

# COMO EU FAÇO

## ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR APLICADA À RECONSTRUÇÃO DO SORRISO

### MULTIDISCIPLINARY APPROACH APPLIED TO THE SMILE RECONSTRUCTION



**Cláudio Pinho**

Especialista em Dentística Restauradora (UNESP – Araçatuba - SP).  
Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética (SBOE).  
Professor Assistente do Fahl Arte e Ciência (Curitiba-PR) no período 2000 à 2004.  
Clínica Particular – Brasília (DF).

#### Endereço para correspondência

Cláudio Pinho  
SEPS 710/910 Sul Edifício Via Brasil sala 208  
Asa Sul - Cep : 70.390-108 - Brasília - DF  
email : clpinho@terra.com.br  
site : www.esteticafacialdental.com.br

#### APRESENTAÇÃO DO AUTOR:

Cláudio Pinho é um dos jovens talentos que despontaram na Odontologia Estética brasileira no início deste século. Graduou-se em Odontologia na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP e, após concluir sua especialização em Dentística Restauradora na mesma instituição, foi aperfeiçoar-se com o Dr. Newton Fahl (pessoa da qual dispensamos qualquer tipo de apresentação formal). Devido ao seu talento nato e aplicação, Cláudio Pinho foi promovido a professor assistente no curso do Fahl Arte e Ciência, em Curitiba, permanecendo nessa instituição por cinco anos.

Sua proatividade dentro da profissão, sua curiosidade natural e sua sede por conhecimento o colocaram em contato com a Sociedade Brasileira de Odontologia Estética (SBOE), onde atualmente é vice-presidente. Além disso foi presenteado com a parceria profissional de uma pesquisadora fantástica (e como pessoa idem), a Dra. Patrícia Pereira. E tem como sócio um excepcional cirurgião - Dr. Rogério Zambonato, expoente nacional na área de Estética Facial. Juntos estabeleceram uma clínica e atividades de ensino na área da Odontologia Estética em Brasília – DF.

Sem mais, deixo para que vocês leitores percebam o porquê a escolha do Prof. Cláudio Pinho para a estréia da seção “Como eu faço”, da Scientific –A Odontológica. Boa degustação...

#### RESOLUÇÃO CLÍNICA

A integração dos conhecimentos das diversas especialidades da odontologia<sup>1</sup> tornou-se indispensável para o correto diagnóstico, planejamento e execução dos tratamentos restauradores e reabilitadores<sup>2</sup>. A evolução e o desenvolvimento científico dos materiais disponíveis e o aprimoramento das técnicas operatórias têm contribuído para a obtenção de resultados altamente expressivos na clínica odontológica. Esses fatores são os pilares que conspiram para uma visão e percepção favoráveis na busca pela harmonia do conjunto. No caso clínico selecionado aqui apresentado, houve interação entre periodontia e dentística restauradora, com o objetivo final de obter um sorriso harmônico e equilibrado, sem que houvesse desgastes invasivos da estrutura dental<sup>3</sup>. A melhoria funcional e estética do caso clínico – equilíbrio do conjunto – é responsável pela melhora da auto-estima e do bem-estar da paciente.

Será descrita detalhadamente, nas legendas abaixo de cada foto, a abordagem passo-a-passo e as técnicas e materiais aplicados na resolução desse caso.



**Figura 1:** Paciente de 42 anos, insatisfeito com seu sorriso, apresentou-se com queixas de dentes desgastados, desproporcionais, amarelados e com formas triangulares.



**Figuras 2 e 3:** Visão lateral do sorriso de ambos os lados, ficando bem nítido os desgastes incisais dos dentes anteriores.



**Figura 4:** Uma tomada frontal denuncia detalhes importantes, evidenciando os desgastes incisais e os pequenos desníveis gengivais.



**Figura 5:** Um modelo de estudo foi feito para servir de guia para um periodontista (Dr. Leonardo de Pinho) executar cirurgicamente o nivelamento gengival. Foi marcado com lapiseira a quantidade necessária de gengiva a ser removida para se conseguir o equilíbrio do periodonto.



**Figura 6:** Sobre esse mesmo modelo, com níveis gengivais já definidos com marcações a lápis, foi executado um enceramento diagnóstico (*wax-up*).



**Figura 8:** Observe a diferença quando foi removido metade do *mock-up* no hemiarco esquerdo.



**Figura 10:** Detalhe da inclinação da lâmina 15 do bisturi, fazendo incisão intrasulcular na região do elemento 12 (gingivectomia interna).



**Figura 12:** Aspecto clínico após a realização da gingivectomia interna. Foi realizado somente uma sutura por palatina entre o elemento 12 e 13.



**Figura 7:** Este enceramento é necessário para a realização de um *mock-up* intraoral com bisacryl ( Protemp Garant – 3M ), tendo como finalidade a determinação correta da margem gengival como também o futuro posicionamento da borda incisal dos dentes superiores.



**Figura 9:** Previamente ao procedimento cirúrgico periodontal, o excedente de tecido a ser removido é demarcado com um lápis dermatográfico.



**Figura 11:** Com o auxílio de uma sonda periodontal milimetrada, o retalho é mantido em sua possível nova posição para avaliação da harmonia gengival.



**Figura 13:** Controle pós-operatório de 45 dias. Nota-se recuperação nos níveis gengivais, a completa cicatrização e agora se dá início à fase restauradora.



**Figura 14:** O clareamento dental foi executado pela técnica de consultório associado ao clareamento caseiro (Whiteness HP e Whiteness Perfect 10% - FGM).



**Figura 15:** Após a finalização do tratamento clareador, espera-se alguns dias para que ocorra a re-hidratação e estabilização da cor final do clareamento e a extinção de quaisquer resquício de oxigênio que possa interferir negativamente com os procedimentos adesivos.



**Figura 16:** Seleção do esmalte artificial (resina substituta do esmalte natural) que será utilizado no terço incisal, depois do esmalte natural que possua as mesmas características físicas e ópticas do dente natural. De forma semelhante, este procedimento é feito na região cervical, tanto para escolher o esmalte cervical como para selecionar a cor de dentina.



**Figura 17:** Com uma ponta diamantada em alta rotação, em forma de chama de vela, remove-se uma delgadíssima camada de esmalte aprismático, com o intuito de favorecer a exposição de uma melhor quantidade e qualidade de prismas de esmalte e de criar um pouco mais de espaço para o material restaurador, que além de corrigir a largura e o comprimento dos dentes, conferirá um pouco mais de volume vestibular.



**Figura 18:** Após arredondamento do angulo distal, foi feita a prova da adaptação da guia de silicone.



**Figura 19:** Nessa foto é possível visualizar o isolamento absoluto modificado, as regiões asperizadas pela ponta diamantada e a guia de silicone posicionada, possibilitando uma visão geral do quão facilitada e previsível fica o tratamento restaurador.



**Figura 20:** Com os dentes incisivos laterais protegidos com tiras de teflon, o condicionamento ácido é realizado com ácido fosfórico 32-37%, pelo tempo de 30 segundos. Segue-se de abundante rinsagem do gel ácido e dos produtos de reação do mesmo com o esmalte. Nesse caso, pelo fato de trabalhar-se somente com um substrato (o esmalte), a adesão é facilitada e extremamente eficaz.



**Figura 21:** Um sistema adesivo Single Bond 2 (3M) foi aplicado sobre a superfície condicionada, seu excesso foi removido e polimerizado com lâmpada halógena pelo tempo recomendado pelo fabricante.



**Figura 22:** Com o auxílio da guia de silicone, o esmalte artificial palatino Filtek Supreme WE (3M) foi posicionado e ajustado. Após a sua polimerização, as faces mesiais serão separadas com um pequeno movimento de uma espátula.



**Figura 23:** Com as faces mesiais já separadas, insere-se uma tira de matriz de poliéster que irá facilitar a acomodação de porções de resinas nessas regiões. Nota-se que após a remoção da guia de silicone, a forma e o comprimento dos incisivos centrais já estão definidos e tem-se um anteparo onde será possível trabalhar porções de resinas de maneira policromática e estratificada.



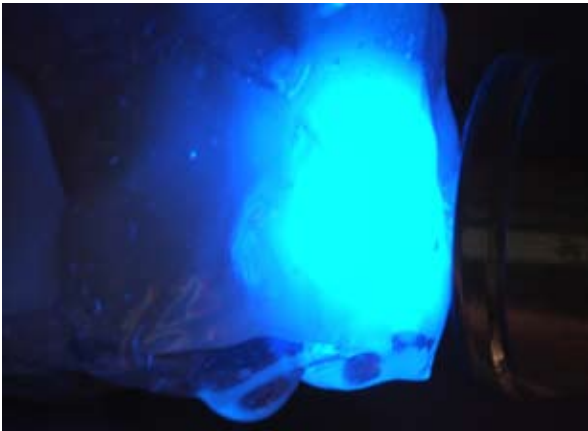
**Figura 24:** Pequenas porções de resina composta com opacidade de dentina natural (Opaque White, Opallis - FGM) foram inseridas e acomodadas de acordo com a anatomia dental de um dente jovem. Nota-se que a transição entre a área asperizada e a massa de dentina é imperceptível; isto é possível com o auxílio de um pincel.



**Figura 25:** Devido ao pequeno espaço a ser acrescentado, foi utilizado corantes blue+lavander (Kolor + Plus- Kerr) para simular uma maior translucidez incisal.



**Figura 26:** Foi utilizado como esmalte cervical artificial, uma camada de micropartícula (Durafill OA2 – Kulzer) e como esmalte final no terço médio-incisal a Renamel Incisal light – Microfill (Cosmedent).



**Figura 27:** Cobre-se a face vestibular dos dois incisivos com um gel à base de oxalato, isolando-os do contato com o oxigênio atmosférico e complementa-se a fotopolimerização por mais dois minutos (60 segundos cada face).



**Figura 28:** A mesma abordagem foi feita nos incisivos laterais e caninos, utilizando-se as mesmas cores de resina composta. Para finalizar esta 1ª Sessão é realizado somente a anatomia primária (remoção excessos e ajustes básico da largura e altura) e um pré-polimento.



**Figura 29:** Na consulta de retorno, delimita-se arestas de reflexão de luz, áreas planas, contorno proximal, perfil buco-lingual, linhas de transição, embrasura incisal e morfologia superficial.



**Figura 30:** O refinamento de detalhes da anatomia primária é feita com um disco de lixa de granulação grossa (Sof-lex Pop On XT 3M) nas áreas proximais e de ameias incisais.



**Figura 31:** Com todos os detalhes de anatomia vestibular e proximal executados, falta fazer a morfologia e textura superficial, passo extremamente importante e que dá "vida" às restaurações.



**Figura 32:** Com o auxílio de pó de prata (Benzer Dental -Zurich) é possível fazer uma leitura detalhada do que se deseja fazer como textura: linhas horizontais, verticais, sulcos ou depressões. Tal recurso nos permite "ler" em relevo, constituindo-se num grande diferencial.



**Figura 33:** Com pontas diamantadas extra-finas, em média rotação, executa-se linhas e depressões verticais e horizontais em seqüência.



**Figura 34:** Tais depressões e linhas de textura executadas com pontas diamantadas são grosseiras. Evitar aplicar discos de polimento. Tais linhas devem ser suavizadas progressivamente com o auxílio de pontas de borracha para polimento de resinas compostas (Astropol - Ivoclar Vivadent).



**Figura 35:** Com pastas polidoras à base de diamantes (Enamelize - Cosmedent), aplicadas com delicados discos de feltro (Flexibuff - Cosmedent), consegue-se um polimento especular, onde se pode observa a suavidade da textura dos riscos feitos com a ponta diamantada.



**Figura 36:** Observe as regiões mais proeminentes – lisas e as sutis depressões – com rugosidades e ranhuras, mas com brilho – assim como são os dentes naturais.



**Figura 37a, 37b, 37c e 37d:** Vista aproximada onde é possível ver todo o polimento final obtido, ausência de margens e degraus de resina, a perfeita adaptação dos compósitos ao esmalte natural e também a texturização suave, não apresentando na verdade nenhuma face totalmente plana e lisa – o que denotaria certa artificialidade.



**Figura 38a e 38b:** Visão final do sorriso recuperado, rejuvenescido de maneira conservadora.





**Figuras 39a e 39b:** Comparação do aspecto inicial e final. Esta é uma das principais características que rejuvenesce um sorriso - uma exposição adequada (2 a 3 mm para este paciente) dos incisivos superiores quando o lábio encontra-se em repouso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freitas RZ, Costa CP, Pinho S. Estética facial. In: eBook Jubileu de Ouro CIOSP. São Paulo: APCD; 2007. [citado 2007 Jan 27] . Disponível em: <http://www.ciosp.com.br/anais/ebook.htm>
2. Costa CP, Gratone JM, Ferreira PM, Ribeiro TC. Odontologia estética integrada - a busca do equilíbrio. R Dent Press Estét. 2005 Out-Dez;2(4):58-74.
3. Costa CP, Pereira PNR, Gratone JM. A odontologia interdisciplinar na estética dental interior R.Clínica, v.3, n.3, p. 300-316, jul./set. 2007