

HARMONIZAÇÃO DO SORRISO: ABORDAGEM INTEGRADA COM CLAREAMENTO, GINGIVECTOMIA E RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO

SMILE HARMONIZATION: INTEGRATED APPROACH INCLUDING BLEACHING, GINGIVECTOMY AND COMPOSITE RESIN: CASE REPORT

NAYARA DE OLIVEIRA SOUZA^{1*}, LEVI MAIA GONÇALVES², ALESSANDRA NOGUEIRA DE SOUZA SILVA³, ELVIA MARIA SOUSA CAMPOS³, ANDREIA SILVA LIMA³, JEFFERSON RODRIGUES SOUSA³, NAYANE LIMA MENDES⁴, CELIANE MARY CARNEIRO TAPETY⁵

1. Discente da Pós-graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. Prof. Assistente, Dentística/Clinica odontológica – Faculdade Paulo Picanço Fortaleza, Ceará, Brasil; 2. Discente em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil; 3. Discente em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Curso de Graduação em Odontologia, Sobral, Ceará, Brasil; 4. Graduada em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Curso de Graduação em Odontologia, Sobral, Ceará, Brasil; 5. Prof. Associada, dentística/clínica odontológica - Universidade Federal do Ceará, Sobral, Ceará, Brasil e Pós-doutorado em Dentística – CNPq.

*Rua Mozart firmeza, 80, Jóquei Clube, Ceará. Brasil. CEP: 60510-118. nayaraoliv.d@gmail.com

Recebido em 14/12/2023. Aceito para publicação em 04/01/2024

RESUMO

O presente relato de caso tem o objetivo apresentar o resultado da associação de clareamento dentário, gengivectomia e remodelação estética em resina composta na harmonização do sorriso. Paciente do sexo feminino, apresentando diastema entre incisivos centrais superiores, restauração insatisfatória do dente 21, além de alteração na cor, forma e tamanho dos dentes anteriores superiores, buscou o projeto de extensão Grupo de Estudos em Dentística (UFC Sobral) com queixa sobre a estética do seu sorriso. Após anamnese, diagnóstico e aceite do plano de tratamento, foi realizado a adequação do meio bucal através de raspagem supragengival e profilaxia dental. Em seguida, a gengivectomia foi executada utilizando a técnica do bisel externo. Após o período de cicatrização do tecido gengival, foi realizado o clareamento dental caseiro supervisionado (peróxido de carbamida a 16% – 2h/dia – 20 dias). O tratamento foi finalizado com a remodelação estética dos dentes naturais, utilizando resina composta universal sob técnica à mão livre. As guias de desoclusão foram analisadas, e o resultado atendeu às expectativas estéticas da paciente. A associação das técnicas de clareamento dental, gengivectomia e remodelação estética em resina composta possibilitou restabelecer a estética dental de forma a promover um sorriso mais harmônico, sem comprometer a função.

PALAVRAS-CHAVE: Estética dentária, clareamento dental, diastema, gengivectomia.

ABSTRACT

This case report aims to present the result of the association between dental bleaching, gingivectomy and esthetic remodelling with composite resin in a case of smile harmonization. Patient, female, showing a diastema between the two maxillary central incisors, inadequate restoration in tooth 21, and alterations on color, shape and size of the anterior maxillary teeth, attended the Group of Studies in Dentistry (UFC - Sobral) complaining about her smile's aesthetic. After

anamnesis, diagnosis and acceptance of the treatment proposed, the staff performed buccal adequation through supragingival scalling and dental prophylaxis, followed by the gingivectomy, which included the external besel technique. After the healing period, the patient started the supervised dental bleaching protocol (carbamid peroxide 16%, 2h/day, 20 days).

KEYWORDS: Dental aesthetic, dental bleaching, diastema, gingivectomy.

1. INTRODUÇÃO

À medida em que as redes sociais adquirem papel cada vez mais relevante na construção da autoimagem, cresce a demanda por tratamentos estéticos capazes de proporcionar ao paciente uma apresentação social mais satisfatória¹. De fato, existe uma íntima relação entre aparência física e atratividade social². A literatura científica no âmbito da Psicologia tem revelado como alterações de cor, posição, forma, tamanho e textura dos dentes podem causar impactos significativos na percepção de qualidades consideradas como positivas na sociedade, tais como inteligência, eficiência e honestidade, além do potencial de empregabilidade^{2,3}. Estudos prévios evidenciam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, sobretudo em pacientes jovens e do gênero feminino, sendo a autoestima frequentemente comprometida em situações de lesões cáries em dentes anteriores^{1,4}.

Dentre as alterações de forma e tamanho dos dentes, o diastema dentário representa um dos principais fatores de desarmonia estética do sorriso⁵. Sua apresentação clínica é definida por espaços maiores que 0,5 mm entre dois ou mais dentes adjacentes e, conseqüentemente, pela ausência de ponto de contato dental. Diastemas ocorrem frequentemente na linha média da região anterior da maxila e mais raramente na mandíbula^{6,7}. Sua etiologia pode ser causada por diversos fatores, tais

como morfologia dentária alterada, presença de dentes supranumerários, freio labial com baixa inserção, hábito de interposição lingual, perda dentária e fusão imperfeita da linha média do osso maxilar^{6,7,8}. Apesar de diastemas causarem alteração estética, são passíveis de correção clínica através de tratamento ortodôntico, laminados cerâmicos ou acréscimos de resina composta, a depender da etiologia e complexidade do caso^{8,9}.

Com o advento das resinas compostas e o progressivo aprimoramento de suas propriedades estéticas e mecânicas, possibilitou melhorar expressivamente o sorriso de modo seguro e eficaz^{10,11}. Nesse contexto, a remodelação estética do sorriso, também conhecida como recontorno cosmético, pode ser compreendida como um conjunto de procedimentos que visam à alteração da forma, tamanho e cor dos dentes através das resinas compostas, com resultados previsíveis e duradouros¹¹. Tais materiais podem ser empregados pela técnica direta, envolvendo a estratificação em resina a fim de mimetizar a estrutura dentária em seus diferentes graus de translucidez e opacidade¹². Ademais, a caracterização das restaurações adesivas que replique as propriedades ópticas dos dentes naturais, tais como fluorescência e opalescência, podem ser alcançadas através de resinas compostas e pigmentos resinosos. Esta técnica apresenta como vantagem maior conservação da estrutura dental sadia, menor custo e tempo de tratamento. Contudo, há também desafios operatórios, como obtenção de contornos anatômicos satisfatórios e adequada seleção de cor, requerendo do profissional habilidade técnica¹³.

A associação da Periodontia a Odontologia Restauradora é fundamental para restabelecer a estética do sorriso^{6,14}. Uma exposição gengival maxilar excessiva, concomitante com coroas clínicas curtas ou em desarmonia, é geralmente considerada desagradável durante o sorriso⁶. Procedimentos periodontais, tais como gengivectomia e gengivoplastia, podem corrigir os zênites gengivais, reduzir a exposição gengival excessiva durante o sorriso e remodelar as papilas interdentais¹⁵.

O presente trabalho tem o objetivo apresentar através de um relato de caso, o resultado da associação de clareamento dentário, gengivectomia e remodelação estética em resina composta na harmonização estética do sorriso.

2. CASO CLÍNICO

Paciente, sexo feminino, comparece ao atendimento do projeto de extensão Grupo de Estudos de Dentística (GED) do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, *campus* Sobral, queixando-se da estética do seu sorriso devido ao formato, tamanho e espaços entre os dentes. A análise dento-facial revelou exposição gengival excessiva na posição habitual de repouso dos lábios, bem como durante o sorriso exagerado. No exame intra-oral, observou-se coroa clínica curta, desarmonia entre os zênites dos incisivos centrais com relação aos laterais, diastema mesial entre os dentes 11 e 21, restauração

insatisfatória na incisal do elemento dentário 21, valor de coloração dental alto para a idade da paciente, além da presença de cálculo dental e gengivite (Figura 1 e 2).



Figura 1. Sorriso inicial, evidenciando sorriso gengival, diastema ente incisivos centrais, restauração insatisfatória na incisal do dente 21 e desarmonia entre os zênites dos incisivos centrais com relação aos laterais.



Figura 2. Lateralidade esquerda evidenciando a toque na incisal do dente 21 e cálculo dental.

O presente caso clínico pertence a um Projeto Integrado/Macroprojeto longitudinal prospectivo de relato de casos clínicos dos atendimentos realizados no Grupo de Estudos em Dentística (GED) da Universidade Federal do Ceará (UFC) *campus* Sobral, o qual foi aceito pelo Comitê de Ética (nº do parecer 4.750.328). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo paciente, este que também consentiu com o plano de tratamento proposto e autorizou a utilização dos dados, resultados e imagens deste trabalho para fins científicos.

O plano de tratamento perio-restaurador foi dividido em duas fases distintas. A primeira, envolvendo procedimentos periodontais (raspagem e alisamento coronário e gengivectomia) para restabelecimento da saúde e posterior correção da estética rosa. Na segunda fase, foram realizados clareamento dental e restaurações diretas em resina composta para restituição da estética branca. Tratando-se de uma paciente jovem e com boa condição dentária, optou-se por uma abordagem conservadora através da remodelação dental com resina composta de forma direta e sem desgastes.

Previamente ao procedimento cirúrgico periodontal foi realizada a adequação do meio bucal. Para isso, realizou-se instrução de higiene oral e posterior remoção

do cálculo supragengival com o auxílio de curetas periodontais de Gracey (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil), seguida por profilaxia com auxílio de escova de Robson e pasta profilática (Maquira, Maringá, PR, Brasil).

Com a saúde gengival restabelecida verificou-se a necessidade de execução apenas de gengiveoplastia na região antero-superior dos dentes 11 ao 21. Desta forma, realizou-se a antisepsia extra e intraoral com digluconato de clorexidina 2% e 0,12%, respectivamente. Em seguida, a solução de cloridrato de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 foi utilizada para técnica anestésica terminal infiltrativa. Nos dentes a serem realizados a gengivectomia, foram verificadas as profundidades de sondagem em três pontos, sendo transferidas as marcações das bolsas através do uso de uma sonda periodontal (PCP-UNC 15, Trinity, São Paulo, Brasil) para a região a ser incisada (Figura 3). Em seguida, foram executadas incisões com lâmina de bisturi nº 15C acoplada a um cabo de Bard-Parker sob a técnica de bisel externo (inclinação da lâmina em 45° com a superfície do dente) tomando-se como guias os pontos sangrantes previamente demarcados. Os tecidos incisados foram removidos através da cureta Krane Kaplan (Trinity, São Paulo, Brasil) (Figura 4). No local da gengivectomia protegeu-se a ferida com cimento cirúrgico por 7 dias. Após as recomendações pós-operatórias, foi prescrito bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia por 7 dias para controle químico do biofilme, além de analgésicos para redução da dor.



Figura 3. Pontos sangrantes guiados pela profundidade de sondagem em três pontos.

Após o tempo de reparação tecidual, uma nova análise dento-facial revelou uma redução da exposição gengival maxilar e zênites posicionados adequadamente, não havendo necessidade de nova intervenção para correções no tecido gengival. O tratamento prosseguiu pela moldagem das arcadas dentárias com alginate (Dencrigel; Dencril; Caieiras, São Paulo, Brasil) para obtenção dos modelos em gesso e por fim, confeccionadas as moldeiras individuais para o clareamento dentário caseiro supervisionado. A cor dos dentes foi mensurada antes e durante o clareamento por meio da escala VITA Classical (Zahnfabrik, Waldshut, Alemanha). A paciente foi instruída a utilizar o peróxido

de carbamida a 16% (Whitess simple, FGM, Santa Catarina, Brasil) acondicionado na moldeira de silicone diariamente, sendo uma hora pela manhã e uma hora à noite. A cor inicial foi estabelecida em A2. A cada sete dias a paciente era avaliada e a mudança de cor conferida. Após 4 semanas foi verificado que a cor não obteve mudança e o clareamento foi finalizado. A cor final apresentou-se em B1, conforme a referida escala (Figura 5).



Figura 4. Aspecto imediatamente após a remoção dos tecidos incisados.



Figura 5. Coloração dos dentes após o clareamento dental.

Para a remodelação estética dos dentes centrais e laterais superiores, aplicou-se a técnica restauradora direta à mão livre. Sob isolamento absoluto do campo operatório, realizou-se a remoção da porção vestibular da restauração anterior e a asperização das superfícies de esmalte a serem restauradas/remodeladas com ponta diamantada 2135 (KG Sorensen, São Paulo, Brasil). Em seguida, foi realizada a profilaxia com pasta de pedrapomes e água. O condicionamento da superfície dentária foi executado com ácido fosfórico a 37% (Condac 37; FGM; Joinville, Santa Catarina, Brasil) por 30 segundos e lavagem por igual período. Ao secar, obteve-se o aspecto de giz. O sistema adesivo (Adper Single Bond 2; 3M ESPE; Sumaré, São Paulo, Brasil) foi aplicado com auxílio de micro aplicadores descartáveis, em duas camadas intercaladas com leves jatos de ar. Ao final, o adesivo foi fotoativado por 40 segundos.

As restaurações diretas foram iniciadas pelo dente 21, o qual apresentava uma restauração insatisfatória. Após o procedimento adesivo, foi inserida resina

composta translúcida (Filtek Z350 XT; 3M, Sumaré, São Paulo, Brasil) com auxílio de uma fita de poliéster para a reprodução da face palatina (Figura 6). O incremento de resina foi fotoativado com a guia em posição por 20 segundos. Em seguida, uma resina de maior opacidade foi inserida para reproduzir a forma dentinária (cor A1B corpo, Filtek Z350 XT; 3M, Sumaré, São Paulo, Brasil) à semelhança do dente homólogo. Ao final, foi aplicado uma resina relativa ao esmalte dental (cor A1, Filtek Z350 XT; 3M, Sumaré, São Paulo, Brasil). Para auxiliar no processo de inserção e distribuição da resina foi utilizado o pincel de pelo sintético chato 438, tam 4 (Tigre, Vila Santa Castro, PR, Brasil) (Figura 9). Nos dentes 11, 12 e 22 as restaurações foram realizadas como descrito, exceto pela inserção de resina para dentina.



Figura 6. Inserção da resina composta com auxílio de pincel.

Imediatamente após procedimento restaurador, os excessos grosseiros de resina foram removidos com lâmina de bisturi nº12 e pontas multilaminadas (KG Sorensen, São Paulo, Brasil). As guias caninas foram restabelecidas com resina composta, contatos oclusais e guias de desoclusão analisadas. O aspecto imediatamente após as restaurações pode ser verificado na Figura 11. De forma crítica verificou-se que a face distal do dente 11 apresentava-se mais convexa e a distal do 21 um estrangulamento na porção médio-cervical deixando o dente mais triangular. Avaliando as fotografias iniciais pode-se verificar que pertencia a anatomia dental inicial da paciente. Para correção uma leve plastia foi realizada na referida região do dente 11 e no dente 21 uma nova curvatura foi realizada com resina composta.

Decorridos sete dias, o acabamento intermediário e polimento final foram realizados utilizando discos de lixa flexíveis abrasivos de baixa abrasividade (Sof-Lex Pop-On; 3M; São Paulo, Brasil), borrachas para polimento de resinas compostas (Dhpro, Paraná, Brasil), escova de carbetto de silício (Astrobrush, Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) e pasta de polimento à base de óxido de alumínio (Enamelize Cosmedent, Chicagos, Estados Unidos) aplicada com um disco de feltro (FGM, Santa Catarina, Brasil). O aspecto final do sorriso pode ser verificado nas figuras 7 e 8.



Figura 7. O aspecto imediatamente após a remodelação.



Figura 8. Resultado após gengivectomia, clareamento dental e remodelação com resina composta.

3. DISCUSSÃO

A harmonia do sorriso depende da disposição e alinhamento dos dentes no arco facial, além da sua relação com os lábios e o periodonto^{5,6}. Alterações na morfologia dental, discrepâncias entre altura e largura, bordas incisais desgastadas e/ou fraturadas, diastemas, giroversões e apinhamentos dentários comprometem a obtenção de um sorriso harmonioso¹⁶. Nestas situações, procedimentos estéticos reabilitadores podem corrigir alterações de forma, tamanho, textura e cor dos elementos dentários¹⁷. A resina composta é um material comumente utilizado em reabilitações, pois apresenta propriedades biomecânicas e estéticas satisfatórias^{10,18}. Nesse contexto, o planejamento clínico do presente relato de caso foi direcionado para obtenção de restaurações em resina composta que mimetizem o policromatismo de um dente hígido, favorecendo a estética do sorriso.

Reabilitações estéticas por técnica direta, utilizando resina composta, têm a vantagem de serem realizadas em uma única sessão, com um custo mais baixo para o paciente e com um resultado diretamente proporcional a habilidade prática do operador. As desvantagens do uso de resina composta em comparação aos materiais cerâmicos, a qual é adicionada uma etapa laboratorial, incluem a menor resistência mecânica e estabilidade de cor¹⁸. Entretanto, se bem indicadas e realizadas, o uso das resinas em reabilitações estéticas pode apresentar resultados semelhantes¹⁸.

Por questões estéticas e funcionais, a confecção da concha palatina é considerada uma das etapas mais importantes das restaurações em resina composta envolvendo dentes anteriores. Entre as técnicas utilizadas, destacam-se o enceramento diagnóstico e a reconstrução à mão livre com fita de poliéster. Contudo, embora o enceramento diagnóstico aumente a previsibilidade e facilite a obtenção de contornos adequados da superfície palatina, apresenta como desvantagens um maior custo e maior tempo de tratamento ao paciente. Por outro lado, a reconstrução à mão livre, além de ser menos dispendiosa, permite um procedimento mais prático, realizado em sessão única e sem a necessidade de moldagem prévia¹⁹.

No presente caso clínico foi realizada a raspagem supra gengival como tratamento prévio ao clareamento dental e as restaurações adesivas. De fato, a remodelação estética deve envolver procedimentos multidisciplinares, que são essenciais para garantir, não apenas a estética, mas a funcionalidade e longevidade do tratamento²⁰. Dentre desses procedimentos, destaca-se a adequação do meio bucal, a qual envolve a eliminação de biofilme e fatores retentivos de placa, tais como remoção de raízes residuais, cálculo dentário, hiperplasia gengival e selamento de cavidade de cárie.

A intervenção cirúrgica periodontal é uma etapa prévia fundamental as restaurações estéticas em casos de sorriso gengival^{17,21}. A exposição excessiva de gengiva ao sorrir (>3mm) pode ser causada por anomalias dentogengivais, musculares e esqueléticas. O fenômeno dentogengival se manifesta como uma quantidade excessiva de gengiva cobrindo a coroa clínica do dente, resultando em exposição gengival exagerada. A etiologia mais comum é a erupção passiva alterada, uma falha no estágio passivo da erupção dentária, deixando a margem gengival em uma localização mais⁶. No presente relato de caso, apenas zênites gengivais dos dentes anteriores superiores apresentavam-se em uma posição esteticamente indesejável, sendo corrigidos durante a intervenção cirúrgica periodontal. No desenho gengival clássico a margem gengival dos caninos coincide em altura com os incisivos centrais. Por outro lado, os incisivos laterais estão posicionados levemente coronais aos centrais (1–2 mm)¹⁷.

O clareamento dental é um procedimento seguro e não invasivo frequentemente incluído em tratamentos estéticos do sorriso. Ao ser realizado previamente ao procedimento restaurador aumenta a previsibilidade em relação a cor, pois estabelece uma condição mais homogênea em termos de saturação e luminosidade dos dentes^{15,17,22}. De fato, cor amarelada da estrutura dental não clareada teria maiores efeitos na tonalidade final do sorriso. Além disso, a redução do croma e aumento do valor acentua a característica de translucidez do esmalte dental, o que permite a percepção das propriedades ópticas típicas de dentes naturais. Por isso, a recomendação atual é clarear os dentes para um tom mais claro antes dos procedimentos estéticos¹⁷. O mecanismo de ação do agente clareador é baseado em uma reação de oxidação para quebrar os pigmentos

escuras, também chamados de cromóforos. Em síntese, o peróxido de hidrogênio (H₂O₂) ao entrar em contato com o dente, produz radicais livres, que oxidam moléculas insaturadas (passíveis de absorver alto índice de luz), tornando-as saturadas. Essas moléculas saturadas dispersam mais a luz devido a modificação do índice de refração da dentina, que a torna mais branca e opaca, em consequência, o dente se apresenta mais claro²³. Durante a avaliação do dentofacial, alguns critérios são determinantes para a estética branca e devem ser considerados durante o planejamento do sorriso. A posição da borda incisal em repouso e ao sorrir é um dos fatores mais importantes a serem considerados. Em mulheres esta exibição deve ser de 3 a 4 mm e nos homens, de 1 a 2 mm²⁴. A exibição incisal indica um sorriso mais jovem e atraente. O arco do sorriso positivo/convexo é mais estético quando comparado ao reto/plano ou invertido/reverso. No arco do sorriso ideal, as bordas incisais dos dentes superiores formam um arco convexo que acompanha suavemente o contorno do lábio inferior. Em homens, este arco é menos pronunciado. Contudo, se a linha for reta ou invertida, denotará a aparência de um sorriso mais envelhecido.

A presença de diastemas anteriores com mais de 0,5 mm é considerada anti-estética e pode ser tratada com resina composta. Já diastemas maiores que 4 mm é recomendado uma abordagem interdisciplinar entre Ortodontia e Dentística Restauradora, pois o formato dentário não seguirá uma relação de proporcionalidade considerada harmoniosa. Ainda, em casos reabilitadores mais complexos outros fatores devem ser considerados como corredor bucal, proporção entre os dentes anteriores superiores, posição e angulação da linha média^{6,17}.

Em restaurações que envolvam a face incisal/oclusal e palatina, é relevante verificar a oclusão durante os movimentos excursivos da mandíbula, uma vez que evitam o surgimento de contatos prematuros²⁵. As interferências oclusais, assim como os contatos prematuros, podem ser ocasionados por procedimentos restauradores iatrogênicos, que ocasionam uma desarmonia oclusal. A técnica mais utilizada na etapa de ajuste oclusal associa o uso do papel articular com a avaliação subjetiva pelo paciente. Pontos de contato de maior intensidade são suavizados com pontas laminadas ou diamantadas. Caso esse critério não seja ajustado adequadamente, pode ocorrer sobrecarga oclusal capaz de evoluir para desgastes ou mesmo fraturas da restauração, que podem resultar na sua substituição¹⁸.

Diferentes conceitos têm sido propostos para orientar o cirurgião-dentista acerca do formato dos dentes durante o planejamento do sorriso. Atualmente, para a seleção da forma dos dentes anteriores é considerado o formato da face, gênero e personalidade do paciente (calmo, enérgico, delicado, forte). O contorno dental mais quadrado, triangular ou ovoide são os mais amplamente aceitos e reproduzidos. Frequentemente, as mulheres apresentam dentes no formato ovoide, com ameias arredondadas e mais abertas. Em oposição, os homens possuem dente

predominantemente quadrangular^{17,26}. No presente relato de caso, embora a paciente seja do sexo feminino, o formato dos incisivos centrais apresentou aspecto mais triangular após a remodelação estética. A decisão foi baseada no formato da face e na manutenção do contorno natural pré-estabelecido.

A longevidade das restaurações adesivas em dentes anteriores ainda discutível²⁷. Contudo, sabe-se que alguns fatores técnicos e/ou materiais podem influenciar o seu sucesso clínico. O controle de umidade, escolha da resina (nanoparticulada ou microhíbrida) em regiões de esforços mastigatórios, tempo de fotopolimerização suficiente, ajuste oclusal, acabamento/polimento adequado, são alguns aspectos a serem observados durante as restaurações diretas¹⁰. Ainda, consultas de manutenção periódicas para execução de polimento é fundamental para longevidade do tratamento, pois garantem estabilidade de cor e reduzem o acúmulo de biofilme dental nas margens da restauração^{10,28}.

4. CONCLUSÃO

A remodelação estética em resina composta é um procedimento clinicamente viável para reabilitações estéticas e funcionais do sorriso, pois apresenta propriedades ópticas e biomecânicas favoráveis aos tecidos dentários. O clareamento dental reduz o croma e aumenta o valor dos dentes, favorecendo um resultado mais estético e previsível quando realizado previamente as restaurações diretas de resina composta. A inter-relação entre Dentística e Periodontia é fundamental para alcançar uma harmonização do sorriso segura ao paciente.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Andrade GMRS, Coelho PM. A influência do sorriso no mercado de trabalho: revisão integrativa da literatura. *M. Psic.* 2020; 14(53):088-998.
- [2] Melo LO, Ferreira MCA, Yamashita RK, Ribeiro ALR. Definições estéticas do sorriso harmônico. *Res., Soc. Dev.* 2022; 1(16):1-8.
- [3] Almedlej R, Aldosary R, Barakah R, *et al.* Dental esthetic and the likelihood of finding a job in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *J. Family Med. Prim. Care (Online)*. 2020; 9(1):276.
- [4] Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, *et al.* Factors influencing the impact of oral health on the daily activities of adolescents, adults and older adults. *Rev. Saúde Pública.* 2018; 52.
- [5] Parrini S, Rossini G, Castroflorio T, *et al.* Laypeople's perceptions of frontal smile esthetics: a systematic review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2016; 150(5):740-750.
- [6] Al-Harbi F, Ahmad I. A guide to minimally invasive crown lengthening and tooth preparation for rehabilitating pink and white aesthetics. *Br Dent J.* 2018; 224(4):228-234.
- [7] Nuvvula S, Ega S, Mallineni SK, *et al.* Etiological factors of the midline diastema in children: a systematic review. *Int. J. Gen. Med.* 2021; 14:2397-2405.
- [8] Muhammad S, Shahid R, Siddiqui M. Tooth morphology and aesthetics while smiling in accordance to golden proportion. *Pakistan J. Medical Health Sci.* 2016; 10(1): 281-284.
- [9] Lamenha EGR, Guimarães RP, Silva CHV. Diastema mediano superior: aspectos etiológicos. *Int. J. Dent.* 2007; 6(1):2-6.
- [10] Demarco FF, Collares K, Coelho-de-Souza FH, *et al.* Anterior composite restorations: a systematic review on long-term survival and reasons for failure. *Dent Mater.* 2015; 31(10):1214-1224.
- [11] Martins JB, Barella G, Ilkiu RE. Recontorno cosmético de dentes anteriores com a utilização de resina composta. *Ação Odonto.* 2015; 3(2):32.
- [12] Vargas-Mendoza MJ, Junqueira AMR, Telles CCC, *et al.* Restabelecimento do sorriso com restaurações em resina composta após clareamento dental: relato de caso. *J. Public Health Dent.* 2020; 11(2):130-138.
- [13] Coelho-De-Souza FH. Facetas estéticas: resina composta, laminado cerâmico e lente de contato. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações. 2018.
- [14] Silva RLB, Cruz JHA, Oliveira BF, *et al.* Integração perio-dentística para harmonização do sorriso em dentes anteriores: relato de caso. *Arch. Health Investig.* 2021; 10(5):747-752.
- [15] Hirata R. Shortcuts em odontologia estética. 1 ed. São Paulo: Editora Quintessence. 2016.
- [16] Blatz MB, Chiche G, Bahat O, *et al.* Evolution of aesthetic dentistry. *J Dent Res.* 2019; 98(12):1294-1304.
- [17] Sabbah A. Smile analysis. *Dent. Clin. N. Am.* 2022; 66(3):307-341.
- [18] Campos KMG, Rodrigues RA, Figueiredo CHMC, *et al.* Facetas diretas anteriores: uma revisão de literatura. *Res., Soc. Dev.* 2021; 10(6):1-11.
- [19] Emídio AG, Ishikiriama SK. Reabilitação estética do sorriso por meio de reanatomização dentária: relato de caso. *Res., Soc. Dev.* 2021; 10(1):e7810111428.
- [20] Okida RC, Silva HM, Gallinari MO, *et al.* Adequação do meio bucal para restaurações estéticas: relato de caso. *RBO.* 2019; 40(3):28-33.
- [21] Gonçalves KJ, Agnoletto GG, Cunha LF, *et al.* Periodontal plastic surgery for treatment of gummy smile with cosmetic restoration treatment. *RSBO (Online)*. 2017; 14(1):50-55.
- [22] Aguiar HC, Rodrigues CRT, Goyatá FR, *et al.* Remodelação estética em dentes anteriores: relato de caso clínico. *Clín. int. j. braz. Dent.* 2013. 9(4):396-402.
- [23] Reis A, Loguercio AD. Materiais dentários diretos: dos fundamentos à aplicação clínica. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Santos; 2021.
- [24] Seixas MR, Costa-Pinto RA, Araújo TM. Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. *Dental Press J Orthod.* 2011; 16(2):131-57.
- [25] Forcelli AP, Nunes MCP. Avaliação clínica de restaurações do tipo classe IV em resinas compostas realizadas em dentes anteriores traumatizados. *J. Health Sci.* 2015; 17(2):81-86.
- [26] Mehndiratta A, Bembalagi M, Patil R. Evaluating the association of tooth form of maxillary central incisors with face shape using AutoCAD software: a descriptive study. *J Prosthodont.* 2019. 28(2):e469-e472.
- [27] Dietschi D, Shahidi C, Krejci I. Clinical performance of direct anterior composite restorations: a systematic literature review and critical appraisal. *Int J Esthet Dent.* 2019; 14(3):252-270.
- [28] Velo MMAC, Coelho LVDF, Basting RT, *et al.* Longevity of restorations in direct composite resin: literature review. *RGO.* 2016; 64(3):320-326.