



CURSO DE ODONTOLOGIA

CLARA DÓRIA DE MAGALHÃES E UZÊDA

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO ATRAVÉS DO
CLAREAMENTO DENTAL E RESINAS COMPOSTAS:
relato de caso**

**AESTHETIC REHABILITATION OF SMILE THROUGH
DENTAL BLEACHING AND COMPOSITE RESINS: case
report**

SALVADOR
2018.1

CLARA DÓRIA DE MAGALHÃES E UZÊDA

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO ATRAVÉS DO
CLAREAMENTO DENTAL E RESINAS COMPOSTAS:
relato de caso**

**AESTHETIC REHABILITATION OF SMILE THROUGH
DENTAL BLEACHING AND COMPOSITE RESINS: case
report**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dra. Juliana Felippi de Azevedo Bandeira

SALVADOR
2018.1

**“Se você pode sonhar, você pode fazer!”
Walt Disney**

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser o meu guia, me dar forças e nunca me deixar falta a Fé.

A toda a minha família, em especial aos meus pais Rosana e César, pela paciência, pelo apoio e incentivo para vencer mais esta etapa e aos meus avós, Orlando e Margarida, portodoamor e carinho durante essa longa caminhada.

A minha orientadora, Profa. Dra. Juliana Felippi de Azevedo Bandeira, pelos ensinamentos passados, pela amizade, por sempre me incentivar a ir mais longe e pela excelente orientação.

As Professoras Viviane Maia e Érica Del Peloso, pelas sugestões e correções.

Ao meu amigo, Marcelo Python, por toda ajuda durante a criação e desenvolvimento do meu trabalho.

A Gabriel, por toda paciência e amor durante essa longa jornada.

A todos os meus amigos, pelo incentivo diário.

A minha paciente, pela disponibilidade de tempo, troca de conhecimento e por me permitir transformar o seu sorriso para produzir esse trabalho.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos os colegas professores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO 8

2. RELATO DE CASO 10

2.1. ANAMNESE, EXAME CLÍNICO E EXAMES 10

COMPLEMENTARES

2.2. SELEÇÃO DOS DENTES A SEREM 11

CLAREADOS E REGISTRO DE COR INICIAL

2.3. CLAREAMENTO DE CONSULTÓRIO 11

2.4. CLAREAMENTO CASEIRO 12

SUPERVISIONADO

2.5. RECOMENDAÇÕES A PACIENTE 13

2.6. REGISTRO DA COR APÓS CLAREAMENTO 13

2.7. SUBSTITUIÇÃO DA RESTAURAÇÃO DE 14

RESINA COMPOSTA NA UNIDADE 2.1

3. DISCUSSÃO 18

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 23

REFERÊNCIAS

ANEXOS

RESUMO

A estética dentária é almejada com grande frequência pela sociedade contemporânea; a presença de fatores como desalinhamentos dentários, alterações de forma, cor e tamanho dos dentes interferem significativamente na vida dos indivíduos, levando-os aos consultórios odontológicos a procura do restabelecimento da harmonia do sorriso. O objetivo desse trabalho é descrever, através de um relato de caso, a reabilitação estética do sorriso com a utilização de clareamento dental e restauração de resina composta direta. Paciente ALBA, 23 anos, sexo feminino, compareceu ao Centro Odontológico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) insatisfeita com a estética do seu sorriso devido à alteração de cor dos seus dentes e restauração insatisfatória em dente anterior. Foi realizado clareamento dental externo e, após 14 dias, feito a substituição da restauração direta com resinas compostas nanohíbridas. Desta forma foi alcançada a estética e harmonia do sorriso de maneira minimamente invasiva.

PALAVRAS-CHAVE: Clareamento Dentário; Estética Dentária; Resinas Compostas.

ABSTRACT

Dental aesthetics are frequently sought by contemporary society; the presence of factors such as dental misalignments, changes in shape, color and size of the teeth interfere significantly in the life of the individuals, leading them to dental offices seeking the restoration of smile harmony. The objective of this work is to describe, through a case report, the aesthetic rehabilitation of the smile with the use of dental whitening and restoration of direct composite resin. ALBA patient, 23 years old, female, attended the Dental Center of the Bahian School of Medicine and Public Health (EBMSP) dissatisfied with the aesthetics of her smile due to altered color of her teeth and unsatisfactory restoration in a previous tooth. External dental bleaching was performed and, after 14 days, making the substitution of the direct restoration with nano-hybrid composite resins. In this way the aesthetics and harmony of the smile were achieved in a minimally invasive way.

KEY WORDS: Tooth Bleaching; Esthetics Dental; Composite Resins.

1. INTRODUÇÃO

A procura pela estética dentária é frequente nos consultórios; os pacientes buscam continuamente “sorrisos perfeitos”, semelhantes aos enaltecidos pela mídia; brancos, alinhados e bem contornados (1,2). A harmonia do sorriso é uma característica que interage com a face do paciente, tornando-a mais ou menos atraente diante da sociedade (1,2). Entretanto, a satisfação do paciente é importante, porém deve-se avaliar as condições bucais do mesmo, alinhado as suas expectativas (3).

A alteração de cor dos dentes é um aspecto importante do sorriso, por ser esta desarmonia primeiramente percebida que outras anomalias estéticas (3,4). O clareamento dental é uma técnica largamente utilizada como forma de melhorar as variações de cor dos dentes, cujo escurecimento pode ter sido causado por fatores extrínsecos e intrínsecos (3,4). É um procedimento conservador, de fácil execução, que pode ser feito em consultório utilizando agentes clareadores em alta concentração e/ou em casa, sob supervisão do cirurgião-dentista, com agentes em concentrações menores, relativamente rápido e com resultados estéticos comprovados a longo tempo (3,4,5).

Os dentes apresentam fenômenos ópticos que conferem a sua estratificação natural, como a cor, translucidez, opacidade, opalescência, fluorescência (6,7). Para a correta mimetização, as resinas compostas atuais apresentam uma diversidade de cores, que variam de opacas a translúcidas, proporcionando uma reabilitação cada vez mais próxima do natural (6,7,8). Para a restauração de dentes anteriores, o profissional deve levar em consideração tanto a forma, cor, tamanho e textura, como a relação entre dentes, tecidos periodontais e os tecidos moles (6,8,9).

A reabilitação estética do sorriso envolvendo o clareamento dental e resinas compostas é possível e produz alto resultado estético desde que respeitadas as propriedades de cada material (10,11,14,15,16). A substituição das restaurações deve ser feita em torno de 7 a 14 dias após a finalização da etapa clareadora para que ocorra a completa eliminação do oxigênio residual proveniente da reação de clareamento, o qual interfere na adesão do material restaurador as estruturas dentárias (10-14). Este tempo também permite uma maior estabilidade de cor dos dentes após o tratamento clareador (11,15,16).

O objetivo desse trabalho é descrever o caso clínico de uma paciente insatisfeita com a estética do seu sorriso em função da coloração dos seus dentes e presença de restauração insatisfatória em dente anterior (unidade 2.1). Foi realizado procedimento clareador externo e posterior substituição da restauração em resina composta direta.

2. RELATO DE CASO

Paciente ALBA, 23 anos, sexo feminino, ASA I, compareceu ao Centro Odontológico da EBMSp, insatisfeita com a estética do seu sorriso devido à alteração de cor dos dentes e restauração insatisfatória na unidade 2.1.

2.1. ANAMNESE, EXAME CLÍNICO E EXAMES COMPLEMENTARES

Durante a anamnese, a paciente relatou que sofreu trauma no dente 2.1 aos 6 anos de idade, ocasionando a fratura do mesmo no terço médio-incisal. Informou, ainda, dor aguda, súbita e de curta duração na unidade fraturada e insatisfação com a estética da restauração, devido ao longo período em boca. Durante o exame clínico foi observada a presença de uma restauração de resina composta na unidade 2.1 com evidência da linha de fratura localizada no terço médio-incisal, provocada pela infiltração nas margens da referida restauração, além da coloração “amarelada” que acometia os demais dentes, principalmente os caninos, realçando ainda mais a restauração e diagnóstico de hipersensibilidade dentinária na unidade traumatizada (2.1). (Figura 1) O exame radiográfico periapical da unidade 2.1 apontou normalidade no periápice, ausência de nódulos pulpares e contorno radicular preservado. O teste de sensibilidade pulpar apresentou resposta positiva.

Diante da queixa principal, associado aos exames clínico e radiográfico, foi planejada reabilitação estética do sorriso através de clareamento dental externo seguido de substituição da restauração deficiente em resina composta do incisivo central superior esquerdo (2.1).



Figura 1 (A-B-C) - A) Aspecto intra oral com evidência de restauração de resina composta e linha de fratura da unidade 2.1; B) Aspecto intra oral lado direito, evidenciando a alteração de cor dos caninos; C) Aspecto intra oral lado esquerdo, evidenciando a alteração de cor dos caninos.

2.2. SELEÇÃO DOS DENTES A SEREM CLAREADOS E REGISTRO DE COR INICIAL

Os dentes a serem clareados foram selecionados a partir da linha de sorriso da paciente, de primeiro molar até primeiro molar superior e inferior. Foi realizado o registro da cor através da escala VITA 3D-MASTER (VITA Toothguide 3D-MASTER, Zahnfabrik, Bad Sackingen, Germany), sendo definida para os incisivos centrais 2L1.5, os incisivos laterais 2M1 e os caninos 4L1.5, além de fotografias digitais.

2.3. CLAREAMENTO DE CONSULTÓRIO

Para o clareamento de consultório, foi realizada a profilaxia com pasta profilática, lubrificação dos lábios utilizando a pomada Bepantol (Bayer S.A., São Paulo, SP, Brasil) e isolamento relativo com afastador de lábio, língua e bochechas (Arcflex, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil). Em seguida, foi feita a aplicação, por dez minutos, de gel dessensibilizante à base de Cloreto de Estrôncio a 10% e Nitrato de potássio a 5% (Desensibilize, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil) em todas as unidades que seriam clareadas, com o auxílio de um microbrush (Brush, KG Sorensen, Indústria e

Comércio LTDA, Brasil). Após o tempo, o gel foi removido com cânula de aspiração (First Class, Euronda Spa, Brasil) e lavado abundantemente.

Com a gengiva e dentes secos, procedeu-se com a colocação da barreira gengival (Top Dam, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil), recobrando a margem gengival dos dentes e papilas. A barreira foi fotopolimerizada utilizando luz de LED (LD Max, Gnatus, Brasil), a cada três dentes, por vinte segundos.

Para o procedimento clareador foi selecionado o gel à base de peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP Maxx, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil) que foi manuseado e utilizado de acordo com as recomendações do fabricante, numa proporção de três para um, sendo depositado doze gotas do peróxido de hidrogênio para quatro gotas do espessante. O gel foi aplicado sobre a superfície vestibular dos dentes, utilizando uma seringa hipodérmica estéril de dez mililitros (Sr Productos para La Salud S.A, Pedro Juan Caballero, Paraguai). Foram feitas, na primeira sessão, duas aplicações de quinze minutos cada e na segunda sessão clínica, após uma semana, três aplicações de quinze minutos cada. Entre essas aplicações, o gel foi removido com auxílio de uma cânula de aspiração e bolinhas de algodão, sem lavagem.

2.4. CLAREAMENTO CASEIRO SUPERVISIONADO

Entre as sessões de clareamento de consultório, foi realizado o clareamento caseiro supervisionado, onde procedeu-se com a moldagem das arcadas superior e inferior, com alginato (Jeltrate Dustless, DENTSPLY,

Petrópolis, RJ, Brasil) e confecção de moldeiras plásticas utilizando a plastificadora (PlastVac P7, Bio-Art, Brasil) e placas de acetato de 0,5mm de espessura. Foi utilizado gel clareador à base de peróxido de carbamida a 16% (Whiteness Perfect, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil), por duas semanas, durante duas horas por dia.



Figura 2 - Finalização do clareamento dental evidenciando ainda mais a restauração de resina composta da unidade 2.1.

2.5. RECOMENDAÇÕES A PACIENTE

A paciente foi instruída a utilizar dentífrico dessensibilizante, uma semana antes de iniciar a etapa clareadora, durante e uma semana após a finalização do tratamento, para prevenir a hipersensibilidade dentinária. Foi sugerida a Colgate Sensitive Pro-Alívio (Colgate-Palmolive Indústria LTDA, São Paulo, Brasil). Além disso, a mesma foi orientada, por escrito e verbalmente, a realizar escovação somente trinta minutos após clareamento e evitar o consumo de alimentos contendo substâncias corantes e pH ácido por um período de duas horas após o clareamento dental. A paciente foi avaliada semanalmente para acompanhamento dos resultados do procedimento clareador e avaliação da hipersensibilidade dentinária relatada na unidade 2.1.

2.6. REGISTRO DA COR APÓS CLAREAMENTO

Após a finalização do clareamento dental, aguardou-se um período de quatorze dias para realizar o novo registro da coloração dos dentes, utilizando a mesma escala de cor inicial e fotografias digitais. A cor registrada foi, para os incisivos centrais e incisivos laterais 1M1 e caninos 2M1.

2.7. SUBSTITUIÇÃO DA RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA NA UNIDADE 2.1

Na fase restauradora, foi confeccionada muralha palatina através da moldagem prévia da restauração antiga que apresentava anatomia satisfatória na face palatina. Para isto, foi utilizada silicona de adição Elite HD+ (Zhermack S.p.A, Badia Polesine, Italy), com o intuito de restabelecer a face palatina da unidade 2.1.

Em seguida, foi feita a profilaxia utilizando pasta profilática, anestesia da unidade e escolha de cor da resina composta. A seleção de cor do material resinoso foi feita através de um ensaio clínico restaurador. Para isso, foram fotopolimerizados incrementos de resinas compostas, para esmalte e dentina, por vinte segundos, utilizando luz de LED, no dente a ser restaurado sem realizar a hibridização prévia do substrato dental.

Procedeu-se com a colocação do isolamento absoluto do campo operatório abrangendo do primeiro pré-molar direito ao pré-molar do lado oposto. Prosseguiu-se então com a remoção da restauração insatisfatória utilizando ponta diamantada esférica número 1014 (KG Sorensen, Indústria e

Comércio LTDA, Brasil), em turbina de alta rotação, sob refrigeração constante. O bisel foi realizado utilizando ponta cônica diamantada número 1190 (KG Sorensen, Indústria e Comércio LTDA, Brasil) com angulação de 45°.

Para a hibridização do substrato, foi posicionada uma tira de poliéster entre o dente a ser restaurado e os adjacentes e aplicado ácido fosfórico a 37% (Acid gel; Dentalville do Brasil Ltda, Joinville, SC, Brasil) por trinta segundos no esmalte e quinze segundos na dentina, sendo removido com jato de ar/água e secado cuidadosamente com papel absorvente. Em seguida, foi aplicado o sistema adesivo convencional de dois passos (Adper Single Bond 2, 3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil), removendo os excessos com auxílio de microbrush e gaze em duas camadas consecutivas e fotopolimerizadas, ao final, utilizando luz de LED, por vinte segundos em cada face.

Para a restauração utilizou-se a técnica incremental da resina composta, fotopolimerizando cada incremento por vinte segundos e, ao final, cada face por quarenta segundos. A parede palatina do dente foi confeccionada com resina cor BL-L Enamel (IPS Empress Direct; Ivoclar Vivadent AG, Barueri, SP, Brasil). No terço incisal foi utilizado resina cor Trans 20 (IPS Empress Direct; Ivoclar Vivadent AG, Barueri, SP, Brasil). O corpo da restauração foi feito com resinas cor BL-L Dentin (IPS Empress Direct; Ivoclar Vivadent AG, Barueri, SP, Brasil) e Forma A1D (Forma Ultradent Products, Inc., Indaiatuba, SP, Brasil). A restauração foi finalizada com resina composta de cor BL-L Enamel.

O isolamento absoluto foi removido e os contatos incisais e palatinos foram avaliados utilizando papel carbono, e devidamente ajustados. O acabamento da restauração foi feito por meio de pontas diamantadas de

granulação fina e extra fina (KG Sorensen, Indústria e Comércio LTDA, Brasil) e discos de lixa com abrasividade decrescente (TDV Dental Ltda., Santa Catarina, SC, Brasil). A texturização da restauração foi feita utilizando lapiseira grafite e ponta cônica diamantada número 1190 de granulação fina. O polimento foi executado em outra sessão, utilizando disco de feltro (TDV Dental Ltda., Santa Catarina, SC, Brasil) e pasta para polimento (Diamond Universal; Maquira Indústria de Produtos Odontológicos S.A., Maringá, PR, Brasil).

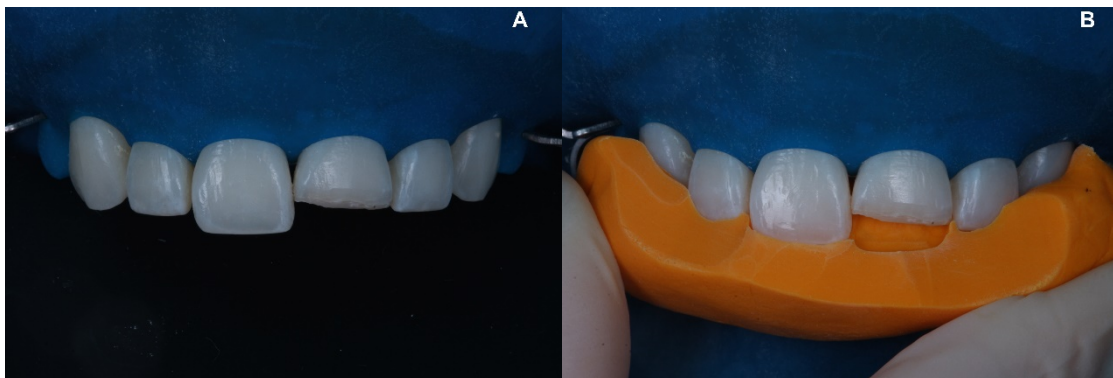


Figura 3 (A-B) - A) Remoção da restauração antiga e confecção de bisel na face vestibular da unidade 2.1; B) Adaptação da muralha palatina para restauração da referida face.



Figura 4 - Finalização da restauração de resina composta na unidade 2.1.

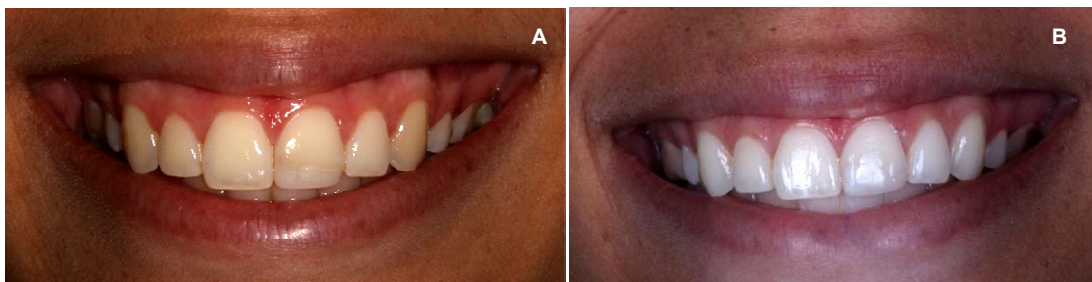


Figura 5 (A-B) - A) Aspecto inicial do sorriso; B) Aspecto final do sorriso.

3. DISCUSSÃO

A procura crescente pela estética do sorriso, em conjunto com o desenvolvimento gradativo de novos materiais e técnicas, fomentados por uma divulgação maciça na mídia dos padrões de beleza, proporcionou um crescimento importante na Odontologia Estética (16).

A busca rotineira por tratamentos menos invasivos, como o clareamento dental e restaurações diretas de resina composta, responsáveis por conservar ao máximo a estrutura dental e promover alto resultado estético, tornou-se algo frequente dentro dos consultórios odontológicos (5,7,16). Para o presente caso, foi selecionado, para o estabelecimento da harmonia do sorriso, o clareamento dental externo seguido de restauração de resina composta direta em dente fraturado.

O clareamento dental consiste em uma técnica simples, eficaz, conservadora, de fácil execução, com resultados satisfatórios e comprovados a longo prazo (5,14,16,17). Desde que corretamente indicado e aplicado, não causa danos para a estrutura dental (14). Os agentes clareadores, independente da sua concentração, apresentam baixo peso molecular e por isso uma boa capacidade de penetração no esmalte e na dentina (3,5,16). Esses, quando em contato com os dentes e saliva, liberam radicais livres, como o oxigênio, responsáveis pela oxidação das macromoléculas de pigmentos, reduzindo as cadeias longas e complexas para simples e curtas, permitindo maior reflexão da luz, tornando os dentes mais claros (10,11,12,14,16,17,18).

A técnica de clareamento de consultório associado ao clareamento caseiro supervisionado foram a escolha para a execução desse caso devido a

alteração cromática dos dentes apresentada pela paciente, além da possibilidade de diminuição do tempo total de tratamento e estabilidade de cor, quando comparado com a indicação das técnicas isoladamente (5,15,16).

Iniciou-se pela técnica de consultório utilizando peróxido de hidrogênio a 35%, uma vez que a sua degradação em moléculas reativas de oxigênio é mais rápida, removendo as manchas em esmalte e dentina mais superficiais (14,16,17,18). No intervalo entre as sessões de clareamento de consultório, a paciente foi orientada a fazer o clareamento caseiro supervisionado. O agente clareador de escolha foi o peróxido de carbamida a 16%, por esse apresentar um polímero espessante em sua formulação, o Carbopol, conferindo estabilidade ao agente, através da liberação lenta de radicais oxidativos, retardando a degradação das macromoléculas de pigmentos, aumentando o tempo de permanência do produto em contato com os dentes, atuando na dentina mais profunda, promovendo maior estabilidade de cor (11,14,15,16).

Apesar da paciente informar hipersensibilidade na unidade 2.1 durante a anamnese, nenhum relato de sensibilidade foi dito durante e após o clareamento dental. Foi utilizado dentífrico a base de arginina e carbonato de cálcio e gel dessensibilizante a base de Cloreto de Estrôncio a 10% e Nitrato de Potássio a 5%, como descrito por alguns autores na literatura, como forma de prevenir a sensibilidade durante o tratamento clareador (17,19,20,21).

Antes de iniciar o planejamento estético discutido e autorizado pela paciente, a mesma foi avisada dos potenciais riscos e desconfortos advindos da reabilitação envolvendo clareamento e restauração de resina composta, tais como a possível necessidade de substituição da restauração presente, visto

que a resina composta não é sensibilizada pelo agente clareador, além do tempo de espera necessário, em torno de 7 a 14 dias, para a troca da restauração, devido aos efeitos provenientes do oxigênio residual na adesão e estabilidade de cor dos dentes recém clareados (10-13).

A resina composta é um material restaurador adesivo que, através do procedimento de hibridização, forma uma camada híbrida na superfície a ser restaurada, promovendo a sua adesão a estrutura dentária (7,22). Radicais oxidativos oriundos do clareamento dental interferem na polimerização da resina, reduzindo a resistência de ligação da resina composta ao esmalte, promovendo futuras infiltrações nas margens da restauração, comprometendo o desempenho clínico e estético da reabilitação (10-14,22). Alguns estudos sugerem o uso de substâncias antioxidantes afim de diminuir o intervalo de espera para restaurar (13,23).

Arumugam et al. (13) realizaram um estudo in vitro com o intuito de avaliar os efeitos neutralizantes de alguns antioxidantes, Ascorbato de Sódio (10%), Proantocianidina (6,5%) e o Licopeno (5%), sugerindo que os mesmos são capazes de reverter a reduzida resistência de ligação da resina composta ao esmalte clareado quando imediatamente restaurados (13). O Ascorbato de Sódio a 10% apresentou melhores resultados quando aplicado por dez minutos na superfície de dentes recém-clareados (13). Ramos et al. (23) em um relato de caso clínico, aplicaram Bicarbonato de Sódio a 10%, por 5 minutos, no esmalte clareado e logo em seguida realizaram a restauração (23). Após 1 ano de avaliação clínica, as restaurações não apresentaram nenhum tipo de comprometimento estético (23).

Mesmo diante de alguns estudos a respeito do uso de antioxidantes e outras substâncias que permitam minimizar o tempo entre etapa clareadora e etapa restauradora, em nenhum deles os autores desconsideraram a espera de 7 a 14 dias para início dos procedimentos restauradores (13,23). Assim, para o presente caso, optou-se por aguardar o período de quatorze dias para realização da nova restauração da unidade, visto que o clareamento dental, além de interferir na polimerização do material resinoso, promove uma desidratação dos dentes e reduz temporariamente a translucidez do esmalte o que poderia interferir na escolha de cor da resina composta, influenciando na estética final do trabalhos (5,12).

As restaurações do tipo classe IV requerem alto rigor estético (6,8). Por conta disso, é necessário selecionar a cor dos dentes e do material a ser utilizado, entender a estratificação natural que os dentes apresentam devido as diferentes espessuras dos seus substratos, associado as habilidades do profissional, tornam-se critérios de suma importância para se conseguir resultado satisfatório (6,8,9).

As resinas compostas atuais apresentam propriedades e finalidades que permitem confeccionar reabilitações cada vez mais naturais (7,8,22). A grande variabilidade de cores desse material possibilita mimetizar a estratificação dental proveniente das diferenças de cor e de translucidez e opacidade dos seus substratos, esmalte e dentina, nos diferentes terços dentais (7,8,9).

Nesse relato de caso, por se tratar de dente anterior (unidade 2.1), optou-se pelo uso de resinas compostas nanohíbridas, por essas apresentarem uma variabilidade de cores, permitindo simular a policromaticidade que os

dentos naturais apresentam, além de excelente polimento, o que é de extrema importância, pois além de conferir o brilho final da restauração, minimiza a incorporação de pigmentos na restauração (7,8,9,22). Ademais, essas resinas também exibem boas propriedades mecânicas, sendo um material de excelência na elaboração de restaurações estéticas (7,8,22).

Os tratamentos estéticos restauradores são transformadores na vida do indivíduo (1,2). Eles devolvem a autoestima, a autoconfiança e a autoimagem dos mesmos, que em algum momento tenha sido perdida por conta de desarmonias presentes no sorriso (1,2,3). Para que isso aconteça, é importante que o profissional, no momento do planejamento estético, associe as expectativas do paciente com o que é possível ser feito para cada caso (1,2,3). Ao final da execução desse caso, o resultado estético do sorriso foi alcançado com êxito e de maneira minimamente invasiva.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação estética dos dentes associando clareamento dental e restaurações de resina composta é viável, conservadora e com excelentes resultados, desde que sejam respeitadas as particularidades de cada material. O intervalo de espera entre etapa clareadora e restauradora é importante para estabilidade de cor da estrutura dentária e adesão do material restaurador ao dente.

REFERÊNCIAS

1. Alves GN, Aras WMF. Percepção de pacientes em relação à estética dentária. Rev. Saúde. Com, 2014; 10(2): 161-71.
2. Santos BC, Dantas LF, Silva SC, Lima LHA, Agra DM, Fernandes DC. Odontologia Estética e qualidade de vida: revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, 2016; 3(3): 91-100.
3. Penha ES, Pinto WT, Lacerda dos Santos R, Guines GMT, Medeiros ADM, Lima AMA. Evaluation of Different In-Office Tooth Whitening Systems. RFO, 2015; 20(3): 281-6.
4. Silva FMM, Nacano LG, Pizi ECG. Avaliação Clínica de Dois Sistemas de Clareamento Dental. Rev Odontol Bras Central, 2012;21(56): 473-9.
5. Silva CF, Xavier SR, Kinalski MA, Martos J. Restabelecimento da estética dentária por meio da combinação de clareamento de consultório e caseiro. Rev. APCD, 2015; 69(4): 364-8.
6. Baratieri LN. Preparo e restaurações Classe IV com compósitos. In: Baratieri LN, Monteiro Jr. S, Melo TS et al. Odontologia Restauradora: fundamentos e técnicas, volume 1. São Paulo: Santos. p. 203-39.
7. Baratieri LN. Resinas Compostas. In: Baratieri LN, Monteiro Jr. S, Melo TS et al. Odontologia Restauradora: fundamentos e técnicas, volume 1. São Paulo: Santos. p.113-9.
8. Santos FG, Coutinho EFS, Diniz MF, Soares CEO, Feitosa DAS. Reabilitação Estética em Dentes Anteriores Permanentes Traumatizados. J Health Sci, 2016;18(3):195-0.
9. Romero MF, Haddock FJ, Freitas AG, Brackett WW, Brackett MG. Restorative Technique Selection in Class IV Direct Composite Restorations: A Simplified Method. Oper Dent, 2016; 41(3): 243-8.

10. Piemjai M, Lenglerdphol S. Effect of strong tooth-bleaching with 38% hydrogen peroxide on marginal seal of dental restorations using self-etch and total-etch adhesives. *JERD*, 2017; 30(2):153-159.
11. Borges GA, Pereira GA, Martinelli J, José de Oliveira W. A Influência do Clareamento Dental na Resistência de União na Interface Resina-Esmalte. *ROBRAC*, 2006; 15(40): 46-54.
12. Bittencourt ME, Trentin MS, Linden MSS, Arsati YBOL, França FMG, Flório FM, Basting RT. Influence of In Situ Postbleaching Times on Shear Bond Strength of Resin-Based Composite Restorations. *JADA*, 2010; 141(3): 300-6.
13. Arumugam MT, Nesamani R, Kittappa K, Sanjeev K, Sekar M. Effect of various antioxidants on the shear bond strength of composite resin to bleached enamel: An *in vitro* study. *J Conserv Dent*, 2014; 17(1): 22–26.
14. Soares FF, Sousa JAC, Maia CC, Fontes CM, Cunha LG, Freitas AP. Clareamento em dentes vitais: uma revisão literária. *Rev. Saúde.Com*, 2008; 4(1): 72-84.
15. Barbosa DC, De’Stefani TP, Ceretta LB, Ceretta RA, Simões PW, D’Altoé LF. Estudo comparativo entre as técnicas de clareamento dental em consultório e clareamento dental caseiro supervisionado em dentes vitais: uma revisão de literatura. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 2015; 27(3): 244-5.
16. Dillenburg ALK, Conceição EN. Clareamento Dental. In: Conceição, EN. *Dentística: Saúde e Estética*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 235-63.
17. Gomes CS, Noronha Filho JD, Penelas AG, Fonseca PSG. Avaliação de hipersensibilidade dentinária em função do procedimento clareador: revisão de literatura. *RBO*, 2014; 71(2): 194-7.
18. Kina M, Borghi APS, Fabre AF, Martins OCL, Simonato LE, Boer NP, Kina J. Clareamento dental em dentes vitais: protocolo clínico em consultório. *ArchHealth Invest*, 2015; 4(4): 7-12.
19. Haywood VB, Caughman WF, Frazier KB, Myers ML. Tray delivery of potassium nitrate-fluorideto reduce bleaching sensitivity. *Quintessence Internacional*, 2001; 32(2): 105-9.

20. Haywood VB, Cordero R, Wright K, Gendreau L, Rupp R, Kotler M, Littlejohn S, Fabyanski J, Smith S. Brushing with a Potassium Nitrate Dentifrice to Reduce Bleaching Sensitivity. *J Clin Dent*, 2005; 16(1): 17-22.

21. Crescente CL, Pinto CF. Análise da sensibilidade após o uso prévio de dessensibilizante em clareamento dental. *RBO*, 2016; 73(1): 34-8.

22. Velo MMAC, Coelho LVBF, Basting RT, Amaral FLB, França FMG. Longevity of restorations in direct composite resin: literature review. *RGO*, 2016; 64(3): 320-6.

23. Ramos CM, Bim Junior O, Rodrigues RF, Maenosono RM, Alencar MS, Wang L, Borges AFS. Bonding to bleached enamel treated with 10% sodium bicarbonate: a one-year follow-up. *Braz Dent Sci*, 2014; 17(4): 119-24.

ANEXO 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Pelo presente instrumento, eu, **AMANDA LETICIA BORGES ARAGAO**
Portador do RG **1288441240** e CPF **10078449731** residente e domiciliado
ALAMEDA DOS ANTULHOS
671, **SALVADOR**, **BA**,

declaro que fui suficientemente esclarecido (a) sobre o procedimento a que vou me submeter, consubstanciado no tratamento odontológico descrito no Plano de Tratamento aprovado, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do mesmo.

1. Após a avaliação clínica, declaro que fui devidamente orientado (a) sobre alternativas de tratamento, tendo optado por livre e espontânea vontade em realizar o procedimento contratado.
2. Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento terá duração prolongada, sendo que deverei retornar na clínica ambulatorial nos dias e horários determinados, bem como informar ao profissional responsável sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir.
3. A falta às consultas agendadas por três vezes consecutivas implicará no abandono do tratamento, arcando o paciente com as consequências da desistência voluntária.
4. Declaro encontrar-me ciente de que as etapas clínicas do tratamento serão supervisionadas pelo(s) professor(es), que está(ão) orientando a(s) equipe(s), bem como que o abandono do tratamento poderá acarretar prejuízos à minha saúde, inclusive com agravamento do estado inicial, não podendo ser responsabilizado(s) o(s) profissional(is) que me assistir(em).
5. Para o caso do tratamento protético, foi esclarecido, dentre outras coisas:
 - a) Sobre a existência de diferentes tratamentos protéticos e a justificativa clínica do tratamento indicado (prótese provisória, prótese total, prótese parcial removível, prótese fixa e prótese sobre implante);
 - b) em relação a estabilidade e retenção das próteses removíveis, que na hipótese de existência de um rebordo reabsorvido associado a uma fibromucosa flácida, poderá a prótese não apresentar uma boa retenção e estabilidade, devido às características clínicas, assumindo integralmente esse risco;
 - c) que, na hipótese de abandono do tratamento, responderá o paciente integralmente pelos custos adicionais gerados, caso haja necessidade de confeccionar uma nova prótese, e;
 - d) que, após a assinatura do prontuário, com escolha da cor e tamanho dos dentes artificiais, bem como do suporte labial (perfil do paciente), não poderá ser realizada nenhuma modificação da prótese. Na hipótese do paciente não ficar satisfeito com o resultado, deverá pagar por uma nova prótese, para realização das alterações desejadas.
6. Em se tratando de implantes Osteointegrados, foi informado, dentre outras coisas:
 - a) Sobre as alternativas de tratamento em que não estivessem envolvidos implantes osseointegrados, e;
 - b) que no caso de enxerto ósseo e implantes na mandíbula existe a possibilidade de parestesia (formigamento) e anestesia temporária ou definitiva do lado inferior.
7. Autorizo () Não autorizo a utilização de fotos, filmagens, modelos, exames complementares e radiografias como materiais didáticos para serem utilizados em aulas, congressos, apresentações científicas e publicações, preservado o anonimato do paciente.

8. Pelo presente, também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito, nas condições propostas.

9. Todas as normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução CFO 118/12.

10. Por estar em pleno acordo com o teor de presente termo, assino abaixo o mesmo.

Salvador 26 de Setembro de 2016



Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

CPF: 100 784 297-31

Testemunha

Testemunha

ANEXO 2 – Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço duplo e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
 - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
 - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir

resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||,,**,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL

ANEXO 3 – Materiais utilizados na execução do caso

TABELA 1: Materiais utilizados na execução do caso.

Material	Marca	Fabricante/ País	Lote	Validade
Escala de cor	VITA Toothguide 3D-MASTER	Germany	-	-
Barreira gengival	TOP DAM	FGM Produtos Odontológicos. Joinville, SC, Brasil	011116	11/2018
Gel dessensibilizante	Desensibilize	FGM Produtos Odontológicos. Joinville, SC, Brasil	011216	12/2018
Gel clareador à base de peróxido de hidrogênio a 35%	Whiteness HP Maxx	FGM Produtos Odontológicos. Joinville, SC, Brasil	130117	01/2019
Alginato	Jeltrate Dustless	DENTSPLY. Petrópolis, RJ, Brasil	2504171 1	10/ 2018
Gel clareador à base de peróxido de carbamida a 16%	Whiteness Perfect	FGM Produtos Odontológicos. Joinville, SC, Brasil	010816	04/2018
Resina Composta BL-L Enamel	IPS Empress Direct	Ivoclar Vivadent AG. Barueri, SP, Brasil	V48461	17/12/2020
Resina Composta BL-L Dentin	IPS Empress Direct	Ivoclar Vivadent AG. Barueri, SP, Brasil	V47415	09/12/2020
Resina Composta Trans 20	IPS Empress Direct	Ivoclar Vivadent AG. Barueri, SP, Brasil	V19414	01/05/2020
Resina Composta A1D	Forma	Forma Ultradent Product. Indaia- tuba, DP, Brasil	D03/9	04/2021
Silicona de Adição	Elite HD+	Zhermack S.p.A. Badia Polesine, Italy	246091	07/2019
Ácido fosfórico a 37%	Acid Gel	Dentalville do Brasil Ltda. Brasil	0626	07/2018
Sistema adesivo convencional de 2 passos	Adper Single Bond 2	3M ESPE. Su- maré, SP, Brasil	N847916	02/2020
Pontas diamantadas F e FF	KG Sorensen	KG Sorensen, Indústria e Comércio LTDA. Brasil	003020	07/2019
Ponta cônica	KG Sorensen	KG Sorensen,	032069	03/2021

diamantada número 1190		Indústria e Comércio LTDA. Brasil		
Ponta esférica diamantada número 1014	KG Sorensen	KG Sorensen, Indústria e Comércio LTDA. Brasil	015754	05/2021
Discos de lixa para acabamento	TDV	TDV Dental Ltda. SC, Brasil	1602130 101	06/2021
Pasta para polimento	Diamond Universal	Maquira. Maringá, PR, Brasil	996116	05/2019