

# Plástica Dental: um Recurso Estético para Promoção de Saúde

Dental Plastic Surgery: an Esthetic Solution for Health Promotion

Sílvia José MAURO\*  
Erica Cristina BROGINI\*\*  
Renato Herman SUNDFELD\*\*\*

---

MAURO, S.J.; BROGINI, E.C.; SUNDFELD, R.H. Plástica dental: um recurso para promoção de saúde. *J Bras Dent Estet*, Curitiba, v.2, n.5, p.15-27, jan./mar. 2003.

A plástica dental pode ser caracterizada como a conformação total dos dentes, utilizando todos os recursos à disposição do Cirurgião-dentista, para proporcionar beleza aos dentes e conseqüentemente uma melhor aparência ao indivíduo. Dessa forma, este artigo tem como objetivo apresentar casos clínicos enfatizando os benefícios que a plástica dental traz ao indivíduo, bem como os parâmetros necessários para o sucesso do trabalho final em relação a forma, função e estética dos dentes e sua relação com os lábios e a face do indivíduo. Comenta e discute, ainda, alguns recursos restauradores que podem ser utilizados na realização da plástica dental e o efeito que ela pode trazer para o indivíduo, melhorando sua auto-estima, permitindo-lhe manifestar sua satisfação pessoal com aquilo que pode ser considerado o mais sublime no ser humano: o sorriso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sorriso; Restauração dentária permanente; Estética dentária.

\* Professor-assistente Doutor da Disciplina de Dentística/Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP; Rua José Bonifácio,

1193 –

CEP16015-050, Araçatuba, SP; e-mail: sjmauro@foa.unesp.br

\*\* Cirurgiã-dentista – Guarulhos – SP

\*\*\* Professor-adjunto – Disciplina de Dentística/Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

## INTRODUÇÃO

A plástica dental pode ser caracterizada como a conformação total dos dentes, utilizando todos os recursos à disposição do Cirurgião-dentista, para proporcionar beleza aos dentes e conseqüentemente uma melhor aparência ao indivíduo (Modificado de: Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3.ed. Ed Nova Fronteira – Plástica. p.427).

No passado, a única preocupação do Cirurgião-dentista era com as lesões de cáries presentes nos elementos dentais, estando sua atuação limitada aos seus tratamentos, caracterizando uma Odontologia essencialmente curativa e restrita à recuperação funcional dos dentes.

Hoje, a atuação do Cirurgião-dentista deve ser mais ampla. Pode estar em suas mãos a grande responsabilidade de proporcionar saúde bucal e mental ao indivíduo. Para tal intento, sua concepção sobre a Odontologia deve estar voltada para as atuais necessidades do ser humano.

A saúde, nos dias atuais, não é mais caracterizada simplesmente como ausência de enfermidades, mas também um estado de espírito no qual haja harmonia entre sua maneira de pensar e suas atitudes (WEYNE, 1997).

O estado de espírito de uma pessoa pode ser avaliado, considerando sua relação com a sociedade, através da expressão facial identificada principalmente pelo brilho dos olhos e pelo sorriso. Quanto maior o brilho nos olhos e a facilidade de sorrir, maior é a espíritosidade do indivíduo e a sua felicidade; conseqüentemente, podemos considerar que este indivíduo goza de perfeita saúde.

Dentro deste contexto, os dentes, principalmente os anteriores, podem ser considerados essenciais para a beleza do indivíduo, proporcionando-lhe liberdade para sorrir, favorecendo um bom convívio social e, assim, promover saúde no seu mais amplo aspecto (GOLDSTEIN, 1980; CHRISTENSEN, 1993; CRISPIN, 1994).

Para a promoção de saúde, os dentes precisam estar dentro dos padrões de beleza adotados nos dias de hoje, ou seja, dentes claros com formas definidas (Figura 1), bem posicionados e alinhados nos arcos mandibular e maxilar e, principalmente, apresentar a mesma forma do seu contra-lateral (Figura 2). Estes ainda devem apresentar uma ótima relação com o grupo de dentes ao qual pertencem, no caso, a bateria anterior (Figura 3); o grupo de dentes anteriores deve apresentar uma excelente relação com os lábios (Figura 4), com o sorriso (Figura 5) e, finalmente, com a face da pessoa (Figura 6) (GOLDSTEIN, 1980; CHRISTENSEN, 1993; RUFENACHT, 1998).

Quando todas essas relações estão em harmonia, podemos considerar que existe beleza no indivíduo. Jamais deveremos considerar os tópicos

acima mencionados, individualmente. Se assim o fizermos, poderemos incorrer em erros para estabelecer o que é belo.

Quando o indivíduo apresenta toda essa harmonia, ele tem todas as condições de manifestar sua alegria e bem-estar, que pode ser percebido em seu sorriso, seu olhar e principalmente em sua relação social. Quando essa harmonia é quebrada por dentes comprometidos por extensas lesões de cárie (Figura 7A), por restaurações mal realizadas (Figura 7B), associação de vários fatores (Figura 7C) ou mesmo cor, forma e comprimento insatisfatórios (Figuras 8 e 9), o paciente se retrai e modifica suas atitudes em seu convívio social, reprimindo em si o que há de mais belo no ser humano: o sorriso. Isto, sem que ele perceba, o faz uma pessoa introvertida, infeliz, resultando na ausência de saúde (WEYNE, 1997).



**FIGURA 1:** Vista aproximada do dente 11, evidenciando suas características individuais.



**FIGURA 2:** Vista aproximada dos dentes 11 e 21, evidenciando a semelhança entre si.



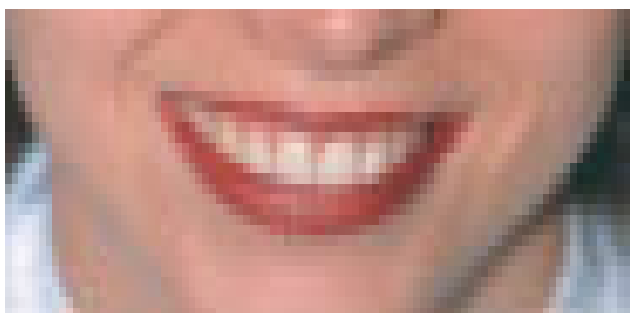
**FIGURA 3:** Vista de todos os dentes anteriores, evidenciando uma ótima relação entre eles.



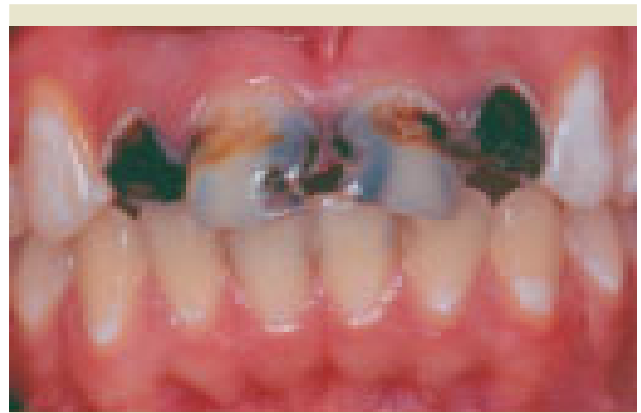
**FIGURA 4:** Relação dos dentes anteriores superiores com os lábios da paciente.



**FIGURA 5:** Relação dos dentes anteriores com o sorriso da paciente.



**FIGURA 6:** Relação dos dentes com o rosto da paciente, sendo evidente a existência de harmonia e satisfação da paciente.



**FIGURA 7:** Dentes anteriores comprometidos por extensas lesões de cárie (A); restaurações insatisfatórias (B); restaurações insatisfatórias, presença de lesões de cárie e problemas periodontais (C), quebrando a harmonia dos dentes, não favorecendo o sorriso.

Algumas das condições freqüentes que quebram a harmonia do sorriso são a cor, a forma e o comprimento dos dentes (Figuras 8 e 10). Quando o indivíduo que apresenta estas alterações está em repouso, com a musculatura peribucal relaxada, a impressão que se tem é que ele não apresenta dentes no arco superior (Figuras 8, 9, 10 e 11). Para mostrar seus dentes, durante o sorriso, o indivíduo precisa contrair em demasia a musculatura, apresentando uma grande abertura bucal. Essa atitude é inconsciente, mesmo assim ele ainda pode ter algum constrangimento em razão de ser evidente seu

esforço para sorrir, e sua impressão é que as pessoas ao seu redor percebem tal esforço. Para que isso não ocorra, o ideal é que os dentes tenham uma cor clara, não apresentem diastemas e seu comprimento deve ser tal que 2 a 4mm do bordo incisal apareçam quando a musculatura labial está em repouso (Figura 4) (GOLDSTEIN, 1980; MENDES & BONFANTE, 1994; RUFENACHT, 1998; ZAMBAN, 2000).

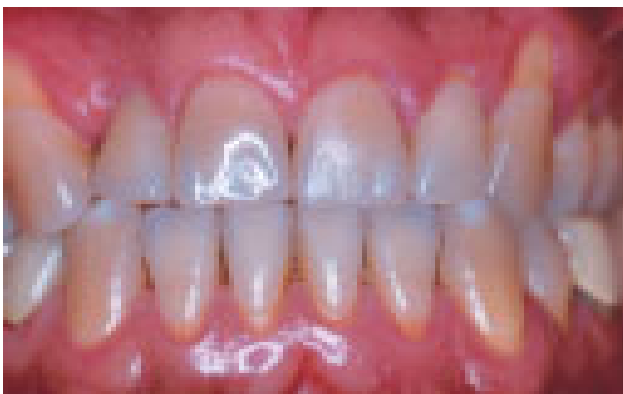
Quando a cor, o comprimento e a forma dos dentes são corrigidos (Figuras 10 a 15), a harmonia dos dentes é estabelecida, podendo modificar o estado de espírito do indivíduo, o qual apresenta um sorriso mais amplo, fazendo-o com mais naturalidade. Este é um reflexo intuitivo de querer mostrar os dentes, que agora estão dentro dos padrões de



**FIGURA 8:** Vista de dentes anteriores curtos com coloração amarelada.



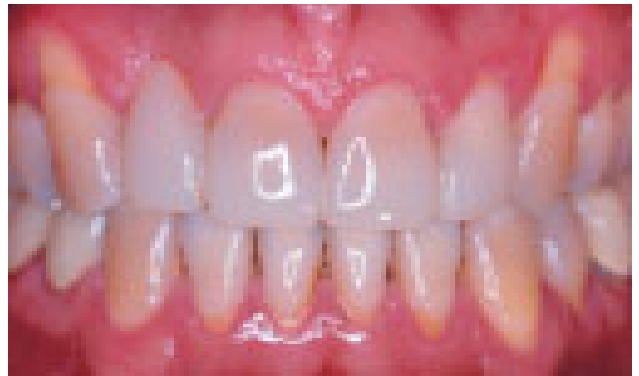
**FIGURA 9:** Vista do mesmo indivíduo da Figura 8, com a musculatura labial em repouso, dando a impressão de ausência dos dentes superiores.



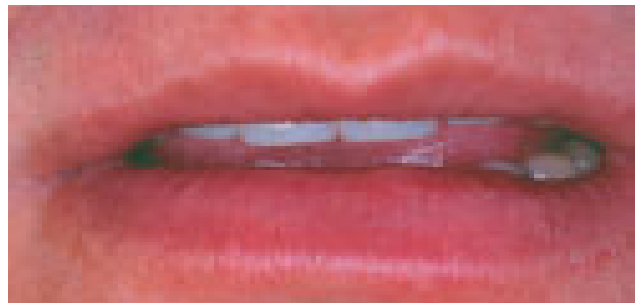
**FIGURA 10:** Vista dos dentes anteriores de um indivíduo, apresentando comprimento reduzido, coloração escura e mordida topo a topo.



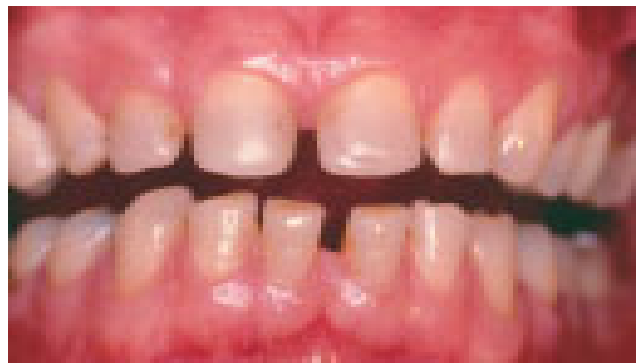
**FIGURA 11:** Vista dos lábios do mesmo paciente da Figura 10, com a musculatura labial em repouso, evidenciando a sensação de ausência dos dentes



**FIGURA 12:** Vista do mesmo paciente da Figura 10 após a correção da cor, forma e comprimento dos dentes.



**FIGURA 13:** Vista dos lábios do mesmo paciente da Figura 10 após as correções mencionadas na Figura 12, mostrando 2 a 4mm da incisal dos dentes, com a musculatura labial em repouso.



**FIGURA 14:** Vista dos dentes anteriores de um paciente, caracterizando ausência total de harmonia.



**FIGURA 15:** Vista dos mesmos dentes anteriores da Figura 14 após a correção de sua forma, cor e tamanho, colocando-os dentro da normalidade.

normalidade, refletindo felicidade.

Para tais correções, é de fundamental importância que o profissional tenha conhecimento dos recursos disponíveis, como técnicas restauradoras diretas e indiretas; técnicas de clareamentos; conhecimento sobre adesão dos materiais restauradores à estrutura dental; conhecimento da forma dos dentes e das estruturas que os compõem, sua relação com os demais dentes de seu grupo (Figura 3); conceitos básicos de oclusão e a relação dos dentes com os tecidos moles peridentais (DAWSON, 1980; GOLDSTEIN, 1980; KOMATSU et al., 1980; HAYWOOD & HEYMAN, 1989; BARATIERI et al., 1993; CHRISTENSEN, 1993; MENDES & BONFANTE, 1994; BRAEN, 1995; GLADYS et al., 1997; SUNDFELD et al., 1997; MAURO et al., 2000; MAURO et al., 2000; ZAMBAN, 2000). É interessante considerar ainda que o profissional precisa planejar e saber indicar as técnicas disponíveis, aplicando seus conhecimentos sustentado em achados científicos e, ainda, estar ciente de sua grande responsabilidade pelas alterações que podem ocorrer no paciente em razão da modificação de seus dentes.

As modificações que a plástica dental podem proporcionar aos dentes são muito acentuadas e elas ocorrem em um curto período de tempo (uma ou duas sessões de atendimento), podendo, em um primeiro instante, causar ao paciente a sensação de que seus dentes estão desproporcionais. É notório que o resultado final é sempre muito favorável, porém o paciente, às vezes, necessita de algum tempo para habituar-se a essas modificações.

O que ocorre com maior frequência é a dificuldade que o paciente apresenta de pronunciar algum tipo de som e a sensação de que os dentes estão exageradamente grandes. Porém, se as correções forem realizadas dentro de parâmetros de normalidade, estes problemas desaparecem em curto período de tempo.

Considerando ser hoje uma necessidade muito

grande a correção dos dentes anteriores alterados por qualquer razão e, ainda, que as correções para devolver harmonia aos dentes, melhorando o estado de espírito das pessoas, podem ser consideradas como promoção de saúde (WEYNE, 1997), propusemo-nos a realizar este trabalho, apresentando e discutindo a



**FIGURA 16:** Aspecto inicial dos dentes do paciente V. F., sendo evidente a quebra da harmonia.

resolução estética de um paciente que apresentava um grande desequilíbrio estético (Figura 16).

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente V.F., 39 anos, sexo masculino, compareceu ao consultório odontológico apresentando dentes amarelados, presença de diastemas, coroas totais de acrílico mal confeccionadas nos dentes 11, 31 e 41 e problemas periodontais (Figura 16).

Apesar de este quadro ferir significativamente a estética e a harmonia, sua queixa principal era sangramento gengival durante a escovação.

Durante o exame clínico, foi identificado e mostrado ao paciente que, além do problema periodontal, ele apresentava outros problemas nos dentes anteriores, com características fora da normalidade, quebrando a harmonia entre eles e os lábios. Após os comentários sobre os problemas, foi informado que hoje, na Odontologia, dispomos de recursos para a correção destes problemas, sendo possível executar uma profunda modificação em seus dentes e, conseqüentemente, em seu sorriso e em sua auto-estima.

Após estas informações, o paciente relatou que na verdade este era o seu maior desejo, ou seja, ter dentes brancos, bem posicionados, uniformes, que pudessem favorecer uma estética melhor. Comentou ainda que seu ânimo para sorrir era limitado em razão de não ter dentes bonitos como os de seus colegas de convívio social. Porém, nunca mencionou este fato ao "seu" dentista anterior por acreditar que seus dentes não tinham mais solução; por outro lado, nunca teve tal proposta por parte do "seu" dentista anterior. Comentou, ainda, que os tratamentos odontológicos

pelos quais ele tinha passado anteriormente eram meramente para tratamento de cárie nos dentes, para solução dos problemas funcionais, não sendo valorizada a estética.

Assim, após exames radiográficos e obtenção dos modelos de estudo, foi realizado o planejamento total do tratamento odontológico e apresentado ao paciente. Foi proposta, a princípio, a realização de tratamento restaurador nos dentes posteriores e, na seqüência, clareamento dental, troca das coroas de acrílico por coroas de cerômeros e fechamento dos diastemas com resina composta, procurando melhorar a relação do comprimento com a largura de seus dentes, para que pudesse ter uma melhor relação com os lábios e, assim, com sua face.

Na seqüência, o paciente foi informado detalhadamente dos procedimentos, limitações do tratamento, cuidados futuros, índice de sucesso e satisfação que ele poderia ter, bem como a necessidade de sua adaptação após a plástica dental e custo do tratamento, deixando a seu critério a decisão para a realização do tratamento.

Após ter sido informado de todos os procedimentos, comentou que a possibilidade de melhorar consideravelmente sua estética agradava-o e então concordou com o planejamento e orçamento, autorizando o início do tratamento.

Assim sendo, depois de realizado todo o tratamento restaurador dos dentes posteriores, iniciou-se a realização da plástica dental dos dentes anteriores, conforme o planejamento inicial.

Dessa forma, os dentes superiores foram submetidos ao clareamento com peróxido de carbamida a 15% (Opalescence – Ultradent, sendo aplicado com



**FIGURA 17:** *Aspecto dos dentes do paciente V. F. após o clareamento dos dentes da arcada superior com Opalescence a 15%.*

moldeiras de acetato). Após 16 aplicações de 4 horas diárias do produto clareador, os dentes já se mostravam claros e do agrado do paciente (Figura 17). Na seqüência, foram realizadas aplicações tópicas de flúor, com fluoreto de sódio gel neutro a 2%, por sete dias, sendo cinco minutos cada aplicação, com auxílio da mesma

moldeira utilizada para o clareamento.

Após a flúorterapia dos dentes superiores, iniciou-se o clareamento dos dentes inferiores da



**FIGURA 18:** *Aspecto dos dentes do paciente V. F. após o clareamento dos dentes das arcadas superior e inferior com Opalescence a 15%.*

mesma maneira como descrito para os dentes superiores. Após 15 aplicações do produto clareador, por quatro horas cada aplicação diária, os dentes já se mostravam claros e do agrado do paciente (Figura 18). Da mesma forma que nos superiores, os dentes inferiores receberam a aplicação de fluoreto de sódio gel neutro a 2%.

Após as sessões de clareamento e flúorterapia,



**FIGURA 19:** *Vista frontal dos dentes anteriores do paciente V.F., após a realização dos trabalhos com resina composta e colocação das coroas provisórias nos dentes*

o paciente foi agendado para a realização da plástica dental dos dentes anteriores.

Em duas sessões (uma para os dentes superiores e outra para os inferiores), foram removidas as coroas de acrílico, reparo dos dentes, fechamento dos diastemas com resina composta Filtek Z-250 (3M), cor A1 e colocação de provisórios nos dentes 11, 31 e 41 (Figura 19).

Como opção para fechamento dos diastemas da arcada superior, optou-se por colocar resina composta nas mesiais dos dentes 12 e 22 e mesial e distal do dente 21. Ainda foi colocada resina composta nas incisais dos dentes mencionados, para favorecer uma melhor relação de comprimento/largura. Após o fechamento dos diastemas, foi confeccionada a

coroa provisória com resina acrílica no dente 11, procurando deixá-lo o mais semelhante possível ao dente 21.

Na arcada inferior, em outra sessão, foi aplicada resina composta nas mesiais e incisais dos dentes 42 e 32 e, na seqüência, confeccionadas as coroas provisórias dos dentes 41 e 31, da mesma maneira como descrito para o dente 11, procurando manter as formas e características dos incisivos centrais inferiores.

Nesta fase não houve preocupação em realizar o polimento final das restaurações, com resina composta, porém houve uma grande preocupação em manter a estética (Figura 19) e a relação comprimento dental/lábios o mais próximo possível dos padrões de normalidade (Figura 20) e, ainda, com a proteção das restaurações contra possíveis fraturas, estabelecendo uma guia anterior de desocclusão correta, com movimentos protrusivos (Figura 21), lateralidade esquerda (Figura 22) e lateralidade direita (Figura 23), sem traumas ou impactos.



**FIGURA 20:** Vista da boca do paciente, evidenciando a relação do comprimento dos dentes (borda incisal) com os lábios, estando a musculatura labial em repouso.



**FIGURA 21:** Paciente V.F. em movimento final de protrusão, ainda com as coroas provisórias nos dentes 11, 31 e 41.



**FIGURA 22:** Paciente V. F. em movimento final de lateralidade direita (guia canino).



**FIGURA 23:** Paciente V.F. em movimento final de lateralidade esquerda (guia canino).



**FIGURA 24:** Vista frontal do paciente V. F., sem as coroas provisórias, evidenciando os dentes preparados, prontos para serem moldados.

Em outra sessão, o paciente retornou ao consultório, os provisórios foram removidos (Figura 24) e, então, foi realizada a moldagem dos preparos com poliéter (Impregum F – Espe) e moldeira triple-tray (DFL) para a confecção das coroas metal free em cerômero (Solidex – SHOFU). Após a confecção das coroas metal free pelo laboratório protético, foi realizada a prova das coroas e verificada a cor, a forma e a adaptação das peças protéticas. Estando dentro da normalidade, foi enviada novamente ao laboratório para sua finalização.

Na sessão seguinte, as coroas metal free de cerômero foram cimentadas com cimento de fosfato de zinco, cor branca (S.S. White). Após a cimentação das peças protéticas, tanto elas, como todas as restaurações dos dentes anteriores, receberam um



**FIGURA 25:** *Aspecto final do paciente V. F., após o término da plástica dental, com resina composta e cimentação das coroas de cerômeros (Solidex) nos dentes 11, 31 e 41.*



**FIGURA 26:** *Aspecto lateral direito do paciente V. F. após o término da plástica dental.*



**FIGURA 27:** *Aspecto lateral esquerdo do paciente V.F. após o término da plástica dental.*



**FIGURA 28:** *Vista da boca do paciente V. F. após a realização da plástica dental, evidenciando a relação dos dentes (borda incisal) com seus lábios.*

acabamento e polimento final, procurando deixar uniforme a textura superficial e brilho das peças protéticas, bem como das restaurações com resina composta (Figuras 25 a 28).

As Figuras 16, 19, 25 e 28 mostram como o paciente chegou ao consultório (Figura 16), após as



**FIGURA 29:** *Vista frontal após o movimento final de*



**FIGURA 30:** *Vista lateral após o movimento final de lateralidade direita.*



**FIGURA 31:** *Vista lateral após o movimento final de lateralidade esquerda.*

restaurações e colocação dos provisórios (Figura 19), após o resultado final da plástica dental (Figura 25) e a relação das incisais dos dentes anteriores com os



**FIGURA 32:** *Vista frontal do paciente V. F. após a conclusão da plástica dental e instalação de uma placa soft na arcada superior.*



lábios do paciente, estando a musculatura labial em repouso (Figura 28).

Nesta mesma sessão, foi solicitado ao paciente que fizesse os movimentos bordejantes da mandíbula, para o estabelecimento de uma guia anterior correta. As Figuras 29, 30 e 31 caracterizam o movimento final de protrusão (Figura 29), o movimento final de lateralidade direita (Figura 30) e o movimento final de lateralidade esquerda (Figura 31).

Para finalizar o tratamento, foi instalada uma placa soft para uso noturno e para proteção dos trabalhos restauradores contra possíveis fraturas (Figura 32).

## DISCUSSÃO

A correção dos dentes, buscando melhor estética e conseqüentemente melhor aparência, tem sido uma constante busca dos pacientes nos consultórios odontológicos.

Apesar desta busca ser para todos os dentes, a correção dos anteriores tem sido alvo de prioridade pelos pacientes. Esta preocupação é natural em razão de serem os dentes anteriores os grandes responsáveis por refletir a beleza e, quando associados ao sorriso, refletir o estado de felicidade do indivíduo. Haja vista que atores ou apresentadores da mídia, que sempre se preocuparam com sua aparência frente ao público, estão hoje procurando os consultórios odontológicos para corrigir alterações em seus dentes com o intuito de melhorar ainda mais sua aparência frente aos telespectadores.

Esta busca não é uma preocupação apenas das pessoas que trabalham com o público, mas praticamente de todos os indivíduos que apresentam qualquer alteração em seus dentes. São nesses casos que podemos utilizar a plástica dental como recurso estético para melhorar a aparência das pessoas e ainda, muitas vezes, contribuir para melhorar sua auto-estima.

Muitos pacientes chegam ao consultório ciente de seus problemas, com o desejo de melhorá-los. Outros desconhecem algumas alterações presentes em seus dentes, e a princípio isto não o incomoda. Outros ainda acham que sua aparência não está agradável, porém não sabem que as alterações presentes em seus dentes anteriores podem ser as grandes responsáveis (MAURO et al., 2000).

Nesses casos, cabe ao profissional estar atento para todas essas possibilidades, identificar os problemas, mostrar ao paciente e apresentar soluções para que ele possa novamente ter harmonia em seus dentes e, conseqüentemente, melhorar sua aparência frente às pessoas de seu convívio e, principalmente, frente às suas necessidades individuais (MAURO et al., 2000).

Para a realização da "plástica dental", o profis-

sional precisa ter conhecimento de várias técnicas e recursos para que possa corrigir satisfatoriamente as várias irregularidades que os dentes do paciente apresentam e, conseqüentemente, melhorar sua auto-estima.

Esses conhecimentos, muitas vezes, não estão restritos à área odontológica, pois às vezes, além de corrigir os problemas dentais, o profissional da Odontologia precisa conhecer os recursos cirúrgicos plásticos de face ou gengivais (ZAMBAN, 2000), para que o sucesso das correções atinja sua plenitude. Muitas vezes, em associação à correção dental, a sugestão de uma correção plástica dos lábios do paciente ou mesmo melhorar a posição do nariz contribui significativamente para estabelecer uma ótima harmonia da face do paciente. É preciso lembrar o que foi mencionado na introdução, que os dentes fazem parte de um conjunto que deve apresentar harmonia, para uma aparência agradável.

É interessante considerar que, antes de conhecer e dominar os recursos e técnicas para modificar os dentes, o profissional necessita conhecer a normalidade, ou seja, como são os dentes, sua relação com o seu contra-lateral, com o grupo de dentes que ele pertence, sua relação com os lábios, com o sorriso e



**FIGURA 33:** Vista frontal dos dentes anteriores de uma paciente. Notar a harmonia entre os dentes e sua ótima relação com os lábios.

com a face do paciente. Ainda, necessita considerar as formas dos dentes, a diferença entre dentes masculinos e femininos, o tamanho (largura/comprimento) e o alinhamento dos dentes. Esses conhecimentos fazem com que possamos dar beleza aos dentes (GOLDSTEIN, 1980; CRISPIN, 1994; MENDES & BONFANTE, 1994; MAURO et al., 2000; ZAMBAN, 2000; BOTTINO et al., 2001).

No passado, em alguns locais era muito comum as pessoas considerarem belo um dente anterior com incrustações de ouro ou de pedras preciosas. Hoje, o belo é aquilo que é normal, ou seja, ter dentes brancos, claros, bem alinhados, uma ótima relação de largura e comprimento, ausência de diastemas e uma ótima relação com os lábios.

Para conhecer o normal, é preciso observar os

dentos e o sorriso de uma pessoa (Figura 33). Com essas observações, com certeza fixaremos muitas informações em nosso subconsciente, e assim, quando estamos diante de executar a “plástica dental”, conseguimos fazer sem grandes problemas.

Poucos profissionais da Odontologia destinam um pouco de seu tempo para observar o que é belo. Talvez a sistemática de trabalho que ele está envolvido ou mesmo sua formação, meramente técnica, não o sensibiliza em ficar minutos observando um dente íntegro de uma pessoa, ou um dente extraído, ou mesmo uma fotografia da boca de uma modelo em uma revista de domínio popular. Não param um minuto para observar as características individuais de um dente, suas formas e particularidades e ainda se esquecem das estruturas que o compõem, que foi apresentado a ele no curso de graduação como a relação de contato com o dente vizinho; a presença das ameias (gingivais, incisais, vestibulares, linguais); os ângulos virtuais (vestíbulo mesial e vestíbulo distal); sua textura superficial (o dente é brilhante, porém irregular – apresenta microestrias); a relação dos dentes com o tecido gengival e muitas outras particularidades.

Somente conseguiremos reproduzir um dente ou um grupo de dentes se conhecermos todos os detalhes de sua anatomia e as relações acima mencionadas.

Assim sendo, se não conhecemos o normal, jamais conseguiremos reproduzir a normalidade dos dentes do paciente e conseqüentemente devolver seu sorriso. Não conseguiremos oferecer ao paciente aquilo que ele veio buscar no consultório odontológico.

Por outro lado, quando no profissional está bem sedimentado o conhecimento da normalidade com os recursos técnicos disponíveis, se consegue realizar excelentes trabalhos de plástica dental.

É importante considerar, ainda, que o normal não é aquilo que é reto e regular. O normal é aquilo que aparece em maior número de vezes. O importante é o existir harmonia entre os dentes, lábios e face.

Muitas vezes, as condições em que o paciente chega ao consultório, para a correção de seus dentes, não permitem atingir a plenitude nas correções dos mesmos, mesmo conhecendo todos os recursos técnicos disponíveis. Este fato precisa ser esclarecido ao paciente, na consulta inicial, quando da apresentação do planejamento. Este esclarecimento não o tornará frustrado pós-tratamento de “plástica dental”, pois ele foi alertado para tal possibilidade. O paciente terá a consciência de que o problema não está no profissional, mas sim nas condições de seus dentes anteriormente ao tratamento.

Assim sendo, o planejamento de um trabalho

de plástica dental, como de qualquer outro trabalho, é de fundamental importância para o sucesso desejado. No planejamento deve constar o que será realizado, bem como a seqüência da realização dos trabalhos.

No caso do paciente V. F., apresentado nesta publicação, o planejamento para a plástica dental foi: clareamento dental com peróxido de carbamida; recuperação da forma, comprimento e contato dos dentes utilizando resina composta, com a técnica direta de colocação e substituição das coroas de acrílico por coroas de cerômero.

O clareamento de dentes vitalizados é um recurso excepcional para melhorar a cor dos dentes, tornando-os mais claros, sem, contudo, danificar a estrutura dental. Neste caso, em razão da sua idade (39 anos), o paciente foi alertado para o fato de não se conseguir um intenso branqueamento de seus dentes (dentes mais jovens respondem melhor ao clareamento) (BARATIERI et al., 1993; SUNDFELD et al., 1997; 1999; 1999).

As sessões de clareamento devem ser acompanhadas pelo profissional para evitar maiores problemas, como também possibilitar, juntamente com o paciente, decidir qual o momento de sua interrupção (SUNDFELD et al., 1997).

No caso aqui apresentado, 16 aplicações diárias de 4 horas cada uma delas para a arcada superior e 15 para a inferior, foram consideradas satisfatórias, por nós e principalmente pelo paciente, mesmo porque ele foi informado que, se aplicasse o produto por mais sessões, o resultado não seria muito diferente.

O importante é que a sistemática de clareamento obedeça a um protocolo de clarear apenas uma das arcadas, para depois realizar o clareamento da outra arcada. Esse protocolo faz com que seja possível, ao paciente e ao profissional, compararem os dentes que estão sendo submetidos ao clareamento com aqueles que não estão. Neste caso, é possível o próprio paciente visualizar a ocorrência do clareamento (SUNDFELD et al., 1997, 1999).

Apesar de existirem vários recursos para clareamento de dentes vitalizados, a utilização de peróxido de carbamida a 15% ou a 10%, associado a moldeiras, apresenta resultados altamente satisfatórios e duradouros (BARATIERI et al., 1993; SUNDFELD et al., 1997, 1999a, 1999b).

Como o princípio básico do clareamento com essa técnica é oxidar as moléculas pigmentadas da estrutura dental com oxigênio, é recomendado para uma maior efetividade do tratamento restaurador, com resina composta, que ele seja realizado sete dias após a última sessão do clareamento. Essa preocupação está sustentada no fato de o oxigênio inibir a polimerização das resinas compostas. Anteriormente a sete dias pode haver oxigênio residual

no esmalte, podendo inibir a polimerização da resina composta que está em contato com o oxigênio, comprometendo o trabalho restaurador em razão de esta resina não totalmente polimerizada

apresentar grupamentos metacrilato pendentes, sofrendo fotooxidação e tornando-se amarelados em um curto período de tempo, alterando a cor de toda resina composta (VANHERLE & SMITH, 1985; BARATIERI et al., 1993; SUNDFELD et al., 1997).

Esse período de espera coincide com o término das aplicações tópicas de flúor, que devem ser realizadas como precaução, em razão de o flúor ter a capacidade de proteger o esmalte dental, atuando no processo de remineralização, pelo fato de o agente clareador ser discretamente ácido e causar discreta desmineralização superficial do esmalte dental (BARATIERI et al., 1993; SUNDFELD et al., 1997, 1998, 1999a, 1999b). Dessa forma, no caso aqui descrito, as restaurações com resina composta foram realizadas sete dias após a última aplicação do produto clareador e das aplicações tópicas de flúor.

No mercado odontológico existe uma grande disponibilidade de marcas comerciais de resina composta, todas elas apresentando um bom desempenho clínico. Isto pode trazer algumas dificuldades para o profissional escolher qual resina utilizar.

Dentre os tipos de resina composta disponíveis no mercado odontológico, as de micropartículas apresentam uma excelente lisura superficial, muito próxima da lisura superficial dos dentes. Por outro lado, elas apresentam pouca resistência mecânica e grande translucidez, principalmente quando utilizamos as cores claras, como o A1, recomendadas para dentes que foram submetidos ao clareamento (VANHERLE & SMITH, 1985; BRAEN, 1995; GLADYS et al., 1997).

Como no caso aqui descrito, no planejamento estava estabelecido o fechamento de diastema e aumento das incisais dos dentes. Não indicamos as resinas de micropartículas e preferimos optar por uma resina considerada híbrida.

Dentre as resinas híbridas, podemos dividi-las em macrohíbridas e microhíbridas, dependendo do tamanho de suas partículas inorgânicas.

As macrohíbridas podem ser consideradas uma excelente resina composta para ser utilizada nestes casos, com propriedades mecânicas excelentes, com resistência flexural mais próxima da estrutura dental, tendo a capacidade de absorver boa parte das forças mastigatórias que incidem sobre os dentes, apresentando um índice de fratura, nestes casos, praticamente desprezíveis. Porém, ela apresenta um tamanho de partícula inorgânica, tal que não lhe permite uma boa lisura superficial, sendo muito questionada pelos

pacientes, não agradando-os.

Outra técnica que poderia ser utilizada para resolver o problema de resistência e lisura superficial é utilizar as resinas híbridas como um corpo ou base da restauração e, posteriormente, aplicar a resina de micropartículas como cobertura.

Apesar de esta técnica ter muitos adeptos, não é fácil de ser aplicada em casos de fechamento de diastemas, em razão de não existir uma cavidade para ser preenchida com a resina híbrida e posterior aplicação da resina de micropartícula. Ainda tem sido observada uma grande incidência de fraturas das restaurações realizadas com essa técnica, em razão de o módulo de elasticidade das duas resinas serem muito diferentes (BRAEN, 1995; GLADYS et al., 1997). Essa possibilidade de fraturas pode colocar em risco os trabalhos restauradores e o paciente pode apresentar insegurança para utilizar seus dentes anteriores em ocasiões rotineiras. Isto pode comprometer toda a plástica dental, com o paciente manifestando descontentamento com o trabalho, e prejudicar o relacionamento paciente/profissional.

Assim sendo, optamos por utilizar uma resina composta, considerada microhíbrida (Filtek Z250 – 3M), que apresenta uma lisura superficial adequada, grande resistência à fratura e pouca translucidez.

Após considerar o tipo de resina, suas características e propriedades, acreditamos ter optado por uma boa resina, que resultou em um trabalho de alta resolução estética, sem comprometer a função do paciente, e ainda a sua aprovação em relação a lisura superficial de seus dentes.

Apesar de a opção ter recaído sobre a resina Filtek Z-250, não acreditamos que o sucesso do trabalho foi em razão exclusiva da resina utilizada. O mais importante é que o profissional esteja atento ao mecanismo de união dos materiais restauradores à estrutura dental, bem como aos princípios básicos de oclusão (DAWSON, 1980; KOMATSU et al., 1980; GLADYS et al., 1997; SUNDFELD et al. 1997, 1998, 1999a, 1999b; MAURO et al., 2000).

Dentro do contexto de adesão, a profilaxia com pedra-pomes e água, antes do condicionamento ácido do esmalte, bem como a utilização do isolamento absoluto e aplicação correta dos sistemas adesivos, são de fundamental importância para o sucesso dos trabalhos restauradores (KOMATSU et al., 1980; SUNDFELD et al., 1998; MAURO et al., 2000).

Para a manutenção do sucesso do tratamento, é importante alertar o paciente que agora seus dentes estão restaurados com resina composta e que este material não apresenta a mesma resistência que seus dentes. Assim sendo, é preciso recomendar cuidados, não aplicando esforços exagerados aos dentes, em razão da possibilidade de fraturas, porém, se elas ocorrerem, reparos são passíveis de serem realizados

sem maiores problemas.

Todas as preocupações anteriormente mencionadas também devem ser consideradas para eleger o material utilizado nos trabalhos protéticos.

Atualmente, os trabalhos protéticos unitários confeccionados em metalocerâmicas para os dentes anteriores estão praticamente em desuso. As indicações recaem sobre as coroas metal free de porcelanas ou cerômeros que possibilitam uma resolução estética mais favorável que as metalocerâmicas (BOTTINO et al., 2001).

Nestes casos, o que precisa ser questionado é: Quantos dentes receberão as coroas metal free? Qual será o custo dos trabalhos? No caso de apenas alguns dentes necessitarem de coroas metal free, os demais necessitarão de trabalhos restauradores com resina composta?

Todos esses questionamentos necessitam ser realizados anteriormente à escolha do tipo de material a ser utilizado nas coroas metal free a ser indicado. No caso de uma plástica dental, com a colocação de coroas metal free, de canino a canino, a resolução estética com cerômero ou porcelana é altamente satisfatória, porém a estabilidade estética ao longo do tempo, parece ser mais favorável com as coroas em cerâmica. Em relação à adaptação marginal, os dois materiais apresentam-se apropriados, desde que os preparos e as moldagens estejam dentro dos parâmetros ideais (BOTTINO et al., 2001).

Porém, quando apenas alguns dentes recebem coroas metal free e os outros dentes receberão restaurações com resina composta, como o caso aqui apresentado, em nossa opinião, o cerômero deve ser utilizado, pois é um material semelhante às resinas compostas na sua estrutura, bem como na sua translucidez e textura superficial, podendo ser aplicado sobre as coroas de cerômeros os mesmos instrumentos de polimento utilizados para polir a superfície das resinas compostas, tornando a textura superficial dos trabalhos semelhantes e uniformes, como pode ser observado na Figura 25.

Para a cimentação dos trabalhos protéticos metal free, a princípio foram indicados os cimentos resinosos, associados ao condicionamento ácido total e utilização de sistemas adesivos (QUINTELLA et al., 2000). Apesar de essa técnica ainda ser muito empregada, é muito comum o profissional se deparar com: sensibilidade pós-cimentação (nos dentes vitalizados), como no caso do dente 11 aqui descrito, e manchamentos marginais gengivais, em um curto período de tempo, em razão da ocorrência do processo de infiltração marginal pela dificuldade de adesão nos limites cervicais, sub-gengivais e desprovidos de esmalte, em que o controle da umidade é muito difícil de se conseguir, prejudicando significativamente a união do cimento resinoso com a dentina (MAURO

et al., 2000; BOTTINO et al., 2001).

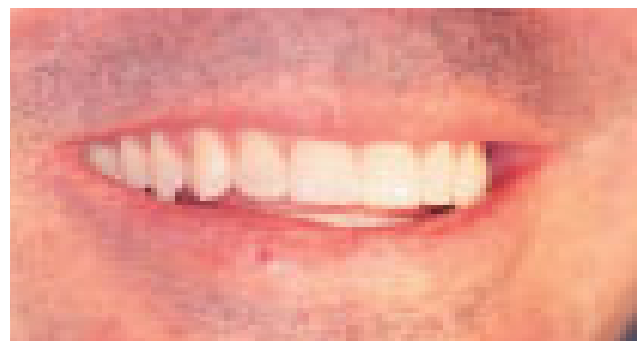
A utilização dos cimentos resinosos está sustentada no fato de serem compatíveis com os cerômeros e, muitas vezes, serem os responsáveis pela cor final dos trabalhos de cerômeros e porcelana (QUINTELLA et al., 2000). Com a possibilidade de colocação de camadas opacas na parte interna das coroas metal free, como no caso aqui descrito, associado à dificuldade de união nas margens gengivais dos preparos, atualmente as técnicas de cimentação estão voltadas para a utilização do ionômero de vidro e cimento de fosfato de zinco. Entre eles, parece que o cimento



**FIGURA 34:** Aspecto inicial do paciente V. F., descrito neste trabalho.



**FIGURA 35:** Aspecto final do paciente V. F. após a realização da plástica dental.



**FIGURA 36:** Vista do sorriso do paciente.

de fosfato de zinco oferece melhor desempenho e compatibilidade com os cerômeros. Apesar dos estudos científicos ainda não comprovarem esta hipótese, a opção, no caso aqui descrito, pelo fosfato de zinco está sustentada no fato de ser um excelente agente cimentante, com grande estabilidade dimensional e, ainda, um bom comportamento em espessuras delgadas, melhor que o do ionômero de vidro.

Apesar de as técnicas utilizadas na plástica dental terem sido apresentadas e discutidas, estamos cientes que elas não são as únicas que deveriam ser utilizadas para a solução deste caso.

Acreditamos que as técnicas devam ser selecionadas considerando os recursos financeiros do paciente, laboratório protético disponível, domínio das técnicas, filosofia de trabalho do profissional, etc. Enfim, são várias razões pelas quais um profissional opta por uma determinada técnica ou um determinado material. O importante é que o profissional trabalhe dentro de rigor científico, para proporcionar ao paciente a recuperação correta de seus dentes, devolvendo a eles um estado de normalidade (Figuras 34 e 35), com restaurações adequadas, devolvendo sua forma, reproduzindo fielmente detalhes individuais, como ameias, ângulos virtuais em sua posição correta, relação de largura e comprimento adequados, cor e principalmente a individualidade de cada dente perdida por qualquer razão, dando harmonia aos dentes, com uma ótima relação entre si e destes com os lábios do paciente; além disso, para devolver ao paciente sua auto-estima, modificando suas atitudes frente às pessoas de seu convívio, tornando prazerosa a realização daquilo que é o mais belo no ser humano, ou seja, "o sorriso" (Figura 36).

Quando um paciente, no qual realizamos uma plástica dental, apresenta facilidade de manifestar seus sentimentos com o sorriso, sentimos o quanto nossa profissão é sublime e passamos a acreditar que saúde é muito mais que ausência de enfermidades, mas também satisfação pessoal.

Assim sendo, precisamos ficar atentos para nossa grande responsabilidade na promoção de saúde e para que a área de atuação do Cirurgião-dentista, atualmente, não se restrinja apenas aos problemas da cavidade bucal, mas também em todas áreas que ela possa refletir, pois podemos considerar o sorriso como o movimento mais belo do ser humano.

Após o final do tratamento, foi possível constatar que a realização da plástica dental planejada devolveu a normalidade dos dentes anteriores ao paciente V. F., o qual manifestou grande satisfação com o trabalho. Conclui-se, portanto, que a plástica dental é um grande recurso na recuperação dos dentes, do sorriso, refletindo na saúde bucal e geral do indivíduo.

MAURO, S.J.; BROGINI, E.C.; SUNDFELD, R.H. Dental plastic surgery: an esthetic solution for health promotion. *J Bras Dent Estet*, Curitiba, v.2, n.5, p.15-27, jan./mar. 2003.

The obtention of a beautiful smile can be carried out by the dental plastic surgery technique. This article proposes to present some clinical cases in which this purpose was obtained with great success, by recovering the form, function, tooth esthetics, and their relation with the lips and face of the patient. We still concluded that with the application of this technique, our patient will be, for sure, a patient with a happy smile.

**KEYWORDS:** Smile; Dental restoration, permanent; Dental, esthetics.

#### REFERÊNCIAS

BARATIERI, L.N. *et al.* **Clareamento dental**. São Paulo: Santos, 1993.