

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

DIULIANA PEGORARI SILVA

TRANSFORMAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO: RELATO DE CASO

Alfenas / MG

2025

DIULIANA PEGORARI SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia, pela Universidade Federal de Alfenas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de Freitas

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Thaisa Macedo Lunes Carrera

Alfenas / MG

2025

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Silva, Diuliana Pegorari.

Transformação estética do sorriso: relato de caso / Diuliana Pegorari
Silva. - Alfenas, MG, 2025.
29 f. : il. -

Orientador(a): Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de Freitas.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) -
Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2025.
Bibliografia.

1. Gengivectomia. 2. Resina composta. 3. Diastema. I. Freitas, Amanda
Beatriz Dahdah Aniceto de , orient. II. Título.

DIULIANA PEGORARI SILVA


TRANSFORMAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO: RELATO DE CASO

O(A) Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia, pela Universidade Federal de Alfenas.

Aprovada em:


Prof. Dr.^a Amanda Beatriz D.A de Freitas
Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:

Documento assinado digitalmente
 AMANDA BEATRIZ DAHDAH ANICETO DE FREITAS
Data: 01/12/2025 15:30:53-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Prof. Dr.^a Amanda Bandeira de Almeida
Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:

Documento assinado digitalmente
 AMANDA BANDEIRA DE ALMEIDA
Data: 27/11/2025 12:15:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr.^a Tatiany Gabrielle F. A. Guimarães
Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:

Documento assinado digitalmente
 TATIANY GABRIELLE FREIRE ARAUJO GUIMARAES
Data: 27/11/2025 15:07:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

RESUMO

A busca por um sorriso esteticamente harmonioso tem impulsionado a demanda por procedimentos odontológicos. Os diastemas anteriores e o sorriso gengival destacam-se como algumas das principais preocupações estéticas dos pacientes. O tratamento para o sorriso gengival pode ser cirúrgico ou não cirúrgico, dependendo da indicação clínica de cada caso e, claro, da aceitação do paciente ao procedimento proposto pelo cirurgião-dentista. Já em casos de diastemas anteriores as restaurações diretas em resina composta associadas ao clareamento dentário feito em consultório mostra-se eficaz para a transformação estética do sorriso. Este estudo tem como objetivo apresentar um caso clínico em que foi possível restabelecer a harmonia estética de um paciente através da gengivectomia com osteotomia associada ao clareamento dentário feito em consultório e restaurações diretas em resina composta. Diante dos artigos revisados e do relato de caso foi possível concluir que a Periodontia e a Odontologia Restauradora, são indispensáveis para alcançar resultados que não apenas satisfaçam os padrões de estética exigidos pelos pacientes, mas também asseguram a longevidade e a saúde dos tecidos periodontais envolvidos.

Palavras-Chaves: Gengivectomia; Resina Composta; Diastema.

ABSTRACT

The pursuit of an aesthetically pleasing smile has led to an increased demand for dental procedures. Anterior diastemas and excessive gingival display (gummy smile) are among the most common aesthetic concerns reported by patients. Treatment of a gummy smile may be either surgical or non-surgical, depending on clinical indication and patient acceptance. In cases involving anterior diastemas, direct composite resin restorations combined with in-office tooth whitening are effective options for smile enhancement. This study presents a clinical case in which the aesthetic harmony of the smile was successfully reestablished through clinical crown lengthening surgery with osteotomy, followed by in-office whitening and direct composite resin restorations. Based on the literature reviewed and the clinical outcomes observed, it is concluded that periodontics and restorative dentistry play a key role in achieving esthetic results that not only meet patients' expectations but also promote periodontal health and long-term stability.

Keywords: Gingivectomy; Composite Resin; Diastema.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Aspecto inicial do sorriso	9
Figura 2	Reconstrução das estruturas anatômicas através da tomografia computadorizada	10
Figura 3	Moldagem em Alginato do arco superior e inferior	10
Figura 4	Modelo de gesso após reanatomização das cervicais para confecção do enceramento diagnóstico	11
Figura 5	Enceramento diagnóstico de canino à canino superior	11
Figura 6	Incisões intrasulculares e incisão de alívio na distal do 13 e 23 ...	12
Figura 7	Incisões seguidas de descolamento mucoperiosteal	12
Figura 8	Uso da régua de Chu para manter a proporcionalidade durante o aumento de coroa clínica	13
Figura 9	Proteção das mucosas com barreira com gengival Top Dam fotoativada	13
Figura 10	Aplicação do Whiteness HP Blue 35% sob toda superfície vestibular de canino a canino superior	13
Figura 11	Resultado após clareamento	14
Figura 12	Seleção de cor A3 na cervical - Escala Vitta	14
Figura 13	Seleção de cor A2 no terço médio - Escala Vitta	15
Figura 14	Seleção de cor A1 no terço incisal - Escala Vitta	15
Figura 15	Modelo de gesso obtido do molde em Alginato após total cicatrização dos tecidos	15
Figura 16	Enceramento diagnóstico em modelo de gesso obtido após aumento de coroa clínica	16
Figura 17	Elementos dentais sob isolamento total	16
Figura 18	Condicionamento do esmalte com ácido fosfórico a 37%	16
Figura 19	Condicionamento adesivo com Adesivo Optibond FL	16
Figura 20	Matriz de guia de sílica de adição	17

Figura 21	Camada de esmalte translúcido na palatina após fotopolimerização	17
Figura 22	Resultado final antes do polimento	17
Figura 23	Resultado final após 12 meses	36

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	8
2.	RELATO DE CASO	9
3.	DISCUSSÃO	19
4.	CONCLUSÃO.....	23
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
	ANEXO A- SUBMISSÃO PARA REVISTA GAÚCHA DE ODONTOLOGIA	26
	ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.	27

1. INTRODUÇÃO

A busca por um sorriso esteticamente harmonioso tem impulsionado a demanda por procedimentos odontológicos. Os diastemas anteriores e o sorriso gengival destacam-se como algumas das principais preocupações estéticas dos pacientes. A adequação periodontal, aliada à confecção de facetas em resina composta, pode promover tanto saúde quanto harmonia estética do sorriso [1].

O sorriso gengival, caracterizado pela exposição excessiva da gengiva ao sorrir, tem como fatores etiológicos alterações no desenvolvimento esquelético (crescimento vertical excessivo da maxila), do tecido de suporte, erupção passiva alterada (EPA), e desequilíbrios nas forças musculares [2]. O tratamento para essa condição pode ser cirúrgico ou não cirúrgico, dependendo da indicação clínica de cada caso e da aceitação do paciente ao procedimento proposto pelo cirurgião-dentista.

Em casos clínicos em que o paciente apresenta diastemas anteriores e busca uma melhor harmonia estética, é necessário recorrer a intervenções restauradoras. As facetas dentárias são restaurações utilizadas para cobrir as superfícies vestibulares e proximais dos dentes, representando uma opção conservadora e funcional na reabilitação estética [3].

Este trabalho tem o objetivo de apresentar um caso clínico de aumento de coroa clínica e fechamento de diastemas com resinas compostas. Busca-se contribuir para a formação profissional, destacando a importância da abordagem interdisciplinar na odontologia.

2. RELATO DE CASO

O paciente do sexo masculino, com 42 anos de idade, sem histórico de doenças sistêmicas ou alergias medicamentosas, relatou incômodo em relação aos espaços interdentais. O paciente manifestou o desejo de aumentar o tamanho dos dentes e melhorar sua coloração, almejando uma estética mais adequada. Durante o exame clínico, foi possível identificar diastemas na região anterior superior associados à exposição excessiva da gengiva durante o sorriso (Figura 1). Embora o paciente não apresentasse queixas de sangramento gengival ou dor, observou-se a presença de coroas clínicas curtas, fator que contribuiu para a desarmonia estética.

Como parte complementar do planejamento, realizou-se uma tomografia computadorizada para avaliação dos tecidos de suporte e auxílio no planejamento cirúrgico. Além disso, procedeu-se a moldagem dos arcos dentários com alginato e obtenção de modelo em gesso, o qual foi montado em articulador, com as margens cervicais reanatomizadas, para a confecção de um enceramento diagnóstico de canino a canino superiores.

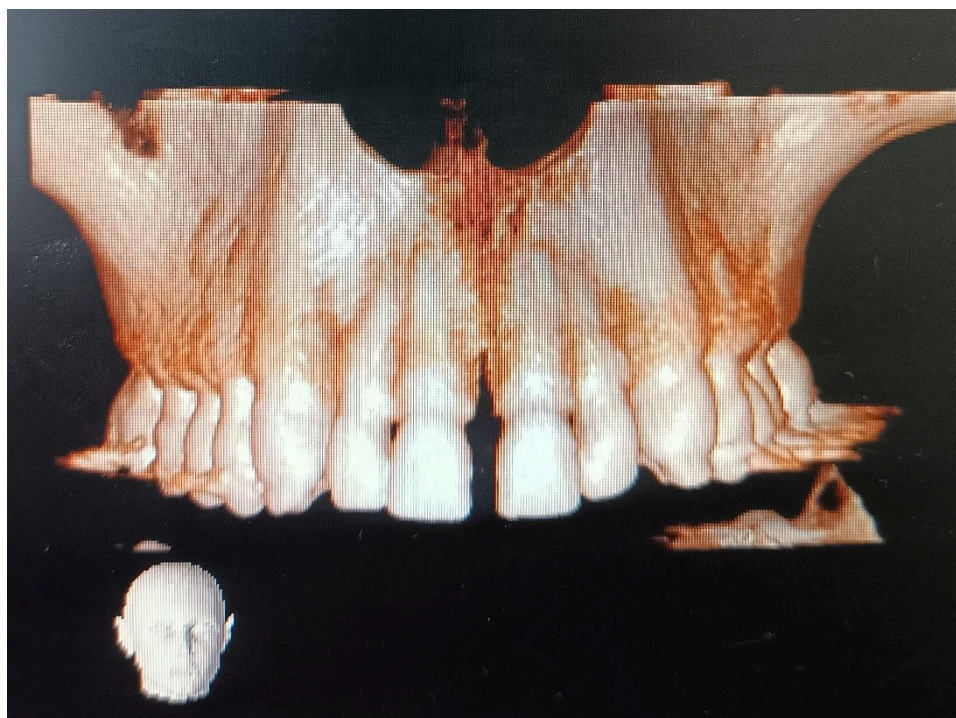
Frente a esse quadro, foi proposto um plano de tratamento que envolve a raspagem supragengival para promover a adequação do meio bucal antes da intervenção cirúrgica de aumento de coroa clínica. Foi indicada a cirurgia periodontal, incluindo osteotomia e gengivectomia de canino a canino superior. O tratamento também contemplou o clareamento dentário realizado em consultório e a confecção de facetas de resina composta, utilizando-se uma guia palatina em silicón de adição.

Figura 1- Aspecto inicial do sorriso



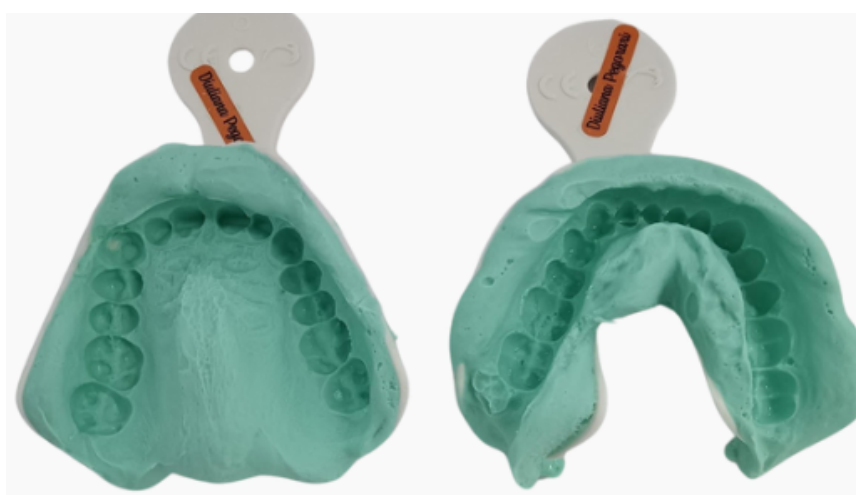
Fonte: Acervo pessoal

Figura 2 - Reconstrução das estruturas anatômicas através da tomografia computadorizada



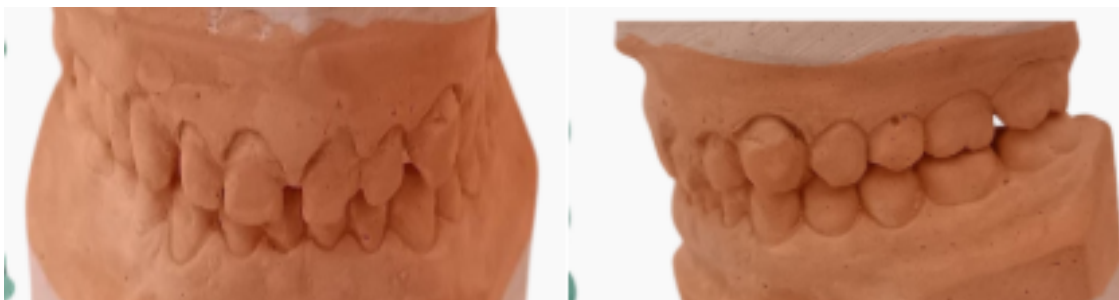
Fonte: Acervo pessoal

Figura 3- Moldagem em alginato



Fonte: Acervo pessoal

Figura 4- Modelo de gesso com reanatomização das cervicais



Fonte: Acervo pessoal

Figura 5- Enceramento diagnóstico de canino a canino superior



Fonte: Acervo pessoal

Para a realização da cirurgia de aumento de coroa clínica, foram selecionados os dentes 13 a 23. Realizou-se antissepsia com digluconato de clorexidina 2% (extraoral) e 0,12% (intraoral). Utilizou-se anestésico cloridrato de articaína 4% com epinefrina 1:100.000 (Nova DFL), para anestesia local.

Inicialmente, com uma lâmina de bisturi 15C, realizou-se incisão de alívio na distal do dente 23, seguida de incisões intra-sulculares até o hemi-arco direito e nova incisão de alívio na distal do 13. Em seguida, descolou-se o retalho mucoperiosteal com o Descolador de Molt nº7 (Millenium-Golgran, São Caetano do Sul, SP), iniciando na região das papilas e posterior descolamento de espessura total do retalho para exposição óssea.

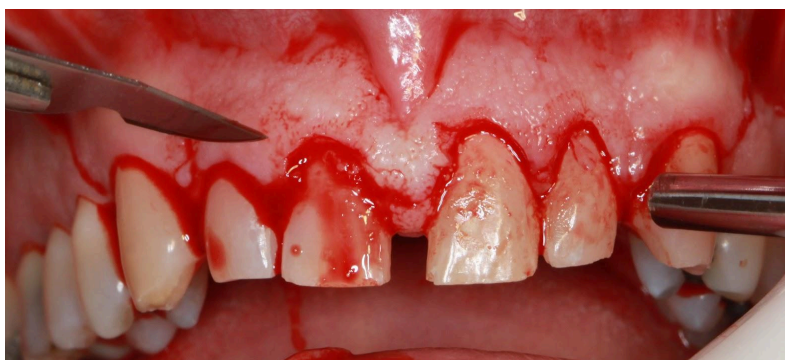
Em seguida, com fresa de tungstênio em forma de pêra n. 1591 (American Burrs, Palhoça, SC), sob irrigação constante com soro fisiológico 0.9%, foi realizada uma osteotomia com desgaste ósseo de em média 3mm, definido através do uso da régua de Chu como medida de proporcionalidade, para assim restabelecer novos contornos supracrestais para os tecidos. . Em seguida, procedeu-se à osteoplastia com o intuito de

haver uma remodelação óssea, melhorando o contorno e diminuindo a espessura da tábua óssea (Figura 2).

Nenhum osso crestal interproximal foi removido. Suturas simples foram realizadas nas incisões de alívio e sutura colchoeiro vertical contínua ancorada aos dentes somente por vestibular (Nylon 5.0, SHALON, Brazil) foram realizadas para estabilizar o retalho. Como medicações pós-operatórias foram prescritos: bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard, Colgate, Brasil) duas vezes ao dia por 15 dias, Amoxicilina 500 mg, de 8/8h por 7 dias para evitar possível infecção pós-operatória devido a intervenção óssea; Ibuprofeno 600mg 3 vezes ao dia por 3 dias e Paracetamol, 750 mg, 6/6 h por 3 dias.

A escovação dentária foi descontinuada na área cirúrgica por 24 horas. Após este período, o paciente foi orientado a manter a higiene cuidadosa.

Figura 6: Incisões intrasulculares e incisão de alívio na distal do 13 e 23



Fonte: Acervo pessoal

Figura 7 - Incisão seguida de descolamento mucoperiosteal de 13 a 23



Fonte: Acervo pessoal

Figura 8 – Uso da régua de Chu para manter proporcionalidade entre o ensaio diagnóstico e o aumento de coroa clínica



Fonte: Acervo pessoal

Após a remoção das suturas no 7º dia pós-operatório, aguardou-se 30 dias para realização de profilaxia e clareamento em consultório com peróxido de hidrogênio 35% - Whiteness HP Blue 35% (FGM Dental Group, Joinville, SC, Brasil). Para a etapa de clareamento, inicialmente, foi realizada a proteção das mucosas com barreira gengival Top Dam (FGM Dental Group, Joinville, SC, Brasil), após foi aplicado o gel em todas as faces vestibulares do arco superior e inferior de 1º pré-molar direito a 1º pré-molar esquerdo. Seguindo as recomendações do fabricante, após 40 minutos, foi feita a remoção do gel clareador por sucção e posterior irrigação abundante com água. Os dentes do paciente se encontravam na faixa A3 da Escala Vitta e após o clareamento foi para A2 (Figura 3).

Figura 9: Proteção das mucosas com barreira gengival Top Dam fotoativada



Figura 10: Aplicação do Whiteness HP Blue 35%



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 11: Resultado pós clareamento



Fonte: Acervo pessoal

Para resolução dos diastemas foi empregado o uso do sistema restaurador adesivo direto. Selecionaram-se as cores correspondentes a cada elemento hígido: A3 na cervical, A2 no terço médio e A1 na incisal. Como etapa que precede a restauração direta nesse caso clínico, após total cicatrização dos tecidos, o paciente foi submetido a uma nova moldagem com alginato a fim de obter um modelo em gesso com seus novos contornos após a cirurgia. A partir do modelo atualizado em mãos, foi realizado um novo enceramento diagnóstico para confeccionar uma matriz guia de silicone de adição para a camada palatina das restaurações.

Figura 12 - Escala A3 na cervical



Fonte: Acervo pessoal

Figura 13 - Escala A2 no terço médio



Figura 14 - Escala A1 no terço incisal



Fonte: Acervo pessoal

Figura 15 - Modelo em gesso após aumento de coroa clínica



Figura 16 – Enceramento diagnóstico após aumento de coroa clínica



Fonte: Acervo pessoal

Em seguida, precedeu-se ao isolamento absoluto do campo com grampos indicados para pré molares no 15 e 25 e amarrilho com fio dental de 13 a 23 para obter afastamento gengival e melhor adaptação da resina composta a cervical dos dentes (Figura 4). Toda a superfície do esmalte de canino a canino foi condicionada com ácido fosfórico a 37% e lavado com água abundante após 30 segundos. Em seguida, a superfície foi seca e aplicou-se o adesivo Optibond (Keer Dental, Itália) com microbrush e fotopolimerizado.

A fim de mimetizar as estruturas dentárias e promover o fechamento de diastemas foram usados incrementos de resina Forma - Ultradent de corpo A3 na cervical, A2 no terço

médio e esmalte A1 de esmalte na incisal, além da resina Filtek Z350 X- Translúcida - 3M ESPE que foi utilizada para confecção da camada palatina e contorno incisais (Figuras 5).

Figura 17- Isolamento total

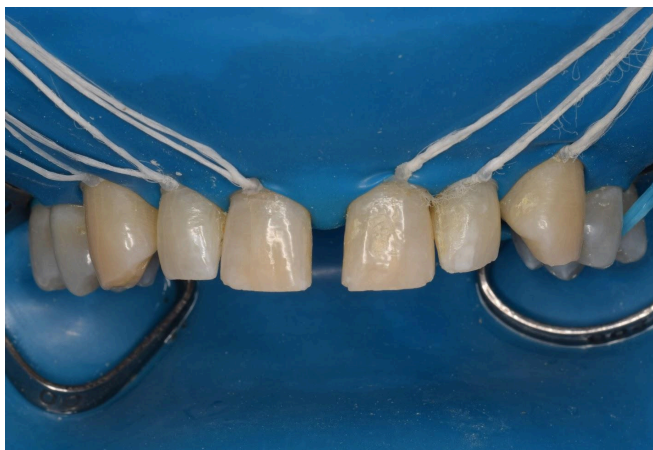
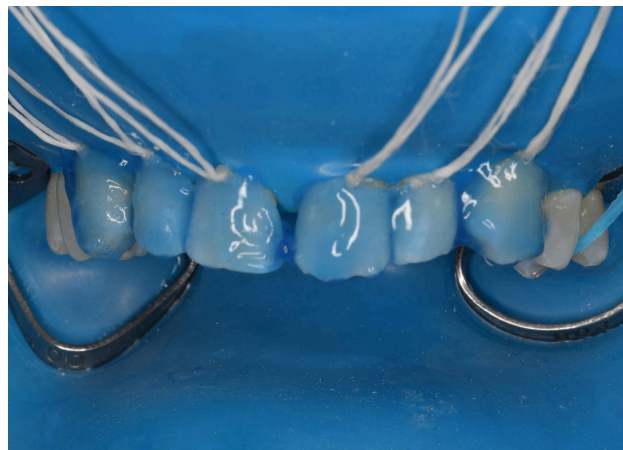


Figura 18- Acido fosfórico a 37%



Fonte: Acervo pessoal

Figura 19- Condicionamento adesivo com Adesivo Optibond FL.



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 20- Matriz de guia de silicone de adição posicionada.



Fonte: Acervo pessoal]

Figura 21- Camada palatina após fotopolimerização



Figura 22 - Resultado antes do polimento



Fonte: Acervo pessoal

A preservação dos resultados obtidos com o fechamento de diastemas e o aumento de coroa clínica estética requer acompanhamento contínuo. No presente trabalho, foi realizada uma preservação de 12 meses (Figura 6), com consultas de retorno periódicas para monitoramento clínico, realização de repolimentos das resinas compostas e reforço das orientações de higiene bucal. Essas medidas são fundamentais para manter a integridade das restaurações, a estabilidade dos resultados estéticos e a saúde periodontal ao longo do tempo.

Figura 6. Resultado final após 12 meses



Fonte: Acervo pessoal

3. DISCUSSÃO

A estética em Periodontia é dependente de dois fatores: saúde e harmonia. Dessa forma, quando a Dentística Restauradora for atuar, o contorno gengival e a saúde periodontal também devem ser considerados. Diferentes procedimentos cirúrgicos estão disponíveis para o adequado manejo dos tecidos periodontais com o objetivo de estabelecer ou restabelecer padrões de estética dentogengivais [1].

Um sorriso harmônico, dentes alinhados e brancos contribuem para a autoconfiança, para desempenho social e tem influência significativa no grau de importância que o indivíduo dá à própria saúde [4]. Neste contexto, a queixa principal do paciente do caso apresentado era dentes pequenos, amarelos e que “tinha dentes de criança”.

Diante desse cenário, todas as intervenções realizadas devem estar alinhadas com as necessidades individuais do paciente, proporcionando não apenas um resultado estético satisfatório, mas também a funcionalidade necessária para a mastigação e a saúde periodontal [5].

A cirurgia para aumento de coroa clínica para criar simetria das margens gengivais é uma das ferramentas da periodontia na busca pela estética que é cada vez mais utilizada. As alternativas cirúrgicas comumente utilizadas em dentes anteriores para aumento de coroa clínica são a gengivectomia, gengivoplastia e cirurgia a retalho com osteotomia [6].

Durante a determinação da altura da margem gengival deve-se levar em consideração: a altura média dos dentes (incisivos centrais e caninos de 11 a 13mm e incisivos laterais de 9 a 11mm), com proporção comprimento / largura de 10:8, e a coincidência da linha gengival (zênite) com o vermelho do lábio, sendo que as margens gengivais dos incisivos centrais e caninos superiores devem tocar a borda do lábio superior [6]. No caso clínico apresentado, foi realizada tomografia computadorizada para avaliação do nível ósseo; realizada cirurgia de modelo, enceramento diagnóstico e utilizada régua de Chu para medida da proporção altura/largura das coroas. Todos esses processos foram realizados para evitar exposição radicular e possibilidade de sensibilidade dentinária.

É importante ressaltar que existem contraindicações para a realização das cirurgias periodontais, destacando-se a presença de processo inflamatório, controle insatisfatório de biofilme dental, proporção coroa-raiz desfavorável, risco de exposição de furcas em dentes multirradiculares, possibilidade de deslocamento apical da crista óssea alveolar ou da faixa de gengiva inserida [6].

Em periodontia, as técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, como as abordagens sem retalho, têm sido utilizadas em procedimentos estéticos com objetivo de otimizar os resultados clínicos [5]. Porém, em casos em que há necessidade de intervenção com

utilização de retalhos o planejamento, treinamento profissional e os cuidados pós-operatórios são imprescindíveis para o sucesso clínico.

As técnicas que compreendem os retalhos totais ou parciais dependem da necessidade ou não de osteotomia e quando necessária devem ser realizadas incisões relaxantes. A osteotomia é realizada quando houver invasão dos tecidos supra crestais, o tecido ósseo é desgastado a nível apical restabelecendo um novo contorno fisiológico. Para uma melhor adaptação do retalho, diminui-se a espessura vestibulo-lingual do mesmo promovendo uma adaptação da mucosa sobre o tecido ósseo [7].

Alterações dentárias são frequentes na clínica diária. Dentre as alterações mais comuns, estão os diastemas ântero-superiores. Para qualquer situação, é importante que o profissional opte pela abordagem que garanta a maior preservação possível de estrutura dental sadia [8].

O enceramento diagnóstico permite a análise individualizada do caso, possibilita ao profissional e ao paciente verificar os anseios funcionais e estéticos e ratificá-los ou aperfeiçoá-los [9]. No caso apresentado, foi realizado enceramento diagnóstico em dois momentos distintos. No início do tratamento, o enceramento foi utilizado para prever a altura e largura dos dentes e para servir de guia para a remodelação óssea. O segundo enceramento, foi realizado após moldagem do paciente com os tecidos do complexo periodontal já cicatrizados e na posição obtida após a cirurgia.

O clareamento dental é um potencializador do tratamento restaurador estético, é utilizado para minimizar o efeito do fundo escuro na aparência final das restaurações, deve ser realizado e sempre supervisionado pelo cirurgião-dentista.[9].

No caso apresentado foi realizado clareamento dental com gel à base de peróxido de hidrogênio a 35% para uso em consultório. O material foi escolhido pois possui um sistema de acoplamento das seringas para mistura do peróxido com o espessante, e ainda permite aplicação única de até 40 minutos por sessão, sem troca do gel.

Espera-se do clareador menos sensibilidade pós-operatória uma vez que contém agentes neutralizantes e gluconato de cálcio que têm o objetivo de reduzir a desmineralização das estruturas e funcionar como agentes dessensibilizantes. Um estudo *in vitro* mostrou que a composição contribuiu para um menor aumento da permeabilidade dental [10]. Estudos relacionam menor sensibilidade dental com o uso de agentes clareadores contendo cálcio em sua composição pois tende a neutralizar a acidez da reação de decomposição do peróxido em radicais livres.

Nesse caso clínico, durante a preparação adesiva do substrato foi utilizado condicionamento ácido em toda superfície sujeita a restauração direta por resina composta. Como sistema adesivo, foi feito o uso apenas da fase hidrofóbica do sistema adesivo do tipo condiciona-lava de 3 passos. Isso se justifica, porque a formação da camada híbrida apenas

com monômeros hidrofóbicos são menos susceptíveis à degradação hidrolítica durante a vida clínica do material.

Dentes anteriores podem ser satisfatoriamente restaurados com resinas compostas graças ao advento da tecnologia adesiva e à consistente melhoria das propriedades do material [8].

As resinas compostas são usadas para uma variedade de aplicações em odontologia, para restaurações diretas e indiretas, forramento da cavidade, selantes de fissuras, coroas, restaurações provisórias, cimento para próteses e aparelhos ortodônticos, cimentos endodônticos, além de outras aplicações. [11].

Comparado com opções alternativas de tratamento, a restauração direta mostra uma relação benéfica entre a mínima invasão dos tecidos dentários, satisfação estética, resultados clínicos e longevidade [12], e por isso foi escolhida para este caso.

As resinas microhíbridas, nanohíbridas e nanoparticuladas são as mais indicadas para uso em dentes anteriores. São resinas que possuem uma grande quantidade de elementos inorgânico, grande resistência e um polimento de qualidade [13].

As restaurações diretas representam uma excelente opção de tratamento, com taxa de sobrevida de 84,34% em até 10 anos, sendo que as restaurações com resinas microhíbridas e nanoparticuladas apresentam desempenhos semelhantes, sendo que estas últimas exibem resultados numericamente superiores em comparação às microhíbridas [14].

A composição do material tem influência direta no comportamento mecânico das restaurações. Com o aumento do teor de carga, a contração de polimerização, o coeficiente de expansão térmico linear e absorção de água são reduzidas e a resistência à compressão, ao desgaste e a tração é aumentada [11]. Neste caso clínico, as resinas utilizadas foram nanohíbrida (Forma-Ultradent) e nanopartícula (Z350-3M-Espe), consideradas resinas de alta resistência e alto brilho após polimento.

Quando se trata das técnicas diretas para a restauração de diastemas anteriores essas se iniciam com a avaliação clínica. Durante essa etapa, são selecionados matiz, croma e outras propriedades do material a ser utilizado. É relevante considerar características como opalescência, fluorescência e contra opalescência, as quais podem ser aplicadas e reproduzem de maneira fiel as estruturas dentárias a serem reconstruídas [15]

As resinas compostas devem reproduzir as cores naturais dos elementos dentários. O esmalte dentário confere características translúcidas ao tecido, com uma taxa de transmissão de luz de aproximadamente 70%, enquanto a dentina torna o tecido mais opaco, com uma taxa de transmissão de luz de até 52%. Portanto, resinas mais transparentes (E - esmalte, T- translúcidas) devem ser utilizadas para recriar as características naturais do esmalte, enquanto resinas mais opacas (D - dentina, B - body, O - opacas) são utilizadas para reproduzir artificialmente a dentina [3].

Na confecção da faceta estética de resina, realiza-se a inserção dos diferentes tipos de resina e cores separadamente, resultando em um mascaramento entre o dente e a restauração. O esmalte palatino pode ser construído a partir de diferentes dispositivos, como uma matriz de poliéster, coroas de acetato pré-fabricadas ou guias de silicone customizados, sendo esse último o ideal ao possibilitar um melhor suporte, exatidão na espessura e na configuração anatômica [3]. Neste caso clínico, optou-se por guia de silicone de adição para a fabricação da camada de resina translúcida com os limites palatinos e proximais dos dentes.

A maioria dos insucessos em restaurações em dentes anteriores está associada a fraturas pós-operatórias, decorrentes de uma mecânica inadequada durante as funções dentárias. Já foi observado que durante a aplicação de forças, há formação de trincas. A progressão dessas trincas tende a ser mais lenta em dentes anteriores, o que pode prolongar o tempo até a falha completa da restauração [15]. Sendo assim é imprescindível planejamento oclusal e instalação de placas protetoras em pacientes com hábitos parafuncionais.

A manutenção preventiva deve incluir avaliações, repolimentos e correções precoces, garantindo a longevidade das restaurações. O paciente deve ser orientado a manter o controle do biofilme, essencial para a durabilidade do tratamento.

Apesar dos resultados estéticos e funcionais satisfatórios, é importante destacar algumas limitações inerentes à abordagem adotada. A cirurgia de aumento de coroa clínica pode resultar em retração gengival em longo prazo, especialmente em pacientes com fenótipo periodontal fino, além de risco de exposição radicular e hipersensibilidade pós-operatória. No que se refere às restaurações diretas em resina composta, estas apresentam maior susceptibilidade à fratura, alteração cromática e desgaste em comparação às reabilitações cerâmicas, exigindo manutenção periódica. A opção pela técnica direta com resina composta foi baseada na preservação de estrutura dental, menor custo, reversibilidade e viabilidade clínica imediata. Contudo, em casos com múltiplos diastemas extensos, padrão oclusal desfavorável ou alta exigência estética, as facetas cerâmicas podem representar uma alternativa mais estável e duradoura, desde que haja indicação clínica adequada e planejamento multidisciplinar criterioso. Assim, o sucesso terapêutico depende não apenas da execução técnica, mas da seleção individualizada da abordagem restauradora, considerando os objetivos estéticos, a previsibilidade do resultado e as necessidades biológicas e funcionais do paciente.

4. CONCLUSÃO


Abordagens multidisciplinares são essenciais para a transformação estética do sorriso. A intervenção periodontal aliada à dentística restauradora promove saúde e estética em casos de aumento de coroa clínica. A restauração com resina composta e o branqueamento dentário em consultório são opções seguras, previsíveis e minimamente invasivas para o fechamento de diastemas em pacientes com boa indicação clínica. Ressalta-se a importância da manutenção periódica das restaurações, com acompanhamento profissional para controle do biofilme, repolimentos e possíveis ajustes funcionais. O planejamento diagnóstico, incluindo o enceramento em etapas distintas do tratamento, desempenha papel fundamental na previsibilidade dos resultados estéticos e funcionais, permitindo maior controle na execução clínica e alinhamento entre as expectativas do cirurgião-dentista e do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunha LF, Mondelli J, Furuse AY. Planejamento e considerações pré e pós-operatórias no fechamento de diastemas. *Rev Bras Odontol*. 2011;68(1):12–5. doi:10.18363/rbo.v68n1.p.12
2. Lordello RR, Neto GFP, Filho JMPF, Gusmão CA, Gusmão JMR, Monteiro AMDM, et al. Tratamento integrado para correção do sorriso gengival: relato de caso. *Rev Odontol Araçatuba*. 2024;45(2):34–42.
3. Lima RBW, Barbosa LMM, Dias JLN, Lucena ALR, Pinto RM, Carneiro AFM, et al. Facetas em resina composta com fechamento de diastemas para harmonização do sorriso: relato de caso. *Rev Ciênc Plural*. 2023;9(3):e33414. doi:10.21680/2446-7286.2023v9n3ID33414
4. Alcântara GAL, Acioly GMA, Matos CHC, Barros FPT, Teixeira LGA, Andrade NK, et al. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso gengival associada a branqueamento conjuntivo e troca de restaurações em resina composta: relato de caso. *Braz J Health Rev*. 2022;5(4):13334–43.
5. Pinto RCNC, Chambrone L, Almeida VC, Pannuti CM, Romito GA. Abordagens multidisciplinares minimamente invasivas para otimização da estética “vermelha e branca”. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2013;67(3):187–92.
6. Dantas AAR, Silva ERC, Sako JS. Tratamento estético periodontal: revisão de literatura sobre alguns tipos de cirurgia. *Rev Odont Univ Cidade São Paulo*. 2012;24(3):226–34.
7. Rissato M, Trentin MS. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora: revisão da literatura. *RFO UPF*. 2012;17(2):—.
8. Braga AT, Monteiro DDH, Munari LS, Cornacchia TPM. Acompanhamento de restaurações em diastemas anteriores com resina composta pela técnica da barreira palatina: relato de caso. *Rev Odontol Brasil Central*. 2016;25(74):112–17.
9. Goyatá FR, Costa HV, Marques LHC, Barreiros ID, Lanza CRM, Júnior JBN, et al. Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento dental em paciente jovem: relato de caso. *Arch Health Invest*. 2017;9:408–13.
10. Ayres APA, Berger SB, Carvalho AO, Giannini M. Efeito do peróxido de hidrogênio na permeabilidade dental. *Rev Bras Odontol*. 2016;73(2):96–100.
11. Fernandes HGK, Silva R, Marinho MAS, Oliveira POS, Ribeiro JCR, Moyses MR, et al. Evolução da resina composta: revisão da literatura. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2014;12(2):401–11. doi:10.5892/ruvrd.v12i2.1465
12. Modena KCS, Colombini-Ishikiriama BL, Ishikiriama SK, Scotti CK, Nahsan FPS. Multidisciplinary esthetic approach for multiple anterior diastema: 36-month clinical performance. *Braz Dent Sci*. 2015;18(4):111–20. doi:10.14295/bds.2015.v18i4.1124

13. Martins LM, Pereira LS, Milhomem CNR, Yamashita RK. Revisão de literatura das técnicas de estratificação com resina composta em dentes anteriores. *Res Soc Dev.* 2022;11(15):e06111536712. doi:10.33448/rsd-v11i15.36712
14. Lempel E, Lovász BV, Meszarics R, Jeges S, Tóth A, Szalma J. Direct resin composite restorations for fractured maxillary teeth and diastema closure: a 7-year retrospective evaluation. *Dent Mater.* 2017;33(4):467–76. doi:10.1016/j.dental.2017.02.001
15. Matta JBSF, Pereira BAB, Rocha LMBM. Restaurações diretas em dentes anteriores com resina composta: revisão sistemática da literatura. *Braz J Health Rev.* 2024;7(1):3664–80.

ANEXO A - SUBMISSÃO PARA REVISTA GAÚCHA DE ODONTOLOGIA



SciELO RGO - Revista Gaúcha de Odontologia

Home Author

Author Dashboard

Author Dashboard

- 1 Submitted Manuscripts >
- Start New Submission >
- Legacy Instructions >
- 5 Most Recent E-mails >

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
✉ Contact Journal ADM: Capeletto, Samanta	RGO-2025-0058	Transformação Estética do Sorriso: Relato de Caso View Submission	03-Jul-2025	07-Jul-2025

- Awaiting EIC Decision
- Awaiting Reviewer Selection

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 7.398.289

6. Declaração de compromisso do pesquisador responsável: Presente e adequada.
7. Folha de rosto: Presente e adequada.
8. Projeto de pesquisa completo e detalhado: Presente e adequado.
9. Termo de Solicitação de Dispensa de TCLE (quando necessário): Não se aplica.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP emite parecer após reunião remota ordinária.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2477672.pdf	21/01/2025 15:49:34		Aceito
Brochura Pesquisa	CEP_RELATO_DE_CASO_alterado.pdf	21/01/2025 15:48:54	Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado_assinado.pdf	21/01/2025 15:47:21	Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Transformacao_estetica_sorriso.pdf	18/12/2024 16:01:31	Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de Freitas	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Transformacao_Sorriso_assinado_assinado.pdf	18/12/2024 15:57:35	Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de Freitas	Aceito
Outros	TCUD_transformacao_sorriso_assinado_assinado.pdf	18/12/2024 15:57:18	Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_pesquisador_Transformacao_sorriso_assinado.pdf	18/12/2024 15:55:55	Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de Freitas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI_Atualizado_Transformacao_sorriso_assinado.pdf	18/12/2024 15:54:44	Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de Freitas	Aceito
Orçamento	Orcamento_Transformacao_Sorriso.	18/12/2024	Amanda Beatriz	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 7.398.289

Orçamento	pdf	15:47:19	Dahdah Aniceto de Freitas	Aceito
Cronograma	Cronograma_Transformacao_Sorriso.pdf	18/12/2024 15:47:01	Amanda Beatriz Dahdah Aniceto de Freitas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 20 de Fevereiro de 2025

Assinado por:

Neidimila Aparecida Silveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro **CEP:** 37.130-001

UF: MG **Município:** ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br