



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ISABELLY BELETATTO CORREIA

**CONDUTAS CLÍNICAS APLICADA PARA MELHORAR A
ESTÉTICA EM DENTES COM HIPOPLASIAS: RELATO DE
CASO**

Londrina
2015

ISABELLY BELETATTO CORREIA

**CONDUTAS CLÍNICAS APLICADA PARA MELHORAR A
ESTÉTICA EM DENTES COM HIPOPLASIAS: RELATO DE
CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção de diploma de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Grama Hoepfner

Londrina
2015

ISABELLY BELETATTO CORREIA

**CONDUTAS CLÍNICAS APLICADA PARA MELHORAR A ESTÉTICA
EM DENTES COM HIPOPLASIAS – RELATO DE CASO:**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Odontologia da
Universidade Estadual de Londrina, como
requisito parcial à obtenção de diploma de
graduação em Odontologia

BANCA EXAMINADORA

Prof. Márcio Gramma Hoepfner
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Eloisa Helena. A. Garcia de Souza
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de _____ de ____.

Dedico o presente trabalho aos meus
pais Sirlei e Nivaldo (in memoriam), pela oportunidade
da realização deste sonho.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade de estudar nessa universidade, pela saúde e pela sua fidelidade em todo o tempo.

Aos meus pais, Aparecida Sirlei Beletatto e Nivaldo Bento Correia (in memoriam) que não mediram esforços para que eu pudesse realizar este sonho, agradeço infinitamente a paciência e dedicação da minha mãe e todo amor e apoio que recebi. Agradeço também meu irmão Alexandre Beletatto Correia, minha sobrinha linda Ana Clara Correia que me motiva com um simples sorriso, minha madrinha que sempre me apoiou e minhas amigas de coração que sempre me incentivaram e apoiaram e me deram ânimo quando precisei.

Meu namorado, que é um presente de Deus na minha vida, obrigado pela sua paciência, dedicação e por todo seu amor por mim.

Agradeço a todos da Clínica Odontológica Universitária, funcionários, auxiliares, pacientes, professores e colegas de turma que contribuíram com minha formação.

Aos amigos que a Odontologia me deu, especialmente minha dupla de trabalho de conclusão de curso João Felipe Besegato.

Agradeço meu professor e orientador Márcio Grama Hoepfner e às mestrandas Adrieli Burey, Rafaela Gheller e Dayla Higashi por toda a dedicação e conhecimento.

A professora Eloísa Aranda que aceitou ser minha banca,mas sobretudo pela sua amizade e confiança.

E por último, mas não a menos importante, não posso deixar de agradecer minha dupla esses dois últimos anos Camila da Silva Bueno, por estar ao meu lado todos os dias, ser uma amiga companheira e confidente e que me faz ser uma pessoa melhor, que sejamos companheiras de vida e de profissão.

Ademais, agradeço a todos aqueles, que estiveram sonhando esse sonho comigo,

que hoje se torna realidade, o meu muito obrigada a todos vocês que são fundamentais em minha vida.

“Tudo posso naquele que me fortalece”

Filipenses 4:13

Correia,Isabelly Beletatto. **Condutas clínicas aplicadas para melhorar a estética em dentes com hipoplasia – relato de caso.** 2015. 30. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

RESUMO

Considerando o grau de severidade, diferentes protocolos de tratamento estão indicados para resolução estética de dentes com alteração de cor e/ou áreas hipoplásicas. O objetivo deste trabalho foi apresentar e discutir o tratamento estético realizado em um paciente do gênero masculino, 20 anos de idade, tendo como queixa principal a presença de mancha branca opaca localizada no terço incisal da face vestibular do dente 21. Clinicamente, a mancha foi diagnosticada como hipoplasia do esmalte decorrente de distúrbio de ordem sistêmica, profunda e bem delimitada. Também foi diagnosticada alteração cromática de todos os dentes superiores e inferiores, com vitalidade do tecido pulpar. O tratamento foi iniciado com clareamento dentário pela técnica ambulatorial (consultório), com produto à base de peróxido de hidrogênio a 30%, acrescido de dióxido de titânio e fotosensibilizado com laser, aplicado em duas sessões, com intervalo de 7 dias. Na sequência, o paciente fez uso de produto à base de peróxido de carbamida a 10%, na técnica caseira ambulatorial, durante 10 dias. Finalizado o tratamento clareador, foi feita a remoção mecânica do esmalte alterado e o tratamento restaurador estético em resina composta na técnica estratificada, em diferentes graus de opacidade, finalizada pelo acabamento e polimento. Frente ao resultado obtido, pode-se concluir que a remoção da área hipoplásica e posterior restauração com resina composta foi favorável à resolução do problema relatado pelo paciente; o clareamento com peróxido minimizou o policromatismo dentário e facilitou a seleção da cor do material restaurador.

Palavras-chave: Hipoplasia do esmalte dentário. Clareamento dental. Estética dentária.

Correia,Isabelly Beletatto. **Clinical procedures applied to improve the aesthetics of teeth with hypoplasia case report.** 2015. 30. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

ABSTRACT

Considering the degree of severity different treatment protocols are indicated for teeth with aesthetic resolution color change and / or hypoplastic areas. The objective was to present and discuss the aesthetic treatment performed on a male patient, 20 years old, with the main complaint the presence of opaque white spot located in the incisal third of the labial face of the tooth 21. Clinically, the stain was diagnosed as enamel hypoplasia resulting from systemic order of disorder, deep and well defined. It was also diagnosed color change of all upper and lower teeth, vitality of pulp tissue. Treatment was started with the tooth whitening outpatient technique (office), as a product based on hydrogen peroxide 30%, together with titanium dioxide and photosensitization laser, applied in two sessions, with an interval of 7 days. As a result, the patient used to produce carbamide peroxide based on 10%, in ambulatory home technique, for 10 days. Finished the bleaching treatment, the mechanical removal of the altered enamel and the restorative aesthetic treatment composite resin in the stratified technique was made, in varying degrees of opacity, finished by finishing and polishing. Shipping to the result, it can be concluded that the removal of the hypoplastic area and later restoration with composite resin was favorable to the resolution of the problem reported by the patient; whitening with peroxide minimized the dental polychromatism and facilitated the selection of the restorative material color.

Key words: Dental Enamel Hypoplasia. Tooth Bleaching. Esthetics, Dental.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Condição clínica inicial, vista frontal em oclusão.....	14
Figura 2 – Condição clínica inicial, vista frontal da arcada superior	14
Figura 3 – Avaliação do grau de comprometimento do dente 21	15
Figura 4A e 4B –Seleção da ponta diamantada esférica	16
Figura 4C – Ponta diamantada selecionada.....	16
Figura 5 – Acabamento do ângulo cavo superficial.....	17
Figura 6 A a C – Profilaxia, condicionamento ácido e lavagem, na sequência.....	17
Figura 7 – Desenho representativo das resinas compostas utilizadas, de acordo com a cor.....	18
Figura 8 A a C – Acabamento e polimento da restauração, na sequência.....	18
Figura 9 – Condição clínica final, vista frontal em oclusão.....	19
Figura 10 – Condição clínica final, vista frontal da arcada superior.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COU/UEL - Clínica Odontológica Universitária/ Universidade Estadual de Londrina

Nm - nanômetros

Mm – milímetros

et al - e outros

% - porcentagem

mW/cm² - megawatt por centímetros quadrados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 RELATO DE CASO	14
3 DISCUSSÃO	20
CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

A formação do esmalte dental é resultado de uma sequência de mecanismos organizados e inter-relacionados. Dependendo do período e da intensidade com que ocorrem, distúrbios de ordem hereditária, local e/ou sistêmico podem resultar em alterações na qualidade e/ou quantidade do esmalte dentário denominadas de hipoplasia do esmalte dentário (CLARKSON.,1989; RAJENDRAN et al., 2009). Clinicamente, essas alterações podem ser diagnosticadas como áreas brancas, amareladas ou castanhas, delimitadas ou difusas, e refletem diretamente na estética do sorriso. Esse fato, somado a influência e valorização da mídia por dentes brancos, sem manchas e sem alterações significativas da textura superficial, é um dos fatores responsáveis pelo aumento da procura por procedimentos odontológicos para solucionar problemas de forma e cor dos dentes (WAES et al.,2002; SUCKLING et al.,1989).

Ao planejar o tratamento de dentes hipoplásicos, o profissional deve diagnosticar a extensão e a profundidade da mancha. A partir de então, várias são as opções de tratamento, da mais conservadora, como aplicação tópica de flúor ou dessensibilizantes (MCDONALD et al., 1977), em casos de sensibilidade dentária, até procedimentos mais invasivos. Dentre esses, a microabrasão do esmalte propõe a remoção do esmalte comprometido, sem alterar clinicamente o contorno superficial (SUNDFELD et al.,2007; PONTES et al., 2012; PINI et al., 2015). Por sua vez, dependendo do grau de comprometimento, há a necessidade do desgaste mecânico do esmalte dentário comprometido e substituição com material restaurador, de forma direta ou indireta (KHATRI et al., 2010; ZORBA et al., 2010; BERNARDON et al., 2011; RESTON et al., 2011).

O clareamento dentário pode ser realizado pela técnica caseira supervisionada (AMES et al.,1937) , pela técnica ambulatorial/consultório (HAYWOOD et al., 1989; HEYMANN et al., 1989), ou pela associação das duas (MAIA et al., 2005). Independentemente da técnica, o agente clareador é à base de peróxido de hidrogênio, sendo que a variação está na concentração, na consistência, no tempo, na forma de aplicação e ativação do peróxido (PORTOLANI JÚNIOR et al., 2005; LUK et al., 2004). Com o avanço tecnológico, nanopartículas

de dióxido de titânio (TiO₂) foram associadas para potencializar a ação do peróxido utilizado na técnica de consultório, reduzir o tempo das sessões de clareamento, o número de aplicação do agente clareador por consulta e minimizar a ocorrência de sensibilidade trans e pós-operatória (NONAMI et al., 2001; SAITA et al., 2012; KISHI et al., 2011; SAITA et al., 2012; SUEMORI et al., 2008; SUYAMA et al., 2009; CINTRA et al., 2013).

Embora efetivo (JOINER, 2006; DAHL, 2003; PALLESEN,2003) para solucionar problemas de ordem estética relacionados a alteração da cor dos dentes, o clareamento não é satisfatório para o tratamento de manchas hipoplásicas. Esse fato enfatiza a necessidade desse procedimento estar associado a outras opções de tratamento (MARSON, 2007; CELIK, 2013; VIEGAS et al., 2011). Dessa forma, esse trabalho tem por objetivo apresentar e discutir o tratamento realizado para solucionar o problema estético decorrente a alteração de cor dos dentes e da presença de mancha opaca e delimitada no incisivo central superior esquerdo.

2 RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 20 anos de idade, procurou a Clínica Universitária Odontológica, da Universidade Estadual de Londrina, COU/UEL, para tratamento, tendo como queixa principal a presença de mancha branca opaca localizada no terço incisal da face vestibular do dente 21. Após anamnese, exame clínico extra e intrabucal, foi observado: 1) manchas brancas, opacas, delimitadas no terço incisal da face vestibular do incisivo central superior e inferior esquerdo, diagnosticadas como hipoplasia do esmalte decorrente de distúrbio de ordem sistêmica; 2) discretas manchas brancas difusas no terço incisal da face vestibular dos incisivos laterais, caninos e pré-molares superiores e inferiores, e 3) saturação da cor dos dentes da arcada superior e inferior, com vitalidade do tecido pulpar (Figura 1 e 2).



Figura 1. Condição clínica inicial, vista frontal em oclusão.



Figura 2. Condição clínica inicial, vista frontal da arcada superior.

A ponta de emissão de luz de um aparelho fotopolimerizador à base de lâmpada halógena (Ultralux, Dabi Atlante), com potência de 600mW/cm², foi posicionada na face palatina do dente 21 para diagnosticar o grau de opacidade da mancha (Figura 3).



Figura 3. Avaliação do grau de comprometimento do esmalte do dente 21.

Frente ao quadro clínico, foi proposto: 1º) raspagem e polimento corono radicular, orientação e motivação quanto à higienização bucal, com ênfase à técnica de escovação dental; 2º) clareamento dentário, e 3º) remoção mecânica da mancha opaca do dente 21 e restauração com resina composta.

Após a terapia periodontal básica, o clareamento dos dentes foi realizado por meio da associação de técnicas. Na primeira fase foram realizadas duas sessões de clareamento dentário pela técnica ambulatorial (de consultório), com gel à base de peróxido de hidrogênio a 30% acrescido de nanopartículas de dióxido de titânio (Pearly White Smile, Heydent GmbH), com intervalo de sete dias entre as sessões. Em cada sessão, de acordo com as recomendações do fabricante, foi realizada profilaxia dos dentes, com pasta obtida da mistura de pedra pomes e água, com auxílio de taça de borracha (Viking, KG Sorensen, Ind. e Com. Ltda), em baixa rotação. Para afastar lábios, língua e expor as arcadas dentárias, foi posicionado um dispositivo intrabucal (ArcFlex, FGM Produtos Odontológicos). Os olhos do operador, auxiliar e paciente foram protegidos com óculos (Uvex 140MM, USA). Por sua vez, uma resina fotopolimerizável (JW-Liquid Dam, Heydent GmbH) foi aplicada sobre o tecido gengival marginal e a região cervical dos dentes, formando uma faixa

protetora de aproximadamente 5 a 6mm de largura por 2mm de espessura, estendida do segundo molar direito ao segundo molar esquerdo. Após aplicação, o material resinoso foi fotopolimerizado por 20 segundos, a cada dois dentes, com um aparelho fotopolimerizador à base de lâmpada halógena já descrito. O agente clareador foi aplicado sobre a face vestibular dos dentes e ativado com laser de diodo, com comprimento de onda entre 810nm - 980nm, por 15 segundos, e mantido sobre os dentes por 4 minutos. Esse procedimento foi repetido por 3 vezes. Ao final de cada aplicação, o agente clareador foi aspirado com auxílio de um sugador descartável, os dentes foram lavados com jato de água aplicado no sentido cervico-incisal e a proteção gengival foi removida com uma sonda exploradora dupla número 5 (Duflex SS White).

Passadas 24 horas da segunda sessão de clareamento pela técnica ambulatorial, deu-se continuidade ao clareamento com gel clareador à base de peróxido de carbamida a 10% (Whiteness Perfect, FGM), utilizado na técnica caseira supervisionada, 3 horas, durante 10 dias, ininterruptamente.

Quinze dias depois de concluído o clareamento dos dentes, foi realizada a remoção mecânica da mancha opaca presente no dente 21, com auxílio de uma ponta diamantada esférica (#1011, KG Sorensen, Ind. e Com. Ltda) (Figura 4.A a C), montada em alta rotação e sob-refrigeração com água e ar, e a restauração com resina composta, sob isolamento absoluto do campo operatório. Considerando o substrato a ser desgastado, o procedimento foi realizado sem anestesia.



Figura 4.A e B. Seleção da ponta diamantada esférica e **4.C.** ponta diamantada selecionada.

Concluído a remoção da porção de esmalte com alteração de cor, foi realizado o acabamento no ângulo cavo superficial com auxílio de uma ponta diamantada esférica de maior diâmetro (#1013, KG Sorensen, Ind. e Com. Ltda)

(Figura 5). Para a avaliação da qualidade óptica do substrato remanescente foi realizada umedecendo a cavidade.



Figura 5. Acabamento do ângulo cavo superficial.

Na sequência, foi realizada profilaxia dos dentes isolados com pasta obtida da mistura de pedra pomes e água, com auxílio de taça de borracha (Viking, KG Sorensen, Ind. e Com. Ltda) (Figura 6.A). O esmalte dentário foi condicionado com um gel de ácido fosfórico a 37% (Ultra-Ech, Ultradent), durante 30 segundos (Figura 6.B), que foi removido com jato de água (Figura 6.C). Todo o campo operatório foi seco com jato de ar. O sistema adesivo (Adper Single Bond, 3M ESPE) foi aplicado com auxílio de uma haste dotada de uma ponta flocada com micro cerdas de nylon (Cavibrush, FGM) e fotopolimerizado com o aparelho de lâmpada halógena já apresentado, durante 10 segundos.



Figura 6. A a C. Profilaxia, condicionamento ácido e lavagem, na sequência.

Para a confecção da restauração, foram escolhidas resinas compostas micro-híbridas (Vitaescence e Amelogen Plus, Ultradent), inseridas com auxílio de

espátula metálica (Thompson número 6, Prisma), pela técnica estratificada, na sequência e cores ilustradas na figura 7.

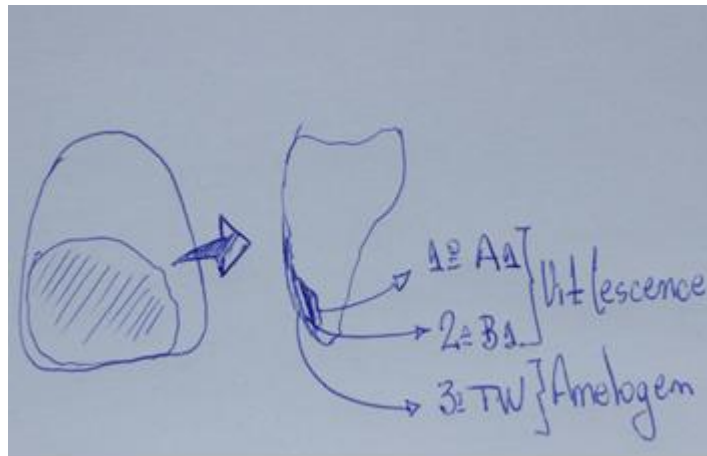


Figura 7. Desenho representativo das resinas compostas utilizadas, de acordo com a cor.

Na mesma sessão, para remoção do excesso de material restaurador e adequação do contorno vestibular, foi realizado o acabamento da restauração com broca carbide multilaminada (#9714FF, Microdont) e o polimento com pontas abrasivas de silicone, impregnadas com carbeto de silício e partículas de óxido de alumínio (Jiffy® Polishers, Ultradent Products Inc.) e escova com partículas de carbeto de silício (Jiffy® Composite Polishing Brushes, Ultradent Products Inc.) (Figura 8.A a C).



Figura 8.A a C. Acabamento e polimento da restauração, na sequência.

Concluído o tratamento odontológico restaurador e solucionado a queixa principal relatada pelo paciente na primeira consulta (Figuras 9 e 10), o mesmo foi orientado quanto à necessidade de preservação do tratamento odontológico executado e de procedimento diários para manutenção da saúde bucal.



Figura 9. Condição clínica final, vista frontal em oclusão.



Figura 10. Condição clínica final, vista frontal da arcada superior.

3 DISCUSSÃO

No presente relato de caso, o paciente apresentava - se com lesão de hipoplasia de esmalte na região incisal do dente 21. O diagnóstico foi baseado nas características clínicas das manchas e nas alterações cromáticas existente na face vestibular no terço mais apical.

A hipoplasia causa certas irregularidades no esmalte favorecendo a instalação de cáries por facilitar a ação da placa bacteriana pelas fissuras, depressões e sulcos formados no esmalte hipoplásico (PASSOS, 2007). Sendo de fundamental importância a diferenciação de mancha branca cariada de mancha branca não cariada para a escolha da melhor conduta e forma de tratamento (Pinheiro I.V.A. et al, 2003).

O tratamento proposto, nesse caso, foi restaurar diretamente com resina composta o dente 21, pois considerou-se a necessidade relatada pelo paciente, devido à estética, o grau de comprometimento do esmalte, devido a isso inviabilizou a utilização da técnica de microabrasão, pois houve certo comprometimento de dentina, quer em nível de superfície como em profundidade. O preparo foi estendido, em diferentes espessuras, na região incisal por vestibular, no entanto a maior parte do desgaste foi superficial, a porção mais profunda foi na região com maior alteração hipoplásica.

Essas alterações de esmalte não evidenciam problemas dentários funcionais, salvo, os casos mais severos. A indicação do tratamento restaurador estético tem por objetivo minimizar os efeitos psicossociais que essas alterações podem causar no paciente (Carvalho et al.; 2013).

O planejamento do tratamento é tão importante quanto o diagnóstico da etiologia da mancha, o método utilizado com o intuito de avaliar a extensão e

profundidade do esmalte dentário acometido foi o da transiluminação, com o auxílio do aparelho fotopolimerizador de luz halógena. As manchas de grande profundidade no esmalte podem ser indicativas como áreas bem delimitadas e com pouca difusão da luz. As possibilidades de tratamento no caso de hipoplasia são o clareamento com peróxidos, microabrasão com produtos ácidos e abrasivos e restaurações diretas e indiretas (CARVALHO et al., 2013; KHATRIA et al., 2010; SUNDFELD et al., 2014).

Nesse caso, dada à extensão e profundidade da lesão hipoplásica, optou-se pelo uso da resina composta direta como conduta clínica. A resina composta é muito viável, e devido a isso foi decisiva sua escolha para o tratamento, pois além de conservar a estrutura dentária, é altamente eficiente em termos de restabelecer a estética, além de fácil manuseio e baixo custo.

O clareamento dentário com peróxido de hidrogênio a 30% acrescido de dióxido de titânio e também o clareamento caseiro com peróxido de carbamida a 10% foi realizado para minimizar o policromatismo dos dentes antes da realização do tratamento restaurador, pois possibilita o clareamento das manchas mais profundas (BOSQUIROLI;UEDA; BASEGGIO, 2007). A opção pelo agente clareador acrescido de dióxido de titânio é pelo fato dele ser um agente promissor para o aceleração do clareamento (KISHI et al., 2011; SAITA et al., 2012; SUEMORI et al., 2008; SUYAMA et al., 2009), pois o seu uso poderá viabilizar o tempo clínico, o número de aplicações, e o custo, bem como suavizar os riscos aos tecidos dentais, pois há possibilidade da diminuição da concentração do peróxido de hidrogênio, reduzindo assim a sensibilidade trans e pós-operatórias (CINTRA et al., 2013).

Após o intervalo entre as sessões de clareamento foi realizada a

restauração do dente 21. Faz-se necessário o intervalo, pois a cor diagnosticada não representa a cor real analisada depois da reidratação dos dentes. Clinicamente, está relacionado com a estabilização dos dentes clareados com a seleção da cor do material restaurador; assim elimina os remanescentes de radicais livres restituindo a capacidade adesiva das resinas, esses radicais livres interferem no sistema de adesão, predominantemente na polimerização dos monômeros existentes no local, podendo comprometer o desempenho clínico da restauração adesiva. (MCGUCKIN et al., 1992; BEN-AMAR et al., 1995; JOSEY et al., 1996).

O preparo ficou limitado para a remoção mecânica da mancha opaca. Pois há uma diferença na refração e reflexão da luz na estrutura dentária seca e hidratada (VILLARROEL et al., 2011; SCHMELING et al., 2012), a análise da quantidade de tecido a ser desgastada, em relação ao resultado estético esperado, foi realizada após o umedecimento da cavidade.

Para a confecção da restauração, a escolha da resina é fundamental para mimetizar o dente a ser restaurado deixando - o mais natural possível, a opção pela resina composta micro híbrida com diferentes graus de translucidez e opacidade, utilizando- se da técnica direta e estratificada, deve se ao efeito estético que se deseja reproduzir (PAIXÃO et al., 2009) e a longevidade clínica aceitável, a um custo acessível relacionado aos procedimentos estéticos indiretos (CARVALHO et al.,2013; PONTONS-MELO et al.,2011). Outro aspecto favorável para a durabilidade do tratamento executado é a comprovação da técnica adesiva no esmalte dentário.

Essa técnica de estratificação utiliza-se resina para dentina mais opaca com a finalidade de mascarar as manchas resultantes da hipoplasia, associada com uma resina translúcida para confeccionar a incisal do esmalte

vestibular (SOUZA et al., 2009).

Na finalização do tratamento restaurador, faz-se o acabamento e polimento da restauração com o intuito de aumentar a lisura e o brilho superficial do material restaurador, diminuindo a probabilidade de retenção de placa bacteriana sobre a resina e, conseqüentemente, a sua degradação. Contribuindo assim para a manutenção longitudinal dos resultados estéticos alcançados (DELGADO et al., 2015; RAMIREZ MOLINA et al., 2015).

O diagnóstico, planejamento e execução clínica foram etapas fundamentais do tratamento para o restabelecimento da estética, da autoestima e autoconfiança do paciente, além da promoção da saúde.

CONCLUSÃO

1. A remoção mecânica do esmalte hipoplásico e posterior restauração com resina composta mostrou ser uma opção de tratamento adequada para atender às necessidades estéticas relatadas pelo paciente.

2. A realização do clareamento dentário, embora não tenha mostrado ser efetivo para a remoção do esmalte hipoplásico, o foi para minimizar o policromatismo e, assim, facilitar a seleção da cor do material restaurador.

REFERÊNCIAS

Araújo, E. M. et al. Restaurações em resina composta em anteriores. In: Cardoso, R. J. A., Gonçalves, E. A. N. Estética. 1. ed. São Paulo: **Artes Médicas**, 2002, p. 138-164.

Attin T, Hannin C, Wiegand A, Attin R. Effect of bleaching on restorative materials and restorations - a systematic review. **Dent Mater.** v. 20, n. 9, p. 852-861, Nov 2004.

Baratieri, L. N. et al. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. 1 ed. São Paulo: Ed. Santos, 2001.

Baratieri, L.N., Monteiro, S., Perdigão, J., et al. Soluções clínicas: fundamentos e técnicas. Florianópolis, SC. Ed. Ponto; 2008.

Ben-Amar A, Liberman R, Gorfil C, Bernstein Y. Effect of mouthguard bleaching on enamel surface. **Am J Dent.** v. 8, n. 1, p. 29-32, Feb1995.

Bernardon JK, Gondo R, Baratieri LN. Minimally invasive restorative treatment of hypoplastic enamel in anterior teeth. **American Journal of Esthetic Dentistry.** v. 1, n. 1, p. 2-13, 2011.

Borges G.A., Perreira G.A., Martinelli J. Oliveira W.J. The Influence Of Tooth Bleaching On The Bond Strength Of Resin-Enamel Interfaces. **Revista Odontológica do Brasil – Central.** v. 15, n. 40, p.46-54, 2006.

Carvalho LD, Bernardon JK, Bruzi G, Andrada MA, Vieira LC. Hipoplastic enamel treatment in permanent anterior teeth of a child. **Operative Dentistry.** v. 38, n. 4, p. 363-368, Jul-Aug 2013.

Castro A.L.S., Mendes C.M.C. Microabrasion and whitening procedure in dental fluorosis: a clinical case report. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador v. 13, n. 3, p. 403-408, dez 2014.

Clarkson J. Review of terminology, classifications and indices of developmental defects of enamel. **Adv Dent Res**. v. 3, n. 2, p. 104-109, Sep1989

Cintra L.T., Benetti F., da Silva Facundo A.C., Ferreira L.L., Gomes – Filho J.E., Ervolino E, et al. The number of bleaching sessions influences pulp tissue damage in rat teeth. **Journal of endodontics**. v. 39, n.12, p. 76-80, 2013.

Dahl, JE; Pallesen, U. Tooth bleaching – A critical review of the biological aspects. **Criteria Review Oral Biology Medicine**, v.14, n.4, p.292-304, 2003

Delgado AJ, Ritter AV, Donovan TE, Ziemiecki T, Heymann HO. Effect of finishing techniques of the marginal integrity of resin-based composite and resin-modified glass ionomer restoration. **J Esthet Restor Dent**. v. 27, n. 4, p. 184-193, Jul 2015.

Dietschi D. Optimising aesthetics and facilitating clinical application of free-hand bonding using the “natural layering concept”. **Br Dent J**. v. 4, n. 204, p.181-185, Fev 2008.

Dietschi D. Optimising aesthetics and facilitating clinical application of free-hand bonding using the “natural layering concept”. **Br Dent J**. v. 4, n. 204, p.181-185, Fev 2008.

Guth R.C, Filho A.A.C., Castro S.L., Gagliardi R.M. Clareamento dental de consultório em dentes vitais com Whiteness HP Blue 20% e Whiteness HP Maxx 35% - Relato de caso clínico.**Revista Dentística on line**. v.11, n. 23,p. 33-37, 2012.

Higashi C., Gomes G.M., Pupo Y.M., Gomes O.M.M., Gomes J.C., Jorge J.H. Restorative treatment of intrinsic chromatic alteration with composite resins.

International Journal of Brazilian Dentistry, Florianópolis, v. 7, n. 4, p. 424-432, out./dez 2011.

Joiner A. The bleaching of teeth: a review of the literature. **J Dent**. v. 34, n. 7, p.412-419, Aug 2006.

Josey AL, Meyers IA, Romanuk K, Symons AL. The effect of a vital bleaching technique on enamel surface morphology and the bonding of composite resin to enamel. **J Oral Rehabil**. v. 23, n. 4, p. 244-250, Apr 1996.

Khatri A, Nandlal B. An indirect veneer technique for simple and esthetic treatment of anterior hypoplastic teeth. **Contemporary Clinical Dentistry**. v. 1, n. 4, p. 288-290, Oct-Dec 2010.

Maia, E. A. V.; Vieira, L. C. C.; Baratieri, L. N.; Andrade, C. A. A. Clareamento em Dentes vitais: **Estágio Atual Clínica**. v. 1, n. 1, p. 8-19, 2005.

McGuckin RS, Thurmond BA, Osovitz S. Enamel shear bond strengths after vital bleaching. **Am J Dent**. v. 5, n. 4, p.216-222, Aug 1992.

Netto L., Reis R. Restabelecimento estético-funcional de dentes anterossuperiores com rara alteração de cor e forma. Relato de caso clínico. **Revista Dentística on line**. v.10 , n. 20, p. 50-53, jan-mar 2011.

Oliveira F.V., Silva M.F.A., Nogueira R.D., Martins V.R.G. Hipoplasia de esmalte em paciente hebiátrico: relato de caso clínico. **Rev Odontol Bras Central**. v. 24, n. 68, p. 31-35, 2015

Paixão T, Vieira F, Tomaz J, Paula A, Carrilho E. Correção estética do malposicionamento dentário em dentística operatória. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac**. v. 2, n. 50, p. 90-93, 2009.

Pinheiro I.V.A., Medeiros M.C., Andrade A.K.M., Ruiz P.A. Lesões brancas no esmalte dentário: como diferenciá-las e tratá-las. **Rev. Bras. Patol. Oral**. v. 2, n. 1, p. 11-18, 2003.

Pini NI, Sundfeld-Neto D, Aguiar FH, Sundfeld RH, Martins LR, Lovadino JR, Lima DA. Enamel microabrasion: An overview of clinical and scientific considerations. **World J Clin Cases**. v. 3, n. 1, p. 34-41, Jan 2015.

Pontes DG, Correa KM, Cohen-Carneiro F. Re-establishing esthetics of fluorosis-stained teeth using enamel microabrasion and dental bleaching techniques. **Eur J Esthet Dent**. v. 7, n. 2, p. 1370-137, 2012.

Pontons-Melo JC, Furuse AY, Mondelli J. A direct composite resin stratification technique for restoration of the smile. **Quintessence Int**. v. 42, n. 3, p. 205-211, Mar 2011.

Rajendran R, Sivapathasundharam, B. Shafer's Textbook of Oral Pathology 6th Edition 50, 2009.

Ramirez-Molina R, Kaplan AE. Influence of polishing protocol on flexural properties of several dental composite resins. **Acta Odontol Latinoam**. v. 28, n. 1, p. 64-71, Apr 2015.

Reston EG, Corba DV, Ruschel K, Tovo MF, Barbosa AN. Conservative approach for esthetic treatment of enamel hypoplasia. **Oper Dent**. v. 36, n. 3, p. 340-343, May-Jun 2011.

Samorodnitzky-Naveh GR, Geiger SB, Levin L. Patients' satisfaction with dental esthetics. **J Am Dent Assoc** v.138, n.6, p.805-808, Jun 2007.

Schmeling M, DE Andrada MA, Maia HP, DE Araújo EM. Translucency of value resin composites used to replace enamel in stratified composite restoration techniques. **J Esthet Restor Dent**. v. 24, n. 1, p. 53-58, Feb 2012.

Sheoran N, Garg S, Demle SG, Dhindsa A, Opal S, Gupta S. Esthetic management of developmental enamel opacities in young permanent maxillary incisors with two microabrasion techniques--a split mouth study. **J Esthet Restor Dent**. v. 26, n. 5, p. 345-352, Sep-Oct 2014.

Souza J.B., Rodrigues P.C.F., Lopes L.G., Guilherme A.S., Freitas G.C., Moreira F.C.L. Hipoplasia do esmalte: tratamento restaurador estético. **Robrac**. v. 18, n. 47, p. 14-19, 2009.

Suckling GW, Nelson DGA, Patel MJ. Macroscopic and scanning electron microscopic appearance and hardness values of developmental defects in human permanent tooth enamel. **Adv Dent Res**. v. 3, n. 2, p. 219-233, Sep 1989.

Sundfeld RH, Franco LM, Gonçalves RS, de Alexandre RS, Machado LS, Neto DS. Accomplishing esthetics using enamel microabrasion and bleaching-a case report. **Oper Dent**. v. 39, n. 3, p. 223-227, May-Jun 2014.

Sundfeld RH, Croll TP, Briso AL, de Alexandre RS, Sundfeld Neto D. Considerations about enamel microabrasion after 18 years. **Am J Dent**. v. 20, n. 2, p. 67-72, Apr 2007.

Sydow D.B.H., Andrade M.R.T.C., Fidalgo T.K.S., Valente A.R., Tannure P.N. Manejo estético da hipoplasia de esmalte em incisivos e caninos permanentes. **ClipeOdonto**. v. 7, n. 1, p. 32-36, 2015.

Villarroel M, Fahl N, De Sousa AM, De Oliveira OB Jr. Direct esthetic restorations based on translucency and opacity of composite resins. **J Esthet Restor Dent**. v. 23, n. 2, p. 73-87, Apr 2011.

Waes H van, Stockli PW. Patologia Dentária em crianças. In: Waes H van, Stockli PW. Odontopediatria. São Paulo: Artmed 2002.

Zorba YO, Bayindir YZ, Baruindir YZ, Barutcugil C. Direct laminate veneers with resin composites: two cases reports with five-year follow-ups. **J Contemp Dent Pract**. v. 11, n. 4, p. 56-62, Jul 2010.