



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

LETÍCIA SANTOS MARQUES DE SOUZA

**TRATAMENTO ESTÉTICO INTEGRADO: RELATO DE CASO**

---

Londrina  
2015

LETÍCIA SANTOS MARQUES DE SOUZA

## **TRATAMENTO ESTÉTICO INTEGRADO RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Estadual de Londrina.

Orientador: Prof. Dr. José Augusto Pinheiro Sperandio

Londrina  
2015

LETÍCIA SANTOS MARQUES DE SOUZA

## **TRATAMENTO ESTÉTICO INTEGRADO RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Odontologia Restauradora da  
Universidade Estadual de Londrina.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Antônio Carrilho Neto  
Universidade Estadual de Londrina

---

Prof. Dr. Alcides Gonini Júnior  
Universidade Estadual de Londrina

---

Prof. Dr. José Augusto Pinheiro Sperandio  
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 10 de Novembro de 2015.

**Aos meus pais e irmãos, Leonardo, Fátima, Amanda e Ivan,** que foram e são mais que uma simples família, são meus amigos, conselheiros e meu refúgio.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao professor Dr. José Augusto Pinheiro Sperandio pela sua orientação, paciência e o seu amplo conhecimento a mim passados.

A minha amiga e dupla, Raisia Domingues, com a qual tive o privilégio de dividir meus dias de clínica integrada e minha vida durante o quarto ano da graduação.

As minhas amigas, Thaísa, Meirielle, Nathália, Diorezane, Aline, Daiane, Agatha, Eloá, Lisiane, Karine e Nicole com quem passei momentos realmente inesquecíveis durante o curso, sou eternamente grata pela amizade de cada uma.

Ao protético Massaru que me recebeu atenciosamente em seu laboratório me cedendo material, conhecimento, tempo e sobretudo um trabalho minusciosamente elaborado com perfeição. Obrigada pela dedicação ao caso.

SOUZA, Letícia Santos Marques. **Tratamento estético integrado**: relato de caso 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

## RESUMO

Relato de caso clínico de um paciente de 28 anos com necessidades estéticas e funcionais. Submeteu-se durante 5 anos a tratamento ortodôntico, sem resultados satisfatórios. O paciente decidiu descartar qualquer possibilidade de continuidade de tratamento ortodôntico. Foi necessário elaborar uma lista de problemas que levasse em consideração a forte ligação que a função guarda com a estética mostrando que é fundamental para a execução do planejamento e plano de tratamento, estar atento para o verdadeiro benefício que o mesmo irá causar ao paciente. Ao mesmo tempo, foi feita uma avaliação das características e situações existentes que foram positivas e inerentes, e que não deveriam ser alteradas pelo tratamento. O planejamento de tratamento clínico integrado compreendeu as disciplinas de Periodontia, Oclusão, Dentística, Próteses Fixas metalo-cerâmicas e de facetas laminadas cerâmicas. Além dos requisitos estéticos, os requisitos funcionais também necessitam em várias ocasiões da integração entre as disciplinas. São casos nos quais a falta de dentes, distúrbios funcionais, problemas esqueléticos e outras anomalias estão presentes. Nesses casos, a perfeita integração entre as especialidades se faz absolutamente necessária para o sucesso do tratamento. Reestabelecemos então as guias de oclusão possibilitando juntamente com a periodontia e prótese a reabilitação estética e funcional do sorriso do paciente. Com este caso em questão pudemos observar que a relação entre as necessidades estéticas e funcionais muitas vezes guardam uma proximidade tal, que a solução de uma só se fará com a solução da outra. A falta de observação desses fatores interligados pode levar ao erro na obtenção do diagnóstico, que por sua vez leva ao insucesso dos procedimentos terapêuticos que prejudicam e agravam o problema inicial. Devemos lembrar que o organismo tende a um equilíbrio e nem sempre o que consta na literatura como ideal, vai se aplicar às reais necessidades e expectativas do paciente.

**Palavras-chave:** Tratamento clínico integrado. Estética. Facetas de cerâmica . Periodontia . Oclusão.

SOUZA, Leticia Santos Marques. **Tratamento estético integrado**: relato de caso 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

### **ABSTRACT**

Reporting clinical case of a 28-year-old patient with aesthetic and functional needs. Submitted for 5 years orthodontic treatment without satisfactory results. The patient decided to rule out any possibility of continuity ortodôntico. Foi treatment necessary to draw up a list of problems that would take into account the strong bond that custody function with aesthetics showing that it is essential for the implementation of planning and treatment plan, be aware of the real benefit that it will cause the patient. At the same time, an assessment of existing characteristics and situations was made that were positive and inherent, and should not be changed by tratamento. O integrated clinical treatment planning understood the disciplines of periodontics, occlusion, Dentistry, Fixed Prosthetics metal-ceramic and ceramic veneers. In addition to the aesthetic requirements, functional requirements also require several times the integration between disciplines. Are cases in which the missing teeth, functional disorders, skeletal abnormalities and other problems are present. In such cases, the seamless integration between specialties was absolutely necessary to the success of the treatment. Then Reestabelecemos the occlusion guides enabling together with periodontics and implant aesthetics and functional rehabilitation of the patient's smile. With this particular case we observed that the relationship between the aesthetic and functional requirements often keep a close proximity such that the solution will be one solution to another. Failure to observe these interrelated factors can lead to errors in the obtainment of the diagnosis, which in turn leads to failure of therapeutic procedures that damage and worsen the initial problem. We must remember that the body tends to a balance and not always what is in the literature as ideal, will apply to the real needs and expectations of the patient.

**Keywords:** Integrated clinical treatment. Aesthetics. Ceramic veneers. Periodontics. Occlusion.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 a</b> – Frontal das arcadas superior e inferior do paciente.....	11
<b>Figura 1 b</b> – Lateral direita das arcadas do paciente.....	12
<b>Figura 1 c</b> – Lateral esquerda das arcadas do paciente.....	12
<b>Figura 2 a</b> – Perfil direito e esquerdo do paciente.....	13
<b>Figura 2 b</b> - Frontal do paciente.....	15
<b>Figura 3</b> – Panorâmica.....	15
<b>Figura 4</b> – Linhas de lábio alta média e baixa.....	16
<b>Figura 5</b> – Margem ideal da restauração.....	19
<b>Figura 6 a</b> –Erupção passiva tardia.....	20
<b>Figura 6 b</b> – Posição da margem gengival.....	21
<b>Figura 7 (a,b,c)</b> – Erupção passiva tardia do tipo 1.....	21
<b>Figura 8 a</b> – Erupção passiva tardia do tipo 2.....	23
<b>Figura 8 b</b> – Procedimento de retalho posicionado apicalmente.....	23
<b>Figura 9</b> – Relação entre crista alveolar e JAC.....	23
<b>Figura 10</b> – Linha de incisão da arcada superior do paciente.....	24
<b>Figura 11</b> – Cirurgia periodontal.....	26
<b>Figura 12</b> – Reposicionamento do tecido e sutura.....	26
<b>Figura 13</b> – Envelope de função mandibular.....	30
<b>Figura 14</b> – Facetas de desgaste nos incisivos inferiores do paciente.....	32
<b>Figura 15</b> – Relações anteriores médias.....	33
<b>Figura 16</b> – Registro das interferências posteriores da arcada do paciente.....	33
<b>Figura 17</b> – Desoclusão em grupo.....	34
<b>Figura 18</b> – Linha média do paciente.....	35
<b>Figura 19</b> - Bordas incisais superiores do paciente.....	36
<b>Figura 20</b> - Incisivos do paciente.....	37



<b>Figura 21</b> - Lateral da arcada superior do paciente (pós-cirurgia periodontal).....	38
<b>Figura 22</b> - Vista frontal da arcada superior do paciente (pós-cirurgia periodontal).....	40
<b>Figura 23</b> - Modelo superior da arcada do paciente após enceramento diagnóstico.....	43
<b>Figura 24 a</b> - Vista superior da guia de transferência.....	44
<b>Figura 24 b</b> - Vista frontal da guia de transferência.....	44
<b>Figura 25</b> - Vista frontal da arcada superior do paciente em resina bis-acrílica A2.....	44

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>RELATO DO CASO .....</b>	<b>11</b>
2.1	ETIOLOGIA E DIAGNÓSTICO .....	11
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS DO TRATAMENTO.....</b>	<b>16</b>
3.1	ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO.....	17
<b>4</b>	<b>ETAPAS EVOLUTIVAS DO TRATAMENTO .....</b>	<b>18</b>
4.1	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL.....	18
4.1.2	Oclusão .....	28
4.1.3	Função.....	29
4.2	Desenho Digital do Sorriso .....	34
4.2.1	Linha Média .....	34
4.2.2	Comprimento Incisal.....	35
4.2.3	Ponto dos Zênites.....	36
4.3.4	Saúde Gengival e Ameias Interdentárias .....	36
4.3.5	Níveis e Harmonias Gengivais .....	38
4.4	FACETAS LAMINADAS DE CERÂMICAS.....	39
4.4.1	Determinando os elementos essenciais .....	40
4.4.2	Avaliação Pré-Operatória (Análise do Sorriso) .....	41
4.5	ETAPAS DESENVOLVIDAS DO TRATAMENTO .....	42
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Muitos dos pacientes adultos que buscam tratamento estético necessitam previamente de correção ortodôntica. É importante buscar resultados ortodônticos estáveis a longo prazo e, passíveis de serem obtidos dentro de períodos de tempo compatíveis com as expectativas geradas naqueles pacientes que se motivam para 1 ou 2 anos de tratamento ortodôntico. Este período de tratamento tem permitido a resolução da grande maioria das necessidades de posicionamento satisfatório de dentes, que favoreçam a estética e a função. É bastante frequente pacientes procurarem por resultados rápidos, principalmente aqueles que já passaram por experiências frustrantes durante um tratamento ortodôntico mal sucedido. Além dos requisitos estéticos, os requisitos funcionais também necessitam em várias ocasiões da integração entre as disciplinas. São casos nos quais a falta de dentes, desordens funcionais, problemas esqueléticos e outras anomalias estão presentes. Nesses casos, a perfeita integração entre as especialidades se faz absolutamente necessária para o sucesso do tratamento: A relação entre as necessidades estéticas e funcionais muitas vezes guardam uma proximidade tal, que a solução de uma só se fará com a solução da outra. A falta de observação desses fatores interligados pode levar ao erro na obtenção do diagnóstico, que por sua vez leva ao insucesso dos procedimentos terapêuticos que prejudicam e agravam o problema inicial.

A elaboração de uma lista de problemas que leve em consideração a forte ligação que a função guarda com a estética é fundamental para a execução do planejamento e plano de tratamento. Deve-se estar atento para o verdadeiro benefício que um tratamento irá causar ao paciente. Ao mesmo tempo, deve ser feita uma avaliação das características e situações existentes que são positivas e inerentes e que não devem ser alteradas pelo tratamento. Devemos lembrar que o organismo tende a um equilíbrio e nem sempre o que consta na literatura como ideal, vai se aplicar às reais necessidades e expectativas do paciente.

O paciente, embora leigo, percebe o que lhe agrada e desagrade. Nem sempre de forma objetiva e concreta, mas de forma subjetiva, o que muitas vezes dificulta o trabalho do profissional em encontrar a melhor alternativa de tratamento. Sendo assim, a avaliação das necessidades, principalmente em pacientes adultos, deve começar de fora para dentro. Em outras palavras, deve-se

avaliar as estruturas faciais, bucais e dentárias, nessa ordem, pois a percepção e avaliação da face é mais desenvolvida (instintiva) na maioria das pessoas leigas quando comparada à das partes como lábios, sorriso e dentes. Além disso, o padrão facial morfogenético guarda relação com o complexo dento-alveolar, influenciando-o e dando pistas das suas anomalias:

A ortodontia também encontra limites nos problemas bucais e dentários. A possibilidade de restaurar a estrutura dentária está além do escopo ortodôntico. A integração com outras especialidades que são específicas para esse propósito como a dentística e a prótese se faz necessária sempre que um tratamento com exigências restauradoras e/ou estéticas exigir. A não aceitação da responsabilidade que cada especialista tem com o todo leva, muitas vezes, à insatisfação do paciente. Esse não está ciente nem interessado em saber qual o limite de atuação de cada área e de cada profissional, e sim, em saber se o resultado final do tratamento ficou bom ou não, na opinião de quem mais importa, a dele próprio. Essa falta de consciência, e porque não dizer de visão, de profissionais “super especialistas”, não colabora para o crescimento da profissão e da sua prática clínica. Sendo assim, será o objetivo desse trabalho apresentar um caso clínico no qual a filosofia do tratamento integrado foi fundamental para o êxito do resultado final.

## 2 RELATO DO CASO

### 2.1 ETIOLOGIA E DIAGNÓSTICO

O paciente leucoderma do gênero masculino (A.V.J.), com 28 anos de idade, procurou a Clínica Odontológica Universitária da UEL com história de tratamento ortodôntico insatisfatório. O paciente relatou que, após 5 anos de tratamento, não observou resultado algum, declarando – se insatisfeito e frustrado com sua estética facial (Figura1). Incrementos em resina na oclusal dos seus pré-molares e molares superiores promoviam-lhe incômodo já que seus dentes posteriores não ocluíam. O paciente tomou a decisão de interromper o tratamento ortodôntico interceptivo ao qual se submeteu pelo período citado e nem mesmo considerou a hipótese de realizar novo tratamento ortodôntico com outro profissional indicado. Sua queixa referia-se a sua insatisfação com a estética dos seus dentes e ao desconforto causado pela oclusão habitual. No exame físico, ficou constatada uma mordida profunda anterior, trespases vertical e horizontal acentuados devido a má-oclusão, discrepâncias dentais e gengivais (alterações da erupção passiva em vários grupos de dentes); sem relação harmônica com os lábios, principalmente entre os antero-superiores e o lábio inferior. Desgastes acentuados também foram observados nas incisais dos elementos centrais e laterais inferiores e pontas de cúspides dos caninos (Figura 1- a – b - c).

**Figura 1- a –** Frontal das arcadas superior e inferior do paciente



**Figura 1-b** - lateral direita das arcadas do paciente



**Figura 1- c** - lateral esquerda das arcadas do paciente



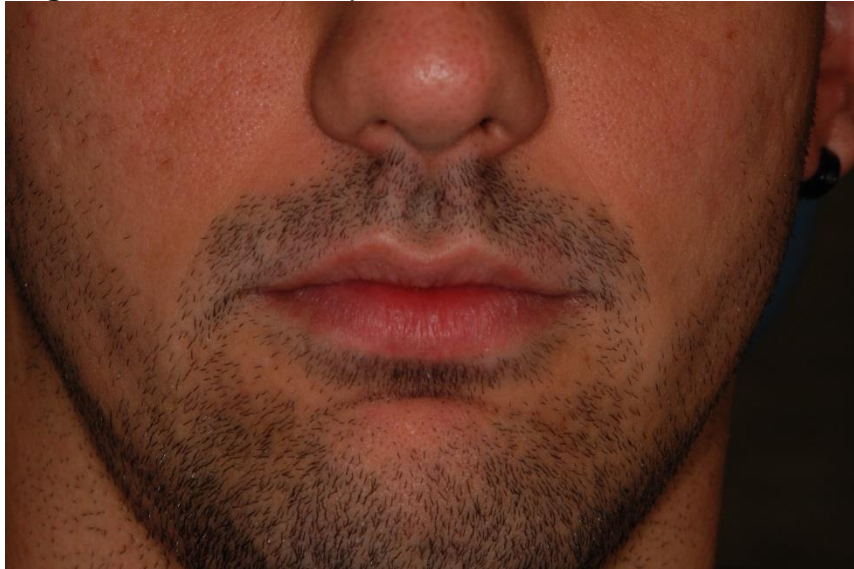
Completando o exame físico, foram observados os mesmos problemas oclusais, esqueléticos, funcionais e estéticos, com auxílio de auxílio de fotografias extra-orais (Figura 2) e radiografia panorâmica (Figura 3).



**Figura 2** - perfil direito e esquerdo do paciente



**Figura 2-b – frontal do paciente.**



**Figura 2-c - frontal paciente sorrindo.**





**Figura 3** - panorâmica.



Na avaliação integral do paciente foi possível elaborar uma lista de problemas que se inicia pelo padrão dentário CI II de Angle onde o problema se encontra na mandíbula atrésica e retruída, levando a um perfil côncavo com deficiência da projeção zigomática e quase ausência da depressão infra-orbitária.

Somando-se aos problemas esqueléticos, existiam os dentários com envolvimento funcional e estético. Os incisivos laterais superiores apresentavam microdontia a linha de sorriso discrepante, restaurações em resina deficientes e incrementos em resina nos pré molares.

### 3 OBJETIVOS DO TRATAMENTO

Após a elaboração da lista de problemas, os objetivos do tratamento foram criados seguindo prioridades. Os aspectos periodontais foram os primeiros a serem considerados. A necessidade de recuperação de espaço biológico e definição da margem de inserção frente ao sorriso gengival do paciente levou à opção cirúrgica. Ficou estabelecido que a cirurgia periodontal a retalho seria a primeira intervenção a ser executada. A saúde dos tecidos moles é de importância fundamental quando um procedimento restaurador é realizado. Não importa o tipo de trabalho protético que será realizado: coroas, próteses fixas, removíveis ou facetas laminadas cerâmicas: a condição não saudável dos tecidos gengivais irá colocar em risco o resultado final. Entretanto, mesmo se os tecidos parecerem saudáveis, isto não significa que estejam esteticamente satisfatórios. Um sorriso ideal deve ser equilibrado, com uma exibição agradável dos dentes e uma arquitetura gengival harmoniosa.

Outro fator determinante para o sucesso do tratamento é o bom funcionamento oclusal. Se a harmonia oclusal não for alcançada, então provavelmente as facetas irão fraturar devido a uma interferência oclusal. Facetas são friáveis e fraturas coesivas podem resultar de estímulos externos ou forças oclusais. Portanto cuidados devem ser tomados nos ajustes oclusais, principalmente nos movimentos de excursão laterais e protrusivos. Esta se torna uma questão importante em pacientes de qualquer condição: promover o bom funcionamento da oclusão.

Usando de meios e técnicas atuais, se tornou possível de forma conservadora, melhorar a saúde e a função do sorriso além da aparência do paciente. A verdadeira compreensão de todos os aspectos que abrangem a odontologia estética/cosmética é a integração da tríade “saúde, função e beleza” que nos ajuda a alcançar um ótimo cuidado dental.

### 3.1 ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Por se tratar de um paciente adulto com erupção passiva todas as alternativas de tratamento passavam por procedimentos cirúrgicos. Existiam 2 possibilidades. A primeira: uma combinação de tratamento ortodôntico bem planejado e executado seguido de intervenção cirúrgica periodontal e posteriormente o tratamento protético, onde a má oclusão seria corrigida, função oclusal reestabelecida e promoção da estética facial desejada com os laminados cerâmicos. A segunda opção promoveria o reestabelecimento da função oclusal e promoção da estética facial. Porém sem a ortodontia se torna impossível a correção da má oclusão de classe II de Angle e sobremordida. Isso faz com que a segunda opção imponha ao paciente o uso de uma placa de acrílico rígida para auxílio da oclusão e proteção das próteses.

Ficou estabelecido com o paciente que a segunda alternativa seria a escolhida, mesmo existindo a necessidade do uso de uma placa por período quase que integral, pois o paciente descarta qualquer possibilidade de intervenção ortodôntica interceptiva. Embora a má oclusão permaneça, o prognóstico não deixa de ser favorável visto que um dos principais fatores determinantes do sucesso da implantação de facetas em porcelana é o fator oclusal e faz parte dos objetivos do tratamento promover o bom funcionamento da oclusão estabelecendo guias anterior e de lateralidade adequadas para o equilíbrio e harmonia oclusal uma vez que esse é um fator determinante para o sucesso da implantação das facetas laminadas cerâmicas.

## 4 ETAPAS EVOLUTIVAS DO TRATAMENTO

### 4.1 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL

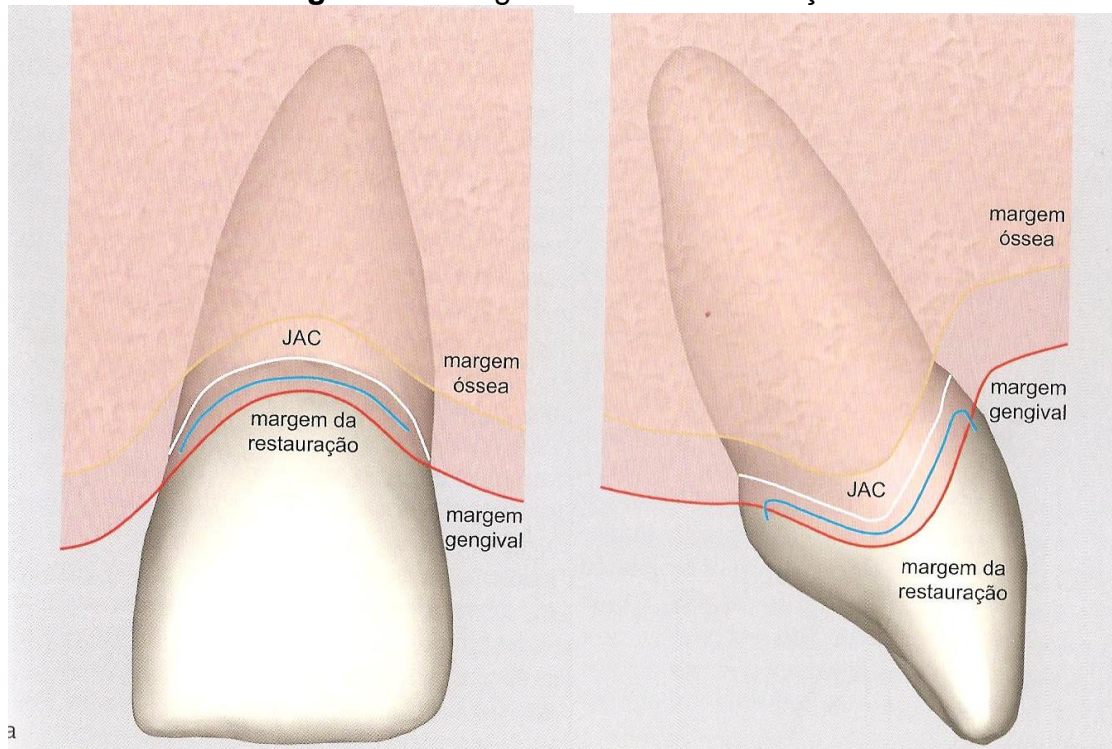
Dentre os aspectos que influenciam nas características do sorriso estão: linha mediana, posicionamento dental, linha do sorriso e características gengivais. A aparência estética é diretamente afetada pela simetria criada entre as linhas médias dental e facial. A seleção de um método de tratamento adequado depende de uma adequação da gengiva inserida, estrutura dental, profundidade vestibular, a distância da margem gengival à crista óssea, angulação radicular, posicionamento dental e nível interproximal do osso alveolar quando a recessão está presente. “Sorriso gengival” pode ser considerado um problema estético significativo por muitos pacientes. Idealmente o sorriso deve expor uma quantidade mínima ao redor dos incisivos laterais. As margens gengivais dos incisivos centrais superiores e caninos devem coincidir com a borda do vermelho do lábio superior. A linha do lábio, verificada quando o paciente sorri, é classificada como alta (sorriso gengival), média (ideal) e baixa (lábio superior cobrindo uma porção dos dentes superiores)(Figura 4).

**Figura 4** – linhas de lábio alta, média e baixa.



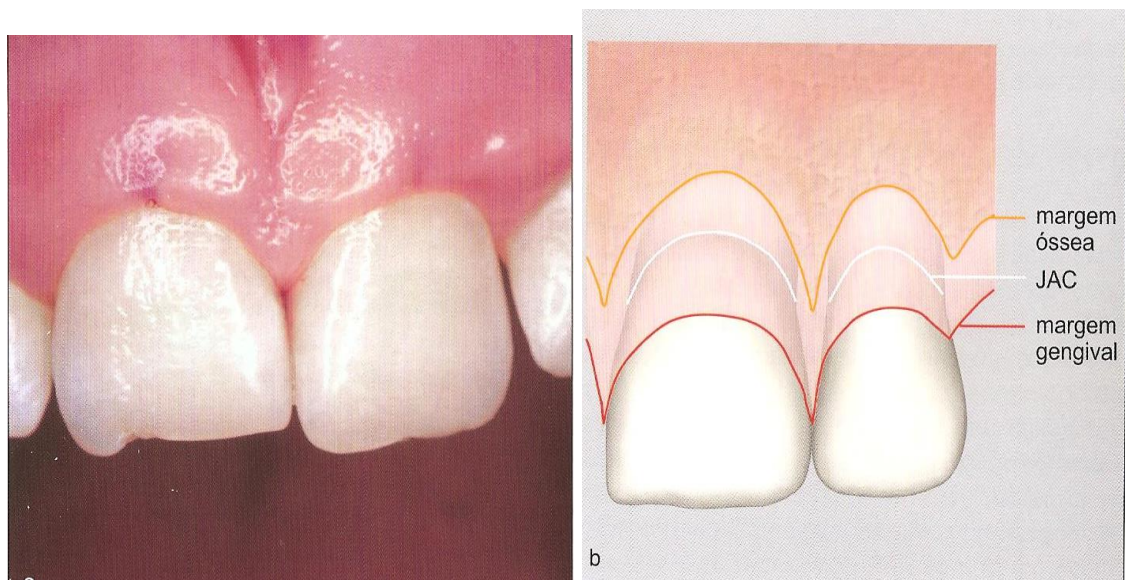
A correção dessa desarmonia requer aumento cirúrgico ou cobertura radicular, tratamento ortodôntico e procedimentos restauradores. O sulco gengival estende-se da margem gengival livre à inserção epitelial. Em pacientes saudáveis essa profundidade é cerca de 0- 3 mm e é demarcada com um epitélio sulcular fino. A margem da restauração deve seguir o contorno da junção amelocementária. A distância mínima requerida para a manutenção da saúde periodontal é de 2,5 mm da margem da restauração. A violação desse princípio resulta em inflamação do epitélio juncional e da inserção tecidual conjuntiva e eventualmente perda óssea marginal. (Figura 5).

**Figura 5 – margem ideal da restauração.**





Na etiologia das assimetrias gengivais, erupção passiva alterada, padrões diferentes de desgaste dental, traumatismos que modificam a erupção dental, posicionamento dental na arcada, hábitos parafuncionais e escovação dental de forma exagerada devem ser considerados. Nesse caso apresentado a razão para a exposição gengival excessiva é a erupção passiva lenta ou o que alguns autores chamam de “erupção passiva alterada”. A erupção passiva é a exposição dos dentes através da migração da gengiva para apical, enquanto a erupção ativa é o movimento dos dentes na direção oclusal. Quando os dentes alcançam seus antagonistas funcionais, o sulco gengival e epitélio juncional ainda estão no esmalte, e a coroa clínica está aproximadamente dois terços da coroa anatômica(3). Atraso na migração da gengiva marginal e do epitélio juncional para apical resulta em uma fase adulta em que a margem gengival fica posicionada mais para a incisal ou oclusal na coroa anatômica e não se aproxima à junção amelocementária. Quando a gengiva não está inflamada mas é espessa fibrótica, e mostra um importante festonamento na margem gengival livre, o que resulta em uma forma quadrada, deve-se suspeitar de erupção passiva tardia (Figura 6).



**Figura 6 – a - erupção passiva tardia Figura- 6-b- posição da margem gengival**

O diagnóstico é feito por meio de sondagem do sulco e da margem do osso alveolar saudável para determinar suas relações com junção amelocementária. O aumento clínico e anatômico, espessamento da gengiva inserida, posicionamento dental e o envolvimento do freio são fatores adicionais no diagnóstico e plano de tratamento. Existem dois tipos de erupção passiva tardia, como proposto por Closet et al. (Tabela 1).

Tipo	A	B
Coroas clínicas pequenas com a junção mucogengival apical à crista alveolar. Larga faixa de gengiva inserida	Crista alveolar à junção amelocementária $\geq 2\text{mm}$	Crista alveolar à junção amelocementária $< 2\text{mm}$
Coroas clínicas curtas com a junção mucogengival no nível ou perto da junção amelocementária. Faixa normal de gengiva inserida.	Crista alveolar à junção amelocementária $\geq 2\text{mm}$	Crista alveolar à junção amelocementária $< 2\text{mm}$

Tabela 1: Classificação de migração Passiva Tardia da Margem Gengival.

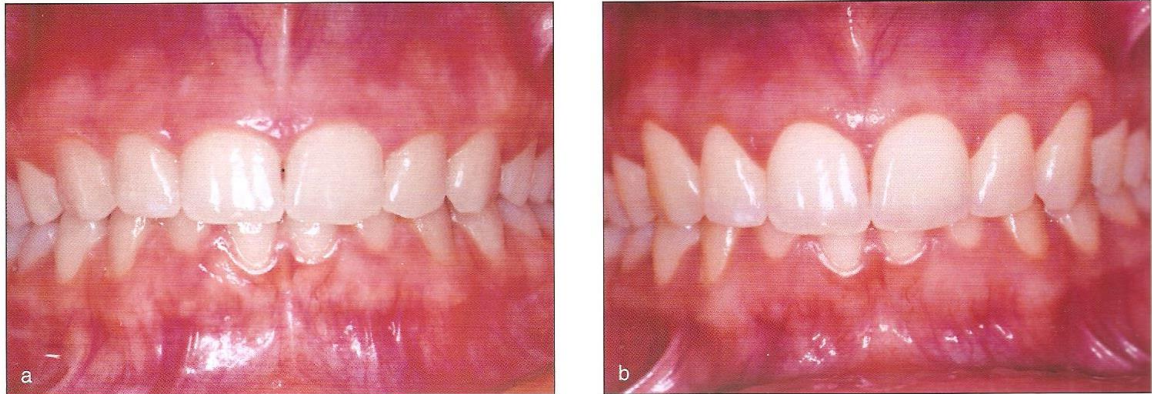
Nessa classificação a relação entre a coroa gengival e a coroa anatômica é dividida em dois principais grupos. Em casos tipo 1, a margem gengival está localizada na incisal ou oclusal à junção amelocementária, com uma larga zona de gengiva inserida, e a junção mucogengival é geralmente apical à crista alveolar (Figura 7).



Figura 7 (a, b e c) - erupção passiva tardia do tipo 1.

Existe tipicamente uma quantidade excessiva de gengiva mensurada da margem gengival livre até a junção mucogengival. Nos casos tipo 2, a junção mucogengival está localizada no nível ou perto da junção amelocementária onde a

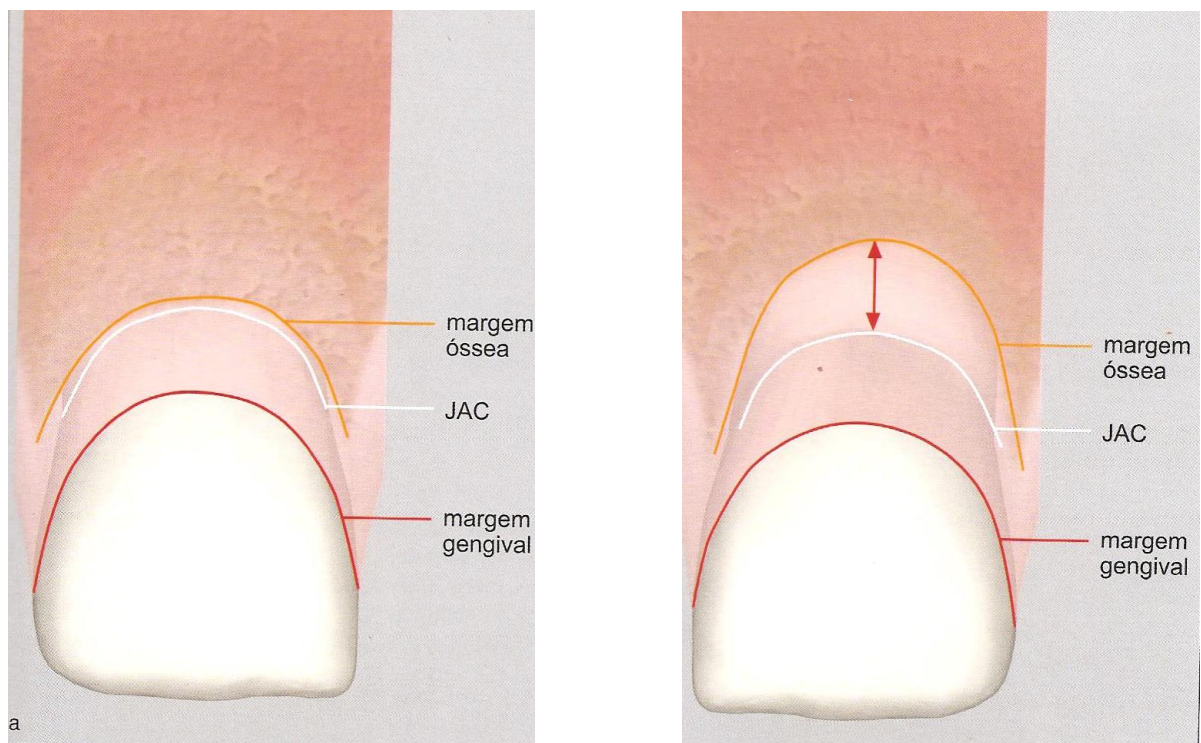
faixa de gengiva inserida está no limite normal como mensurado na margem gengival livre à junção mucogengival (Figura 8).



**Figura 8 – a** - erupção passiva tardia do tipo 2

**Figura 8 - b** - procedimento de retalho posicionado apicalmente.

A principal distinção entre os dois tipos é a localização da junção mucogengival, que também serve como um guia útil no plano de tratamento. Uma outra subdivisão avalia as relações entre crista óssea alveolar e a junção amelocementária (Figura 9 ).



**Figura 9 –** relação entre crista alveolar e junção amelocementária em casos de erupção passiva tardia.



As opções de tratamento da erupção passiva tardia devem ser baseadas no diagnóstico de cada tipo. Neste caso, o paciente foi diagnosticado em erupção passiva tardia do tipo 1B. A correção cirúrgica desta anatomia reversa promoveu o reposicionamento da crista alveolar, afinamento da margem alveolar e espaço suficiente para o desenvolvimento do espaço biológico adequado possibilitando tanto a confecção das próteses fixas necessárias nos elementos 16, 26 e 36 quanto a implantação dos laminados cerâmicos anteriores. As opções de tratamento para esse tipo devem criar espaço suficiente para a inserção de fibras supracristais para manter o espaço biológico adequado enquanto se elimina o excesso de gengiva.

Nesse caso existe outra dimensão vestibulolingual devido à forma óssea. Esta espessura extra da estrutura óssea considera uma angulação apical da crista óssea na região gengival do lado do ligamento periodontal, permitindo apenas a inserção apical das fibras do tecido conjuntivo à junção amelocementária. A correção cirúrgica desta anatomia reversa promoveu o reposicionamento da crista alveolar, afinamento da margem alveolar e espaço suficiente para o desenvolvimento do espaço biológico adequado (Figura 10).



**Figura 10** – linha de incisão na arcada superior do paciente.

O nível de tecido gengival seguiu normalmente a arquitetura da crista óssea subjacente e a redução alveolar foi realizada meticulosamente para

ordenar o nível final gengival e o contorno durante o processo de reescultura do osso.



**Figura 11** – cirurgia periodontal. Rebatimento de tecido e reescultura do osso alveolar agora posicionado 3mm apicalmente à junção amelocementária.



**Figura 12** – reposicionamento do tecido e sutura.

Aumento de coroa clínica requer reabatemento de retalhos de espessura total para acesso e o recontorno ósseo resulta em reabsorção da crista óssea alveolar em aproximadamente 0,63 mm (4). Esta perda óssea inevitável deve ser calculada no momento do planejamento cirúrgico para prevenir recessões inesperadas,

principalmente em casos com gengiva e tábua óssea vestibulares finas onde mais perda óssea é esperada. Em longo prazo, a estabilidade da margem gengival que foi estabelecida por procedimentos de aumento de coroa clínica depende especialmente da altura do espaço biológico. Como foi mencionado, são necessários aproximadamente 2 mm entre a base do sulco e a crista óssea para fornecer espaço para a inserção de tecido conjuntivo e epitélio juncional.

Acrescentando a profundidade de sulco ao espaço biológico resulta em um mínimo de 3 mm da margem gengival recentemente criada à crista do osso. Danos a este princípio resultam em resultados cosméticos ruins que requerem retratamento.

## 4.2 Oclusão

Um objetivo primordial do ajuste oclusal é a melhoria das relações funcionais da dentição em tal forma que os dentes e o periodonto recebem estímulo funcional uniforme e que as superfícies oclusais dos dentes sejam expostas a um desgaste fisiológico uniforme. O sistema mastigador é uma unidade funcional e os estímulos funcionais adequados são da maior importância para a manutenção e desenvolvimento de um periodonto forte e saudável com capacidade funcional elevada e ótima resistência à injúria. O ajuste oclusal é logicamente a primeira consideração para o tratamento do trauma da oclusão e dos sinais e sintomas associados. Entretanto, nem todos os casos de trauma de oclusão podem ser curados pelo ajuste oclusal. Outros procedimentos como a terapêutica ortodôntica, a ferulização de dentes ou a odontologia restauradora podem ser necessários. A mera remoção de um ponto alto incômodo no dente pode reorientar o paciente para outra interferência e que pode eventualmente, ser tão incômoda como aquela que foi removida. Entretanto o ajuste oclusal deveria ser a primeira consideração para a eliminação do trauma de oclusão(5).

Oclusão refere-se ao ato e ciclo do fechamento. Isto envolve, ao mesmo tempo, componentes dinâmicos e estáticos. Os componentes estáticos devem ser os primeiros a serem considerados. Em uma boa oclusão todos os dentes apresentam contato simultâneos. No entanto é reconhecido que na região anterior devem existir contatos suaves, o que, clinicamente pode significar: “dentes anteriores simplesmente não entram em contato”. Além disso a percepção de um movimento dental em função do contato interoclusal pode ser prejudicial para a estabilidade dental, levando à criação de um espaço interproximal.

A área do contato dental que inclui dentes anteriores e posteriores mede cerca de 4mm (6). Considerando o número de contatos interoclusais (64 a 100 para uma arcada completa) e levando em conta variável como opinião e tipo de oclusão, cada área de contato único é extremamente pequena. Múltiplos contatos posteriores interoclusais são obrigatórios para melhorar a distribuição da tensão, sendo que estudos têm demonstrado que na região posterior a contração muscular chega a 100% se existem contatos simples ou múltiplos. Na natureza contatos entre cúspides e arestas é uma regra, e caracterizam oclusões Classe I. Contatos entre cúspides e fossas geralmente são encontrados em oclusões de Classe II, enquanto

o tripoidismo dos contatos oclusais continua a ser um sonho, nascido na imaginação dos cirurgiões dentistas ansiosos por estabelecer a estabilidade oclusal.

A coincidência na localização entre o contato interoclusal dental e a margem da restauração cerâmica adesiva deve ser evitada, assim como alterações no selamento marginal das restaurações cerâmicas adesivas que podem ser frequentemente estabelecidas quando os contatos antagonistas estão localizados em outra região.

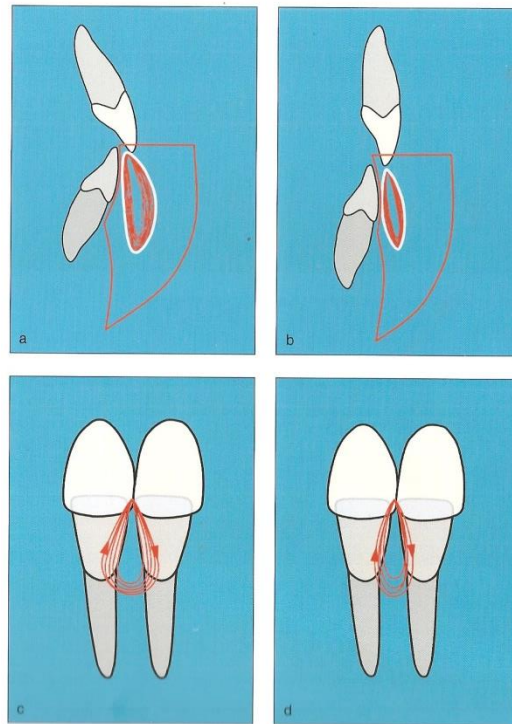
Quando essa recomendação é facilmente aplicada na região anterior, práticas clínicas mostram que a região posterior aparece como uma área privilegiada, onde os contatos oclusais e as margens das facetas são coincidentes em função da morfologia dental posterior e da natureza das relações interoclusais. Observações também mostram que é nessa área que o desenho morfológico da restauração pode ser tornar distorcido para se adaptar às deformidades do antagonista, ou para se inserir no segmento dental de acordo com as várias manifestações de abrasão presentes. Como resultado, as possibilidades de localização coincidentes entre o posicionamento da margem e os contatos interoclusais aumentam. E, com eles, aumentam as chances de alterar o selamento marginal e resultar em microtrincas na cerâmica quando submetidas à carga oclusal.

Assim pode ocorrer deteriorização no selamento marginal de restaurações cerâmicas em função dos hábitos parafuncionais como o apertamento, principalmente quando o posicionamento da margem cerâmica e os contatos interoclusais são coincidentes. Durante o preparo dos dentes, a identificação dessa situação é importante para a confecção das restaurações cerâmicas adesivas, não só para prever a localização do contato interoclusal, mas também para fornecer espessura suficiente de cerâmica, permitindo que a restauração cerâmica possa oferecer resistência adequada às condições parafuncionais.

#### 4.2.1 Função

A função ocorre no exato momento em que os dentes entram em ação. Esse momento dinâmico da oclusão se refere ao engrenamento dos dentes inferiores em relação cêntrica e as suas desoclusões, O desenvolvimento dos movimentos excursivos é ditado pela trajetória condilar, morfologia dos dentes antagonistas e posição dental. Esses movimentos exibem no registro do traçado

tridimensional uma área delimitada definida como “envelope da função mandibular”, caracterizada pela aparência em forma de gota, como resultado da morfologia, da posição dental antagonista e de variações individuais (Figura 13).



**Figura 13** – envelope de função mandibular.

Isto faz com que os dentes sejam os fatores mais importantes no padrão de fechamento. Também foi estabelecido que o padrão de fechamento dental permanece sob controle neuromuscular, apesar de a natureza exata desse fenômeno necessitar de explicação científica.

Por dedução, pode ser sugerido que um dos maiores desafios enfrentados pelos cirurgiões dentistas na reabilitação de uma oclusão fisiológica é a modificação das relações anteriores inadequadas. A reabilitação da região anterior nunca deve ser realizada considerando-se apenas preparos dentais discretos para facetas, mas, sim, a manutenção oclusal e a excelência funcional.

A manutenção oclusal envolve a avaliação e correção das manifestações de desgastes localizadas que afetam um dente anterior ou toda a região anterior, concomitante a uma apreciação necessária da trajetória do huiá anterior ou canino, para prevenir interferências posteriores ou em oclusão cêntrica..

O alcance desses objetivos requer aumento na inclinação do ângulo de desocclusão, o qual, dependendo das condições orais, pode ser alcançado pela restituição na relação interoclusal vertical, com o aumento do comprimento dental ou com uma redução das elações horizontais. A combinação dessas medidas terapêuticas é comum. Clinicamente, a modificação da morfologia palatina dos incisivos superiores e caninos parece mais adequada para melhorar os guias dentais, sem o comprometimento estético. Porém a natureza desta modificação ainda precisa ser definida, porque deixa em aberto a questão do grau de inclinação ideal interoclusal. Mecanicamente, verifica-se que quanto mais profundo for o ângulo, maior a probabilidade de obtenção de um guia dental e menor a possibilidade de obtenção de um guia dental e menor a possibilidade dos dentes posteriores entrarem em contato nas oclusões excêntricas. Do ponto de vista muscular, o aumento da inclinação do ângulo de desocclusão também pode produzir um resultado favorável, pois gera inibição proprioceptiva que irá paralisar temporariamente a atividade muscular, reduzindo, assim, o nível de carga nas oclusões excêntricas. Esta inibição muscular tem sido explicada como aumento na carga tensional, afetando os dentes e a sua vizinhança. Isto leva a um efeito que aciona os receptores proprioceptivos, evitando o contato muscular por meio de um efeito de arco reflexo. Entretanto, atenção especial deve ser dada de modo que o ângulo de desocclusão não cause nos dentes, em função da sua morfologia ou posição, uma interferência devido a um padrão neurológico de fechamento dental. Prolongado. Isto invariavelmente levará à abrasão das superfícies dentais vestibulares inferiores ou palatinas superiores dos dentes antagonistas. Danos desse tipo, que afetam as superfícies antagonistas, em geral, podem ser gerados pelo sobrecontorno das restaurações cerâmicas adesivas, como também em casos ortodônticos e ortognáticos.

Na ausência de possibilidades clínicas disponíveis de traçado tridimensional, padrões programados de fechamento oclusal necessitam serem avaliados em um articulador que permita registrar esta informação, associado à sensibilidade do cirurgião dentista para evitar restaurações que incidam em áreas funcionais. Apesar dessas restrições, para alcançar a excelência funcional e estética ou para reproduzir as condições encontradas nas dentições preservadas, atualmente não há nenhum sistema restaurador melhor do que as restaurações cerâmicas adesivas. O importante é a execução de um tratamento adequado no tempo apropriado. A manutenção da estabilidade oclusal requer a identificação e



tratamento das manifestações recentes de desgaste, que afetam um ou mais dentes anteriores. Em função da oportunidade de tratamento localizado e restrito, a extensão da degradação oclusal, rotulada como doença oclusal, invariavelmente se estenderá lateralmente para os incisivos laterais e caninos quando afeta no início os incisivos centrais, ou medialmente quando os caninos são os primeiros dentes sujeitos à abrasão.

O período necessário para a propagação da doença oclusal na região anterior cria muitas oportunidades para motivar os pacientes a restaurar simultaneamente a estética anterior e a função(Figura 14).

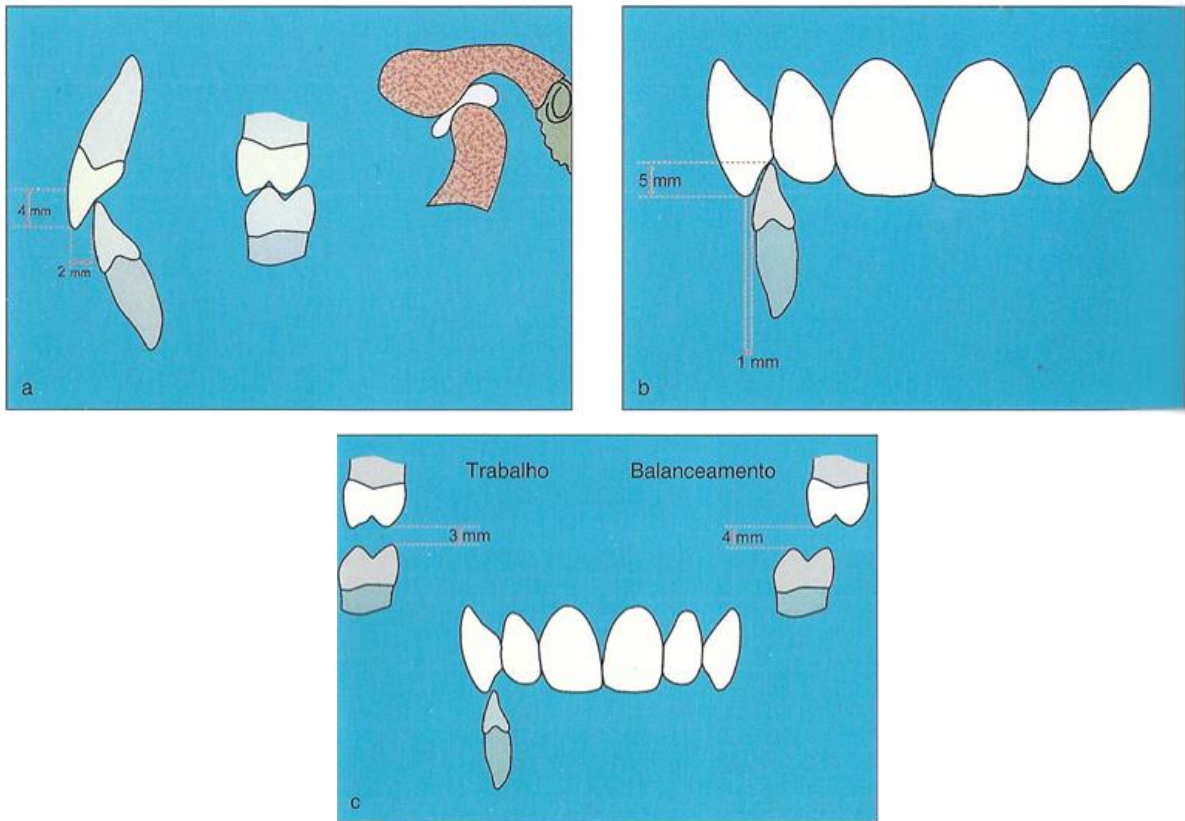
**Figura 14** - facetas de desgastes nos incisivos inferiores do paciente. Decorrentes de interferências oclusais. Contatos isolados sem distribuição múltipla.



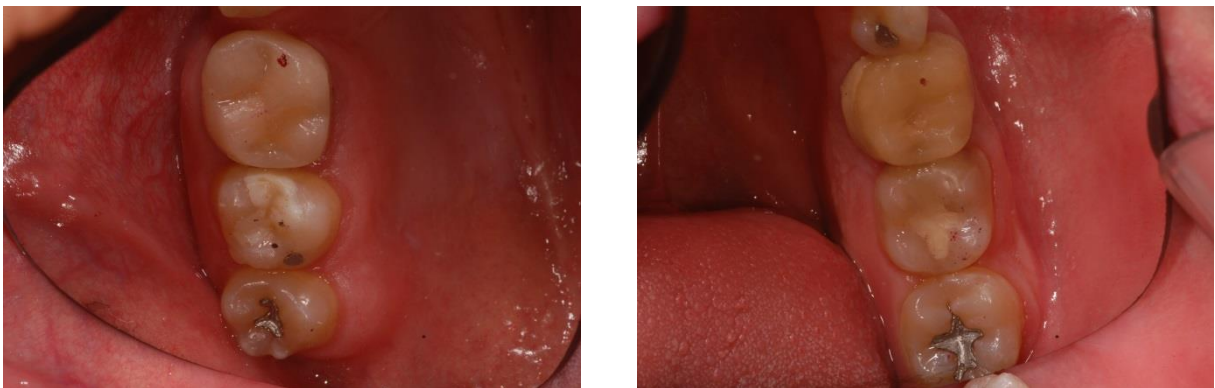
Dentições preservadas mostram características similares: múltiplos contatos interoclusais para uma melhor distribuição da tensão em oclusões cêntrica e excêntrica, e contatos dente a dente que reduzem a atividade muscular e previnem qualquer possibilidade de interferência posterior. A reprodução desses parâmetros nas restaurações devem permitir sua manutenção em longo prazo e alcançar boa estabilidade oclusal. Relações anteriores médias no plano frontal para os incisivos,

relações anteriores médias no plano frontal em direção ao canino e relação frontal na desocclusão direita. (Figura 15)

**Figura 15** – a relações anteriores médias no plano frontal para os incisivos. Brelações anteriores médias no plano frontal em direção ao canino crelação frontal na desocclusão direita.



Na avaliação funcional da mandíbula foram detectados contatos prematuros entre pré-molares do lado direito com desvio antero-lateral da mandíbula. Após obter os modelos de estudo montados em A.S.A., foi feito ajuste oclusal em R.C., P.M.I. e a partir daí considerou-se a reabilitação oclusal por meio de laminados e fragmentos cerâmicos para o restabelecimento das guias anterior e lateral, promovendo uma desocclusão em grupo como registrado nas fotos abaixo.



**Figura 16** - registro das interferências posteriores da arcada do paciente



**Figura 17** - desocclusão em grupo. Sem interferência nos posteriores nas arcadas do paciente.

A previsibilidade de qualquer procedimento restaurador depende de uma avaliação precisa das condições orais e oclusais. Facetas cerâmicas têm sido consideradas as restaurações ideais para a correção das relações anteriores e de guias ineficientes. Por outro lado se as condições oclusais forem negligenciadas ou erroneamente avaliadas, elas podem ser potencialmente destrutivas para a dentição.

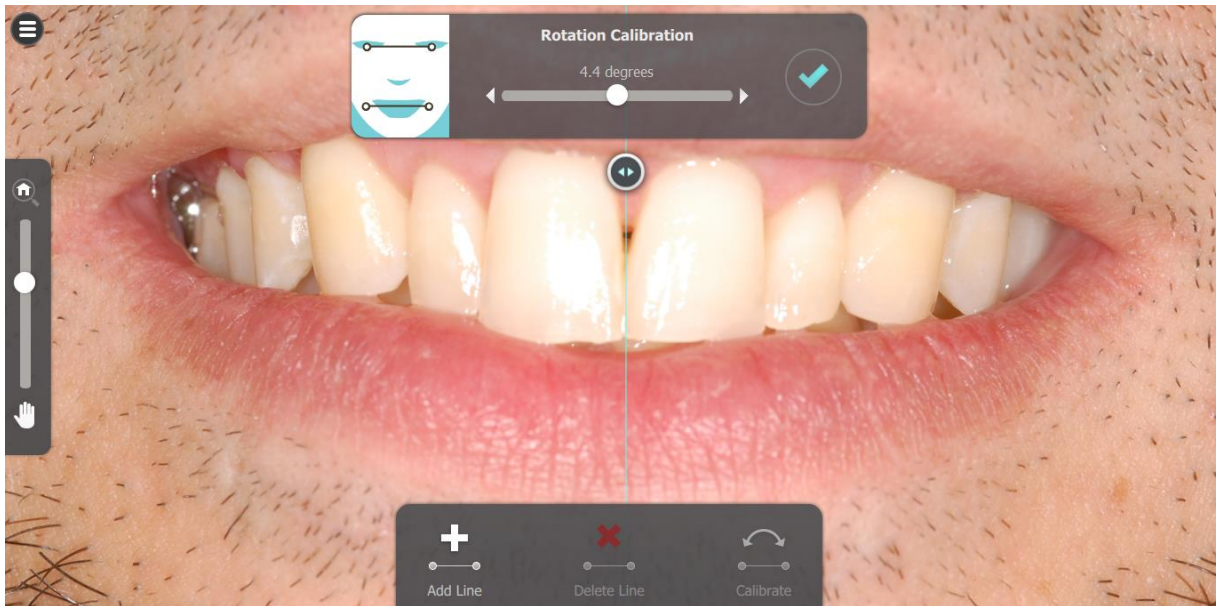
#### 4.3 DESENHO DIGITAL DO SORRISO

Para o planejamento digital do sorriso foi utilizado o programa Keynote para iOS-Mac. Onde o plano de Camper é utilizado como parâmetro base para o desenho do sorriso.

Para obter um sorriso agradável alguns pontos de referência imaginários horizontais e verticais devem ser usados para relacionar estas partes entre si, além de determinadas referências fonéticas. Estes pontos de referência podem ser a linha média, labial, da comissura ou interpapilar. Todas estas estruturas existem em certas proporções e relações entre si e nunca devem ser percebidas isoladamente, mas sim como um todo na composição individual e únicas para cada indivíduo.

##### 4.3.1 Linha Média

A linha média facial está localizada no centro da face, perpendicular à linha interpupilar (Figura 18).



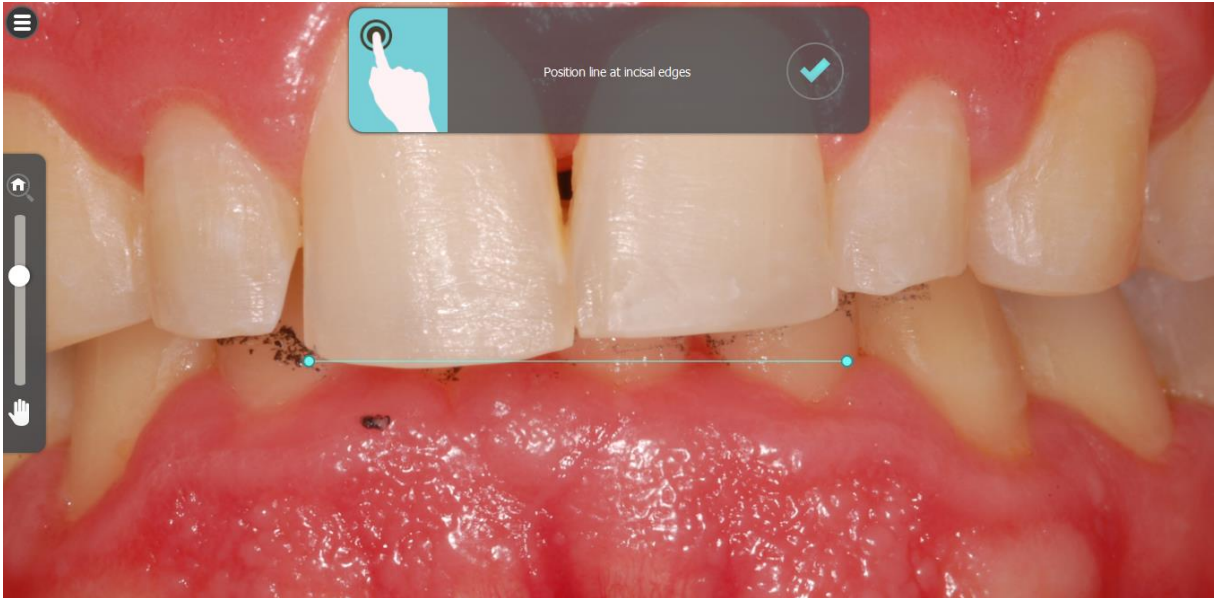
**Figura 18** – linha média do paciente.

Ela tem sido definida como uma linha vertical, desenhada passando pela frente, columela nasal, linha média dentária e mento. Ela também tem sido referida como uma linha imaginária que corre verticalmente originando-se no násio, ponto subnasal, ponto interincisal e pogônio. A papila palatina ou freio labial pode ser usado como ponto de referência.

#### 4.3.2 Comprimento Incisal

A borda incisal do incisivo central superior é o determinante mais importante no desenho do sorriso. Uma vez ajustada, ela serve para determinar a proporção dentária correta e os níveis gengivais; assim, ajustar a posição da borda incisal é extremamente importante (Figura 19).





**Figura 19** – bordas incisais superiores do paciente.

A autoimagem do paciente e o desejo de um aspecto dinâmico e jovem determinarão o quanto um sorriso proeminente ou perceptível é desejado. A idade e o gênero do paciente, junto com o comprimento e a curvatura do lábio superior, irão determinar o comprimento da borda incisal. Os valores médios para os incisivos centrais superiores variam entre 10,4 e 11,2 mm.

#### 4.3.3 Ponto dos Zênites

Os pontos dos zênites são as porções mais apicais das coroas clínicas que estão no topo do contorno. Suas posições são ditadas pela anatomia radicular, junção cimento-esmalte. (JCE) e crista óssea, onde a gengiva fica mais festonada. Os zênites em geral estão localizados distais à linha desenhada verticalmente na metade de cada dente anterior. Os incisivos laterais são exceção à regra, já que seus zênites ficam centralmente ou na linha média da margem dentária.

#### 4.3.4 Saúde Gengival e Ameias Interdentárias

A gengiva normalmente é pálida e se estende até a JCE, formando uma moldura estática para os dentes. Papilas interdentárias saudáveis devem ser delgadas e terminar nos dentes com contorno em lâmina de faca. As papilas interdentárias devem formar uma confluência piramidal na margem gengival dos

dentes adjacentes. O nível da saúde gengival deve é ditado pela posição do osso alveolar subjacente.

A gengiva saudável deve ficar 3mm distante do osso intacto na face vestibular e a ponta da papila estável mantém uma distância de 5mm até a crista óssea interproximal. É importante para o cirurgião dentista obter uma história dentária abrangente que irá ajudar na descobertas dos fatores causadores das assimetrias gengivais (Figura 20).

O início do tratamento protético deve ser postergado até que a saúde do tecido gengival seja restaurada adequadamente. Isso possibilitará o clínico verificar a inflamação e desenvolver o tratamento, examinando a posição gengival quando o tecido hipertrófico contrair. Uma vez normal, o tecido deve ser festonado seguindo os contornos do osso subjacente. A papila deve ser formada para preencher as ameias interdentárias num formato triangular, e o desenho das facetas cerâmicas deve completar o fechamento.



**Figura 20** – Incisivos do paciente. Supondo-se que a causa seja o desgaste o dente pode erupcionar em direção ao desgaste, trazendo o tecido gengival. Isto faz o dente parecer mais curto e cria uma assimetria gengival.



#### 4.3.5 Níveis e Harmonia Gengivais

A linha gengival corre paralela à linha bipupilar, que deve ser paralela à linha canina tangenciando as bordas incisais de ambos os caninos. A posição e a curvatura apropriada das bordas incisais em conjunto com a linha labial inferior, e o comprimento correto dos dentes superiores, determinarão a posição vertical correta da linha gengival (VIG et al).

A porção gengival posicionada mais incisalmente é a ponta da papila entre os incisivos centrais superiores, que gradualmente assume uma posição mais cervical no canino, pré-molar e molar (WHEELER, 1961). A largura e a altura do arco gengival, que é o triângulo entre os zênites e a ponta da papila, depende do biótipo gengival correspondente, formando uma gengiva com festonamento alto ou baixo (WEISGOLG, 1977). A relação agradável dos níveis gengivais (previamente determinada pelos zênites) deve criar um triângulo raso invertido (Magne P). O ápice desse triângulo (zênite do incisivo lateral) está 0,5 a 1,0 mm posicionado incisalmente (figura 21).



**Figura 21** – Lateral da arcada superior do paciente (pós-cirurgia). As pontas das papilas seguem gradualmente um padrão em direção apical, no sentido

anteroposterior, e assim o volume das ameias gengivais fica menor como ilustrado pela linha preta. Em marcação branca observa-se o Magne P.

#### 4.3.6 Linha do Sorriso

Sorrisos jovens são mais claros e mais brancos devido à espessura do esmalte que mantém o matiz escuro da dentina. A textura superficial carregada dos dentes espalha a luz, criando a percepção de uma cor com valor alto. Do ponto de vista do paciente, uma restauração anterior com adaptação marginal perfeita e maior biocompatibilidade do material com a gengiva saudável subjacente, pode não ter valor a menos que o sorriso que o paciente espera ver esteja lá. Além do toque artístico, os clínicos também devem combinar a adesão aos princípios usados no desenho do sorriso para melhorar a estética de qualquer procedimento na região anterior. O sorriso é delineado por uma curvatura agradável dos lábios. A posição do ângulo da boca determina o grau de exposição gengival, a largura do corredor bucal e o grau de exposição dos dentes anteriores e posteriores (RUFENACHT, 1990).

A linha do sorriso representa a margem inferior do lábio superior que limita a visibilidade dentária (BURSTONE, 1967). Esta linha também segue a margem dos dentes anteriores e superiores que seguem a curvatura da borda interna do lábio inferior. Um sorriso agradável é alcançado quando os ângulos da boca estão paralelos à linha bipupilar e ao plano oclusal, com as pontas dos caninos tocando levemente o lábio inferior (RUFENACHT, 1990). O lábio inferior curva-se para cima e para posterior à comissura bucal onde encontra-se com o lábio superior. A atenção do observador é dirigida para a dentição que está emoldurada pela curva ascendente dos lábios. A linha labial baixa com os dentes relativamente curtos não torna possível ver os dentes quando os lábios estão em repouso ou na metade do sorriso.

#### 4.4 FACETAS LAMINADAS DE CERÂMICAS

Com o objetivo de determinar o método ideal de cuidado para o paciente, a sua condição clínica deve ser diagnosticada com cuidado e os objetivos do tratamento (biocompatibilidade, estética e função duradoura) adequadamente estabelecidos. Uma vez que a análise da condição do paciente foi realizada, o

procedimento restaurador mais adequado foi selecionado para resolver as complicações presentes nesse paciente em particular. Radiografias totais e exames clínicos (oclusal, muscular e articular) são fatores importantes na determinação do estado pré-operatório do paciente e conseqüentemente, da avaliação da possibilidade de se alcançar uma reabilitação de sucesso.

#### 4.4.1 Determinando os Elementos Essenciais

Posição dental: em muitos casos mesmo que os dentes estejam intactos, seu alinhamento inadequado, rotação posição palatina ou vestibular têm um papel importante no plano de tratamento, assim como a quantidade de redução de estrutura dental sadia muitas vezes está relacionada à posição do dente. O estado pulpar (ex. tamanho da polpa em um paciente jovem) deve ser avaliado e, nos dentes alinhados paulatinamente, cuidado deve ser tomado para não reduzir desnecessariamente a estrutura vestibular dos mesmos. Nesse caso descrito os desgastes necessários são mínimos visto que as arcadas do paciente possuem um bom alinhamento podendo ser considerado satisfatório (Figura 22)



**Figura 22** – vista frontal da arcada superior do paciente (pós-cirurgia periodontal). O

alinhamento dos elementos é satisfatório para que o desgaste seja o menos invasivo possível.

Gengiva: uma higiene bucal ineficiente, inflamação gengival em um ou mais locais de recessão gengival devem ser tratados. Além disso é muito importante que os pacientes sejam observados por um período adequado para verificar sua cooperação.

Margens gengivais: a posição da borda incisal define o ponto de partida do plano de tratamento estético. Portanto para evitar resultados inestéticos ou imprevisíveis, o comprimento da coroa, o desgaste incisal e a extensão do aumento da face incisal devem ser avaliados com cuidado, e somente, então, possíveis alterações gengivais devem ser decididas.

Oclusão: facetas podem ser amplamente utilizadas em dentes desgastados incisalmente se cuidados forem tomados com relação à oclusão e ao guia anterior. Em outras palavras, estabelecer um guia anterior correto, junto com excursões laterais guiadas pelo canino são de vital importância.

Idade: dentes envelhecidos ou desgastados exibem espessura de esmalte e textura superficial que estão diretamente relacionadas à extensão e distribuição de interferências oclusais e estímulos externos. Nesses casos, para fazer uso de facetas, a questão mais importante não é a resistência do material cerâmico, que tem sido comprovada como sendo três vezes mais forte do que o esmalte quanto à resistência à tração, mas a preservação de quantidade suficiente de esmalte e o controle das forças oclusais (Magne et al, 1999).

#### 4.4.2 Avaliação Pré-operatória (Análise do Sorriso)

Foi necessário avaliar o caso em toda a sua particularidade, revisando todas as opções disponíveis e definindo claramente como o objetivo deve ser alcançado dentro de suas etapas de conclusão. Foi preciso avaliar cada dente e os tecidos adjacentes para assegurar que eles estivessem funcionalmente adequados. Metas claras são essenciais para evitar um mal-entendido que pode comprometer os resultados estéticos e, quando totalmente compreendidas por todas as partes envolvidas, as chances de sucesso são aumentadas.

Face: o dentista deve considerar a aparência de uma pessoa direta ou indiretamente. Detalhes como a forma e a cor dos dentes, sua harmonia com os outros componentes da face até mesmo o caráter da pessoa, são o que compõem toda a aparência de um indivíduo. Portanto qualquer alteração na cor e tamanho afetará o modo como percebemos o produto final.

Lábios: ao projetar um sorriso, a extensão do movimento labial durante a função e a visibilidade das porções coronais dos dentes, tanto para dentes naturais quanto para facetas devem ser consideradas. A avaliação cuidadosa do sorriso em uma visão tridimensional é importante, e o sorriso deve ser observado de frente, em ambos os lados e diagonalmente de ângulos diferentes.

Cor: a importância da cor nunca deve ser subestimada. Matiz, valor, croma, translucidez e textura podem afetar diretamente a aparência dos dentes.

Fotografias: fotografias de alta qualidade associadas a um exame clínico completo, são uma exigência no processo de avaliação estética. As fotografias não são só importantes para a comunicação com o laboratório, mas também para ajudar o cirurgião dentista a avaliar claramente alguns detalhes que podem ter passado despercebidos durante o exame visual.

Durabilidade: em casos de múltiplos dentes a precisão e a durabilidade das restaurações definitivas são especialmente importantes, e um esquema oclusal cuidadosamente planejado bem como um desenho adequado do sorriso devem ser estudados. O comprimento e a posição dos dentes anteriores são críticos no resultado final e no esquema oclusal desejado para qualquer dentição (SPEAR, 1988).

#### 4.5 ETAPAS DESENVOLVIDAS DO TRATAMENTO

Após moldagem com silicone de adição, foi feito o enceramento diagnóstico do modelo obtido (Figura 23). O enceramento diagnóstico permite um estudo da arcada e das dimensões de cada elemento dentário do paciente. É confeccionado a partir do modelo de gesso que foi encerado em laboratório de acordo com as dimensões ideais de cada elemento dentário e de sua respectiva arcada permitindo assim uma reanatomização dos mesmos. Com isso, a reprodução

dessa nova anatomia se torna possível através da moldagem deste enceramento diagnóstico a partir da qual será confeccionado um mock-up.



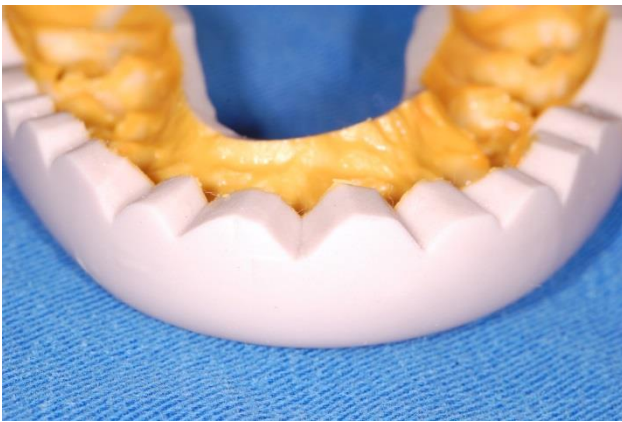
**Figura 23** – modelo superior da arcada do paciente após enceramento diagnóstico.

O mock-up foi então confeccionado por meio de guias de transferência confeccionadas pelo laboratório em resina (Figura 24 a-b). No caso em questão a transferência foi realizada utilizando-se resina bis-acrílica com o objetivo de transferir para a cavidade bucal do paciente uma espécie de restauração provisória que permitiu a visualização dos resultados do trabalho final proposto no plano de tratamento (Figura 25). Uma vez que o mock-up se mostrou adaptado à arcada do paciente, tornamos possíveis, observações e críticas ao trabalho realizado e assim pudemos adequá-lo as expectativas finais do tratamento. A participação do paciente nessa fase é de extrema importância tanto para a sua satisfação quanto para a do cirurgião-dentista.





**Figura 24 – a –** vista superior da guia de transferência.



**Figura 24 – b –** vista frontal da guia de transferência. O guia é preenchido com resina fluida e assentado sobre os dentes não preparados e fotopolimerizado.



**Figura 25 –** vista frontal da arcada superior do paciente com o mock-up em resina bis-acrílica A2.



Após esta etapa partimos então para o preparo dos dentes. A técnica de preparo se divide em etapas: preparo vestibular, preparo cervical, preparo proximal, preparo interproximal, preparo incisal, preparo palatino e acabamento do preparo. Tanto estas etapas como as demais não tiveram tempo clínico hábil dentro da graduação para serem concluídas e documentadas neste trabalho. A continuidade do tratamento que se segue em reprodução da cor, moldagem, registro oclusal, provisórios, provas e cimentação se propagará além da graduação assim como os controles periódicos.

No entanto com o andamento do tratamento até aqui podemos analisar vários conceitos e concluir alguns pontos.

## 5. CONCLUSÃO

O tratamento de pacientes adultos com problemas estéticos e funcionais que envolvem deficiências esqueléticas e dentárias necessita de intervenções multidisciplinares integradas. Os grandes desafios nesses casos são definir quais os limites de cada especialidade e o momento correto de atuação.

Nesse caso clínico, no qual problemas de erupção, função e estética estavam envolvidos, tiveram que ser solucionados de forma integrada e complementar com um planejamento baseado na queixa da paciente e nas prioridades da lista de problemas. A necessidade de correção ortodôntica era evidente, mas as opções não se restringiam apenas a essa alternativa. Explicando melhor, embora a necessidade ortodôntica fosse uma certeza, havia também outras opções de tratamento que atendiam às necessidades e expectativas do paciente ao mesmo tempo que estabeleciam a função oclusal de modo plenamente satisfatório. As facetas nos fornecem uma ferramenta única para restaurar a função e devolver uma estética excepcional por meio de um procedimento que não é apenas conservador mas também altamente previsível. Entretanto os profissionais ainda podem ter problemas e complicações os quais são frequentemente relacionados com trinca pós cimentação, em geral devido a um desenho inadequado do preparo, espaço insuficiente para a cerâmica e técnicas de adesão incorreta (MOSTEHY, 1968).

A integração multidisciplinar feita de forma coordenada, respeitando os limites e o tempo correto de atuação de cada disciplina foram fatores decisivos para a obtenção dos resultados oclusais, funcionais e estéticos do referido caso clínico. O tratamento odontológico integrado é fundamental para casos de pacientes adultos com múltiplos problemas estéticos e funcionais. O entendimento por parte de uma equipe multidisciplinar das necessidades do paciente torna a possibilidade de êxito muito mais exequível. O relato do caso clínico apresentado demonstra esses preceitos, no qual a correta observação e intervenção de cada especialidade foi fundamental para a obtenção do resultado final.

## REFERÊNCIAS

JENNY J, et al. **Visibility and prestige of occupations and the importance of dental appearance.** J Can Dent Assoc 1986; 12: 987-989.

Ramadan FA, et al. **Literature review of the effectiveness of tissue displacement materials.** Egypt Dent J 1970; 16:271.

Nemetz EA, et al. **The use of chemical agents in gingival retraction.** Gen Dent 1990;38:104-108.

Donovan TE, et al. **Review and survey of medicaments used with gingival retraction cords.** J Proshet Dent 1985;53:525-531.

Dale BG, et al. **Esthetic Dentistry: A Clinical Approach to Techniques and Materials.** Philadelphia, PA: Lea and Febiger, 1993:81-98.

Powell N, et al. **Proportions of the Aesthetic Face.** New York: Thieme-Stratton, 1984:2,4-9,50.

Lombardi PE. **The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics.** J Prosthet Dent 1973;29:358-382.

Cipra DL, et al. **Esthetics in fixed and removable prosthodontics. The composition of a smile.** J Tenn Dent Assoc 1991; 71: 24-29.

Moskowitz M, et al. **Determinants of dental esthetics: A rationale for smile analysis and treatment.** Compend Contin Educ Dent 1995;16:1164-1186.

Lejoyeux J. **Prothese Complete.** 3<sup>rd</sup> ed. Paris: Maloine, 1979.

Heartwell CM. **Syllabus of complete dentures.** Philadelphia, PA: Lea and Febiger, 1968.

Faes P. **Natürliche and künstliche obere Frontzähne.** Schweiz Monatsschr Zahnheilkunde 1941;51:785-801.

Miller LL. **Porcelain crowns and porcelain laminates. Problems and solutions.** Quintessence International Symposium (1991). New Orleans.

Chiche GJ, et al. **Esthetics of anterior fixed prosthodontics.** Chicago: Quintessence, 1994; 13-32, 53-74.

Allen EP. **Use of mucogingival surgical procedures to enhance esthetics.** Dent Clin North Am 1988;32:307.

Stein BS, et al. **A dentist and a dental technician analyze current ceramo-metal procedures.** Dent Clin North Am 1977;21:729-49.

- Kay BH. **Esthetic considerations in the definitive periodontal prosthetic management of maxillary anterior segment.** Int J Periodont Best Dent 1982;3:45-59.
- Stein S. **Periodontal dictates for esthetic ceramometal crowns.** J Am Dent Assoc 1987; Dec (special issue):63E-73E.
- Moskowitz M, et al.. **Determinants of dental esthetics: A rationale for smile analysis and treatment.** Compend Contin Educ Dent 1995;16:1164-1186.
- Vig RG, et al. **The kinetics of anterior tooth display.** J Prosthet Dent 1978; 39:502-504.
- Magne P, et al. Crack propensity of porcelain laminate veneers: **A simulated operatory evaluation.** J Prosthet Dent 1999;81:327-334.
- Spear F. **The maxillary central incisal edge: A key to esthetic and functional treatment planning.** Aurum Ceramic Dent Lab News 1988;2:1-5.
- Wheeler RC. **Complete crown form and the periodontium.** J Prosthet Dent 1961; 11:722-734.
- Burstone CJ. Lip. **Posture and its significance in treatment planning.** Am J Orthod 1967;53:262-284.
- Rufenacht CR. **Fundamentals of Esthetics.** Chicago: Quintessence, 1990:9-31, 59-67, 67-134, 329-368.
- ANDREASEN, F. M. et al. Treatment of crown fractured incisors with laminate veneer restorations: an experimental study. **Endodontics & Dental Traumatology**, Copenhagen, v. 8, n. 1, p. 30-35, 1992.
- ITOIZ, M. E.; Carranza, F. A. The gingiva. In: CARRANZA, F. A.; NEWMAN, M. G. **Clinical periodontology.** 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W. B Saunders, 1996. p. 12-29.
- KINA, S. **Invisível: restaurações estéticas cerâmicas.** Maringá: Dental Press, 2007.
- MAGNE, P.; BELSER, U. **Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior, uma abordagem biomimética.** São Paulo: Quintessence, 2003.
- PENNEL, B. et al. Repair of the alveolar process following osseous surgery. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 38, n. 5, p. 426-431, Sep. /Oct. 1967.
- RAMFJORD, S. **Oclusão.** 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984. p. 295-298.