

REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM FACETAS DIRETAS DE RESINA COMPOSTA: UM RELATO DE CASO

ESTHETIC REHABILITATION WITH DIRECT COMPOSITE VENEERS: A CASE REPORT

Randolfo Willian Barbosa dos SANTOS FILHO¹

Maria Gabriela da SILVA²

Rafaella Caramori SAAB³

Maria Augusta Ramires PIEMONTE⁴

Brenda Giselle Sanchez LEYTON^{*5}

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico de reabilitação estética anterior por meio da associação entre clareamento dental e facetas diretas em resina composta. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 50 anos, apresentou queixa estética relacionada ao desgaste dentário e restaurações insatisfatórias nos dentes anteriores superiores. O tratamento incluiu clareamento dental combinado e reabilitação com facetas diretas em resina composta nos dentes 11, 12, 13, 21, 22 e 23, utilizando planejamento digital, enceramento diagnóstico, *mock-up* e guia de silicone. O protocolo restaurador foi conduzido por meio de técnica estratificada com resinas compostas de diferentes opacidades e translucidez. **Resultados:** Observou-se adequada integração estética e funcional das restaurações, com harmonização do sorriso, restabelecimento da anatomia dental e ausência de relato espontâneo de sensibilidade pós-operatória imediata. A satisfação da paciente foi verificada por avaliação clínica direta no pós-operatório imediato, sem aplicação de instrumento de mensuração validado. **Conclusão:** A associação entre clareamento dental e facetas diretas em resina composta demonstrou ser uma alternativa conservadora, previsível e eficaz para reabilitação estética anterior, desde que associada a planejamento criterioso e execução técnica adequada.

PALAVRAS-CHAVE: Facetas dentárias; Reabilitação bucal; Resinas compostas.

ABSTRACT

Objective: To report a clinical case of anterior esthetic rehabilitation through the association of tooth bleaching and direct composite resin veneers. **Case report:** A 50-year-old female patient presented with esthetic complaints related to dental wear and unsatisfactory restorations in the maxillary anterior teeth. Treatment included combined tooth bleaching and rehabilitation with direct composite resin veneers on teeth 11, 12, 13, 21, 22, and 23, using digital planning, diagnostic wax-up, mock-up, and a silicone guide. The restorative protocol was performed using a stratified layering technique with composite resins of different opacities and translucencies. **Results:** Adequate esthetic and functional integration of the restorations was observed, with improvement of smile harmony, restoration of dental anatomy, and absence of spontaneous reports of immediate postoperative sensitivity. Patient satisfaction was assessed through direct clinical evaluation at the immediate postoperative visit; no validated measurement instrument was applied. **Conclusion:** The combination of tooth bleaching and direct composite resin veneers proved to be a conservative, predictable, and effective alternative for anterior esthetic rehabilitation when carefully planned and properly executed.

KEY WORDS: Dental veneers; Mouth rehabilitation; Composite resins.

¹Cirurgião-Dentista. Egresso do Curso de Graduação em Odontologia. Faculdade Herrero. Curitiba, Paraná, Brasil.

²Cirurgiã-Dentista. Egressa do Curso de Graduação em Odontologia. Faculdade Herrero. Curitiba, Paraná, Brasil.

³Cirurgiã-Dentista. Doutora em Odontologia pela Universidade Positivo. Professora do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero. Curitiba, Paraná, Brasil.

⁴Cirurgiã Dentista. Mestre em Odontologia. Professora do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero. Curitiba, Paraná, Brasil.

⁵Cirurgiã Dentista. Doutora em Clínica Odontológica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Professora do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

*E-mail para correspondência: bsanchezleyton@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A estética facial, em especial a do sorriso, exerce influência significativa sobre a autoestima, a percepção social e a qualidade de vida dos indivíduos. Nesse contexto, a demanda por tratamentos odontológicos estéticos tem aumentado significativamente, uma vez que a percepção da estética do sorriso está diretamente relacionada à autoconfiança, interação social e satisfação com a própria imagem. A desarmonia do sorriso pode estar associada a diversos fatores, tais como posição, formato, tamanho, coloração e textura dos dentes, comprometendo a harmonia facial e, consequentemente, a satisfação do paciente com sua aparência¹.

Atualmente, a estética facial está fortemente associada à presença de um sorriso harmônico, sendo os dentes anteriores elementos fundamentais nessa composição, o que justifica sua elevada valorização. A procura por tratamentos odontológicos estéticos, em especial junto ao cirurgião-dentista, tem como principais objetivos o clareamento dental, a modificação do tamanho e a melhoria da anatomia dos dentes anteriores^{2,3}. Na odontologia restauradora contemporânea, há crescente valorização de abordagens minimamente invasivas, priorizando a preservação da estrutura dental sadia associada à previsibilidade estética e funcional^{4,5}.

Pacientes que buscam a reabilitação estética do sorriso priorizam materiais restauradores que aliem excelência estética à durabilidade clínica. Nesse contexto, o planejamento detalhado assume papel fundamental para o sucesso do tratamento, uma vez que possibilita maior previsibilidade dos resultados e direciona a escolha das técnicas e dos materiais mais adequados para cada caso^{6,7}. Além disso, o uso de resinas compostas diretas tem se destacado como uma alternativa versátil, permitindo resultados naturais com custo reduzido e passíveis de reparo.

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de reabilitação estética do setor anterior por meio da associação entre clareamento dental e facetas diretas em resina composta, com ênfase no planejamento estético prévio, na seleção adequada dos materiais restauradores e na aplicação de técnicas minimamente invasivas durante todas as etapas clínicas.

2 RELATO DO CASO

Trata-se de um relato de caso clínico realizado em uma paciente atendida na clínica odontológica da Faculdade Herrero, seguindo os princípios éticos e técnicos da odontologia restauradora. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local em 07 de maio de 2025, sob parecer de número 88470825.0.0000.5688, e conduzido em conformidade com os

princípios estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012. A paciente foi devidamente informada sobre o procedimento e assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o tratamento e o uso das imagens para fins acadêmicos. A Tabela 1 descreve os materiais utilizados no caso clínico. Os lotes e validades de todos os materiais utilizados foram devidamente registrados em prontuário clínico, conforme recomendado para fins de rastreabilidade e reprodutibilidade

Tabela 1. Materiais empregados no caso clínico

MATERIAL	FABRICANTE	DESCRIÇÃO
Whiteness HP 35%	FGM, Joinville, SC, Brasil	Clareador dental a base de peróxido de hidrogênio 35%
White Class FGM 10%	FGM, Joinville, SC, Brasil	Clareador dental a base de peróxido de carbamida 10%
Variotime® (Light Flow, Easy Putty)	Kulzer, Hanau, Hessen, Alemanha	Silicone de adição
Structur 2 SC A1	VOCO, Cuxhaven, Baixa Saxônia, Alemanha	Resina bisacrílica
Luna 2	SDI, Bayswater, Victoria, Austrália	Resina composta universal
Aura DC3	SDI, Bayswater, Victoria, Austrália	Resina composta para dentina
Aura E2	SDI, Bayswater, Victoria, Austrália	Resina composta para esmalte
ZipBond Universal	SDI, Bayswater, Victoria, Austrália	Adesivo Universal
Super Etch	SDI, Bayswater, Victoria, Austrália	Ácido fosfórico 37%
Wireless LED Curing Light	VV Dental, Ribeirão Preto, SP, Brasil	Fotopolimerizador LED
Zetalabor	Zhermack, Badia Polesine, Vêneto, Itália	Muralha de silicone e guia palatina para auxílio na técnica restauradora
Praxis - Discos de lixa abrasivos	TDV, Pomerode, SC, Brasil	Discos de lixa para acabamento e polimento
Tira de Lixa de Poliéster Para Acabamento Proximal	TDV, Pomerode, SC, Brasil	Tiras de lixas abrasivas
Diamond Excel	FGM, Joinville, SC, Brasil	Pasta diamantada de polimento universal à base de diamante micronizado

Fonte: Os autores, 2025.

2.1 AVALIAÇÃO INICIAL

Paciente de 50 anos, do sexo feminino, compareceu na Clínica de Odontologia da Faculdade Herrero apresentando como queixa principal o desgaste dentário e dentes pequenos (Figura 1). A paciente relatou não apresentar doenças sistêmicas, não fazer uso de medicações contínuas e não possuir alergias conhecidas. Durante a anamnese, a paciente relatou apresentar apertamento dentário, principalmente durante períodos de estresse. Foi observado leve desgaste incisal compatível com esse hábito, avaliado por inspeção clínica direta. A confecção de placa oclusal de proteção foi indicada e orientada à paciente como medida preventiva complementar ao tratamento restaurador,

reconhecendo-se que a ausência de sua instalação prévia às facetas constitui uma limitação do presente relato, a ser discutida na análise dos fatores de risco para longevidade das restaurações.

A paciente apresentou relação de Classe I de *Angle*, com guias anteriores e caninas preservadas. Não foram observadas interferências oclusais em lateralidade e protrusão. Ao exame clínico intraoral, observou-se presença de restaurações insatisfatórias nos dentes ântero-superiores. Gengiva com aspecto saudável, sem sinais de inflamação. Não foram observadas contraindicações para o procedimento estético planejado. Após avaliação clínica e estética, optou-se pela reabilitação com facetas diretas de resina composta nos dentes 11, 12, 13, 21, 22 e 23. Após a anamnese e exame clínico, foi possível identificar a necessidade de uma intervenção restauradora nos dentes anterossuperiores. A avaliação inicial incluiu uma série de etapas clínicas e diagnósticas que possibilitaram a formulação do plano de tratamento adequado.

O registro fotográfico foi realizado com câmera Canon EOS Rebel T7 e lente macro de 100 mm, utilizando flash macro tipo *twin flash* (Yongnuo YN-24EX), operando em modo E-TTL. As imagens foram obtidas seguindo protocolo padronizado de documentação odontológica estética, com resolução mínima de 300 DPI, incluindo vistas extraorais frontais e laterais, bem como registros intraorais frontais, laterais e oclusais.

Figura 1. Avaliação inicial extraoral



Fonte: Os autores, 2025.

Durante o exame clínico inicial, foi possível observar a presença de facetas em resina composta nos dentes 11 e 21. As restaurações apresentavam-se com coloração insatisfatória, caracterizada por um tom opaco e desarmônico em relação aos dentes adjacentes. Além disso, notou-se uma perda incisal acentuada nesses elementos assim como nos incisivos laterais superiores e caninos superiores, comprometendo a estética e a função (Figuras 2 e 3).

Figura 2. Fotografia intraoral frontal**Figura 3.** Fotografia intraoral lateral esquerda (A) e lateral direita (B)

Fonte: Os autores, 2025.

2.2 CLAREAMENTO DENTAL

Antes da confecção das facetas de resina composta, foi realizado um protocolo de clareamento dental para uniformização da cor dos dentes adjacentes. O tratamento consistiu em uma sessão de clareamento em consultório utilizando um gel clareador de Clareador Whiteness HP 35% (Figura 4). O protocolo foi complementado com o clareamento caseiro, no qual a paciente utilizou moldeiras personalizadas e um gel clareador White Class FGM 10% por um período de 30 minutos por dia, durante três semanas.

Figura 4. Clareamento em consultório

Fonte: Os autores, 2025.

2.3 PLANEJAMENTO DIGITAL E MOCK-UP

Foi realizada uma moldagem com silicone de adição Variotime® (Light Flow e Easy Putty) (Figura 5) para a confecção do modelo de estudo. A partir desse modelo, foi possível realizar um planejamento estético digital por meio do escaneamento do modelo no laboratório dental (Jhonatan Bocutti Concept Lab), utilizando o software EXOCAD. Esse processo permitiu a elaboração de um enceramento diagnóstico virtual, que serviu como base para a projeção do novo sorriso da paciente, possibilitando a visualização antecipada do resultado estético pretendido (Figuras 6 e 7).

Figura 5. Moldagem com silicone de adição.



Fonte: Os autores, 2025.

Figura 6. Planejamento estético digital.

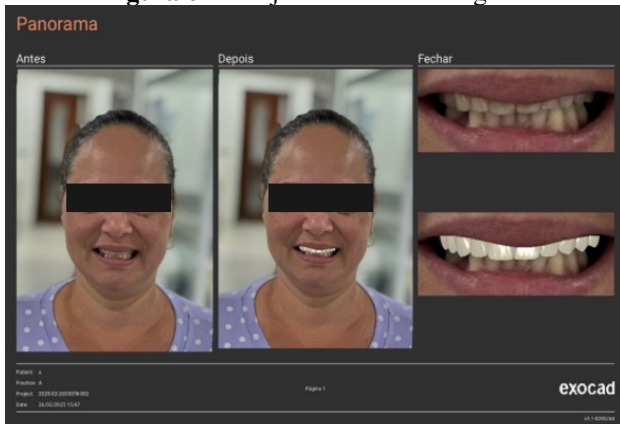
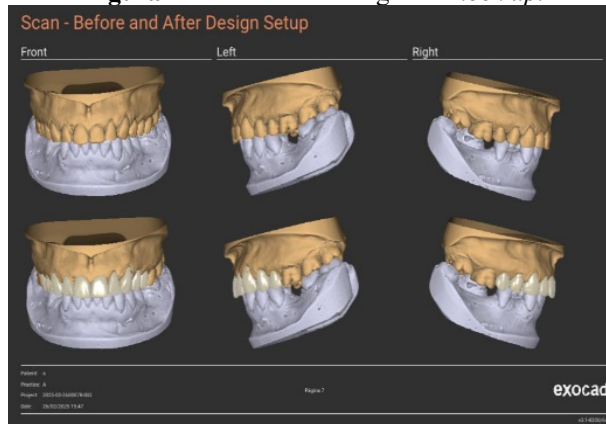


Figura 7. Escaneamento digital e *mock up*.



Fonte: Exocad, 2025.

O planejamento digital foi, então, materializado por meio de impressão em resina 3D gerando um modelo físico do enceramento diagnóstico digital (Figura 8). A partir desse modelo impresso, confeccionou-se uma muralha de silicone com material de moldagem do tipo *putty* (Zetalabor, Zhermack), que serviu como guia para a etapa do *mock-up* (Figura 9). Utilizando essa muralha, foi

realizado o *mock-up* direto com resina bisacrílica (Structur 2 SC, VOCO), o que possibilitou a reprodução precisa do planejamento estético diretamente na cavidade oral da paciente (Figura 10).

Figura 8. Modelo impresso em resina.

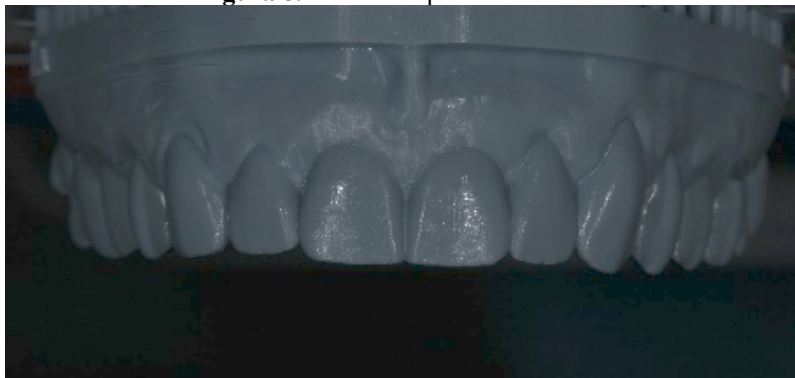
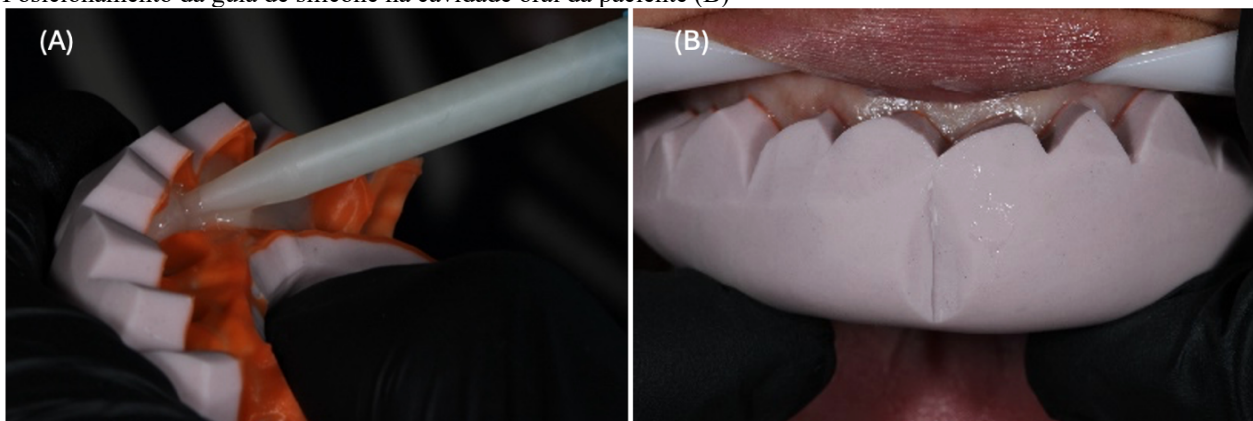


Figura 9. Utilização da guia de silicone para *mock-up*: Inserção da resina bisacrílica na guia de silicone (A); Posicionamento da guia de silicone na cavidade oral da paciente (B)

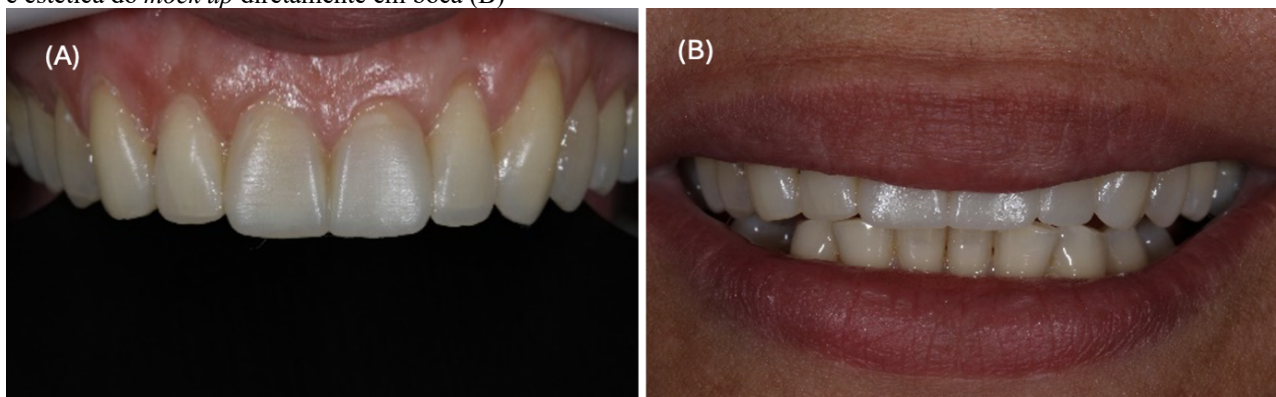


Fonte: Os autores, 2025.

Essa etapa permitiu não apenas a avaliação funcional e estética do novo desenho do sorriso, mas também promoveu uma comunicação mais eficaz com a paciente, que pôde visualizar e aprovar previamente o resultado proposto antes da execução definitiva do tratamento. O *mock up* também serviu como guia importante para o controle do comprimento incisal e proporções dentárias durante a fase restauradora. A guia canina foi restabelecida como parte essencial do controle das excursões mandibulares, contribuindo para a desocclusão posterior nos movimentos excêntricos.

A dimensão vertical de oclusão (DVO) foi minuciosamente avaliada e restabelecida de forma funcional e estética, respeitando o espaço livre interoclusal e o conforto do paciente. O planejamento virtual foi realizado em software CAD/CAM (Exocad), que possibilitou simular os movimentos mandibulares e avaliar os contatos oclusais com alta precisão. Esse planejamento digital funcionou como um articulador virtual, permitindo ajustes oclusais prévios à execução clínica, promovendo maior previsibilidade no restabelecimento da função e da estética.

Figura 10. Avaliação do *mock up* estético: Aspecto inicial do *mock up* após a remoção da matriz (A); Avaliação funcional e estética do *mock up* diretamente em boca (B)



Fonte: Os autores, 2025.

2.4 SELEÇÃO DA COR DA RESINA COMPOSTA

Para a seleção de cor, foi utilizada a técnica da bolinha, que consiste na aplicação de pequenas porções de diferentes massas de resina composta diretamente sobre a superfície vestibular do dente a ser restaurado. As resinas foram esculpidas em forma de pequenas esferas e polimerizadas, permitindo a comparação direta com o substrato dental em condições clínicas reais, sob iluminação operatória.

A escolha da resina de dentina foi realizada com base na análise do terço cervical do dente, por apresentar maior saturação e opacidade. Já para a seleção do esmalte cromático, foi considerado o terço médio, enquanto o esmalte acromático foi avaliado no terço incisal, por refletir as características de maior translucidez da estrutura dentária nessa região (Figura 11). Assim, Na região cervical, foi utilizado a resina Aura DC3; no terço médio do dente, aplicou-se resina Aura E2; e, na borda incisal, utilizou-se a resina Luna 2. Essa abordagem permitiu uma avaliação mais precisa da integração óptica entre o material restaurador e o remanescente dental, contribuindo para uma escolha mais assertiva das massas e da estratificação a ser utilizada

Figura 11. Seleção de cor da Resina Composta



Fonte: Os autores, 2025.

2.5 ISOLAMENTO DO CAMPO OPERATÓRIO

Para a realização do procedimento restaurador, foi realizado o isolamento absoluto do campo operatório, abrangendo os dentes do 14 ao 24. Utilizou-se grampo metálico no dente 24 para estabilização inicial do lençol de borracha, além da inserção de um stop de borracha no dente 14 para auxiliar na tração e manter a estabilidade do isolamento durante o procedimento. Foram confeccionadas amarras com fio dental em todos os dentes isolados, garantindo vedação periférica adequada e controle do campo operatório (Figura 12).

Figura 12. Isolamento do campo operatório



Fonte: Os autores, 2025.

2.6 PREPARO DO SUBSTRATO DENTÁRIO

Iniciou-se o preparo dos dentes 11 e 21 com a remoção cuidadosa das facetas de resina composta previamente presentes, realizada com ponta diamantada de granulação fina em alta rotação, sob constante irrigação. A ponta diamantada foi utilizada com movimentos delicados e controlados, favorecendo a diferenciação entre o material restaurador antigo e o tecido dental, com base em critérios visuais e táteis, como textura e brilho (Figura 13).

Nos dentes 12, 13, 22 e 23, que não apresentavam restaurações pré-existentes, optou-se por abordagem minimamente invasiva sem preparo cavitário convencional. Foi realizado apenas o condicionamento superficial do esmalte para otimização da adesão, preservando integralmente a estrutura dental sadia. O substrato adesivo predominante em todos os dentes tratados foi o esmalte, o que favorece o prognóstico adesivo e sustenta a caracterização do caso como minimamente invasivo.

Figura 13. Desgaste dos incisivos centrais superiores

Fonte: Os autores, 2025.

2.7 PROTOCOLO ADESIVO

Após o preparo, foi adotado o protocolo adesivo convencional em esmalte e dentina. Inicialmente, foi aplicado ácido fosfórico a 37% (*Super Etch*, SDI) por 30 segundos sobre as áreas de esmalte exposto, seguido de 15 segundos nas superfícies de dentina (Figura 14). O ácido foi então removido com abundante lavagem com água por 60 segundos, e o excesso de umidade foi controlado com papel absorvente.

Em seguida, foi aplicado adesivo universal (*ZipBond*, SDI) de acordo com as recomendações do fabricante, com fricção ativa por 20 segundos sobre todo o substrato (Figura 15). O excesso foi removido com leve jato de ar, promovendo a volatilização do solvente, e então o sistema adesivo foi fotopolimerizado por 20 segundos com unidade de luz de alta intensidade.

Figura 14. Aplicação do Ácido Fosfórico 37% *Super Etch*.**Figura 15.** Aplicação do Sistema Adesivo *ZipBond* Universal.

Fonte: Os autores, 2025.

2.8 TÉCNICA DE ESTRATIFICAÇÃO EM RESINA COMPOSTA

A técnica restauradora empregada foi a estratificação multicamadas, com o objetivo de reproduzir com fidelidade a morfologia e os efeitos ópticos do dente natural, respeitando características como cor, translucidez, opacidade e profundidade. Todo o planejamento foi conduzido com base na análise estética prévia e no *mock-up* validado pela paciente, o que possibilitou guiar com precisão a sequência de aplicação dos materiais restauradores.

A etapa inicial consistiu na construção da parede palatina, utilizando resina composta de uso universal com elevada resistência mecânica (Luna 2 – SDI). Para isso, uma fina camada do material foi previamente inserida em uma muralha de silicone confeccionada com base no enceramento diagnóstico (Figura 16). A muralha foi posicionada na superfície palatina dos dentes, permitindo a correta adaptação da resina. Após a verificação do assentamento, a resina foi fotopolimerizada por 40 segundos com unidade de luz LED de alta potência. Essa camada inicial teve a função de estabelecer um guia palatino estável, servindo como base de apoio para a escultura anatômica e definição do contorno incisal (Figura 17).

Figura 16. Aplicação da Resina Composta na matriz de silicone.



Figura 17. Camada palatina.



Fonte: Os autores, 2025.

Na sequência, foi aplicada a massa de dentina (Aura DC3 – SDI), com maior saturação cromática, preenchendo aproximadamente dois terços da espessura da coroa clínica (Figura 18). Essa camada foi esculpida com atenção à anatomia interna, incluindo a reprodução dos mamelos dentinários e da porção central do dente, fundamentais para conferir profundidade e naturalidade à restauração.

Posteriormente, foi realizada a cobertura com uma única camada de resina de esmalte (Aura E2 – SDI), aplicada sobre a dentina esculpida. Esse incremento final teve como finalidade estabelecer a superfície vestibular da restauração, promovendo a transição óptica entre as camadas internas e a

zona incisal, reproduzindo a translucidez característica da região e conferindo brilho e vitalidade ao dente restaurado (Figura 19).

Figura 18. Camada de dentina.



Figura 19. Camada de esmalte.



Fonte: Os autores, 2025.

Todos os incrementos foram cuidadosamente posicionados com auxílio de instrumentos específicos de escultura, respeitando os limites anatômicos e funcionais. Cada camada foi fotopolimerizada individualmente por 20 segundos, assegurando adequada polimerização e estabilidade das propriedades ópticas e mecânicas do material restaurado

2.9 AJUSTES OCLUSAIS E ACABAMENTO

A checagem de oclusão foi realizada com carbono em movimento de protrusão e lateralidade, após isso foi realizado os desgastes necessários para uma oclusão correta e satisfatória. Após a conclusão da escultura anatômica e fotopolimerização de todas as camadas de resina composta, foi realizada a fase de acabamento e polimento das facetas diretas. Inicialmente, os excessos marginais foram removidos utilizando pontas de acabamento diamantadas de baixa granulação em alta rotação, respeitando a anatomia cervical e as emergências proximais, sem comprometer a integridade das estruturas adjacentes.

Na sequência, a anatomia vestibular foi refinada com o auxílio de discos abrasivos sequenciais (*Práxis*, TDV), começando pela granulação mais grossa até a extrafina, sempre em movimentos unidirecionais e controlados, com o intuito de preservar a forma final planejada e suavizar a transição entre o material restaurador e o esmalte remanescente.

O contorno incisal e as áreas proximais foram ajustados com lixas de tira (strips) e os mesmos discos abrasivos acima mencionados, permitindo melhor acesso e controle da textura final. A microtextura superficial foi reproduzida com auxílio de ponta diamantada fina (2200 FF, KG Sorensen), simulando sulcos e depressões anatômicas.

Para o polimento final, foram utilizados discos de feltro associados a pasta de polimento à base de óxido de alumínio (Diamond Excel – FGM), promovendo brilho e lisura superficial compatíveis com esmalte natural. O resultado obtido após o polimento demonstrou excelente integração óptica com os dentes adjacentes, sem evidência de linha de união visível ou discrepâncias cromáticas (Figura 20).

Essa etapa foi essencial para garantir não apenas a estética da restauração, mas também sua longevidade clínica, considerando a redução da rugosidade superficial, a diminuição do acúmulo de biofilme e a preservação da saúde periodontal (Figura 21).

Figura 20. Etapa de acabamento..

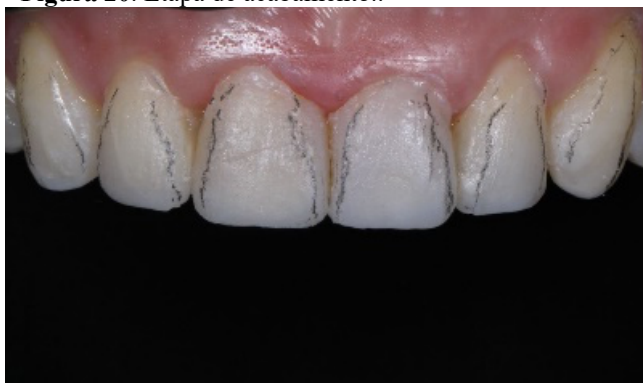
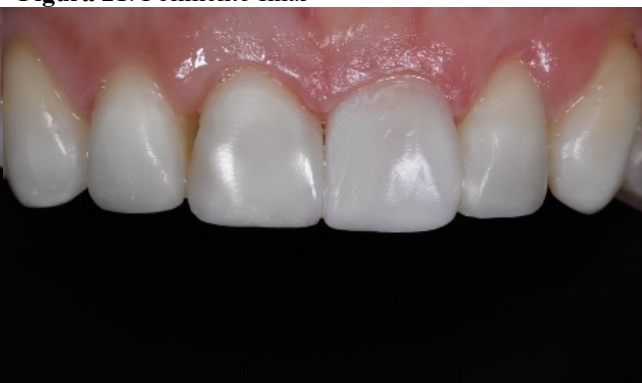


Figura 21. Polimento final



Fonte: Os autores, 2025.

2.10 AVALIAÇÃO FINAL

Foi realizada uma avaliação pós-operatória para verificar a adaptação da faceta, a estética final e a satisfação do paciente com o tratamento. Fotografias foram registradas para documentação e comparação com o estado inicial (Figura 22). Reconhece-se que o presente relato descreve exclusivamente os resultados imediatos, sem dados de acompanhamento longitudinal.

Figura 22. Situação clínica final



Fonte: Os autores, 2025.

3 DISCUSSÃO

O presente estudo evidencia que o uso de facetas de resina composta é uma abordagem eficaz para a reabilitação estética, oferecendo excelente relação custo-benefício e menor invasividade quando comparado a alternativas como facetas e coroas de porcelana⁸. Os achados de Campos et al.⁹, em estudo com seguimento de 6 anos, sugerem que o protocolo adotado no presente caso possui potencial para resultados duráveis a longo prazo. Contudo, como o presente relato descreve apenas a avaliação pós-operatória imediata, tal comparação não pode ser estabelecida diretamente, sendo condicionada à realização de acompanhamento longitudinal futuro.

Para o sucesso clínico dessas reabilitações, o planejamento detalhado é imperativo. O uso de *mock up* direto e moldagem com silicone de adição permitiu, neste caso, uma melhor visualização do planejamento e maior previsibilidade. A técnica de restauração com auxílio da muralha palatina demonstrou ser vantajosa para o controle da espessura das facetas e preservação da anatomia, garantindo resultados naturais e harmônicos com os dentes adjacentes^{10,11}.

Previamente à etapa restauradora, a harmonização da cor dentária foi fundamental. A literatura aponta que a eficácia das técnicas de clareamento, tanto de consultório quanto caseira, é bem documentada e segura¹². Embora a associação das técnicas (protocolo combinado) possa elevar o risco de sensibilidade dentária¹³, optou-se neste relato por uma estratégia personalizada: apenas uma sessão clínica para impulsionar a mudança de cor, seguida de três semanas de clareamento caseiro. Essa abordagem permitiu alcançar a estética desejada de forma eficiente. A ausência de sensibilidade pós-operatória foi registrada com base no relato espontâneo da paciente, sem aplicação de escala validada de mensuração como a Escala Visual Analógica (VAS). Reconhece-se que o relato espontâneo tende à subnotificação, conforme apontado por Donassollo *et al.*¹², o que representa uma limitação metodológica deste relato. Em estudos futuros, recomenda-se a adoção de instrumentos padronizados de avaliação da sensibilidade nos intervalos entre sessões e no pós-operatório.

No que tange à durabilidade, estudos indicam que a resina composta proporciona excelentes resultados, desde que respeitadas a indicação da técnica e a qualidade dos materiais¹⁴. A longevidade clínica das facetas diretas é considerada aceitável, contudo, Zimmer *et al.*¹⁵ alertam que a fratura permanece como a principal causa de falha. Diferentemente das cerâmicas, essas falhas são passíveis de reparos diretos, o que prolonga a vida útil do sorriso reabilitado.

Por fim, o tratamento obteve êxito em atender às expectativas estéticas e funcionais da paciente. É consenso na literatura que a manutenção da estética e funcionalidade a longo prazo depende diretamente da adesão do paciente aos cuidados de higiene bucal e ao acompanhamento

periódico para polimento e eventuais reparos, essenciais para mitigar o desgaste natural e o manchamento do material ao longo do tempo^{15,16}.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento reabilitador com facetas diretas em resina composta demonstrou ser, no contexto deste caso clínico, uma alternativa minimamente invasiva para a restauração estética e funcional do sorriso. A associação do protocolo de clareamento dental prévio, realizado em consultório e complementado de forma domiciliar, foi fundamental para a uniformização da cor dos dentes e para o sucesso estético do desfecho clínico observado.

A previsibilidade do caso foi significativamente aprimorada pelo uso do *mock-up* direto e da muralha de silicone, guiada por planejamento digital. Essa abordagem permitiu ajustes prévios e um controle preciso da anatomia dentária durante a estratificação da resina composta, resultando em um trabalho harmonioso, natural e em conformidade com as expectativas da paciente, conforme verificado na avaliação pós-operatória imediata.

Um acabamento e polimento adequados garantiram uma superfície lisa, brilhante e bem integrada ao conjunto dentário, sem evidências de transição visível. Na avaliação clínica imediata, observou-se boa adaptação das restaurações e ausência de relato espontâneo de sensibilidade. A satisfação da paciente foi verificada por meio de avaliação clínica direta no pós-operatório imediato, reconhecendo-se que instrumentos de mensuração validados, como escalas de satisfação padronizadas, não foram aplicados, o que limita a objetividade desse dado.

Este caso ilustra a importância da adesão a protocolos clínicos bem estabelecidos e de um planejamento cuidadoso para reabilitações estéticas com resina composta. Contudo, as afirmativas sobre eficácia devem ser interpretadas no contexto de um relato de caso único, sem capacidade de generalização para a população. Recomenda-se acompanhamento periódico da paciente a cada 6 meses, com aplicação de critérios FDI (*Federation Dentaire Internationale*) para avaliação das restaurações, contemplando parâmetros como integridade marginal, estabilidade cromática, ocorrência de fraturas e saúde periodontal, a fim de permitir conclusões mais robustas sobre a longevidade do protocolo adotado.

REFERÊNCIAS

1. Lanzaretti G, et al. Esthetic smile rehabilitation with direct composite veneers: a narrative review with a practical explanation of the technique. *Minerva Dent Oral Sci*. 2025 Mar 6. Doi:10.23736/S2724-6329.25.05161-7.

2. Ferreira PDF, et al. Self-perception of aesthetic dental treatment: an integrative review. *RGO Rev Gaúcha Odontol.* 2023;71:e20230018. Doi:10.1590/1981-86372023001820210120.
3. Campos LA, Campos J, Marôco J, Peltomäki T. Aesthetic dental treatment, orofacial appearance, and life satisfaction of Finnish and Brazilian adults. *PLoS One.* 2023;18(6):e0287235. Doi:10.1371/journal.pone.0287235.
4. Lim TW, Tan SK, Li KY, Burrow MF. Survival and complication rates of resin composite laminate veneers: a systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Dent Pract.* 2023. Doi:10.1016/j.jebdp.2023.101911.
5. Morita RK, et al. Minimally Invasive Laminate Veneers: Clinical Aspects in Treatment Planning and Cementation Procedures. *Case Rep Dent.* 2016;2016:1839793. Doi:10.1155/2016/1839793.
6. Rossi NR, et al. Aplicabilidade do digital smile design em reabilitações estéticas: revisão de literatura. *J Dent Public Health.* 2020;11(2):139-47. Doi:10.17267/2596-3368dentistry.v11i2.2942.
7. Gontijo SML, et al. Digital smile design as a tool in the planning of porcelain laminate veneers restoration. *RGO Rev Gaúcha Odontol.* 2021;69:e20210019. Doi:10.1590/1981-86372021001920190122.
8. Alyahya Y. A narrative review of minimally invasive techniques in restorative dentistry. *Saudi Dent J.* 2024;36(2):228-33. Doi:10.1016/j.sdentj.2023.11.005.
9. Campos GMT, et al. Anterior esthetic rehabilitation with composite resin: case report of a 6-year follow-up in a patient with hypoplasia and diastemas. *Rev Gaúcha Odontol.* 2025;73:e20250030. Doi:10.1590/1981-86372025003020250032.
10. Costa LA, Silva MJ, Andrade AC. A Técnica de Muralha de Silicone no Planejamento Estético Odontológico. *J Aesthetic Dent.* 2019;22(3):199-205.
11. Kondo GV, et al. Otimização de restaurações estéticas anteriores associando barreira palatina e guia de silicone: relato de caso. *Rev Uningá.* 2023;60:eUJ4407.
12. Donassollo SH, et al. Triple-blinded randomized clinical trial comparing efficacy and tooth sensitivity of in-office and at-home bleaching techniques. *J Appl Oral Sci.* 2021;29:e20200794.
13. Kury M, Prunes BB, Saraceni CHC, Hilgert LA, Fronza BM, Lima AF. Clinical decision-making in tooth bleaching based on current evidence: A narrative review. *Dent Mater.* 2025;41(5):536-52. Doi:10.1016/j.dental.2025.03.002.
14. Pereira Júnior AM, Castro Júnior RS, Ribeiro TCQ, Oliveira AM, Vera SAA. Indicações das facetas diretas em resina composta: revisão integrativa. *Braz J Health Rev.* 2024;7(5):e73973. Doi:10.34119/bjhrv7n5-544.
15. Zimmer R, Amorim AH, Portella FF, Arossi GA. Clinical longevity of direct resin-based composite veneers on anterior teeth. *Rev Fac Odontol UPF.* 2024;29(1). Doi:10.5335/rfo.v29i1.15953.
16. Barbosa JS, Neres ALAD, Amaral SAS. Abordagem restauradora direta em dentes escurecidos: revisão de literatura. *Res Soc Dev.* 2021;10(15):1-7. Doi:10.33448/rsd-v10i15.23130.