



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

CAMILA FERREIRA DE SOUZA

**A EFICIÊNCIA DA INTERRELAÇÃO ENTRE A PERIODONTIA E A
DENTÍSTICA NA HARMONIZAÇÃO DO SORRISO – RELATO DE UM CASO
CLÍNICO**

BELÉM

2020

CAMILA FERREIRA DE SOUZA

**A EFICIÊNCIA DA INTERRELAÇÃO ENTRE A PERIODONTIA E A
DENTÍSTICA NA HARMONIZAÇÃO DO SORRISO – RELATO DE UM CASO
CLÍNICO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito para obtenção do título Bacharel em Odontologia
pela Universidade Federal do Pará – UFPA

Orientador: Adriano Maia Corrêa

Co-orientadora: Jesuína Lamartine Nogueira Araújo

BELÉM

2020

CAMILA FERREIRA DE SOUZA

**A EFICIÊNCIA DA INTERRELAÇÃO ENTRE A PERIODONTIA E A
DENTÍSTICA NA HARMONIZAÇÃO DO SORRISO – RELATO DE UM CASO
CLÍNICO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito para obtenção do título Bacharel em Odontologia
pela Universidade Federal do Pará – UFPA

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Adriano Maia Corrêa

Orientador – UFPA

Prof.^a Dr.^a Andréa Maia Corrêa Joaquim

Examinadora Interna - UFPA

Prof.^a Dr.^a Lurdete Maria Rocha Gauch

Examinadora Interna - UFPA

Dedico esse trabalho à minha irmã Clarissa, a qual sempre me apoiava nos meus mais altos sonhos.

“Só tem poder quem age, e mais poder ainda quem age certo.” (Paulo Vieira)

A EFICIÊNCIA DA INTERRELAÇÃO ENTRE A PERIODONTIA E A DENTÍSTICA NA HARMONIZAÇÃO DO SORRISO – RELATO DE UM CASO CLÍNICO.

Camila Ferreira de Souza¹, Adriano Maia Corrêa², Jesuína Lamartine Nogueira Araújo²

¹ Discente, Universidade Federal do Pará (UFPA);

² Prof^a Dr^a, Universidade Federal do Pará (UFPA).

Dentre as queixas estéticas mais relatadas nos consultórios odontológico, sorriso gengival e a presença de diastemas são duas delas. E, para realização do melhoramento estético do sorriso gengival, é possível realizar a cirurgia de Gengivectomia e Gengivoplastia. Já, para a correção dos diastemas, pode-se executar a reconstrução em resina composta. O objetivo desse trabalho é ressaltar a importância da integração da periodontia e dentística na reconstrução estética e funcional dos dentes anterossuperiores por meio de um caso clínico. No caso aqui presente, a paciente de 26 anos de idade, do sexo feminino, queixava-se do sorriso infantilizado, do formato do incisivo lateral superior do lado direito e dos espaços presentes entorno desse mesmo dente que apresentava forma alterada. Foi feita a cirurgia periodontal, seguida do clareamento e da reconstrução em resina composta. O relato de caso clínico comprovou que a reabilitação estética no caso e fechamento de diastemas, pode ser realizada satisfatoriamente com a interrelação da periodontia e da dentística utilizando resinas compostas.

Palavras-chave: Gengivectomia, Gengivoplastia, diastema, resina composta.

THE EFFECTIVITY OF INTERRELATION BETWEEN PERIODONTICS AND DENTISTRY ON SMILE HARMONIZATION – A CASE REPORT

Camila Ferreira de Souza¹, Adriano Maia Corrêa², Jesuína Lamartine Nogueira Araújo²

¹ Discente, Universidade Federal do Pará (UFPA);

² Prof(a) Dr(a), Universidade Federal do Pará (UFPA).

Among the most reported aesthetic complaints in dental offices, gingival smile and the presence of diasthemes are two of them. And, to perform the aesthetic improvement of the gingival smile, it is possible to execute gingivectomy and gingivoplasty surgery. For the correction of diastema, reconstruction can be performed in composite resin. The objective of this work is to highlight the importance of the integration of periodontics and dentistry in the aesthetic and functional reconstruction of anterosuperior teeth. In the present case, the 26-year-old female patient complained about the infantilized smile, the shape of the upper lateral incisor on the right side and the spaces surrounding the same tooth that presented altered shape. Periodontal surgery was performed, followed by bleaching and reconstruction in composite resin. The clinical case report proved that aesthetic rehabilitation in the case and closure of diastema can be performed satisfactorily with the interrelation of periodontics and dentistry using composite resins.

Keywords: Gingivectomy, gingivoplasty, diastema, composite resin.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. RELATO DE CASO CLÍNICO	10
3. DISCUSSÃO	24
4. CONCLUSÃO.....	27
5. REFERÊNCIAS.....	28

1. INTRODUÇÃO

A face harmônica e o sorriso belo são pré-requisitos para o bem estar de qualquer paciente². Para fornecer um sorriso estético e funcional, é necessário avaliar os dentes (sua forma, textura, cor e alinhamento, principalmente dos dentes anteriores), os tecidos intraorais (mucosa, gengiva), lábios e pele¹. E, um aspecto importante a ser considerado no tratamento estético do paciente é que o resultado do tratamento tem que corresponder às expectativas do paciente, aperfeiçoando a sua estética e seu sorriso².

Além disso, a aparência pode influenciar em alguns aspectos da vida do paciente, como na sua personalidade, na atração física, no trabalho e nas relações humanas. A presença do diastema nos incisivos centrais superiores é uma das principais queixas feitas pacientes durante o atendimento odontológico, uma vez que o diastema contribui de maneira negativa no bem-estar do indivíduo⁷.

Atualmente, os pacientes procuram por procedimentos conservadores e resultados cada vez mais esteticamente previsíveis, os quais são capazes de restaurar a forma e a função. Por isso, devido a sua alta capacidade estética, a restauração com resina composta pode corrigir os dentes que possuem alteração de cor, volume, posição, contorno e alinhamento. Além da estética, as resinas podem restabelecer a oclusão por meio da reconstrução de contatos e guias oclusais³.

Porém, para garantir uma maior longevidade da restauração com resina composta, é necessário respeitar as exigências deste material - como o controle da umidade, o correto condicionamento ácido no esmalte e na dentina, o tempo de fotopolimerização de acordo com o fabricante da resina e da unidade de ativação, e usar a técnica incremental a fim de diminuir o fator de contração de polimerização⁴.

A anormalidade no crescimento gengival ocasiona um comprometimento da estética do sorriso. Pode ter sua origem em fatores como na hiperatividade do músculo orbicular da boca, erupção passiva alterada e ligação direta com a alteração no complexo dento gengival. De acordo com Ashiri et al, outros fatores podem determinar a posição da altura da linha do sorriso, tais quais o volume e forma dos lábios, os músculos faciais, o dente, e o tecido gengival. Mas, a situação ideal para um sorriso estético é a exposição mínima de tecido gengival; dentes com altura, forma, volume em harmonia com o rosto do paciente, procurando sempre aliar a estética à função; e um bom equilíbrio com o lábio superior⁵.

No intuito de alcançar um resultado estético satisfatório, torna-se necessário interligar as disciplinas de periodontia e dentística, e consolidar um plano de tratamento multidisciplinar.

Este trabalho teve como objetivo descrever um relato de caso clínico de cirurgia plástica periodontal e reconstrução estética por meio de resina composta direta, visando a harmonia do sorriso.

1. RELATO DE CASO CLÍNICO:

Paciente de 26 anos de idade, do sexo feminino, procurou a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) por estar insatisfeita com a estética do seu sorriso. Queixava-se do sorriso infantilizado, do formato do incisivo lateral superior do lado direito (devido a alteração morfológica) e dos espaços presentes entorno desse mesmo dente que apresentava forma alterada.

Durante a primeira consulta, foi realizada uma avaliação clínica intra e extraoral, fotografias extraorais (Figura 1 e 2) e intraorais (Figuras 3, 4, 5 e 6), radiografia periapical (Figura 7), preenchimento de ficha clínica, leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A paciente apresentava uma relação anteroposterior normal entre a maxila e a mandíbula, posição labial normal, possuía também erupção passiva alterada, sorriso gengival, dentes escurecidos e tinha um dente conóide (incisivo lateral superior do direito). No exame radiográfico, constatou-se que não havia alteração no periodonto de sustentação, e os dentes estavam hígidos (ou seja, sem nenhum tratamento restaurador ou endodôntico).

Figura 1 - Fotografia extraoral do lábio em repouso



Fonte: Acervo pessoal

Figura 2 - Fotografia extraoral do sorriso da paciente



Fonte: Acervo pessoal

Figura 3 - Fotografia extraoral



Fonte: Acervo pessoal

Figura 4 - Fotografia intraoral



Fonte: Acervo pessoal

Figura 5 - Fotografia intraoral



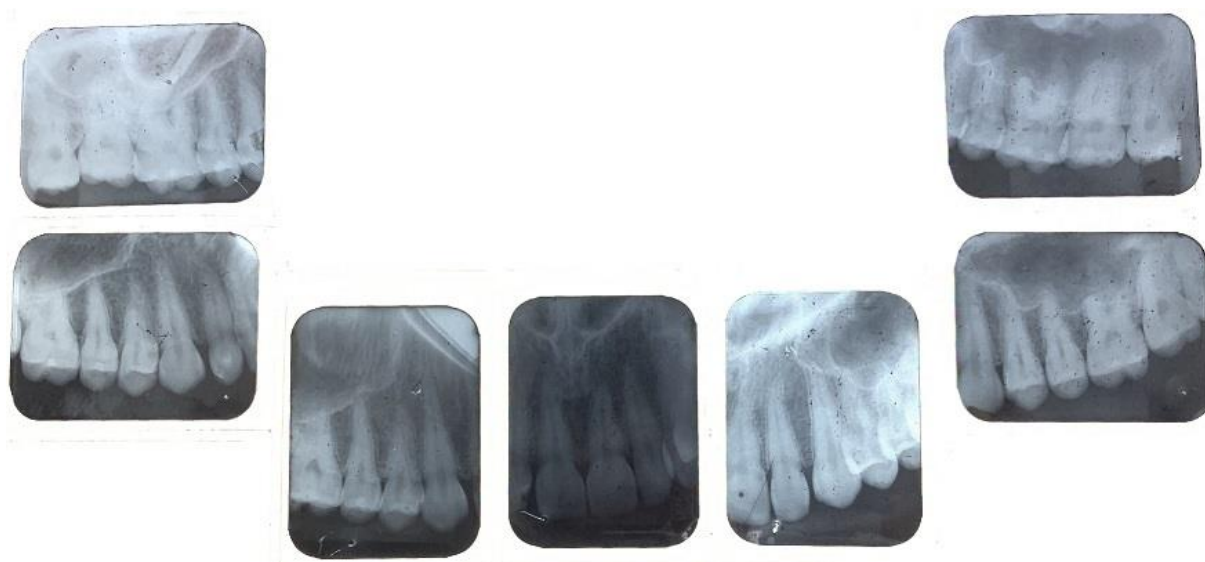
Fonte: Acervo pessoal

Figura 6 - Fotografia intraoral



Fonte: Acervo pessoal

Figura 7- Radiografias periapicais do arco superior.



Fonte: Acervo pessoal

Depois do exame clínico detalhado, radiografias e fotografias, foi possível planejar o caso, levando em consideração a condição financeira da paciente, a viabilidade de execução, ao consentimento do paciente quanto aos procedimentos e a conservação dos tecidos dentários. Logo em seguida, com todos os parâmetros analisados, optou-se em executar a cirurgia periodontal de gengivectomia, o clareamento caseiro e a técnica restauradora direta – restabelecendo desse modo a estética e a função. Todos esses procedimentos foram sustentados pelo Projeto de Educação Continuada para Integração Interdisciplinar dos Conhecimentos Aplicados a Reabilitação Oral – Portaria ICS 1538/2019 – o qual autorizou a execução dos procedimentos cirúrgicos e restauradores.

O procedimento cirúrgico periodontal foi executado na primeira fase do tratamento iniciando respectivamente com a antissepsia extrabucal e intrabucal com digluconato de clorexidina 2% (Dentiscare LTDA) e 0,12% (Periogard – COLGATE), anestesia local infiltrativa, no fundo de sulco, dos dentes 13, 12, 11, 21, 22, 23 utilizando mepivacaína 1:100000 (Nova DFL), seguida por sondagem transgengival com uma sonda milimetrada convencional (Hu-Friedy) até crista óssea, na junção cimento-esmalte (JCE), para a posterior marcação dos pontos distais, mesiais e do zênite gengival – os quais servirão de guia para a incisão em bisel interno e confecção do colarinho – sempre respeitando o arco côncavo-regular (Figura 8 e 9).

Depois da marcação de todos os pontos e zênites, foi realizada a incisão na marcação em bisel interno, 45° em relação ao tecido periodontal, com uma lâmina de bisturi 15C para confecção do colarinho (Figura 10), preservando a papila interdental. Logo depois, foi feita uma incisão intra sulcular com a lâmina 15C para soltar o colarinho. Após a incisão, o colarinho foi removido com a cureta de Goldman Fox (Quinelato) (Figura 11). Esse procedimento foi realizado primeiramente nos incisivos centrais; depois, nos laterais; e, por último, nos caninos. (Figura 12, 13 e 14). Nove dias depois, foram feitas novas fotografias para controle (Figura 15).

Figura 8 - Sondagem até a crista óssea.



Fonte: Acervo pessoal

Figura 9 - Marcação dos pontos



Fonte: Acervo pessoal

Figura 10 - Incisão em bisel interno



Fonte: Acervo pessoal

Figura 11: Remoção do colarinho



Fonte: Acervo pessoal

Figura 12 – Aspecto imediato após a remoção do colarinho



Fonte: Acervo pessoal

Figura 13 – Aspecto imediato após a remoção do colarinho



Fonte: Acervo pessoal

Figura 14 – Pós-operatório imediato



Fonte: Acervo pessoal

Figura 15 – Aspecto da cirurgia pós 9 dias



Fonte: Acervo pessoal

Na segunda etapa do processo, após a cicatrização completa da ferida cirúrgica (figura 15), foi feito o molde com alginato tipo II (Jeltrate Dustless – Dentsply Sirona) e vazado com gesso tipo III. Depois de obtido o modelo, seguiu-se para o enceramento diagnóstico baseado no cálculo da proporção áurea dos 6 elementos antero-superiores. (Figura 18, 19 e 20). Durante essa etapa, executou-se o clareamento dentário caseiro (Opalescence Go 15% - Ultradent), utilizando-se 10 moldeiras de clareamento do arco superior, e 10 moldeiras no arco inferior (Figura 16). Foram usadas duas moldeiras por dia – uma para cada arco – durante 10 dias e o tempo de permanência das moldeiras pré-carregadas em contato com o dente foi de 20 minutos. Antes do clareamento, o dente estava na escala de cor A3. Depois das sessões de clareamento, os dentes ficaram na cor A1. Duas semanas após o clareamento, foi realizada a seleção das cores das resinas a serem utilizadas, com inserção de diferentes massas de resina e fotopolimerização utilizando o fotoativador Bluephase (Ivoclar/Vivadent), com intensidade de luz 1200mW/cm, sendo escolhidas as resinas de esmalte A1E (Filtek Z350 XT – 3M ESPE), de corpo A1B (Filtek Z350 XT – 3M ESPE) e a translúcida AT (Filtek Z350 XT – 3M ESPE) para a borda incisal, conferindo um aspecto de naturalidade ao dente. (Figura 17)

Figura 16 - após o clareamento dental caseiro



Fonte: acervo pessoal

Figura 17 - resinas compostas e adesivo utilizados



Fonte: acervo pessoal

Na terceira etapa, foi feita a moldagem com silicona de condensação (Express XT – 3M ESPE) do modelo encerado, com objetivo de reproduzir o mock-up em boca. A resina bisacrílica (Primmart – FGM) foi depositada no molde e o conjunto foi levado à boca. (figura). Com o mock-up em boca, foi possível checar os contatos oclusais por meio da protusão (incisivos centrais superiores e topo com os incisivos centrais

inferiores, ocorrendo a desocclusão dos outros dentes) e lateralidade (canino superior em topo com o canino inferior, e desocclusão dos dentes posteriores).

Na terceira e última etapa, após checagem da oclusão e aprovação do mock-up pela equipe profissional e pela paciente (figuras 24, 25, 26, 27 e 28), foi confeccionada uma guia em silicone de adição (Express XT Putty Soft – 3M ESPE) (figuras 18 e 19) por meio da moldagem do enceramento diagnóstico. (figuras 20, 21 e 22).

Figura 18 - Pasta base utilizada



Fonte: Acervo pessoal

Figura 19 - Pasta catalisadora utilizada



Fonte: Acervo pessoal

Figura 20 - Enceramento diagnóstico



Fonte: Acervo pessoal

Figura 21 - Enceramento diagnóstico



Fonte: Acervo pessoal

Figura 22 - Enceramento diagnóstico



Fonte: Acervo pessoal

Figura 23 - Resina bisacrílica utilizada para confecção do mock-up



Fonte: Acervo pessoal

Figura 24 - Inserção da resina bisacrílica no molde.



Fonte: Acervo pessoal

Figura 25 - conjunto resina bisacrílica e molde em boca



Fonte: Acervo pessoal

Figura 26 - Teste de oclusão por meio da prova do mock-up



Fonte: Acervo pessoal

Figura 27 - Prova do mock-up



Fonte: Acervo pessoal

Após isso, a guia foi devidamente recortada na região das bordas incisais com auxílio de um bisturi 15C, obtendo-se uma matriz (figura 29). Depois, foi feito o isolamento absoluto dos dentes 14 ao 24 (figura 30). A partir de então, executou-se a profilaxia com pedra pomes e escova de Robinson (figura 31), para logo em seguida retirar a camada aprismática de esmalte com a ponta diamantada tronco-cônica 2135 (American Burs). Na sequência, aplicou-se o ácido fosfórico a 37% em todas as faces dos dentes 13 ao 23 (figura 32). Depois de 30 segundos, o ácido fosfórico foi retirado por meio de lavagem abundante com água. Com a superfície dentária seca, aplicou-se o sistema adesivo (Adaper Single Bond 2 – 3M) com auxílio de uma microbrush (figura 33). Imediatamente, o adesivo foi fotopolimerizado por 20 segundos (Fotopolimerizador LED Bluephase – Ivoclar/Vivadent, com $1.200\text{mW}/\text{cm}^2$). Acomodou-se, então, a resina composta na cor AT (Filtek Z350 XT – 3M ESPE) na matriz com uma espátula Suprafil. Logo depois, o conjunto foi adaptado nas faces palatinas dos dentes. A seguir, a resina composta foi fotoativada durante 20 segundos. Após a matriz ser retirada, analisou-se se continha algum excesso ou bolha na resina (figura 34). Depois de realizar a reconstrução da face palatina, aplicou-se a resina composta A1B (Filtek Z350 XT – 3M ESPE) correspondente à dentina. Após a fotoativação por 20 segundos e remoção dos excessos com uma lâmina de bisturi 15C, aplicou-se a camada de resina composta A1E (Filtek Z350 XT – 3M ESPE) correspondente ao esmalte (figura 35).

Figura 28 - Matriz com os devidos cortes



Fonte: Acervo pessoal

Figura 29 - Teste da matriz



Fonte: Acervo pessoal

Figura 30 - Profilaxia prévia



Fonte: Acervo pessoal

Figura 31 - Reconstrução da face palatina e incisal



Fonte: Acervo pessoal

Figura 32 - Inserção do adesivo nas faces



Fonte: Acervo pessoal

Figura 33 - Reconstrução da face palatina e incisal



Fonte: Acervo pessoal

Figura 34 - Aspecto imediato após a inserção das resinas



Fonte: Acervo pessoal

Imediatamente após as inserções das camadas de resina composta, foi feito o acabamento inicial com a remoção de excessos proximais com o bisturi 15C e tiras de lixa abrasivas. Em seguida, verificou-se a necessidade de ajuste oclusal, e ele foi feito na palatina dos dentes com a broca 3118 (American Burs). Uma semana após a sessão restauradora, a paciente retornou ao consultório para realizar o acabamento intermediário. Definiu-se as áreas de luz e sombra, a relação altura-largura, os pontos de contato proximais, a regulação dos planos de inclinações vestibulares com as brocas cônicas de extremidade arredondada 4138 (FG – Fava) e com os discos abrasivos (American Burs). (Figura 36) Logo depois, para ajuste da área plana, foram feitas as demarcações das arestas proximais com lápis Carandache (Figura 37). A distância entre as arestas pertencentes a cada dente é medida por meio de um compasso castroviejo (Ice) com objetivo de transferir a área de luz e sombra para o dente homólogo (Figura 38). Com as áreas demarcadas, foi feito o desgaste com a broca 4138 (FG – Fava) e com os discos abrasivos (American Burs) (Figura 36). As depressões longitudinais dos dentes anteriores foram estabelecidas por meio da broca tronco-cônica 4138 F (FG – Fava), com a sua ponta ativa. Com essa mesma broca, foram feitos os sulcos. Após isso, executou-se a suavização da textura com borrachas com baixa abrasividade (American Burs) (Figura 36). E, finalmente, o polimento da restauração foi executado com a escova de carbeto de silício (American Burs) (Figura 38). Desse modo, obteve-se o resultado (Figuras 40, 41, 42, 43, 44 e 45).

Figura 35 - Discos abrasivos



Fonte: Acervo pessoal

Figura 36 - Demarcação das arestas proximais



Fonte: Acervo pessoal

Figura 37 - Compasso de ponta seca e lápis grafite utilizados



Fonte: Acervo pessoal

Figura 38 – Discos Sof-lex espiral diamantado e escova de carbeto de silício



Fonte: Acervo pessoal

Figura 39 - Foto extraoral do resultado



Fonte: Acervo pessoal

Figura 40 - Fotografia extraoral do resultado



Fonte: Acervo pessoal

Figura 42 - Foto extraoral do lado direito



Fonte: Acervo pessoal

Figura 43 - Foto extraoral do lado esquerdo



Fonte: Acervo pessoal

Figura 44 – Foto do sorriso



Fonte: Acervo pessoal

45 - Fotografia intraoral do resultado



Fonte: Acervo pessoal

2. DISCUSSÃO

A estética do sorriso tem um alto valor na sociedade⁸ e os dentes amarelados, com excesso de gengiva e diastema dificulta a harmonização do sorriso⁹. De acordo com Timofe e Albu (2016), o fator que diminui as chances de insatisfação estética, é a boa comunicação com o paciente e o cirurgião-dentista¹⁰.

Segundo Neto *et al* (2018), para se alcançar uma estética do sorriso ideal é preciso ter mínima exposição de gengiva, coloração harmoniosa dos dentes, saúde gengival, dentes com anatomia individualizada e proporcional. Referente a esse último aspecto, o padrão-ouro para se obter a correta proporção dos incisivos centrais superiores é que ele tem que ter a largura correspondente a 80% da sua altura. No relato de caso apresentado, caso fossem feitas as restaurações em resina composta sem realizar a cirurgia periodontal de gengivectomia, haveria um trespasse vertical acentuado, acarretando problemas durante a mastigação, fonética e estética⁹.

De acordo com Al-Kaisy *et al* (2018) os incisivos laterais superiores visualmente devem ser 62% menores que os incisivos centrais superiores – baseado no cálculo da proporção áurea ou divina¹¹. Por essa proporção, foi possível alcançar a estética realizando o planejamento no enceramento diagnóstico no caso apresentado. Somado a isso, o canino também teve a sua largura aparente de 62% menor que o incisivo lateral na finalização do tratamento¹².

O sorriso gengival é considerado uma preocupação estética entre alguns pacientes. De acordo Trushkowsky, David e Steven (2016), o excesso de gengiva ao sorrir não é raro, pois atinge 10% da população entre 20 e 30 anos, e é mais frequente em mulheres. De acordo com ortodontistas, clínicos e leigos, o sorriso feminino considerado atraente é quando a linha do lábio superior se encontra na margem gengival dos incisivos superiores – o que está de acordo com Trushkowsky, David e Steven (2016)¹⁸. Já de acordo com KURIAN *et al* (2018), dentro das condições ideais, a margem gengival e a linha do lábio superior devem ser congruentes ou pode haver de 1 a 2mm de exibição do tecido gengival¹⁹. Nesse Como apresenta origem multifatorial, o dentista tem por dever determinar o correto diagnóstico da causa do excesso de gengiva para assim definir o melhor plano de tratamento. E a identificação da causa do sorriso gengival é feita por meio da análise da simetria proporção facial nas vistas frontal e lateral; do posicionamento da linha do lábio superior em descanso; da exibição do dos dentes anterossuperiores com os músculos faciais em repouso; da

quantidade de gengiva exposta durante o repouso, fala e sorriso¹⁸. relato de caso, a origem do sorriso gengival era dentogengival, e a melhor opção de tratamento foi a gengivectomia.¹⁸

De acordo com Alvarenga et al (2018), o diagnóstico de erupção passiva alterada, os indivíduos, é possível observar uma dimensão vertical da maxila normal e lábios com disposição normal, entretanto, vê-se um excesso de gengiva no sorriso, e apresenta coroas clínicas curtas. Porém, para um planejamento preciso acerca da erupção passiva alterada, a tomografia computadorizada de feixe cônico seria a melhor opção, a qual avalia de maneira precisa a altura e espessura das dimensões dos tecidos moles e duros²¹.

Segundo Pascotto e Moreira (2005), a partir da técnica de gengivectomia, pode-se retirar uma maior quantidade de tecido gengival em altura, fazendo com que haja a exposição da coroa dos dentes, proporcionando maior harmonia do sorriso devido a atenuação do sorriso gengival²².

Uma das alternativas terapêuticas encontradas na literatura para reconstrução estética do sorriso é a faceta em cerâmica. A indicação de uso é quando o esmalte vestibular se encontra comprometido por alterações de forma. A vantagem em reconstruir a estética por via indireta, é que se pode obter um maior controle dos pontos de contato interdentais durante a cimentação em boca – em comparação ao uso da resina composta¹³ e maior estabilidade com relação ao manchamento superficial ao longo do tempo. Porém de acordo com Hidalgo (2020), os conceitos tradicionais sobre reabilitação por meio de coroas em porcelana além de ser um método mais invasivo, também requer muitas etapas clínicas e tem um custo maior para o paciente. A reabilitação com resina composta traz como vantagens ter um custo reduzido, ser menos invasiva, resolução mais rápida quando comparada à cerâmica, longa durabilidade, resistência às forças mastigatórias, ao desgaste dentre outras¹⁶ sendo por estes motivos a técnica escolhida para resolução do caso em questão para fechamento dos diastemas, o que está de acordo com GOYATA *et al.*, 2020.

Neste trabalho foi realizado o clareamento dental caseiro antes da execução das restaurações em resina composta. Para tal aguardou-se 21 dias entre o final do clareamento e o início das restaurações para que houvesse tempo suficiente para haver a liberação de subprodutos oriundos do clareamento dental que poderiam comprometer a adesividade da resina composta, o que está de acordo com CAVALLI *et al.*, 2001¹⁴.

Além dos subprodutos do clareamento, outros fatores que interferem na adesividade da resina composta são a presença de saliva e sangue na superfície dentária. Por isso, torna-se necessária a utilização do isolamento absoluto durante toda a etapa de execução das restaurações. Nesse relato de caso, a remoção da camada aprismática de esmalte, seguida do condicionamento ácido, sistema adesivo e inserção das resinas compostas selecionadas foram feitos após o isolamento absoluto do campo operatório evitando-se o comprometimento da longevidade da restauração, o que está de acordo com Wang Y *et al*, 2016.

Durante o acabamento inicial, é importante retirar todo o excesso de material nos espaços interdentais para que não ocorra injúrias ao periodonto – de acordo com Baratieri *et al* (2010). Nesse caso, esse processo foi executado com uma lâmina de bisturi 15C, e com auxílio de uma tira de lixa abrasiva.

No caso clínico apresentado, o polimento final foi feito 7 dias depois do procedimento restaurador, pois – de acordo com GOYATA *et al*. (2020) – nas primeiras vinte e quatro horas a resina composta não está completamente polimerizada, e há uma certa absorção de água pelo compósito nesse período. Desse modo, segundo Baratieri *et al* (2010) após uma semana foi possível observar se a cor da resina composta estava realmente adequada.

3. CONCLUSÃO:

O relato de caso clínico comprovou que a reabilitação estética – no caso e fechamento de diastemas, quando devidamente planejados e tendo por base os preceitos que regem a homeostasia do periodonto marginal – pode ser realizada satisfatoriamente com a interrelação da periodontia e da dentística utilizando resinas compostas.

4. REFERÊNCIAS:

1. CERVINO, G. et al. Dental Restorative Digital Workflow: **Digital Smile Design from Aesthetic to Function Dentistry Journal**, Moscow, v. 7, n.30, p. 1-12, março 2019.
2. GARCIA, P. P.; COSTA, R. G.; GONZAGA, C. C. Digital smile design and mock-up technique for esthetic treatment planning with porcelain laminate veneers. **Journal of Conservative Dentistry**, Curitiba, v. 21, n. 4, p. 455-458.
3. MARTINS, J. D et al. Digital smile designing, pressing and stratifying ceramic lithium disilicate veneers to rehabilitate dental agenesis: a clinical report. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**. Campinas, v.67, p.1-8.
4. NETO, C. L. M. M. et al Recuperando o guia incisal de um paciente com bruxismo – Relato de caso. **Revista Estomatológica Herediana**, v. 4, p. 264-273, out. 2018.
5. ASHRI, N.Y. The beauty in facial esthetics: Gummy smile and options of treatment. **The Saudi Journal for Dental Research**, v. 5, n. 2, p. 71-72, julho 2014.
6. DURAN, G. et al. The use of direct composite resin to close maxillary midline diastema complementary to orthodontic treatment. **Revista clínica de periodoncia, implantologia y rehabilitación oral**. v. 12, n. 2, p. 106-108, nov. 2018.
7. ALMEIDA, R.R. et al. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. Maringa, v. 9, n. 3, p. 137-156, jun 2004.
8. LAKSHMI, S. et al. Influence of aesthetic dental and facial measurements on patient satisfaction between genders in Indian patients. **Tanta Dent J.**, India, v. 12, n. 3, p. 197-202, maio 2015.

9. MACHADO, A,W et al. Influence of spacing in the upper lateral incisor area on the perception of smile esthetics among orthodontists and laypersons. **J World Fed Orthod.**, v. 2, n. 4, p.169-174, jul. 2013.
- 10.TIMOFE, M.P.; ALBU, S. Quality management in dental care: patients' perspectives on communication. a qualitative study, **Clujul Med**, v. 89, n. 2, p. 287-292, 2016.
- 11.AL-KAISY, N.; GARIB, B.T. Analysis of the golden proportion and width/height ratios of maxillary anterior teeth in Arab and Kurdish populations. **J Prosthet Dent.**, v.119, n. 6, p. 981-986, 2018.
12. BHUVANESWARAN, M. Principles of smile design. **J Conserv Dent.**, v. 13, n. 4, p. 225-232, 2010.
- 13.DURAN, G. et al. The use of direct composite resin to close maxillary midline diastema complementary to orthodontic treatment. **Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral.** v. 12, n. 2, p. 106-108, nov. 2018.
- 14.CAVALLI V. et al. The effect of elapsed time following bleaching on enamel bond strength of resin composite. **Oper Dent.**, v. 26, n. 6, p.597-602, 2001.
15. WANG, Y. et al. Rubber dam isolation for restorative treatment in dental patients. **Cochrane Database Syst Rev** v. 9, n. 14, p. 1-30.
- 16.HIDALGO, C. L. Tratamiento Rehabilitador Estético-Oclusal con Resinas Compuestas en una Paciente con Mordida Profunda y Desgaste Severo. **Int. J. Odontostomat.** Temuco , v. 14, n. 1, p. 73-80, marzo 2020
17. GOYATA, F. *et al.* Anterior rehabilitation involving dental bleaching, frenectomy and composite resin: a case report. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.**, Campinas , v. 68, 2020.

18. TRUSHKOWSKY, R. ARIAS, D. M., DAVID, S. Digital Smile Design concept delineates the final potential result of crown lengthening and porcelain veneers to correct a gummy smile. **The International Journal of Esthetic Dentistry**. V, 11, n. 2, p. 338-354.
19. KURIAN, B. et al. Anterior aesthetic rehabilitation: A case report. **International Journal of Applied Dental Sciences**, India, v. 4, n. 1, p. 6-8, 2018.
20. BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas**, São Paulo: Livraria Santos Editora, 2010.
21. ALVARENGA et al. Interrelação periodontia/dentística na correção de sorriso gengival: relato de caso clínico. **Braz J Periodontol**. v.28, n. 2, p. 53-59, 2018.
22. PASCOTTO, R. C., MOREIRA, M. Integração da Odontologia com a Medicina Estética, **RGO**, v. 53, n. 3, p. 171-175.

ANEXO




SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTARIA Nº 538/2019-ICS

EMENTA: Renovação de Projeto de Extensão.

A Diretora Geral do Instituto de Ciências da Saúde, no uso das atribuições que lhe conferem o Estatuto e o Regimento Geral, e em cumprimento às decisões da Resolução N. 4.918, de 25 de abril de 2017 - CONSEP, que regulamenta a aprovação de carga horária dos Projetos de Ensino, de Pesquisa ou Extensão nesta Universidade, e considerando o Projeto de Extensão, constante no Protocolo Nº 1538/2019/ICS, aprovado na Segunda Reunião Extraordinária realizada pela Congregação do Instituto de Ciências da Saúde/UFGA, do mês de Setembro/2019, realizada no dia 26, resolve:

APROVAR a Renovação do Projeto de Extensão intitulado "Educação continuada para integração interdisciplinar dos conhecimentos aplicados a reabilitação oral", de responsabilidade da Faculdade de ODONTOLOGIA do Instituto de Ciências da Saúde, a ser executado no período de 01/Agosto/2019 a 01/Julho/2020, sem financiamento.

APROVAR a participação do(a) Prof(a). Lurdete Maria Rocha Gauch, para exercer a função de coordenador(a) do projeto acima citado, com alocação de 05 horas de carga horária;

APROVAR a participação do(a) Prof(a). Sandro Cordeiro Loretto, para exercer a função de colaborador(a) do projeto acima citado, sem alocação de carga horária;

APROVAR a participação do(a) Prof(a). Simone Soares Pedrosa, para exercer a função de colaborador(a) do projeto acima citado, sem alocação de carga horária;

APROVAR a participação do(a) Prof(a). Renata Antunes Esteves, para exercer a função de colaborador(a) do projeto acima citado, sem alocação de carga horária;

CONTINUAÇÃO PORTARIA 538/2019-ICS

APROVAR a participação do(a) Prof(a). Andrea Maia Correa Joaquim, para exercer a função de colaborador(a) do projeto acima citado, sem alocação de carga horária;

APROVAR a participação do(a) Prof(a). Cecy Martins Silva, para exercer a função de colaborador(a) do projeto acima citado, sem alocação de carga horária.

DÊ-SE CIÊNCIA E CUMpra-SE.
Instituto de Ciências da Saúde, Belém-PA, 09 de Outubro de 2019.



Profa. Eliete da Cunha Araújo
Diretora Geral do ICS/UFGA
Portaria N. 5023/2018-Reitoria