

TÉCNICAS ESTÉTICAS PARA RESTABELECEER A HARMONIA DO SORRISO: RELATO DE CASO CLÍNICO

**ESTHETIC TECHNIQUES TO RESTORE SMILE HARMONY: CLINICAL CASE
REPORT**

Ciências da Saúde, Ciências Biológicas • 16/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/784186095](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/784186095)

Rudson de Oliveira Santos¹

Marcelle Gonçalves Cruz Santos²

Michele Barillo Garcia Verbicário³

Tatiely Natália Silva⁴

Pablo Pádua Barbosa⁵

Carolina Alves Menocci⁶

Alailson Domingos dos Santos⁷

RESUMO

As grandes evoluções na Odontologia nas últimas décadas, fez com que os profissionais da área buscassem se aperfeiçoar cada vez mais. A procura por um sorriso perfeito tornou-se uma exigência na sociedade em que vivemos. Deste modo, a estética juntamente com o desenvolvimento dos materiais restauradores, permitiram aos profissionais obterem resoluções para os mais diferentes casos. Entre as opções restauradoras para a correção de problemas estéticos e funcionais, as facetas diretas de resina composta são uma ótima opção de tratamento. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso clínico em que foram confeccionadas facetas diretas em resina composta nos dentes anteriores.

Palavras-chave: facetas diretas; resina composta; caso clínico.

ABSTRACT

The great evolutions in Dentistry in the last decades, made the professionals in the area seek to improve themselves more and more. The search for a perfect smile has become a requirement in the society we live in. In this way, the aesthetics together with the development of restorative materials, allowed professionals to obtain resolutions for the most different cases. Among the restorative options for correcting aesthetic and functional problems, direct composite resin veneers are a great treatment option. In view of the above, the objective of this work is to present a clinical case report in which direct composite resin veneers were made on anterior teeth.

Keywords: direct veneers; composite resin; clinical case.

1. INTRODUÇÃO

A procura pela estética, num geral, está cada vez mais presente na sociedade atual. Os defeitos no sorriso, na maioria das vezes, incomodam e até limitam a vida social do indivíduo. Deste modo, a odontologia estética tem um papel fundamental em, quando possível, corrigir defeitos clínicos, devolvendo harmonia, autoestima e qualidade de vida aos pacientes. (FRANCISCHONE; MONDELLI, 2007).

Está maior procura pelo sorriso perfeito, nos últimos tempos, provocou grandes mudanças no mercado odontológico, gerando um grande desenvolvimento dos materiais, que procuraram aliar propriedades mecânicas aceitáveis e melhor comportamento estético. (HIGASHI et al., 2006)

Alterações como pigmentações, escurecimento da estrutura dental, diastemas, deformidades de esmalte e dentina, presença de restaurações extensas, problemas de forma, posição e alinhamento, simetria e proporção, podem ser mascaradas com o uso de facetas diretas em resinas compostas.

Para solução destes problemas estéticos, é imprescindível que o profissional da área odontológica tenha conhecimento científico dos materiais a serem utilizados e conhecimento técnico para traçar um planejamento adequado e executá-lo, criando dentes com proporções harmônicas e agradáveis em conformidade com os demais elementos do rosto, como os lábios e o tipo facial. (BISPO, 2009).

Desde que respeitadas as suas limitações, a faceta direta em resina composta tem sido muito utilizada por implicar um resultado imediato com estética favorável, maior preservação da estrutura

dental hígida na maioria dos casos e, geralmente, apresentando um menor custo para o paciente. (BARATIERI et al, 2007).

As desvantagens deste processo reabilitador são o risco de apresentar contração de polimerização que leva ao desenvolvimento de fendas marginais e micro infiltrações, a sensibilidade da técnica restauradora, a dificuldade na obtenção do ponto de contato e coeficiente de expansão térmica superior ao dente, entre outras (NOGUEIRA, et al., 2009).

O sucesso do tratamento dependerá do planejamento adequado e do domínio da técnica pelo profissional, que deverá ter habilidade suficiente para reproduzir forma, textura, contorno e cor. (BERNARDON, et al., 2009). Os fatores que devem ser analisados durante o exame clínico são, basicamente, a quantidade e condição da estrutural dental remanescente, alteração de coloração ou escurecimento, distâncias biológicas, oclusão e grau de higienização do paciente (CARDOSO et. al., 2011). Com a avaliação clínica da saúde bucal, fotografias, radiografias e elaboração de modelos de estudos, seguidos de encerramento diagnóstico e mock-up, proporcionam a previsibilidade do resultado final ao paciente. (MACHADO et al., 2016).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso clínico em que foram confeccionadas restaurações estéticas nos dentes anteriores com o uso de resina composta.

2. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente com 28 anos de idade, do gênero feminino, compareceu a Clínica do Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNEC), relatando, durante a anamnese, a insatisfação com a estética do seu

sorriso. Clinicamente, apresentava dentes hígidos, alinhados com presença de diastemas e excesso de tecido gengival na região anterior superior, fato responsável pela aparência de tamanho reduzido dos elementos dentários.

O plano de tratamento proposto foi a realização de cirurgia de gengivectomia para aumento de coroa clínica dos elementos dentários, para melhorar a proporção largura e altura, e restaurações estéticas com resina composta.

Com a anamnese e exame clínico detalhado, foi inserido afastador labial para a contenção e proteção dos lábios, mucosa jugal e língua para que, em seguida, fosse realizado o registro fotográfico do sorriso.



Foto 1. Sorriso Intrabucal Inicial

Fonte: Autor

Após a definição do planejamento do tratamento, foi realizado a moldagem dos arcos dentários com hidrocoloide irreversível e obtenção do modelo de gesso para confecção do enceramento, definindo a forma e tamanho dos dentes.



Foto 2. Modelo de Gesso

Após o escaneamento e enceramento digital do sorriso, foi realizado a impressão do modelo. Procedeu-se à fabricação de um molde de silicone de condensação (Optosil® Comfort Putty, Hanau, Alemanha), que preenchido com resina bisacrílica (Structor, Vocco, Saxónia, Alemanha) e levado em posição com leve pressão até que o material reagisse totalmente, produziu um mock-up. Este procedimento é uma ferramenta fiel de comunicação entre o paciente e o dentista, já que foi por meio dele que a paciente pode aprovar a simulação do seu novo sorriso.



Foto 3. Guia em Posição

Fonte: Autor



Foto 4. Mock-up

Fonte: Autor

O primeiro passo do tratamento a ser realizado foi a gengivectomia. Esta técnica cirúrgica, possibilitou a correção do contorno gengival, expondo uma maior quantidade de coroa clínica adequada para harmonização do sorriso. Com a colocação do abridor de boca, realizou-se a aplicação de anestesia local através do bloqueio bilateral dos nervos infraorbitais. As marcações foram feitas no tecido gengival levando em consideração o mock-up instalado, que serviu de referência para esta etapa cirúrgica.



Foto 5. Guia Cirúrgico em Posição



Foto 6. Marcações no Tecido Gengival para Etapa Cirúrgica

Fonte: Autor

Após a remoção, com uma sonda milimetrada, mediu-se a profundidade de tecido e a quantidade de gengiva que poderia ser removida.

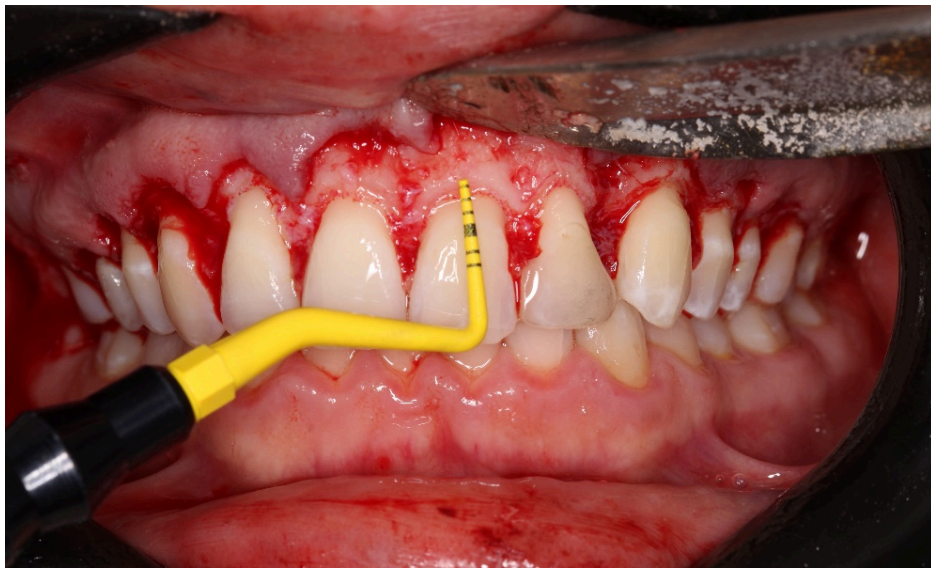


Foto 7. Medição com Sonda Milimetrada

Fonte: Autor

Realizou-se então a excisão cirúrgica com lâmina de bisturi nº 15c (Solidor, Osasco, São Paulo, SP, Brasil), contornando o tecido, sempre levando em consideração a simetria dos zênites gengivais. Após ostectomia para reestabelecer a distância biológica, foram realizadas suturas simples nas ameias gengivais com fio 5-0 do tipo Nylon (Ethicon, São Paulo, Brasil). Decorrido 10 dias de pós-operatório, no retorno da paciente a clínica foram retirados os fios de sutura e avaliação da cicatrização gengival.



Foto 8. Suturas

Fonte: Autor

Depois de 30 dias da execução da cirurgia periodontal, respeitando o período de reparação e estabilização do tecido gengival, iniciou-se as restaurações estéticas com resina composta.



Foto 9. Tecidos Cicatrizados

Fonte: Autor

As resinas compostas escolhidas para a confecção das restaurações foram a Resina Filtek Z350 XT Translúcida (3M ESPE, São José do Rio Preto, SP, Brasil) para a camada palatina, Resina Oppalis Opaque White para dentina (FGM, Tupã, SP, Brasil) e Resina Filtek Z350 XT WE (3M ESPE, São José do Rio Preto, SP, Brasil) para esmalte. Após a escolha das cores, foi realizado o posicionamento do fio retrator 000 (Ultrapack, Ultradent, Illinois, USA).

O modelo de gesso com o enceramento foi moldado com silicona pesada e ativador para obtenção de uma guia palatina. Em seguida, foi realizado o condicionamento ácido com ácido fosfórico 37% (3M ESPE, Califórnia, USA) por 30 segundos em esmalte nos elementos a serem restaurados, sempre protegendo os dentes vizinhos, seguido de lavagem abundante por 60 segundos. O adesivo Single Bond Universal (3M ESPE, Califórnia, USA) foi aplicado e fotoativado por 20

segundos, para dar início a fase de incrementação da resina composta.

Com o campo operatório preparado, a guia de silicone foi levada em posição na cavidade oral com incrementos de resina composta translúcida, fotoativadas por 20 segundos, para reprodução da face palatina. Em seguida, incrementos de resina composta de dentina foram colocados, realizando a anatomia e estratificação através de espátulas e pincéis, reproduzindo a forma dental conforme o enceramento de diagnóstico. Sob a última camada, foi inserido resina composta de esmalte a face vestibular para assim realizar a fotoativação final por 40 segundos.

Finalizado a fase restauradora de todos os elementos, foi realizado a remoção do isolamento e fio retrator, seguido de ajustes oclusais em máxima intercuspidação habitual, protrusão e lateralidade direita e esquerda para distribuição dos contatos dentais. Na sequência, foi feita a remoção dos excessos grosseiros das restaurações com pontas diamantadas para acabamento (3195F e 3118F, KG Sorensen, Cotia, Brasil).

Com o uso de discos de lixas (Sof-lex Pop On Kit - 3M, São José do Rio Preto, SP, Brasil) e demarcações com lápis, foram feitos ajustes na anatomia secundária. Finalizado o polimento com uso de sequência de borrachas de silicone (Kit Dhpro, Brasil), discos de feltro (Diamond-FGM, Paranaguá, PR, Brasil) associados à pasta diamantada, obtendo excelente lisura superficial e brilho.

Após todas estas etapas, o caso clínico foi concluído com sucesso, sendo possível foi alcançada a harmonia do sorriso.



Foto 10. Sorriso Inicial

Fonte: Autor



Foto 11. Sorriso Final

Fonte: Autor



Foto 12. Sorriso Final

Fonte: Autor

3. DISCUSSÃO

A descoberta da melhora da adesão dos compósitos à estrutura dental devido ao uso de condicionamento ácido por BUONOCORE em 1955, e as resinas compostas por BOWEN nos anos 60, tornou possível soluções restauradoras conservadoras e reversíveis.

As resinas compostas são constituídas, basicamente, por matrizes orgânica e inorgânica, partículas e agentes de união. Elas são diferenciadas de acordo com os tamanhos das partículas, o sistema de polimerização e ao grau de escoamento (OSHIMA, 2007). As resinas micro híbridas e nano híbridas são as mais indicadas para as restaurações de dentes anteriores (DJEGBAR, 2018). As resinas microhíbridas possuem uma excelente capacidade de polimento e rugosidade superficial, baixa contração de polimerização e boa resistência mecânica. Já as nano particuladas permitem um bom brilho e lisura superficial, além de que as suas partículas diminuem a contração de polimerização (ARRUDA, 2018).

O tratamento restaurador direto, apesar de exigir uma técnica que demanda uma quantidade expressiva de tempo na cadeira odontológica, é uma alternativa de menor custo quando comparado ao tratamento indireto de cerâmicas, sendo mais acessível ao paciente. Além disso, a resina composta é um material que apresenta um bom desempenho e aumenta a longevidade do tratamento (GOUVEIA et al., 2017).

Durante a avaliação do caso clínico, o profissional cirurgião-dentista deve se atentar as queixas e entender os motivos que levaram o paciente a procurar o atendimento, percebendo se a queixa é somente estética e se há motivos que culminaram na condição bucal, como cáries, traumas físicos ou químicos, DTM, contatos prematuros, enfim, como o substrato dentário para que se possa devolver a semelhança estética do dente bem como sua função ideal, promovendo o máximo de naturalidade e conforto ao paciente. (PINHEIRO et al., 2020).

Com o protocolo correto e escolha dos materiais dentários adequados, existem técnicas específicas que tornam possível mimetizar a estrutura dental, oferecendo tratamentos restaurativos de sucesso. (GATELLI et al., 2018).

Com a técnica de estratificação das resinas compostas associada ao uso da técnica incremental de inserção das camadas, é possível devolver propriedades ópticas presentes na estrutura dental, como fluorescência, opalescência, cor e translucidez (ARRUDA et al., 2018).

Alguns dentes apresentam efeitos particulares na sua superfície, como as linhas horizontais e lóbulos, geralmente presentes em dentes de jovens e crianças, que podem ser reproduzidos durante o

processo restaurador com técnicas adequadas. Ainda podem existir pigmentos ou manchas nos dentes adjacentes, que também podem ser copiadas através de tintas, opacos e compósitos de diferentes tipos de tonalidades.

Sendo assim, para obter o mimetismo é essencial o domínio das técnicas pelo profissional. Isso, associado com a qualidade dos materiais restauradores presentes no mercado odontológico atualmente, viabilizam ainda mais a longevidade desse tipo de tratamento restaurador (REIS et al., 2007).

Após todo o planejamento, a realização de um mock-up feito sobre o enceramento de diagnóstico, permite que o paciente tenha uma previsibilidade de como irá ficar a nova anatomia dos seus dentes e a oclusão (COSTA; SILVA, 2020).

O uso de uma guia palatina confeccionada com silicone de condensação facilita a realização bem detalhada da borda incisal e a face palatina da restauração delimitando as margens da restauração definitiva. É indicado o uso de resinas compostas de esmalte nano-híbridas neste processo por apresentarem alta resistência mecânica, oferecerem características ópticas satisfatórias e boa lisura superficial (GATELI et al., 2018).

Uma das etapas fundamentais, na confecção das restaurações, é a formação adequada do ponto de contato e a adaptação marginal apropriada, livre de espaços e porosidades. Além disso, a oclusão correta é fundamental para longevidade do tratamento. Os contatos oclusais em máxima intercuspidação habitual, em movimentos excursivos, de lateralidade e protrusão devem ser conferidos, garantindo assim o sucesso do tratamento (SHWARZ et al., 2013).

O processo de polimento e acabamento afetam diretamente a qualidade final das restaurações com resina composta, influenciando na eliminação de contatos prematuros, melhora da forma e contorno, definição da coloração, lisura superficial e brilho (MENEZES et al., 2014).

O acabamento, geralmente, é iniciado com o uso de lâminas 12 de bisturi para excessos grosseiros na região cervical. Brocas multilaminadas ou com pontas de granulação fina, em alta rotação com movimentos leves e sem refrigeração de água, podem ser usadas para complementar a remoção dos excessos e dar forma e contorno compatíveis. Em seguida, o polimento pode ser realizado com discos de lixa, borrachas abrasivas de baixa granulação e discos de feltros com pastas diamantadas. Portanto, o acabamento e polimento são procedimentos finais fundamentais em termos de estética e sucesso clínico da restauração (CALIXTO, 2012).

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que as restaurações de dentes anteriores em resina composta têm capacidade de oferecer um tratamento restaurativo de forma minimamente invasiva, que preserva o máximo do remanescente dental, devolvendo de forma íntegra a anatomia e estética. Conclui-se também que a resina composta permite um menor tempo operatório e baixo custo quando comparadas a outros procedimentos estéticos.

Outras conclusões obtidas foram de que ao escolher este procedimento, deve-se respeitar os limites impostos pela condição dos dentes e da técnica, avaliando as indicações e contraindicações deste tipo de tratamento. É imprescindível que seja feito um

planejamento correto, com técnica eficaz e manutenção e acompanhamento das restaurações. Deve-se sempre levar em consideração a destreza e a habilidade do profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRUDA, Victor Queiroz de. Mimetismo em restaurações anteriores: técnicas e materiais. 23f, monografia, **Centro Universitário Tiradentes**, Recife – PE, 2018.

BARATIERI, L.N, Araujo E, Monteiro S Jr. Color in natural teeth and direct resin composite restorations: essential aspects. Eur J Esthet Dent, v.2, n.2, p.172-186, 2007.

BARATIERI, LN et al. Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades. Editora Santos. 2002.

BERNARDON, J.K; MAIA h.P; ARAÚJO E. Reabilitação estética com resina composta. Clínica- **International Journal of Brazilian Dentistry**, Recife, v. 5, n. 1, p. 94-106, jul./set. 2009.

BISPO, L.B. Facetas estéticas: Status da arte. **Revista Dentística Online**. n.18, p. 11-14, jan./set. 2009.

CARDOSO, P.C. et al. Facetas Diretas de Resina Composta e Clareamento Dental: Estratégias para Dentes Escurecidos. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.20, n.55, p. 84-105, 2011.

COSTA, P. C. N., SILVA M. J. A.. O tratamento de diastemas com planejamento por mock-up: **Revisão de Literatura / treatment of diastema with planning using mock-up: literature review**. 2020, DOI: 10.14295/online.v14i50.2522.

DJEBBAR, Imane Meriem. Estratificação com resina composta em dentes anteriores. 33f, monografia, **Universidade Fernando Pessoa** – faculdade de ciências da saúde, Porto, 2018.

FRANCISCHONE, A.C; MONDELLI, J.A. A ciência da beleza do sorriso. **Revista Dental Press Estét, Maringá**, v. 4, n. 2, p. 97-106, abril./Maio./jun. 2007.

GATELLI, L. J., Silva, S. V., Miranda, F., Dallanora, L. M. F., Dallanora, F. J., Costa, M. M. T. de M., & Amaral, R. C. do. **Restauração estratificada em resina composta com o uso de guia palatina em dentes anteriores**. 2018

HIGASHI, Cristian; GOMES, Carlos; KINA, Sidney; ANDRADE, Oswaldo Scopin; HIRATA, Ronaldo. Planejamento estético em dentes Anteriores. In: MIYASHITA, E. **Odontologia estética: planejamento e técnica**. 1. São Paulo: Artes medicas, 2006. p. 54-139.

MACHADO, A. C. et al. Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico de traumatismo dento-alveolar. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v.25, n.74, p. 154-159, 2016

MENEZES, M. S; VILELA, A. L. R; SILVA, F. P; REIS, G. R.; BORGES, M. G.: Acabamento e polimento em resina composta: reprodução final. **Revista Odontol Bras Central**, 2014. ISSN 1981-3708.

NOGUEIRA, G. Restaurações Diretas em Resina Compostas para Dentes Posteriores Revisão da Literatura. **Monografia para obtenção do título de Especialista em Dentística Restauradora**. **Ribeirão Preto**: Universidade de São Paulo. 2009.

OSHIMA, S. M. H.; CONCEIÇÃO, N. E. Materiais restauradores diretos. In: CONCEIÇÃO, N. E. et. al. **Dentística Saúde e Estética**. 2.ed. São Paulo: Artmed, 2007. p. 163-177.

PINHEIRO, J.C.; Silva, L.A.M.; Silva, G.G; Gonçalves, G.C.; Almeida, D.R.M.F.; Leite, R.B. A importância da anatomia dentária para a odontologia: revisão de literatura. **Pró-UniverSUS**. 2020 Jan./Jun.; 11 (1): 98-102.

QUAGLIATTO, P.S.; SOARES, P.V.; CALIXTO, L.R. Restaurações Estéticas Diretas em Dentes Anteriores. In: **Estética Odontológica – Soluções Clínicas**. Editora Napoleão, 1ª ed, 2012.

REIS, A. et al. Resinas Compostas. In: Reis, A.; LOGUERCIO, D. A. Materiais dentários: dos Fundamentos à Aplicação Clínica. **São Paulo**: Ed. Santos, 2007. p. 137-180.

SHWARZ, V. et al. Fechamento de diastema com resina composta: Relato de Caso. **J Oral Invest**, v.2, n.1, p.26-31, 2013.

¹ Mestre em Clínica Odontológica pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Especialista em Endodontia pela Associação Brasileira de Endodontia do Rio de Janeiro (ABE-RJ). E-mail: marcellecruzsan
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Mestra em Dentística pela Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr - UNESP). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Mestranda em Dentística pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA - UNESP). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Doutor em Clínica Integrada e Professor no Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNECS). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Especialista em Prótese e Reabilitação Oral pelo Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNECS). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Possui Pós-Doutorado, Doutor em Ciência dos Materiais e Professor no Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNECS). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)