. Rev Dent Press Estética. 2007; 4(2):111-7.
12. LACY, A.M. Application of composite resin for single-appointment anterior and posterior diastema closure. Pract Periodont Aesthet Dent. 1998; 10(3):279-86.
13. MAURO, S.J.; BROGINI, E.C.; SUNDFELD, R.H. Plástica dental: um recurso estético para promoção de saúde. J Bras Dent Estet. 2003; 2(5):15-27.
14. OLIVEIRA, O.M.S.; PALLOS, D.; GIL, F.; CORTELLI, J.R. Prevalência de hipodontia e alterações da anatomia dentária relacionadas. Rev Biociênc. 2001; 7(2):31-7.
15. PARADOWSKA, A.; SZELAG, J.; KAWALA, B. Hipodontia in permanent dentition in patients with unilateral cleft lip and palate. Dent Med Probl. 2009; 46 (3):342-5.

16. WU, C.C.L.; WONG, R.W.K.; HAGG, U. A review of hypodontia: the possible etiologies and orthodontic, surgical and restorative treatment options-conventional and futuristic. *Hong Kong Dent J.* 2007; 4(2):113-21.
17. LIM, B. S. et al. Effect of filler fraction and filler surface treatment on wear of microfilled composites *Dent. Mater.*, v. 18, n. 1, p. 1-11, Jan. 2002.
18. FERRACANE, J. L. Resin composite _ state of the art. *Dent. Mater.*, v. 27, n. 1, p. 29-38, Jan. 2011.
19. DELIPERI, S. Functional and aesthetic guidelines for stress-reduced direct posterior composite restorations. *Oper. Dent.*, v. 37, n. 4, p. 425-431, Jul-Aug. 2012.
20. MITRA, S. B.; WU, D.; HOLMES, B. N. An application of nanotechnology in advanced dental materials. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 134, n. 10, p. 1382-1390, Oct. 2003.
21. CETIN, A. R.; UNLU, N.; COBANOGLU, N. A five-year clinical evaluation of direct nanofilled and indirect composite resin restorations in posterior teeth. *Oper. Dent.*, v. 38, n. 2, p. 1-11, Mar-Apr. 2013.
22. TURSSI, C. P.; FERRACANE, J. L.; SERRA, M. C. Abrasive wear of resin composites as related to finishing and polishing procedures. *Dent. Mater.*, v. 21, n. 7, p. 641-648, Jul. 2005.
23. CHEN, M. H. et al. Low shrinkage light curable nanocomposite for dental restorative material. *Dent. Mater.*, v. 22, n. 2, p. 138-145, Feb. 2006.
24. BASEREN, M. Surface roughness of nanofill and nanohybrid composite resin and ormocer-based tooth-colored restorative materials after several finishing and polishing procedures. *J. Biomater. Appl.*, v. 19, n. 2, p. 121-134, Oct. 2004.
25. BURKE, F. J. et al. Influence of patient factors on age of restorations at failure and reasons for their placement and replacement. *J. Dent.*, v. 29, n. 5, p. 317-324, Jul. 2001.
26. ROBERSON, T. M.; HEYMAN, H. O.; SWIFF, E. J. *Sturdivant's Art and Science of Operative Dentistry*, 5th ed. Chicago: Mosby, 2006. p. 5, 155, 353, 426.
27. PIMENTA, L. A. F. As restaurações e as decisões de substituí-las ou repará-las. In: BARATIERI, L. N. et al. *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Ed. Santos, 2001. p. 723-739.
28. PALOTIE, U.; VEHKALAHTI, M. M. Reasons for replacement of restorations: dentists' perceptions. *Acta Odontol. Scand.*, v. 70, n. 6, p. 485-490, Dec. 2012.
29. ANTONARAKIS, G. S.; PREVEZANOS, P.; GAVRIC, J.; CHRISTOU, P. Agenesis of maxillary lateral incisor and tooth replacement: cost-effectiveness of different treatment alternatives. *Int J Prosthodont*, 2014.
30. CARRANZA, J. R.; TAKEI, H. H. *Preparo do periodonto para dentística restauradora*, 1997.