

Odontologia Estética Integrada: Obtendo Naturalidade com Simplicidade

Cláudio Pinho

Os diversos meios de comunicação têm divulgado e demonstrado, cada vez mais, a importância do rejuvenescimento e do bem-estar no aumento da autoestima¹ e da qualidade de vida das pessoas. Isso propiciou um acréscimo constante e significativo dos tratamentos estéticos que antes não eram solicitados tanto na Medicina quanto na Odontologia.

Na Odontologia, especificamente, a melhoria significativa dos materiais restauradores, associados a técnicas cada vez mais conservadoras, permite a obtenção de resultados extraordinariamente satisfatórios^{2,6} – tanto estéticos como funcionais – com longevidade. Muito desta durabilidade se deve à constante evolução da Odontologia adesiva como um todo.³

A adoção e a prática da Odontologia Integrada tornam-se fundamentais para que seja oferecido aos pacientes o máximo da profissão, a fim de satisfazer, na medida do possível, todos os anseios destes, tendo como objetivo final resultados de extrema naturalidade.

RELATO DE CASO CLÍNICO

O caso clínico a ser descrito refere-se a um paciente do sexo masculino, 35 anos, cuja queixa principal era o fato de ter dentes desgastados – quando falava, não mostrava os dentes. Incomodava também a presença de desarmonia gengival, mais evidente do lado direito. Após uma anamnese completa, avaliação estética e funcional, observaram-se, além dos fatores acima descritos, ausência de exposição dental com lábio em repouso e proporção inadequada dos incisivos superiores – ausência de contatos ideais quando o paciente realizava os movimentos mandibulares de protrusão e lateralidade. Foi diagnosticada uma parafunção – bruxismo – nos dentes anteriores, sendo muito desse desgaste superior na região anterior devido à vestibularização e à extrusão dos incisivos inferiores.

A primeira opção de tratamento oferecido ao paciente foi o tratamento ortodôntico completo. A correção, o alinhamento e o balanceamento da oclusão são fundamentais para o bom prognóstico das futuras restaurações. Se o esmalte natural não está suportando as forças mastigatórias, se está se desgastando, qual material restaurador irá suportar? Questionamentos como esses têm de ser feitos aos pacientes para que estes fiquem cientes do real problema que possuem. É fundamental deixar bem claro aos pacientes que não são as restaurações que irão resolver ou diminuir a parafunção presente. É necessária uma avaliação e discussão multidisciplinar para que seja tratada ou aliviada a hiperatividade muscular.

Mesmo ciente de todas as limitações, o paciente optou por não realizar o tratamento ortodôntico, preferindo melhorar o seu sorriso somente com o auxílio da periodontia e da dentística restauradora. A utilização de um protocolo de trabalho torna a compreensão e a visualização do tratamento proposto ao paciente muito mais claras, além do que favorece a previsibilidade do resultado. A seguir é detalhado, passo a passo, esse protocolo, empregado em todas as reabilitações estéticas do sorriso.^{2,6}

ETAPA LABORATORIAL E PLANEJAMENTO

Diante da necessidade de aumentar os dentes tanto para cervical quanto para incisal, procuramos definir no modelo de gesso a altura ideal. O conhecimento de todos os princípios estéticos,⁴ neste momento, torna-se fundamental para o planejamento das reabilitações estéticas do sorriso. A confecção de um enceramento-diagnóstico, a realização de um *mock-up*/ensaio intraoral, a visualização/aprovação do paciente e a transformação do ensaio intraoral em um guia de acrílico são etapas necessárias para se obterem previsibilidade e sucesso na etapa cirúrgica.⁵

É essencial que o paciente saiba antecipadamente qual será o tamanho e o comprimento final dos seus dentes anteriores, a sua curvatura do sorriso, enfim, o resultado final a ser alcançado, tanto estético quanto funcional.

ETAPA CIRÚRGICA

(Realizada pelo Dr. Wagner Duarte – Brasília, DF)

Uma cirurgia de aumento estético de coroa clínica foi estudada com o objetivo de se estabelecerem as dimensões dentais ideais, de acordo com o planejamento idealizado e testado anteriormente. Os dentes envolvidos foram os pré-molares superiores dos



lados esquerdo e direito, assim como os incisivos central e lateral superiores do lado direito. Como os dentes a serem aumentados cirurgicamente não eram contíguos, foram confeccionados três pequenos guias cirúrgicos que representavam o planejamento proposto e que eram réplicas do *mock-up* aprovado tanto pelo paciente como pela equipe de profissionais. O protocolo de confecção do guia cirúrgico está descrito passo a passo em outra publicação.⁵ A utilização de um guia cirúrgico é essencial para o estabelecimento de um contorno gengival preciso e harmônico bilateralmente. Da mesma forma, para que o periodontista possa restabelecer esse contorno de acordo com o planejado, o guia cirúrgico torna-se indispensável.

ETAPA RESTAURADORA

Após 4 meses de cicatrização, realizou-se um clareamento caseiro com peróxido de carbamida a 16% (Polanight, SDI). Como parte sequencial do protocolo de trabalho, criamos um novo enceramento-diagnóstico para alcançar a proporção correta entre os dentes e também uma curvatura ideal para as bordas incisais, que ficasse em harmonia com o lábio inferior. Um aumento significativo dessas bordas implicaria ter como resultado final uma mordida profunda, por isso a necessidade de ver os aspectos estéticos e funcionais também.

Assim como feito antes da cirurgia, realizou-se um *mock-up* para ter-se a certeza do correto posicionamento tridimensional da aresta vestibuloincisal – principal referência anatômica para o restabelecimento do sorriso do paciente.⁶

Após a aprovação do ensaio restaurador pelo paciente, confeccionou-se nova guia de silicone sobre esse enceramento, a qual seria orientadora da aplicação incremental das resinas compostas. Iniciou-se a etapa restauradora somente depois de 30 dias do clareamento dental. Vale ressaltar a importância da observação dos aspectos ópticos e morfológicos da dentição natural e a correlação dessas características dentais com os materiais restauradores disponíveis durante o procedimento restaurador. Diferentemente do dente natural, necessitamos, em nossas restaurações, de um maior volume das massas de dentina artificial do que das de esmalte artificial. A compreensão da histologia dental associada ao conhecimento dos materiais restauradores que serão utilizados favorece bastante a obtenção de resultados muito próximos da dentição natural, em todos os seus aspectos – estéticos e da micro e macro-morfologia.

CONCLUSÃO

Não necessariamente se torna mandatório em todos os casos anteriores a utilização de diversas cores e massas de resinas compostas. Se pensarmos em dente natural – histologia dental –, devemos, ao menos, usar uma dentina artificial (resina que se assemelha à dentina natural com relação à opacidade, saturação, etc.) e um esmalte artificial (resina que é similar ao esmalte natural com relação à translucidez, polimento, etc.). Essa foi a proposta neste caso clínico: duas massas de resina. Resinas de efeito, que reproduzem com mais facilidade detalhes como opalescência, são também muito utilizadas, mas quando há espaço reduzido para o emprego delas podemos lançar mão dos corantes, que simulam essas características ópticas. A associação dos corantes a uma dentina e a um esmalte artificial foi suficiente para obtermos aspectos estéticos com bastante naturalidade, não necessitando de cores ou massas adicionais no caso clínico descrito.

O resultado final foi um sorriso em que dentes, gengivas e lábios se encontram equilibrados com a face. Desde o início foi planejado e visualizado (*mock-up*) esse resultado estético e funcional. Somente a integração das especialidades e a fidelidade a todo esse planejamento (protocolo de trabalho) possibilitaram a harmonia no sorriso final. Esse equilíbrio é fator determinante na melhora do aspecto facial e, como consequência, na satisfação, conforto e mudança positiva da autoestima do paciente.⁶

REFERÊNCIAS

- Freitas, RZ; Costa, CP; Pinho, S. Estética Facial eBOOK CIOSP 2007
ISBN: 978-85-60801-00-8 Available from: <http://www.ciosp.com.br/anais/ebook.htm>
- Costa, CP; Gratone, JM; Ferreira, PM; Ribeiro, TC. Odontologia Estética Integrada - a busca do equilíbrio. R Dental Press Estét, Maringá, v. 2, n. 4, p. 58-74, out./nov./dez. 2005.
- Breschi, Lorenzo; Mazzonib, Annalisa; Ruggerib, Alessandra; Cadenaroa, Milena; Di Lenardaa, Roberto; Dorigoa, Elettra De Stefano. Dental adhesion review: Aging and stability of the bonded interface. Dental materials 24 (2008) 90-101.
- MAGNE, P.; BELSER, U. Estética oral natural. In: MAGNE, P.; BELSER, U. Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior: uma abordagem biomimética. 1. ed. Chicago: Quintessen ce, 2003. p. 57- 96
- Januário A.L.; Gratone, J.M.; Duarte W.R. PRINCÍPIOS ESTÉTICOS E PLANEJAMENTO REVERSO. In: JOLY, J.C.; DE CARVALHO, P.F.M.; DA SILVA, R.C. RECONSTRUÇÃO TECIDUAL ESTÉTICA. PROCEDIMENTOS PLÁSTICOS E REGENERATIVOS PERIODONTAIS E PERI-IMPLANTARES. 1. Ed. São Paulo: ARTES MÉDICAS, 2009. P. 63-114.
- Pinho, Cláudio; Pereira, Patrícia N. R.; Gratone, José Maria. Clínica - International Journal of Brazilian Dentistry, São José, v.3, n.3, p. 300-316, jul./set. 2007.





1.



2.



3.



4.



5.

Figura 1. Exposição dental com o lábio em repouso – aspecto inicial. Observa-se pouca exposição dental para um adulto jovem.

Figuras 2 e 3. Aspecto clínico inicial – face e sorriso.

Figuras 4 e 5. Aspecto clínico inicial – sorriso lateral.



6.



7.



8.



9.



10.



11.



12.

Figuras 6 e 7. Aspecto clínico inicial. Observe, na foto trabalhada com linhas, a desarmonia gengival no segmento anterior e a proporção inadequada principalmente dos elementos 12 e 11.

Figuras 8 a 10. Análise funcional – movimentos mandibulares mostrando a ausência do ideal nas guias anteriores e lateralidade de ambos os lados.

Figuras 11 e 12. O desgaste das bordas incisais superiores tem correlação com a vestibularização e a extrusão dos incisivos inferiores.



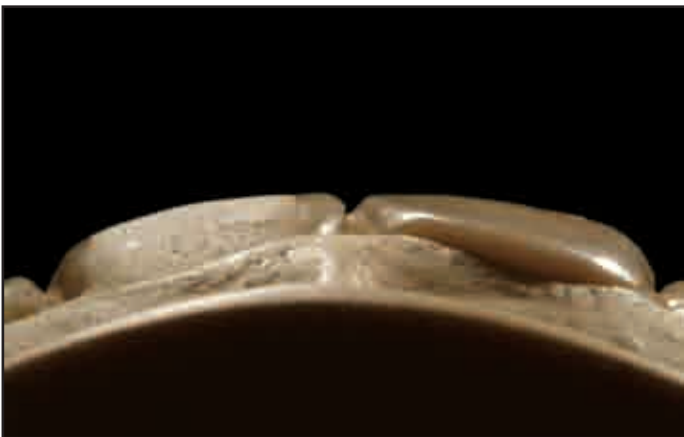
13.



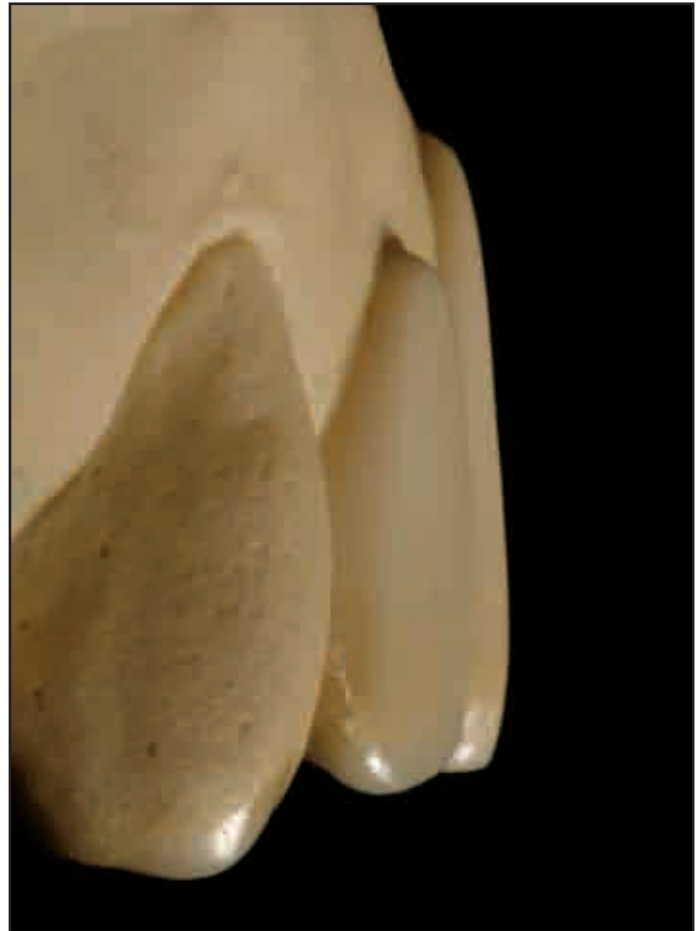
14.



15.



16.

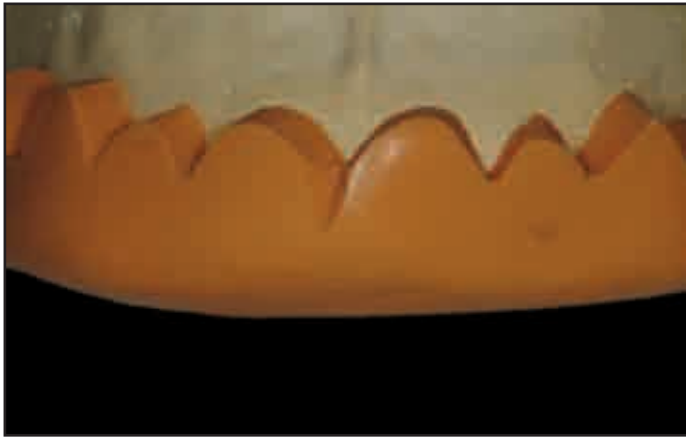


17.

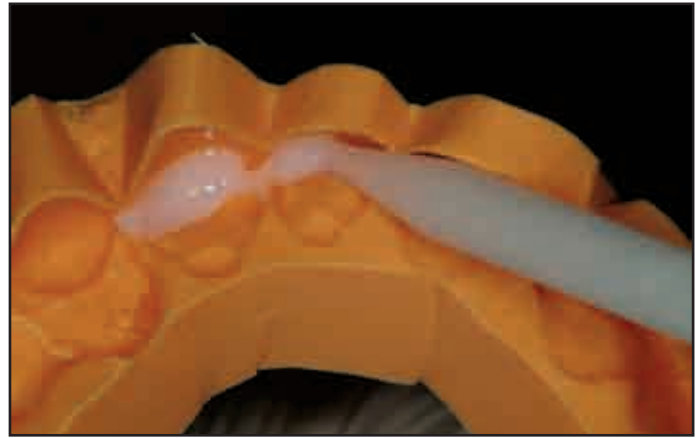
Figura 13. Planejamento feito no PowerPoint, da Microsoft – remoção de tecido gengival nas áreas com circunferências e posterior aumento das bordas incisais dos 6 dentes anteriores com resinas compostas.

Figuras 14 e 15. Delimitação com lapiseira no modelo de gesso da nova arquitetura gengival nos dentes anteriores. Posteriormente é feita a inserção da cera até nova altura gengival e também das bordas incisais.

Figuras 16 e 17. Características desse enceramento – espessura uniforme em torno de 1 milímetro e contorno gengival bem definido.



18.



19.



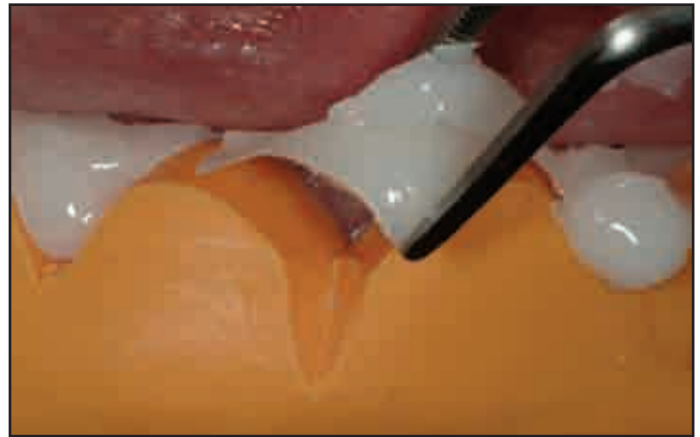
20.



21.



22.



23.

Figuras 18 a 20. Confeção de uma muralha de silicone. O recorte na cervical é feito na nova altura gengival. A inserção do Bisacryl (Protemp Garant 3 – 3M) deve ser feita num movimento único, contínuo e rápido, devido à presa rápida do material.

Figuras 21 a 23. A inserção da muralha na boca deve ser feita lentamente, toda no sentido vertical. Uma leve pressão na face vestibular de cada dente facilita o recorte e a posterior remoção do excesso.



24.



25.



26.



27.

Figuras 24 e 25. Avaliação estética do *mock-up* – lábio em repouso e sorriso.

Figuras 26 e 27. Comparação do aspecto clínico inicial com o *mock-up* do lado que mais incomodava o paciente.

Figuras 28 e 29. Visualização do *mock-up* pelo paciente e posterior remoção de metade do ensaio restaurador para que o paciente veja a diferença.

Figuras 30 a 32. Aumento da espessura do enceramento inicial (2 mm) e apoio nos dentes vizinhos para a confecção do guia cirúrgico em acrílico (prensagem na mufla). Mais uma vez, o contorno gengival necessita estar regularizado e muito bem acabado.



28.



29.



30.



31.



32.



33.



34.



35.



36.



37.



38.

Figuras 33 a 35. Delineamento da primeira incisão feito com a lâmina do bisturi apoiada na borda cervical do guia cirúrgico e segunda incisão do tipo bisel invertido realizada sobre o delineamento da primeira incisão. Observe o detalhe da precisão da primeira incisão.

Figuras 36 a 38. Osteoplastia (remoção de osso em espessura) realizada com broca esférica. Osteotomia (remoção de osso de suporte) realizada com brocas do tipo *end-cut*. Verificação da distância da borda do guia à crista óssea.



39.



40.



41.



42.



43.



44.

Figuras 39 e 40. Retalho dos lados direito e esquerdo suturado.

Figuras 41 e 42. Posicionamento da lâmina do bisturi sobre a borda do guia para a primeira incisão. Segunda incisão do tipo bisel invertido realizada sobre a primeira incisão.

Figuras 43 a 45. Descolamento do retalho com um microdescolador de periosteio. Utilização de sonda periodontal para detectar a crista óssea vestibular nos dentes 11 e 12.



45.



46.



47.



48.



49.



50.

Figura 46. Aspecto pós-operatório imediato do procedimento sem a elevação de retalho.

Figuras 47 e 48. Comparação do sorriso inicial com sorriso após 3 meses de cicatrização.

Figuras 49 e 50. Comparação do sorriso inicial com sorriso após 3 meses de cicatrização – vista lateral.



51.



52.

Figura 51. Aspecto clínico após 4 meses de cicatrização e posterior clareamento caseiro com Pola Night (SDI) a 16% durante 25 dias – 2 aplicações de 30 minutos por dia.

Figura 52. Confeção do segundo enceramento-diagnóstico com finalidade de se obter o correto posicionamento das bordas incisais – novo sorriso.



53.



54.



55.



56.



57.



58.



59.

Figuras 53 e 54. Execução e avaliação do segundo *mock-up*/ensaio restaurador. É necessária a correta determinação da nova proporção dental e curvatura do sorriso.

Figuras 55 e 56. Avaliação lateral do sorriso com o ensaio restaurador presente.

Figuras 57 a 59. Avaliação funcional do *mock-up* – protrusão e lateralidade de ambos os lados. Observe a ausência de contatos indesejados.

Figura 60. É fundamental a observação do *mock-up* num contexto integrado – face.



60.



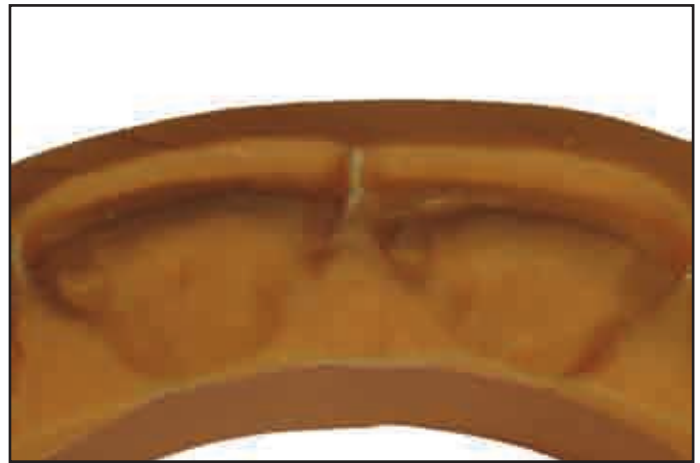
61.



62.



63.



64.



65.



66.

Figuras 61 e 62. Remoção de metade do ensaio para visualização e compreensão por parte do paciente do tratamento proposto.

Figuras 63 e 64. Enceramento-diagnóstico e guia de silicone – protocolo de trabalho que fornece previsibilidade.

Figura 65. Seleção do esmalte artificial a ser utilizado com as mesmas características ópticas – translucidez e valor – que o esmalte natural.



67.



68.



69.



70.



71.



72.

Figuras 66 e 67. Profilaxia e prova da adaptação da guia de silicone com isolamento modificado já realizado.

Figuras 68 e 69. Delimitação do limite palatino onde será acrescentada resina. Esta etapa favorece a inserção da quantidade correta, sem muito excesso.

Figuras 70 a 72. Confecção de um mínimo bisel, sem deixar arestas nítidas – bisel infinito.



73.



74.



75.



76.



77.



78.



79.



80.



81.



82.



83.

Figuras 73 e 74. Condicionamento ácido e aplicação do sistema adesivo Single Bond 2 (3M ESPE).

Figuras 75 a 77. Inserção do primeiro incremento – esmalte artificial palatino – Estelite Σ BW (Tokuyama).

Figuras 78 e 79. Inserção da dentina artificial. Pelo fato de o primeiro incremento possuir alto valor, ela (Estelite BW) também foi utilizada como dentina artificial. Observe a pouca espessura remanescente para o esmalte artificial.

Figuras 80 e 81. Inserção da dentina artificial no elemento 21. Observe a ausência da linha de união resina-dente.

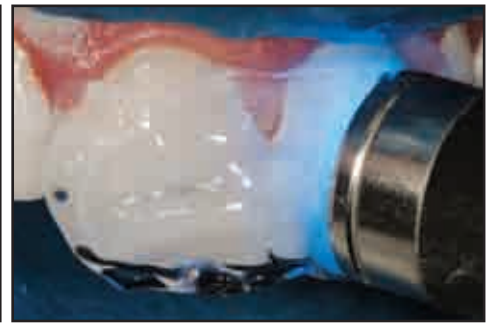
Figuras 82 e 83. Simulação de pequena translucidez nas proximais com corantes Blue + Lavender (Kolor + Plus, Kerr) e reprodução de pequenas manchas brancas com Opaquer A1 (Kolor + Plus, Kerr).



84.



85.



86.



87.



88.



89.



90.



91.



92.

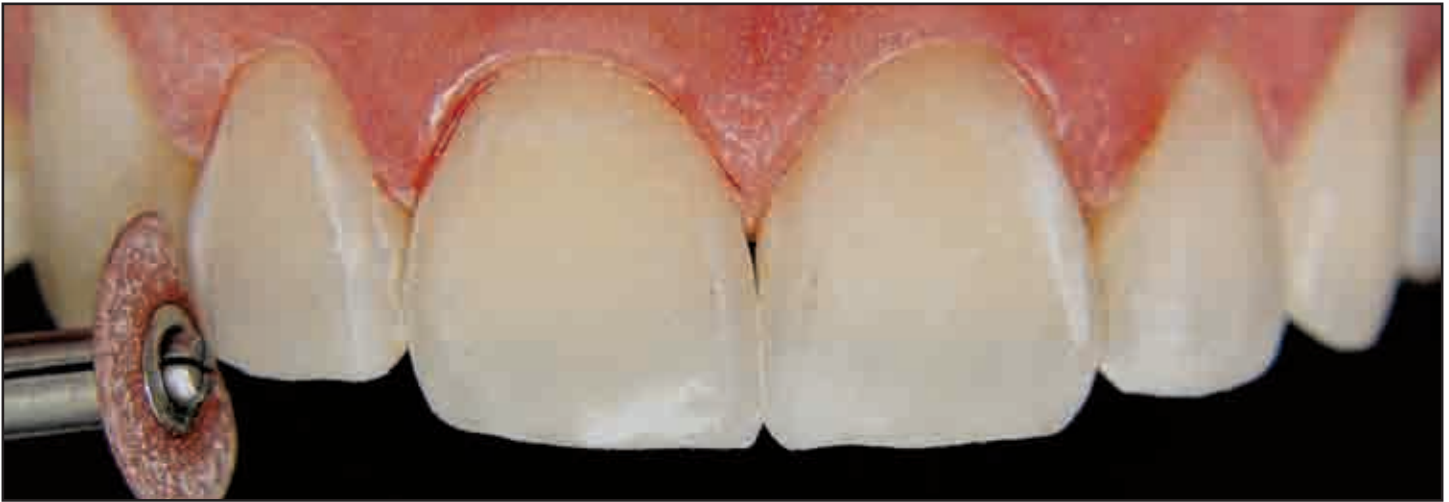
Figuras 84 a 86. Inserção da última camada – esmalte artificial (Enamel WB – Miris 2 – Colthene, Vigodent) e fotopolimerização final com gel inibidor de oxigênio (gel de oxalato).

Figuras 87 e 88. Início do acabamento com Sof Lex Pop on XT (3M). Com o auxílio da guia podemos ver a fidelidade ao planejamento inicial.

Figuras 89 e 90. Após a sequência do Sof Lex, finalização da anatomia primária com as taças de borracha (Astropol, Ivoclar Vivadent).

Figura 91. Após o acabamento inicial dos centrais, foram feitos os laterais utilizando-se as mesmas massas de resina – sequência cromática dos centrais.

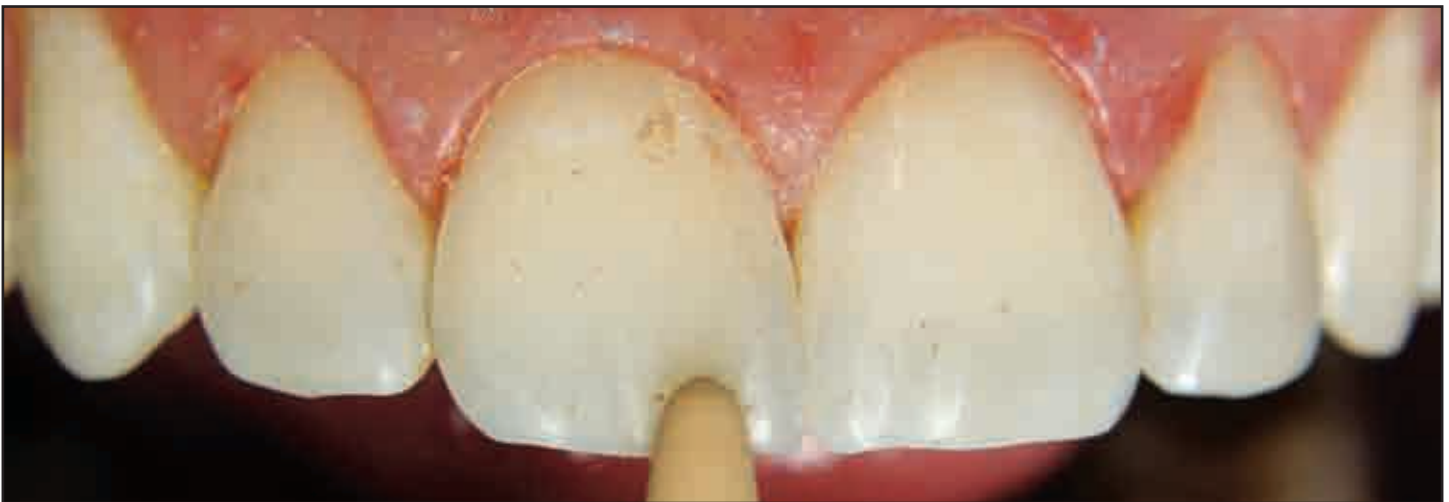
Figura 92. Finalização do sorriso, sendo executada somente a anatomia primária em todos os dentes anteriores.



93.



94.



95.

Figuras 93 a 95. Numa segunda etapa é executado todo o refinamento e acabamento do sorriso. As arestas de reflexão são refinadas com os discos Sof Lex (3M). Utilizou-se uma pedra laboratorial (Perladia, Hot Spot Design) para a confecção da textura superficial e posterior polimento com pontas (D-Fine, Cosmedent).

Figuras 96 e 97. Após a utilização de uma escova de carbeto de silício (Astrobrush, Ivoclar Vivadent), foi utilizado um feltro com pasta de polimento Enamelize (Cosmedent). Observe o belo polimento nas resinas, semelhante ao esmalte natural.



96.



97.



98.



99.



100.



101.

Figuras 98 e 99. Comparação do aspecto clínico inicial e após a reconstrução do sorriso. A maior exposição dental com lábio em repouso é agora condizente com a idade do paciente.

Figuras 100 e 101. Sorrisos inicial e final. A melhora significativa do conjunto é devida à interação da periodontia com as resinas compostas. Além disso, o tratamento executado foi um tratamento totalmente conservador, sem desgaste dental.



102.



103.



104.



105.



106.



107.



108.



109.



110.

Figuras 102 e 103. Vista lateral do sorriso final. Equilíbrio do conjunto lábio-gengiva-dentes. A utilização de corantes é essencial – em casos de pouco espaço – para se conseguir naturalidade nas restaurações. Observe a textura superficial nos incisivos centrais.

Figuras 104 e 105. Vista lateral dos sorrisos inicial e final. A harmonia final deve-se à integração das especialidades.

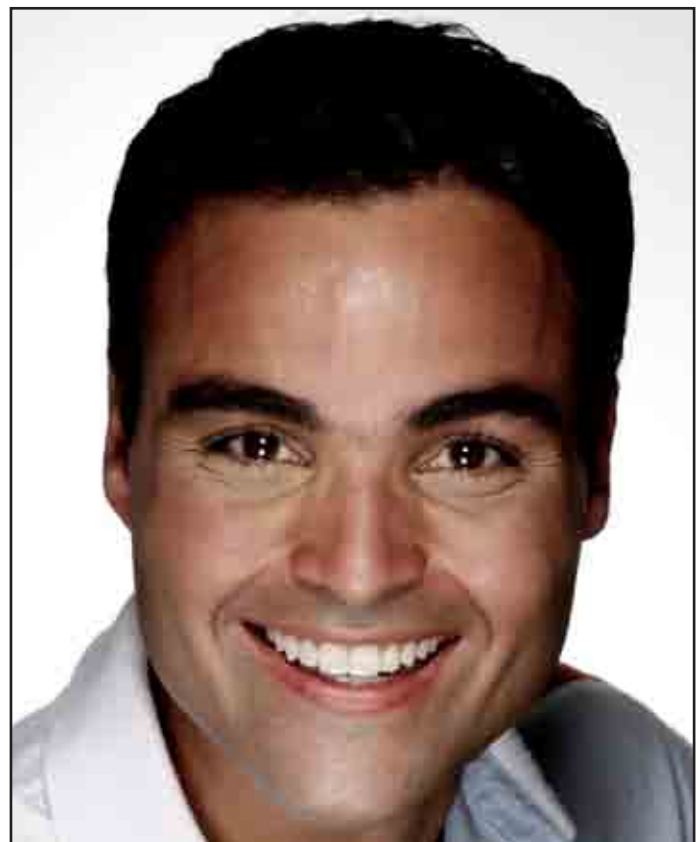
Figuras 106 e 107. Vista lateral dos sorrisos inicial e final. A somatória de pequenos procedimentos gengivais e dentais produziu uma melhora significativa no sorriso do paciente.



111.



112.



113.

Figuras 108 a 110. Análise funcional final – ausência de contatos indesejados, melhora substancial nas guias anteriores, maior longevidade das restaurações em associação a uma placa de proteção rígida.

Figuras 111 a 113. Sorriso final. A naturalidade conseguida é devida à utilização de um protocolo de trabalho bem detalhado e definido, que inclui o *mock-up*. O entendimento de todos os princípios estéticos e o conhecimento dos materiais restauradores (somente uma massa de dentina e uma de esmalte foram utilizadas) permitem a realização de trabalhos muito conservadores, em que conseguimos excelência estética e funcional. Fotos 112 e 113: Dudu Medeiros.