

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA**

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR: UM
RELATO DE CASO CLÍNICO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Marina Girardi Schueigart
Rafaela Stocker Salbego**

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

por

**Marina Girardi Schueigart
Rafaela Sotcker Salbego**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação
em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito obrigatório para obtenção do grau de **Cirurgiões-
Dentistas**

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Adolfo Terra Quesada

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Odontologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR: UM RELATO DE CASO
CLÍNICO**

elaborado por
**Marina Girardi Schueigart
Rafaela Stocker Salbego**

como requisito obrigatório para obtenção do grau de
Cirurgiãs-Dentistas

COMISSÃO EXAMINADORA:

Gustavo Adolfo Terra Quesada, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Bruno Lopes Silveira, Dr. (UFSM)

Fabricio Batistin Zanatta, Dr. (UFSM)

Santa Maria, 02 de julho de 2015

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente à Deus.

Agradecemos aos nossos pais, pelo amparo e dedicação fundamentais para o sucesso do trabalho.

Ao professor Dr. Gustavo Adolfo Terra Quesada, pelo apoio e orientação fornecida para a realização desse trabalho de conclusão de curso.

Ao professor Dr. Bruno Lopes Silveira, pela paciência e coorientação para a resolução desse caso clínico.

Ao professor Dr. Fabricio Batistin Zanatta, pela coorientação e disponibilidade.

Ao professor Dr. Alexandre Dorneles Pistóia, pela cooperação e assistência.

Aos pacientes, pela paciência e colaboração durante o nosso aprendizado.

Aos amigos, por estarem conosco nessa caminhada, dividindo alegrias e tristezas.

À Universidade Federal de Santa Maria que, através do Curso de Odontologia, nos proporcionou um ensino de qualidade indispensável para o nosso futuro sucesso profissional.

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso
Curso de Odontologia
Universidade Federal de Santa Maria

REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR: UM RELATO DE CASO DE CASO CLÍNICO

Aesthetic rehabilitation anterior: a case report

AUTORAS: MARINA GIRARDI SCHUEIGART
RAFAELA STOCKER SALBEGO

ORIENTADOR: PROF. DR. GUSTAVO ADOLFO TERRA QUESADA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 02 de julho de 2015.

A motivação pela estética tem levado muitos pacientes aos consultórios odontológicos. Porém, em muitas situações, os procedimentos clínicos isolados não alcançam resultados estéticos harmoniosos e são necessárias abordagens clínicas estéticas multidisciplinares. Este relato de caso apresenta o tratamento multidisciplinar de uma paciente que possuía um implante instalado na região do dente 11 e necessitava de reabilitação estética na região anterior superior com prótese fixa sobre implante. Para a satisfação estética do caso foram realizados múltiplos procedimentos prévios à instalação da prótese fixa sobre implante, como: cirurgia de aumento de coroa clínica, clareamento dental, fechamento de diastemas com resina composta direta, prótese provisória sobre implante e prótese fixa sobre implante. O êxito para uma reabilitação estética depende de um adequado planejamento, associando métodos e técnicas, tornando possível um sorriso agradável dentro do contexto facial.

Palavras-chave: Reabilitação bucal. Diastema. Estética Dentária.

ABSTRACT

The motivation for aesthetic has led many patients to dental offices, but in many situations the isolated clinical procedures do not achieve harmonious aesthetic results and aesthetic multidisciplinary clinics approaches are needed. This case report presents the multidisciplinary treatment of a patient who had an implant installed in the region of the tooth 11 and required aesthetic rehabilitation in the upper anterior region with fixed prosthesis on implant. However, for aesthetic satisfaction of the case, multiple previous procedures to the installation of fixed prosthesis on implants were performed, such as clinical crown augmentation surgery, dental whitening, diastemas closure with direct composite resin, provisionally prosthesis on implants and fixed prosthesis on implant. Success for an aesthetic rehabilitation depends on proper planning, associating methods and techniques, it is possible to make a pleasant smile within the facial context.

Keywords: Oral Rehabilitation. Diastema. Dental Aesthetics.

LISTA DE FIGURAS

Figuras 1 e 2 – Fotografias de diagnóstico. Caso inicial	17
Figura 3 - Planejamento digital. Aumento das alturas incisais e proximais com Resina Composta direta e aumento cervical com cirurgia de aumento de coroa clínica.....	17
Figura 4 – Delineamento da incisão seguindo o contorno do guia cirúrgico	19
Figura 5 – Levantamento de retalho mucoperiosteal para medição da distância do espaço biológico	19
Figura 6 – Colocação de resina composta na face vestibular da placa de polietileno para realização de ensaio restaurador	21
Figura 7 – Mock-up em boca	21
Figura 8 – Guia de silicone posicionada em boca	22
Figura 9 – Guia sendo retirada da boca após fotopolimerização da resina	22
Figura 10 – Restauração em fase final	23
Figura 11 – Restaurações após acabamento e ajustes, sem polimento.....	23
Figura 12 – Faceta pré-fabricada sendo testada para confecção do provisório.....	24
Figura 13 – Provisório sobre implante cimentado em boca	24
Figura 14 – Prova da estrutura metálica	25
Figura 15 – Prova da cerâmica	25
Figura 16 – Cimentação da peça	26
Figura 17 - Polimento final das restaurações	26
Figura 18 – Paralelo entre caso inicial e caso finalizado, com e sem afastador labial	26

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	33
--	----

SUMÁRIO

1. Agradecimentos	3
2. Resumo	4
3. Abstract	5
4. Introdução	9
5. Revisão de Literatura	11
6. Relato de caso	16
7. Discussão	27
8. Considerações Finais	31
9. Referências	32
10. Anexo 1	34

INTRODUÇÃO

A importância da beleza e atratividade em sociedade está bem estabelecida atualmente. A estética facial, mais particularmente a estética dentária, são importantes para o bem estar psicossocial de uma pessoa. Aqueles com sorriso desarmônico são, frequentemente, associados à falta de autoconfiança e considerados em desvantagem, visto que pessoas atraentes tem maiores chances de obterem melhores empregos e são mais facilmente aceitos no convívio social. (Anderson et al., 2005)

Surgiram inúmeras técnicas com o intuito de solucionar problemas estéticos bucais causados por vários fatores como: perda dentária, sorriso gengival, desarmonia nas proporções dentárias, dentre outras. Estas técnicas conseguiram ao longo dos anos suprir falhas estéticas e devolver ao paciente um sorriso agradável que o tornara mais aceito na sociedade.

Segundo Colombini (1991), milhões de indivíduos necessitam de reconstrução total ou parcial das estruturas dentárias perdidas e sofrem das consequências das sequelas destas perdas. Muitos profissionais bem intencionados e inventivos ansiaram pela resolução destes problemas com implantes dentais osseointegrados. Branemark definiu osseointegração como uma conexão direta, estrutural e funcional entre osso e a superfície de um implante submetido a cargas. O material biocompatível utilizado no implante que fará o papel da raiz dentária é o titânio puro. Sobre o implante é confeccionada uma prótese que desempenhará a função de coroa dentária, reabilitando o paciente esteticamente e funcionalmente.

O fator gengival também é de primordial importância quando se fala em estética dentária. Segundo Carranza et al. (2007), a estética é uma das grandes motivações para cirurgias de aumento de coroa clínica, que tem como objetivo, corrigir deformidades anatômicas, de desenvolvimento ou traumáticas da gengiva e mucosa alveolar. Um fator importante quando se fala em cirurgia periodontal é a preservação do espaço biológico, que é a diferença de altura entre a crista óssea e a margem gengival e deve ser de 3mm para promover a manutenção da saúde do

periodonto. O aumento de coroa cirúrgico pode envolver apenas gengivectomia ou cirurgias com retalhos, quando o espaço biológico é invadido.

A teoria da proporção áurea pode ser um excelente guia para atingir o sucesso clínico da estética, sendo um método de simetria dinâmica que diagnostica e direciona o tratamento ao sucesso odontológico estético (Schiller, Lopes e Hirata, 2003).

Levin, em 1978, explicou que na sua forma mais simples, proporção áurea é a proporção entre uma parte maior e uma parte menor. Quando a relação entre B e A está na proporção áurea, então B é 1,618 vezes maior do que A. O autor sugeriu o uso da teoria da proporção áurea para relacionar a largura sucessiva dos dentes anteriores superiores vistos de frente. A largura do incisivo central superior deve estar na proporção áurea em relação à largura do incisivo lateral superior e o incisivo lateral superior em proporção áurea à largura do canino superior.

Segundo Mondelli (2003), apesar das diferenças de forma e tamanho entre os dentes, eles mantêm também individualmente e entre si uma certa proporção. A proporção estética dos dentes é definida como a divisão da sua largura por seu comprimento. A relação largura e comprimento da coroa tem sido descrita como ideal quando atinge aproximadamente 80% para os incisivos centrais superiores, 69% para os incisivos laterais superiores e 72% para os caninos superiores.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico multidisciplinar de reabilitação estética anterior demonstrando a importância do planejamento para obter resultados mais satisfatórios, e através deste, realizar a defesa de Trabalho de Conclusão de Curso necessário para obter o título de cirurgiãs-dentistas.

REVISÃO DE LITERATURA

Lombardi, em 1973, fez um dos primeiros relatos na literatura sobre princípios estéticos importantes na odontologia. O autor explicou a proporção áurea, afirmando que apesar de os dentes serem diferentes entre si, eles possuem uma razão constante de proporcionalidade quando são vistos de frente e que essa razão poderia ser aplicada a todos os pacientes, eliminando os atributos pessoais do talento dos profissionais e a necessidade de aprender fórmulas específicas para alcançar um resultado estético.

Levin, em 1978, disse que existe um sistema de previsão estética que foi descrito e tem sido utilizado desde a antiguidade: a proporção áurea. Ela é descrita como uma proporção que relaciona a largura sucessiva dos dentes anteriores superiores vistos de frente, onde a largura do incisivo central superior deve estar na relação de 1,618 : 1 com o incisivo lateral superior e o último seguindo a mesma proporção com o canino superior. A genuinidade do sistema é demonstrada, mostrando exemplos na natureza e como alguns artistas e designers usaram-na. O autor sugere facilitar a aplicação deste sistema na estética dental através de uma grade dental para o segmento de estética anterior.

Heymman e Hershey, em 1985, descreveram o uso de resina composta direta para aumentar e alterar o tamanho da coroa anatômica de pacientes com diastemas anteriores, proporcionando o máximo de correção estética e funcional. Os autores defenderam o uso da técnica por ser uma abordagem mais conservadora e prática para fechamento de espaços interdentais.

Peterson et al. (2000), afirmaram que o edentulismo parcial ou total eram os problemas mais difíceis de serem solucionados antigamente, mas que hoje, podem ser resolvidos com implantes dentários. Os pacientes vítimas de traumatismos que perderam dentes ou fragmentos ósseos puderam ser reabilitados com sucesso com próteses implanto-suportadas. Pacientes que perderam apenas um dente poderiam ser reabilitados com uma prótese mais semelhante ao dente natural perdido.

Robbins, em 2000, ilustrou com um caso clínico a importância da necessidade de manter 3 mm entre a crista óssea e a margem gengival para preservação do espaço biológico. Segundo o autor, continua a haver uma grande quantidade de confusão na literatura e entre os profissionais, em relação ao diagnóstico e tratamento de descontinuidades gengivais. O autor apresentou um caso clínico onde o recontorno gengival do paciente foi realizado apenas com uma simples gengivectomia, deixando menos de 3mm entre a crista óssea e o osso alveolar. Previsivelmente, a gengiva migrou e se estabilizou na distância pré-operatória. Então realizou-se nova cirurgia com retalho e osteotomia adequados onde o pós-operatório foi de sucesso, ilustrando a importância do conhecimento, por parte do profissional, da distância para o espaço biológico e em mantê-lo sempre preservado.

Pagani e Bottino, em 2003, afirmaram que o desejo de possuir uma aparência agradável não é mais entendido como um sinal de vaidade. A preocupação dada à estética, à beleza e à aparência é considerada uma arma importante e é um dos objetivos da Odontologia Restauradora.

Mondelli, em 2003, publicou um dos relatos mais completos da literatura sobre princípios estéticos do sorriso. O autor disse que a análise científica de sorrisos harmônicos e atraentes tem revelado a existência de princípios objetivos que podem ser sistematicamente aplicados a fim de avaliar e melhorar a estética dentária, dentofacial de modo previsível. Segundo o autor, os arcos dentários e seus segmentos estão sujeitos aos mesmos processos perceptivos como qualquer coisa que é visualizada ou percebida pelo olho humano. Portanto, o entendimento desses princípios visuais podem auxiliar o profissional a eliminar a confusão e o conflito de algumas regras dentárias e aplicar com confiança os princípios estéticos em todos os tipos de tratamento que envolvem esses fatores.

Cardoso, em 2005, explicou que próteses provisórias diretas sobre implantes são confeccionadas após a remoção do cicatrizador e que tem muitas funções, como: manter os tecidos moles em posição, restabelecer contatos proximais, melhorar função mastigatória, dentre outras. Citou também algumas técnicas para confecção destas próteses, dentre elas, a técnica da prótese direta cimentada com dente pré-fabricado.

Francischone, em 2005, realizou um estudo com estudantes da FOB-USP, onde utilizou e analisou diferentes fórmulas para mensuração de dentes e sorrisos. A autora diz que para que os objetivos estéticos sejam alcançados, existem alguns princípios que podem auxiliar os profissionais a tornar, quando necessário, o sorriso de seus pacientes esteticamente mais agradáveis. Dentre esses princípios destacou a relação de altura e largura dos dentes anteriores superiores individualmente e no conjunto do sorriso.

Conceição (2007) relatou a importância da teoria da proporção áurea para o planejamento estético do sorriso e acrescentou outros princípios importantes, como: a presença de um corredor bucal adequado, o alinhamento dental que contribui para a harmonia e equilíbrio do sorriso, a linha média dentária que determina a simetria do arco e o divide através de uma linha imaginária que passa entre os incisivos centrais superiores e inferiores em hemi-arco direito e esquerdo, a linha do sorriso ou curvatura incisal que deve acompanhar a curvatura ascendente do lábio inferior. O autor também destacou a importância da estética vermelha, nesse contexto a presença de um contorno gengival regular e contínuo torna um sorriso mais agradável, o zênite gengival, que é o ponto mais apical do contorno gengival de cada dente, deve possuir um deslocamento mais coronal nos incisivos laterais superiores em comparação aos incisivos centrais superiores e caninos superiores e também, as papilas interdentais posicionadas adequadamente promovem um adequado fechamento do espaço interdental auxiliando no equilíbrio do sorriso.

Misch (2008) disse que a Odontologia tradicional oferece opções limitadas de tratamento para o paciente desdentado, porém a implantodontia pode fornecer uma série de pilares adicionais que facilitam a vida do profissional e oferecem uma opção a mais para o paciente. Dentre os tipos de próteses implanto-suportadas está a prótese fixa sobre implante, que é uma restauração fixa que substitui a coroa anatômica do dente e, geralmente, se assemelham muito com a coroa de dentes naturais.

O sucesso de um tratamento restaurador em dentes anteriores depende da integração estética entre os tecidos moles e tecidos duros. O condicionamento e indução da papila interdental para evitar triângulos negros é uma alternativa de baixo custo, simples, direta e previsível. Para gerar indução do fechamento papilar é

necessário que haja uma distância de até 5 mm entre a crista óssea alveolar e o ponto de contato proximal entre os dentes (Araujo, Fortkamp e Baratieri, 2009).

Joly, Carvalho e Silva, em 2010, sustentaram a idéia de que a possibilidade de visualizar e mensurar com precisão os tecidos periodontais e peri-implantares é muito importante e que quando realizadas cirurgias de aumento de coroa clínica, para corrigir o sorriso gengival, o reconhecimento das relações entre as estruturas envolvidas no processo de planejamento, bem como da cirurgia, é necessário para definirmos a localização da margem gengival, linha mucogengival, junção cimento-esmalte e crista óssea.

Wolff et al., em 2010, afirmaram que a forma irregular dos dentes e a posição na região anterior da maxila e da mandíbula são alguns dos principais problemas estéticos para os pacientes e dizem que nos últimos anos tais condições, cada vez mais, foram tratadas de forma minimamente invasiva, ou mesmo de forma não-invasiva, por recontornos dos dentes com resina composta direta. Porém, embora a experiência clínica seja promissora, os dados baseados em evidências sobre a longevidade são limitados. Pensando nisso, os autores buscaram evidenciar, em sua pesquisa, a taxa de sobrevida da técnica avaliando 327 restaurações de resina composta em um intervalo de 6 anos. Os autores constataram que a taxa de sobrevida de restaurações de resina composta foi de quase 80%, e que mais de 90% das restaurações avaliadas foram classificadas como "cl clinicamente excelentes" ou "cl clinicamente boas" ao final do período.

Baratieri, Monteiro e Melo, em 2012, relataram que a presença de diastemas afeta a estética de maneira negativa. Nesses casos sempre que possível, deve-se indicar o tratamento ortodôntico para fechar os espaços. Porém, em algumas circunstâncias, os procedimentos ortodônticos não são capazes de promover o fechamento total dos diastemas. Por isso, a procura por tratamentos restauradores capazes de modificar a forma dos dentes, levando ao fechamento dos espaços indesejados é relativamente comum.

Krishnappa et al., em 2012, relataram em um caso clínico que a perda do dente na região anterior da maxila é geralmente o resultado de uma lesão traumática ou uma anomalia congênita e que o implante dentário é uma opção de tratamento

adequado para a substituição do dente faltante. No entanto, a colocação de implantes dentários nessa região é considerada o desafio final para muitos profissionais, pois, em alguns pacientes, o espaço desdentado pode ser insuficiente, ou a crista alveolar é muito estreita para permitir a colocação de um implante.

Frese et al., em 2013, fizeram um acompanhamento de 5 anos de 176 restaurações de resina composta direta em 58 pacientes. Concluíram que a qualidade foi considerada excelente ou aceitável para a maioria das restaurações e o estudo demonstrou uma taxa de sobrevida funcional de 100% e uma taxa de sobrevida global de 84,6% após 5 anos. Sendo assim, a aplicação de incrementos de resina composta direta para a resolução de casos clínicos é uma abordagem de tratamento minimamente invasiva indicada e fornece uma excelente alternativa de tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente de 29 anos, melanoderma, gênero feminino, procurou atendimento odontológico na Clínica Odontológica Especializada da Universidade Federal de Santa Maria. Durante a anamnese, a paciente relatou história passada de perda do elemento 11 devido a um trauma no local há cerca de 18 meses, quando procurou atendimento odontológico para reabilitação do local. Foi realizada cirurgia de colocação de um implante¹.

Após 6 meses da cirurgia realizada a paciente retornou para continuação do tratamento nas seguintes condições: boas condições gerais de saúde periodontal e dentária, com um implante já instalado na região do dente 11, prótese provisória parcial removível, mordida profunda na região anterior e pequeno desvio de linha média. No exame clínico também constatou-se presença de diastemas generalizados, presença de cálculo em pequena quantidade na região de 33 a 43, coroas dentárias curtas, giroversão leve do elemento 14 e o espaço para a colocação da prótese no elemento 11 não estava de acordo com os princípios estéticos, pois havia espaço excessivo na região (Figuras 1 e 2). O plano de tratamento proposto foi cirurgia de aumento de coroa clínica dos dentes 14, 13, 12, 21, 22, 23 e 24, com o objetivo de tornar as coroas clínicas dos dentes mais longas, para melhorar a proporção largura e altura entre os dentes, clareamento dental, mock-up, restaurações para fechamento de diastemas com resina composta direta, baseando-se nos princípios de proporção áurea e por último confecção e instalação da prótese sobre implante do elemento 11.

Realizou-se também um planejamento digital sobre os dentes naturais da paciente e, assim, obteve-se uma previsão de como ficaria o sorriso da paciente após a execução do plano de tratamento proposto (Figura 3).

¹Neodent ®, ALVIM Cone Morse (3.5 x 11.5 mm).

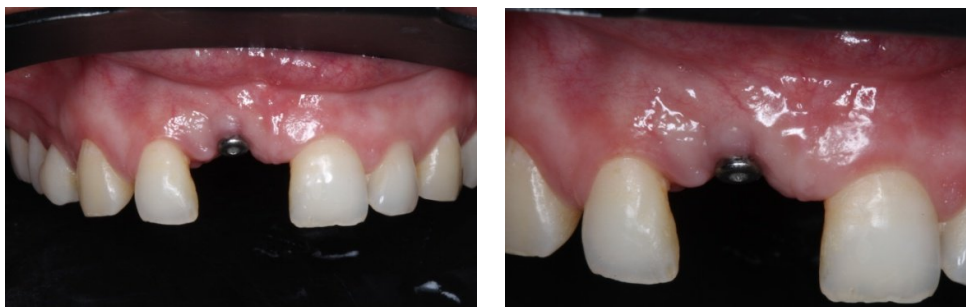


Figura 1 e 2 - Fotografias de diagnóstico. Caso inicial.



Figura 3 – Planejamento digital. Aumento das alturas incisais e proximais com Resina Composta direta e aumento cervical com cirurgia de aumento de coroa clínica.

Após o plano de tratamento ter sido proposto, aceito pela paciente e o termo de autorização para tratamento no Centro Odontológico Especializado da UFSM ter sido assinado², a primeira conduta realizada foi uma moldagem de estudo das arcadas superior e inferior com alginato³. Após a desinfecção do molde com hipoclorito de sódio à 1% por 10 minutos, foi realizado o vazamento dos modelos com gesso pedra tipo III⁴ na proporção de 100 gr para 30 ml de água. Efetuou-se então o registro de mordida em cera⁵ e o material foi enviado ao laboratório de prótese⁶ para enceramento dos dentes 13 a 23 com o objetivo de confecção de guia cirúrgico.

² Anexo 1.

³ Cavex Color Change, FAST SET (dustfree) - Cavex.

⁴ HERODENT soli-rock - gesso pedra amarelo tipo III - Vigodent.

⁵ Cera 7 New Wax - Technew.

⁶ Laboratório Vitasul (Santa Maria, RS).

No enceramento foi transposto o planejamento do aumento de coroa clínica de cada dente individualmente, simulando o aumento na altura cervical que seria conseguida após a cirurgia, de acordo com o planejamento prévio. Esse, que foi conseguido realizando-se uma sondagem em cada dente para verificação da distância entre a margem gengival existente e a junção cimento-esmalte onde as margens deveriam se estabilizar depois da cirurgia. O planejamento prévio foi:

Dente 13: 1 mm

Dente 12: 0,5 mm

Dente 21: 1 mm

Dente 22: 2 mm

Dente 23: 2 mm

Após 7 dias foi realizada a duplicação do modelo encerado e confeccionado um guia cirúrgico para a cirurgia de aumento de coroa clínica. Para confecção deste, foi utilizada uma placa de polietileno⁷ na espessura de 1mm semelhante a uma placa de clareamento dental.

No momento cirúrgico realizou-se a prova do guia cirúrgico em boca e constatada, então, a necessidade de inclusão dos dentes 14 e 24 no planejamento e cirurgia, sendo de 1 mm a necessidade de aumento de coroa clínica de ambos os dentes. Foi realizado o delineamento da incisão inicial seguindo o contorno do guia cirúrgico (Figura 4) e após, a incisão em bisel interno seguindo o delineamento. Em seguida, feita a incisão intrassulcular, a remoção do colarinho gengival e a elevação de retalhos para mensuração da distância do osso alveolar até a junção cimento-esmalte, onde deveriam se estabilizar as margens gengivais (Figura 5). A crista óssea dos dentes 13 e 22 denotaram uma distância insuficiente para formação do espaço biológico, demonstrando necessidade de osteotomia e osteoplastia que foram realizadas com cinzéis de Fédí⁸ e Rhodes⁹. A sutura foi realizada com fio de

⁷ E-Mold - Indusbello.

⁸ Números 1 e 2 - Millennium.

⁹ Millenium.

seda 4-0¹⁰ e prescrita, como medicação pós-operatória, analgésico¹¹ em caso de dor e controle químico de placa bacteriana com clorhexidina a 0,12%¹².



Figura 4 - Delineamento da incisão seguindo o contorno do guia cirúrgico. Figura 5 - Levantamento de retalho mucoperiosteal para medição da distância do espaço biológico.

Com 10 dias de pós-operatório foram retirados os pontos e feita a avaliação da cicatrização gengival, constatando-se que a gengiva estava saudável e a cicatrização estava em boas condições.

Após os 4 meses necessários para a cicatrização e estabilização do tecido gengival, a paciente retornou para continuação do tratamento, quando foi realizada raspagem supragengival inferior dos elementos 33 a 43 e polimento com pedra pomes.

Sete dias depois, iniciou-se o clareamento dental de consultório, realizado em duas sessões com peróxido de hidrogênio 35%¹³. Utilizou-se uma barreira de proteção gengival¹⁴ sobre a gengiva e papilas gengivais, obtendo um bom campo de proteção para o procedimento e esta barreira foi fotopolimerizada por 20 segundos. O gel clareador foi proporcionado de acordo com o fabricante e depositado sobre os dentes. Foram intercaladas trocas do material (lavagem e reposição) totalizando 3 aplicações de 15 minutos cada. Uma semana depois, realizou-se a segunda sessão

¹⁰ Ethicon.

¹¹ Paracetamol 750 mg, 1 comprimido de 6/6 horas.

¹² Periogard - Colgate.

¹³ Whiteness HP Maxx, FGM.

¹⁴ Top Dam Violet - FGM.

de clareamento e após isso, uma moldagem de estudo com alginato¹⁵ das arcadas superior e inferior, bem como o registro de mordida em cera¹⁶, para confeccionar novo enceramento do dentes 14 a 24.

Após a obtenção do modelo encerado deu-se início ao ensaio restaurador (mock-up), que serviu para se obter o parecer da paciente quanto ao planejamento, avaliando em boca um resultado aproximado do resultado final, conforme o planejamento das restaurações. Foi realizada a duplicação do modelo encerado e confeccionada uma muralha com uma placa de polietileno¹⁷, semelhante a uma placa de clareamento dental, na espessura de 1 mm, onde, então, foram depositados vários incrementos de resina composta¹⁸ na região correspondente à região vestibular, nos dentes 14 a 24, recobrimdo-a por inteiro até os limites proximais da face vestibular (Figura 6). A placa, então recoberta por resina composta, foi posicionada em boca, pressionada sobre os dentes e fotopolimerizada por 20 segundos sobre a face vestibular de cada dente. Removeu-se então a placa da boca e os incrementos de resina composta permaneceram sobre os dentes (Figura 7). Fez-se a remoção dos excessos de material com sonda exploradora e brocas¹⁹ e, após, visualização do ensaio restaurador e a aprovação do planejamento pela paciente. O mock-up foi facilmente removido dos dentes da paciente com uma sonda exploradora, visto que foi dispensada técnica adesiva.

¹⁵ Cavex color change, FAST SET (dustfree) - Cavex.

¹⁶ Cera 7 New Wax - Technew.

¹⁷ E-Mold - Indusbello.

¹⁸ Llis - FGM. Cor A2 (corpo).

¹⁹ Brocas KG do tipo F e FF para acabamento.

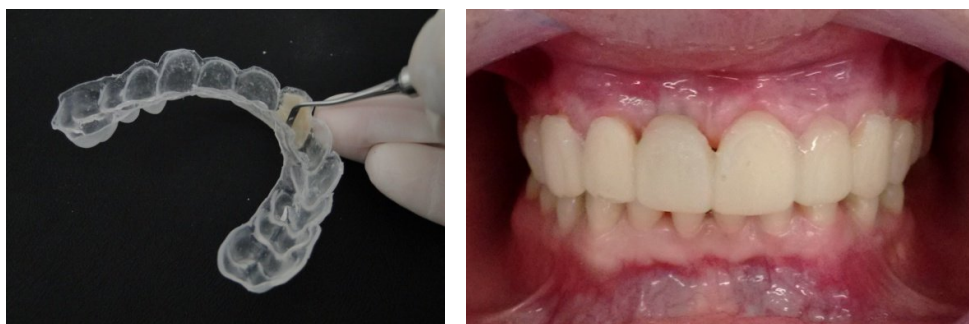


Figura 6 - Colocação de resina composta na face vestibular da placa de polietileno para realização de ensaio restaurador. Figura 7 - Mock-up em boca.

Após 7 dias, usando o mesmo modelo encerado, confeccionou-se uma guia de silicone²⁰ para auxiliar nas restaurações. O material foi manipulado segundo orientações do fabricante e pressionado sobre o modelo de gesso encerado na região palatal dos elementos 14 a 24 e mantido na posição até o tempo de presa final ser atingido, então a barreira de silicone foi retirada do modelo de gesso e recortada na região das bordas incisais com auxílio de um bisturi²¹ e lâmina²², obtendo-se assim uma matriz que permitiu a transferência da forma obtida no enceramento para os dentes.

A partir daí iniciou-se a etapa restauradora com fechamento de diastemas e aumento de altura incisal dos elementos 14 e 24. Após 7 dias foram realizadas as restaurações dos elementos 13 e 23 e na última sessão restauradora os elementos 12, 21 e 22. As restaurações foram feitas sob isolamento relativo modificado, foi realizado condicionamento com ácido fosfórico²³ 37% por 30 segundos, utilizando uma matriz de poliéster como barreira de proteção para os dentes vizinhos, lavagem com água por 30 segundos, secagem intensa com jato de ar, aplicação com microbrush²⁴ da primeira camada de adesivo universal²⁵, jato de ar a distância por 20 segundos para evaporação do solvente, aplicação da segunda camada de adesivo, novo jato de ar por 20 segundos e fotopolimerização do adesivo por 20

²⁰ Express XT - 3M espe (pasta densa).

²¹ Tipo Bard Parker - Golgran.

²² Número 12 – Swann - Morton®.

²³ Ataque Gel - Biodinâmica.

²⁴ Tamanho regular – KG.

²⁵ Single Bond, 3M espe.

segundos, conforme recomendações do fabricante. Em seguida foram depositados incrementos de resina composta²⁶ na região correspondente à região incisal da face lingual dos dentes na guia de silicone, executados um de cada vez, conforme o planejamento das sessões. Esses incrementos iniciais foram depositados em uma camada bem fina com uma resina de componentes ópticos similares aos do esmalte dental. A resina devidamente adaptada à guia foi posicionada em boca, mantida em posição por pressão manual conferindo contato entre dente e resina composta (Figura 8), fotopolimerizada por 20 segundos e então a guia foi removida e a resina foi fotopolimerizada por mais 20 segundos (Figura 9). Assim, com a ajuda da guia de silicone, construiu-se uma primeira camada de resina composta de componentes ópticos similares aos do esmalte na face lingual dos dentes, que serviu como guia para o depósito dos demais incrementos de resina composta sobre esse. Sobre esse primeiro incremento fotopolimerizado foram adicionados vários incrementos do material com características de dentina²⁷ e, após, uma outra camada de resina com propriedades ópticas que se assemelham às do esmalte²⁸ de forma a completar o volume da coroa (Figura 10), até que se obtivesse, de incremento em incremento, um novo formato mais adequado para os dentes. O acabamento e ajustes oclusais foram feitos com lâmina de bisturi²⁹, tiras de lixa abrasivas³⁰, brocas³¹ e discos de lixa³². (Figura 11).

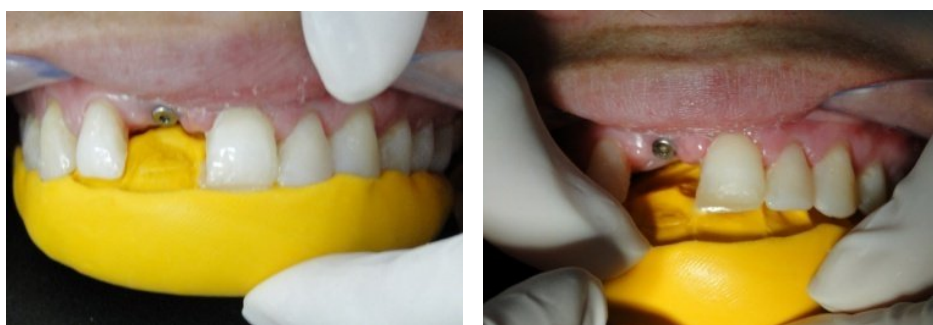


Figura 8 - Guia de silicone posicionada em boca. Figura 9 - Guia sendo retirada da boca após fotopolimerização da resina.

²⁶Llis A2 (esmalte) (FGM) e z350 xt (3M).

²⁷Llis A2 e A3 (dentina) (FGM).

²⁸Llis A2 (esmalte) (FGM) e z350 xt (3M)

²⁹Número 12 - Swann-Morton®.

³⁰De Poliéster para Acabamento Proximal - TDV.

³¹KG do tipo F e FF para acabamento.

³²Praxis - TDV.



Figura 10 - Restauração em fase final. Figura 11 - Restaurações após acabamento e ajustes oclusais, sem polimento.

Após 7 dias, retirou-se o cicatrizador, posicionou-se sobre o implante um munhão³³ e dado o torque deste, segundo as orientações do fabricante³⁴. Após ser utilizada uma proteção³⁵ para evitar contato direto do cimento com o parafuso do munhão, posicionou-se o cilindro para provisório no munhão e substituiu-se a prótese provisória parcial removível por uma nova prótese provisória direta cimentada provisoriamente com cimento de hidróxido de cálcio³⁶ sobre implante, com o objetivo de melhorar o condicionamento gengival da paciente. Este provisório foi confeccionado a partir da técnica da faceta com resina acrílica autopolimerizável dencrilay³⁷ de cor 66. Selecionou-se um dente de estoque³⁸, desgastado e adaptado ao cilindro (Figura 12), após, o pó de resina acrílica foi saturado com o monômero, colocado na superfície palatal da faceta e levado em boca. Depois, foram removidos os excessos com fresa de tungstênio³⁹, feito o polimento da peça com pedras montadas⁴⁰ e o provisório foi cimentado (Figura 13).

³³Munhão angulado 17 ° com dimensões 3.3 x 3.4 x 2.5 mm

³⁴ Torque 15 N.cm

³⁵ Fita veda rosca - Tigre.

³⁶Hydcal - Technew.

³⁷Dencrilay 66 - Dencril.

³⁸ Dente Trilux Anterior - VIPI.

³⁹Microdont.

⁴⁰ Kit de Polimento de Acrílico - Microdont.



Figura 12 - Faceta pré-fabricada sendo testada para confecção do provisório. Figura 13 - Provisório sobre implante cimentado em boca.

Na próxima sessão, após 10 dias, retirou-se a prótese provisória sobre o implante, posicionou-se o transferente do munhão e assim foi realizada a moldagem de trabalho superior com silicona de adição⁴¹ utilizando a técnica de dupla mistura. Também foi realizada a moldagem de trabalho inferior utilizando alginato⁴² e realizado o registro de mordida em cera⁴³. Encaminhou-se ao laboratório⁴⁴ o modelo inferior vazado em gesso pedra tipo III⁴⁵, o molde superior, o registro de mordida, juntamente com o cilindro calcinável e o análogo do munhão.

Após 7 dias, foi feita a prova da estrutura metálica⁴⁶ (Figura 14) e constatada a necessidade de desgaste de 1mm na região cérvico-lingual, devido à contato prematuro pela mordida profunda da paciente.

Após uma semana, realizou-se a prova da cerâmica⁴⁷ (Figura 15), ajuste oclusal e ajuste dos pontos de contato e ouviu-se o parecer da paciente que foi positivo quanto à sua satisfação. Após, a peça foi enviada novamente ao laboratório para ajustes necessários e glazeamento.

⁴¹ Express XT - 3M espe (pasta densa).

⁴² EzactKromm - Coltene.

⁴³ Cera 7 New Wax - Technew.

⁴⁴ Laboratório Vitasul (Santa Maria, RS).

⁴⁵ HERODENT soli-rock - gesso pedra amarelo tipo III - Vigodent.

⁴⁶ Metal Wironia Light (Bego)

⁴⁷ Porcelana Duceram Kiss (Degusa)



Figura 14 - Prova da estrutura metálica. Figura 15 - Prova da cerâmica.

Após 7 dias, sob isolamento relativo da região, uso de sugador para conter a umidade, fez-se a cimentação definitiva da peça com cimento resinoso dual⁴⁸ (Figura 16). Na peça, já jateada pelo laboratório com óxido de alumínio, fez-se uma limpeza imergindo-a em álcool 70° e após, aplicação de uma camada de silano⁴⁹. Na superfície do munhão foi aplicada uma fina camada de adesivo⁵⁰. O cimento resinoso foi proporcionado e espatulado segundo orientações do fabricante e aplicado na região interna da peça, levada em posição e mantida com pressão digital por 5 minutos. Após, os excessos foram removidos e cada margem foi fotopolimerizada por 40 segundos. A presa final do cimento foi aguardada sem pressão excessiva no local por 15 minutos. Na mesma sessão, fez-se também algumas caracterizações das restaurações dos elementos 14 a 24 com brocas carbide⁵¹ com o objetivo de dar um efeito mais natural aos dentes restaurados e mantê-los o mais parecidos possível também com a prótese do elemento 11. Por fim, foi feito o polimento das restaurações com discos de lixa⁵² e discos de feltro⁵³ e pasta diamantada para polimento de resina composta⁵⁴ (Figura 17), finalizando o caso clínico (Figura 18).

⁴⁸Relyx ARC - 3M espe.

⁴⁹Silano - Angelus®.

⁵⁰Adesivo + primer. Single Bond, 3M espe.

⁵¹Broca KG carbide 30 lâminas FG9714FF

⁵²Praxis - TDV.

⁵³Diamond Flex - FGM.

⁵⁴Pasta diamantada para polimento de resina composta - Diamond excel (FGM).



Figura 16 - Cimentação da peça. Figura 17 - Polimento final das restaurações.

ANTES



DEPOIS



Figura 18 - Paralelo entre caso inicial e caso finalizado, com e sem afastador labial.

DISCUSSÃO

A motivação pela estética leva muitos pacientes aos consultórios odontológicos, onde, através de métodos e técnicas apuradas os profissionais conseguem tornar um sorriso agradável dentro do contexto facial.

Dentro da resolução do caso clínico foi utilizada uma técnica sugerida por Lombardi em 1973: A proporção áurea dentro da odontologia. Esta proporção visa criar o semelhante do semelhante. É uma constante entre a razão estabelecida pelas larguras do incisivo central superior e lateral superior e deve ser de 1,618 : 1, procurando estender esta razão entre incisivo lateral superior e canino superior. Assim, cada tamanho de dente será diferente, mas manterão uma relação constante entre si, organizando os elementos de acordo com um princípio. Levin, em 1978, reforçou a teoria da proporção áurea não só na odontologia, como sugeriu sua existência como uma proporção perfeita na natureza, matemática, astronomia e filosofia. O último autor disse que na sua forma mais simples a proporção áurea é a proporção entre uma parte maior e uma parte menor. Francischone, em 2005, também estabelece a mesma relação para o sorriso, considerando que, de uma vista frontal, o incisivo lateral superior deve ter, aproximadamente 62% do tamanho do incisivo central superior e o canino superior 62% do incisivo lateral superior vistos de frente, para que eles estejam em proporção ideal no conjunto do sorriso. Já Schiller, Lopes e Hirata, em 2003, afirmaram que a teoria da proporção áurea promove um guia prático e provado para estabelecer a proporcionalidade em dentes anteriores e se mostrou benéfica no planejamento estético do sorriso, durante a avaliação e no plano de tratamento. Porém, outros fatores devem ser levados em consideração, sendo assim, essa teoria não deve constituir um determinante absoluto da aparência estética.

Existem também outras relações de proporção que foram levadas em consideração para o planejamento do caso clínico. Uma delas foi descrita por Mondelli (2003) e diz que, apesar das diferenças de forma e tamanho entre os dentes, eles mantêm individualmente e entre si uma certa proporção que é definida como a divisão da sua largura por seu comprimento. Essa relação tem sido descrita

como ideal quando atinge 70 a 80% para os incisivos centrais superiores, 69% para os incisivos laterais superiores e 72% para os caninos superiores. Conceição (2007) sugere a utilização também de outros fatores para o planejamento estético: presença de corredor bucal, alinhamento dentário, linha média dentária, linha do sorriso acompanhando a curvatura do lábio inferior, zênite gengival adequado e presença de papila interdental. O último autor afirmou que a utilização de um protocolo clínico de princípios estéticos deve ser considerado antes, durante e após procedimentos restauradores, trazendo resultados mais previsíveis e efetivamente integrados entre si. Ainda, Araujo, Fortkamp e Baratieri, em 2009, afirmaram que o condicionamento e indução da papila interdental também é essencial para evitar triângulos negros. Para gerar indução do fechamento papilar é necessário que haja uma distância de até 5 mm entre a crista óssea alveolar e o ponto de contato proximal entre os dentes. A técnica possui várias vantagens, como: ser uma alternativa de baixo custo, simples, direta, eficiente e previsível.

Pensando em seguir os princípios de proporcionalidade dentária, o planejamento do caso demandou a necessidade de aumento do tamanho das coroas dentárias. Para isso, na região cervical, foi necessário realizar uma cirurgia de aumento de coroa clínica. Segundo Carranza et al. (2007), a estética é uma das grandes motivações para cirurgias de aumento de coroa clínica. Um fator muito importante quando se fala em cirurgia periodontal é a preservação do espaço biológico. Esse espaço se divide em 0,67mm de sulco gengival, 0,97mm de epitélio juncional e 1,07mm de inserção conjuntiva, somatizando uma média de 3mm, e deve ser a diferença de altura entre a crista óssea e a margem gengival, para promover a manutenção da saúde do periodonto. Robbins (2000) concorda que há necessidade de preservação de 3 mm entre a crista óssea e a margem gengival para preservação do espaço biológico. O último autor diz que a saúde gengival é fator determinante e imprescindível para realização de procedimentos cirúrgico-periodontais visando a estética. No entanto, o elemento chave que determina a posição e o contorno de margem gengival é a posição e contorno do osso alveolar subjacente. Na grande maioria dos pacientes, a distância a partir da crista alveolar para a margem gengival, é de aproximadamente 3mm. Essa distância para preservar o espaço biológico é o que a natureza exige, na maioria da população, para saúde gengival e estabilidade.

Para a resolução do caso clínico a interação entre periodontia e a odontologia restauradora foi essencial. Após a cirurgia periodontal ter sido concluída e com a margem gengival cicatrizada e estável foi possível fazer uma avaliação mais precisa das possibilidades restauradoras. Na região incisal e proximais foram feitas restaurações com resina composta direta para fechamento de diastemas, de forma que dentes e prótese pudessem manter uma relação de proporção adequada. Para o ensaio restaurador, foi usada uma técnica adaptada de Joly, Carvalho e Silva (2010). Na técnica descrita pelos autores, a moldagem do modelo encerado é realizada com silicona de adição e o mock-up confeccionado com resina Bis-Acryl. Na adaptação que foi realizada, foi utilizado alginato para a moldagem do modelo encerado, feita sua duplicação e uma placa de polietileno que serviu como uma muralha para colocação de resina composta. Essa adaptação se justifica pela diminuição dos custos e pela facilidade de acesso ao material.

No caso clínico, nos deparamos com diastemas que são espaços entre os dentes, eles normalmente distorcem um sorriso agradável, concentrando a atenção do observador não na composição dentária em geral, mas no diastema. Wolff et al., em 2010, afirmaram que os diastemas são um grande problema estético para os pacientes, devendo ser adaptados com correções estéticas adequadas. Os autores citaram a existência de uma variedade de técnicas disponíveis para recontornos dentários, incluindo tratamento ortodôntico, coroas, facetas laminadas e restaurações de resina composta direta. Porém, as opções de reparação indiretas geralmente requerem preparo e assim, um potencial de destruição da estrutura dental saudável. Sendo assim, os últimos autores acreditam que as técnicas diretas são mais consistentes com o conceito de tratamento restaurador minimamente invasivo e que equilibra necessidade, danos e risco. Heymann e Hershey (1985) também concordam que a técnica direta com resina composta possui muitas vantagens, tais como: a conservação da estrutura do dente, a reversibilidade do processo, menor custo, e facilidade relativa da adição ou remoção de materiais quando necessário. Baratieri, Monteiro e Melo (2012) também afirmaram que o fechamento de diastemas com resina composta, aplicadas de forma direta, é uma técnica altamente conservadora, pois não é necessário qualquer desgaste tecidual além de ofertar a possibilidade de excelente resultado estético. Mas afirmaram que o êxito restaurador depende de um planejamento adequado, para assegurar que os

dentes restaurados apresentem uma forma adequada, principalmente no que tange à relação entre a altura e a largura.

Em muitas situações os procedimentos clínicos isolados não alcançam resultados estéticos harmoniosos, assim, são necessárias abordagem clínicas estéticas multidisciplinares. Para a resolução do caso, foi necessário, além de restaurações diretas com resina composta, utilizar-se também de técnicas reabilitadoras indiretas, como a prótese fixa implanto-suportada metalo-cerâmica que foi cimentada sobre um implante previamente instalado, substituindo o elemento 11. As duas técnicas, direta e indireta, juntas, devolveram para a paciente um sorriso harmônico de acordo com os princípios estéticos já citados. Segundo Colombini (1991), a substituição de dentes e estruturas perdidas por próteses implantadas foi uma solução que significou um avanço extraordinário na área da odontologia restauradora. A criação e manutenção da osseointegração entre implante e os tecidos duros e moles do paciente, dependem do conhecimento das capacidades de cicatrização, reparação e remodelação dos tecidos, bem como das respostas destes. Sobre o implante foi confeccionada uma prótese que pode desempenhar uma função tão satisfatória quanto a coroa dentária de um dente natural, reabilitando a paciente esteticamente e funcionalmente. Misch (2008), também concorda que a prótese fixa sobre implante é uma boa opção para substituir dentes ausentes. A restauração final parece muito similar em tamanho e contorno às próteses fixas tradicionais utilizadas para restaurar ou substituir as coroas naturais dos dentes. O material restaurador de escolha é a porcelana com uma subestrutura com liga de metal nobre.

Antes da confecção da prótese fixa definitiva foi necessário substituir a prótese provisória removível que a paciente utilizava por uma prótese provisória direta cimentada sobre implante, utilizando dente pré-fabricado. Segundo Cardoso (2005), as funções da prótese provisória são proporcionar e planejar uma estética mais favorável, manter os tecidos moles em posição, servir como molde para personalizar os transferidores, restabelecer os contatos proximais, melhorar a função mastigatória e manter ou recuperar a dimensão vertical de oclusão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente caso clínico foi necessária uma abordagem multidisciplinar para a reabilitação estética anterior superior da paciente, utilizando a associação de métodos e técnicas multidisciplinares tornando possível um sorriso agradável e harmônico dentro do contexto facial. O planejamento foi de fundamental importância para se obter o êxito final do caso clínico.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, K. M.; BEHRENTS, R.G.; McKINNEY, T.; BUSCHANG, P.H.; Tooth shape preferences in an esthetic smile. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. Dallas, Texas. v.128, n.4, 458-465, 2005.

ARAUJO, E. M.; FORTKAMP, S.; BARATIERI, L. N.; Closure osdiastema and gingival recontouring using direct adhesive restorations: a case report. **J Esthet Restor Dent**. v.21, n.4, p.229-241, 2009.

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

CARDOSO, A.C.; **O Passo-a-Passo da Prótese sobre Implante: da 2º etapa cirúrgica à reabilitação final**. 1ed. São Paulo: Ed. Santos. 2005. cap.3, p.76-101.

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

COLOMBINI, N.E.P.; **Cirurgia Maxilofacial: Cirurgia do terço inferior da face**. Pancast editorial. SP, 1991. p. 783-800.

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

FRANCISCHONE, A.C.; **Prevalência das proporções áurea e estética dos dentes antero-superiores e respectivos segmentos dentários relacionadas com a largura do sorriso em indivíduos com oclusão normal**. 81p, Dissertação de Mestrado.FOB/USP. 2005.

FRESE, .C; SCHILLER, P.; STAEHLE, H.J.; WOLFF, D.; Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: A 5-year follow-up. **Journal of dentistry**. v.41, p.979-985, 2013.

HEYMANN H.O.; HERSHEY H.G.; Use of composite resin for restorative and orthodontic correction of anterior interdental spacing. **J Prosthet Dent**. Chapel Hill, N.C. v.53, n.6, p.766-771, 1985.

JOLY, J.C.; CARVALHO, P.F.M; SILVA, R.C.; **Reconstrução tecidual estética: Procedimentos plásticos e regenerativos periodontais e peri-implantares**. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2010. p.63-153.

KRISHNAPPA, L.; SHETTY, J.; REDDY, V.; SHAH, A.; PRASAD, S.; HEDGE, D.; REDDY, C.; Replacement of a congenitally missing maxillary incisor by implant supported prosthesis. **J Indian Prosthodont Soc.** 2012.

LEVIN, E.I.; Dental esthetics and the golden proportion. **J Prosthet Dent.** London, England, v. 40, n. 3, 244-252, set, 1978.

LOMBARDI, RE. The principles of visual perception and their clinical: application to denture esthetics. **J Prosthet Dent.** Seattle, Wash. v.29, n.4, 358-382, April, 1973.

MISCH, C.E.; **Implantes Dentais Contemporâneos.** 3ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier. 2008. p.92-104.

MONDELLI, J.; **Estética e Cosmética em clínica integrada restauradora.** 1ed. São Paulo: Ed. Santos, cap 2, 2003.

PAGANI, C.; BOTTINO, M.C. Proporção áurea e a Odontologia estética. **J Bras Dent Estet**, Curitiba, v.2, n.5, p.80-85, jan./mar. 2003

PETERSON, .LJ.; ELLIS, E.; RUPP, J.R.; TUCKER, M.R.; **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea.** 3ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000.

ROBBINS, J.W. Esthetic gingival recontouring - A plea for honesty. **Quintessence Int.** v.31, n.8, 553-556, 2000.

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

WOLFF D.; KRAUS T.; SCHACH C.; PRITSCH M.; MENTE J.; STAEHLE H.J.; DING P.; Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a clinical evaluation of survival and quality parameters. **Journal of dentistry.** v38, 1001-1009, 2010.

ANEXO 1

UFSM – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
COE - CENTRO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO
DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DO EXAME CLÍNICO

Assumo inteira responsabilidade pelas informações aqui prestadas bem como autorizo o(s) profissional(is) a realizar(em) todos os procedimentos necessários para o meu tratamento.

Responsável pelo Inquérito: Andréia Medianeira A. Fagundes

Andréia M. A. Fagundes
Assinatura do paciente/representante

[Assinatura]
Cirurgião-Dentista – CRO

UFSM – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
COE - CENTRO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO
AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO

Eu, Andréia M. A. Fagundes,
declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos estipulados no orçamento apresentado.

Andréia M. A. Fagundes
Assinatura do paciente/representante

[Assinatura]
Cirurgião-Dentista – CRO

UFSM – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
COE - CENTRO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO
AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E EXAMES

Paciente: Andréia M. A. Fagundes
Endereço: R. Venâncio Aires, 1660, Box 61 apto 448 Tel: (51) 8420364

Autorizo, gratuita e espontaneamente, desde que preservada minha identidade, a utilização pelo Cirurgião Dentista de minhas imagens intra-orais e extra-orais, bem como o resultado de meus exames laboratoriais, para as finalidades descritas a seguir:

1. Publicação em revistas científica.
2. Exposição em congressos científicos.
3. Utilização para fins publicitários, veiculados pela televisão.

A utilização deste material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

Andréia M. A. Fagundes
Assinatura do paciente/representante

[Assinatura]
Cirurgião-Dentista – CRO