



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**FRANCISCO PEREIRA RODRIGUES**

**RESTAURAÇÃO DA ESTÉTICA DE DENTE ANTERIOR COM HIPOPLASIA DO  
ESMALTE – RELATO DE CASO**

**ARARUNA - PB  
2019**

**FRANCISCO PEREIRA RODRIGUES**

**RESTAURAÇÃO DA ESTÉTICA DE DENTE ANTERIOR COM HIPOPLASIA DO  
ESMALTE – RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a coordenação do curso de Odontologia da UEPB – Campus VIII, como requisito para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Dentística

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Me. Danielle do Nascimento Barbosa.

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

R696r Rodrigues, Francisco Pereira.  
Restauração da estética de dente anterior com hipoplasia do esmalte [manuscrito] : relato de caso / Francisco Pereira Rodrigues. - 2019.  
24 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2019.  
"Orientação : Profa. Ma. Danielle do Nascimento Barbosa, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."  
1. Restauração dentária. 2. Odontologia. 3. Hipoplasia dentária. I. Título  
21. ed. CDD 617.672

FRANCISCO PEREIRA RODRIGUES

RESTAURAÇÃO DA ESTÉTICA DE DENTE ANTERIOR COM HIPOPLASIA DO  
ESMALTE – RELATO DE CASO

Artigo apresentado a coordenação do curso de odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII como requisito parcial para a obtenção do título de cirurgião-dentista.

Área de concentração: Dentística.

Aprovada em: 10/09/2019.

BANCA EXAMINADORA

Danielle do Nascimento Barbosa

Profª Msc. Danielle do Nascimento Barbosa.  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Amanda Lira Rufino de Lucena

Profª. Msc. Amanda Lira Rufino de Lucena  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Brenna Louise C. Gondim

Profª. Msc. Brenna Louise Cavalcanti Gondim  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a Deus, que sempre foi o autor da minha vida e do meu destino. O meu maior apoio nos momentos difíceis.

Aos meus queridos pais José Pereira Balconte e Creuza Rodrigues Balconte (In memoriam) por terem me proporcionado o direito a vida para que hoje eu pudesse estar concretizando este sonho. E por ter me educado, ensinando a viver e a encarar os obstáculos da vida sem nunca pensar em desistir.

## **AGRADECIMENTOS**

Hoje chego ao término de mais uma etapa da minha vida acadêmica, resultado de muito esforço e dedicação. Durante essa árdua e longa jornada muitos foram importantes por se fazerem presentes na minha vida, me encorajando, motivando e dando forças para eu não desistir. Por tudo isso venho aqui nesse espaço expressar os meus sinceros agradecimentos;

Em primeiro lugar quero expressar os meus agradecimentos ao Deus Pai mentor de toda sabedoria que tem me dado muita luz durante toda essa minha trajetória de vida;

A minha orientadora Danielle do Nascimento Barbosa (Dani) por todos os momentos dedicados, paciência e compreensão;

As professoras Amanda Lira Rufino de Lucena e Brenna Louise Cavalcanti Gondim, pela disponibilidade em participar da banca;

A minha mãe Creuza Rodrigues Balconte (In memoriam), a meu pai José Pereira Balconte e a meus irmãos (Manoel, Duda, Lanha e Gilberto), pela companhia e por me compreender nos momentos de angústias e aflições vivenciados;

Aos meus colegas e companheiros do curso de Odontologia do campus VIII- UEPB, Araruna da Turma T8 Maria Helena Antonino Almeida;

A Ramon Rodrigues de Lima pelos quase cinco anos dividindo apartamento juntos e por termos compartilhados momentos de angústias e alegrias;

A todos os professores que contribuíram para essa conquista;

A todos os funcionários do Campus VIII, em especial a Aninha (ASB).

A todos, meu muito obrigado!

“Toda vez que você sorri para alguém, é uma ação de amor, um presente para essa pessoa, uma coisa bonita.”

***Madre Teresa.***

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1:** A e B aspecto inicial da mancha branca no dente incisivo central superior esquerdo (dente 21).....13
- Figura 2:** (A) microabrasão com pedra pomes e ácido fosfórico a 37%; (B) aspectos pós microabrasão.....14
- Figura 3:** Materiais usados (resinas, ácido gel fosfórico a 37% e sistema adesivo) na confecção da faceta.....14
- Figura 4:** (A-D) Preparo do dente com a broca 4138, evidenciando em (D) preparo finalizado para receber a faceta direta de resina composta.....15
- Figura 5:** (A-B) fita matriz de poliéster protegendo os dentes vizinhos; (C-D) condicionamento com ácido fosfórico gel a 37% (30 segundos em esmalte).....16
- Figura 6:** (A) aplicação do sistema adesivo; (B) fotopolimerização por 40s.....16
- Figura 7:** (A-C) inserção da resina composta em camadas; (D) fotopolimerização para cada camada inserida.....17
- Figura 8:** (A) ajustes oclusais com carbono e pinça de Miller; (B) verificação do ponto de contato com fio dental; (C-E) acabamento com ponta diamantada 4135ff, fita de lixa de acabamento e sistema Sof-lex Pop-On XT respectivamente; (F) polimento com disco de feltro e pasta de polimento poligloss.....18
- Figura 9:** (A) aspecto inicial; (B) aspecto final.....19



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

## SUMÁRIO

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....          | 12 |
| 2. RELATO DE CASO.....       | 13 |
| 3. DISCUSSÃO.....            | 19 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 21 |
| REFERÊNCIAS.....             | 22 |

## RESTAURAÇÃO DA ESTÉTICA DE DENTE ANTERIOR COM HIPOPLASIA DO ESMALTE – RELATO DE CASO

Francisco Pereira Rodrigues\*

### RESUMO

Defeitos do esmalte, como manchas brancas ou amareladas, geralmente causam problemas mais estéticos do que funcionais. A hipoplasia do esmalte pode ser o resultado de fatores hereditários, sistêmicos ou locais. O trauma dentário é um fator etiológico local, é relativamente comum na dentição decídua e pode causar defeitos na superfície dos sucessores permanentes. O tratamento para esses defeitos pode diferir, dependendo da sua profundidade. O objetivo deste relato de caso foi descrever a técnica de restauração direta em resina composta de um incisivo central superior esquerdo acometido por hipoplasia de esmalte, cujo tratamento pela técnica de microabrasão não obteve resultados esteticamente satisfatórios. Em lesões mais profundas de mancha branca, restaurações em resina composta podem ser necessárias, sendo uma excelente opção de tratamento, devido ao baixo custo, resultados estéticos satisfatórios e à conservação da estrutura dentária saudável.

**Palavras-Chave:** Restauração dentária. Odontologia. Hipoplasia dentária.

## RESTORATION OF PREVIOUS AESTHETICS WITH ENAMEL HYPOPLASIA - CASE REPORT

Francisco Pereira Rodrigues\*

### ABSTRACT

Enamel defects, such stain whiter or yellow, usually cause more aesthetic than functional problems. Enamel hypoplasia may be the result of hereditary, systemic, or local factors. Dental trauma is a local etiological factor, is relatively common in the deciduous dentition and may cause surface defects of permanent successors. The treatment for these defects may differ depending on their depth. The purpose of this report is to describe the direct composite resin restoration of a left central incisor enamel affected by hypoplasia, the treatment technique by microabrasion not aesthetically satisfactory results obtained. For deeper lesions of stain whiter, composite resin restorations may be necessary, being an excellent treatment option due to the low cost, aesthetic satisfactory results and the maintenance of healthy dental structure.

**Keywords:** Restoration of teeth. Dentistry. Dental hypoplasia.

---

\* Aluno de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII  
Email: fp.r@hotmail.com

## 1. INTRODUÇÃO

O elemento dental pode apresentar manchas ou irregularidades na superfície do esmalte, assim como coloração indesejada nos tecidos dentinários, condições clínicas que podem afetar significativamente a estética do paciente (SUNDFELD, 2013).

A formação do esmalte dental é um processo biológico complexo, porém bem coordenado. Seu desenvolvimento é regulado por células epiteliais, que são os ameloblastos, esses expressam um importante conjunto de genes que codificam a produção de proteínas essenciais para a formação desse tecido dentário (CHAGAS MS, JACOMO DRES. CAMPOS UR, 2007).

A hipoplasia do esmalte resulta da formação incompleta ou defeituosa da matriz orgânica do esmalte, geralmente associada a fatores genéticos ou ambientais. É um distúrbio causado por uma disfunção na secreção da matriz do esmalte durante a mineralização ou maturação desse tecido (SEOW, 1997). Quando a causa dessa condição é hereditária, as malformações do esmalte podem advir de defeitos nos genes que codificam as proteínas relacionadas ao processo de mineralização (SIMMER; HU, 2001). Assim, quando isso acontece, há envolvimento das dentições primária e secundária de maneira generalizada.

No entanto, quando fatores ambientais interferem no processo, a gravidade dos defeitos está diretamente relacionada à intensidade e duração do estresse ambiental e ao número de ameloblastos afetados (ELCOCK, et al., 2006; WITZEL et al., 2008). Nesses casos, as manchas podem ser localizadas ou generalizadas e pode envolver apenas esmalte ou esmalte e dentina. Entre os fatores ambientais que causam manchas estão alguns distúrbios sistêmicos; doenças virais; deficiências nutricionais; trauma; ingestão de substâncias químicas, como flúor ou alguns medicamentos e até causas idiopáticas (RIBAS; CZLUSNIA, 2004).

O diagnóstico correto dessas alterações é fundamental para determinar o tratamento adequado. O diagnóstico diferencial com outras lesões hipoplásicas deve ser realizado, incluindo as lesões de cárie, trauma e fluorose (BERNARDON, GONDO, BARATIERI, 2011).

Um planejamento adequado pode garantir um tratamento conservador, eficaz e duradouro. Às vezes, o clareamento dental pode ser uma alternativa conservadora, capaz de alcançar um bom resultado, embora muitas vezes as manchas não desapareçam completamente (RIBAS; CZLUSNIA, 2004). A associação de abrasão com um ácido ocasionalmente melhora o resultado (CHHABRA E SINGBAL, 2010; NAHSAN, et al., 2011).

Nas lesões envolvendo esmalte e dentina, com ou sem perda de estrutura, restaurações diretas podem ser indicadas. Essa abordagem pode ser o tratamento mais conservador, capaz de proporcionar um excelente resultado estético e longevidade (BERNARDON, GONDO, BARATIERI, 2011; BENDO, et al., 2007; RESTON, et al., 2011; NIXON, et al., 2007).

Em casos em que a técnica de clareamento ou da microabrasão não são suficientes para obter um resultado esteticamente aceitável, a técnica de restaurações diretas em resina composta pode ser uma opção conservadora, pois possui vantagens como rapidez, eficácia, segurança e baixo custo (LIMA et al., 2013).

O objetivo desse relato de caso é descrever a restauração direta em resina composta de um incisivo central superior esquerdo acometido por hipoplasia do

esmalte, cujo tratamento pela técnica da microabrasão não obteve resultados esteticamente satisfatórios.

## 2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 21 anos de idade, melanoderma, estudante, residente na zona urbana do município de Araruna Paraíba, procurou a clínica escola de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campus VIII – Araruna com a queixa principal de insatisfação com o sorriso por causa da presença de mancha branca na superfície vestibular do incisivo central superior esquerdo.

Após anamnese e exame clínico criteriosos, foi verificada mancha branca única entre os terços médio e incisal do incisivo central superior esquerdo (dente 21), descartando a possibilidade da mesma ser proveniente de cárie inativa ou de fluorose dentária. Esta foi diagnosticada como hipoplasia do esmalte tendo como consequência o traumatismo no dente decíduo, conforme relato de trauma dental que ocorreu durante a infância em que o dente primário lesionou o dente permanente em fase pré-eruptiva. Na análise radiográfica, não foram observadas alterações periodontais ou periapicais. A textura da superfície do esmalte não foi alterada (Figura 1, A-B).



Figura 1 - A e B aspecto inicial da mancha branca no dente incisivo central superior esquerdo (dente 21).

Após o diagnóstico foi traçado o plano de tratamento no qual inicialmente optou-se por utilizar a técnica da microabrasão do esmalte, utilizando ácido fosfórico gel a 37% (Maquira, Paraná, Brasil), pedra pomes (Maquira, Paraná, Brasil) com taças de borracha (Microdont, São Paulo, Brasil) (Figura 2A). A técnica da microabrasão foi realizada em duas sessões, porém não foi obtido um resultado esteticamente satisfatório (Figura 2B). Foi proposto então a realização de faceta direta com resina composta.

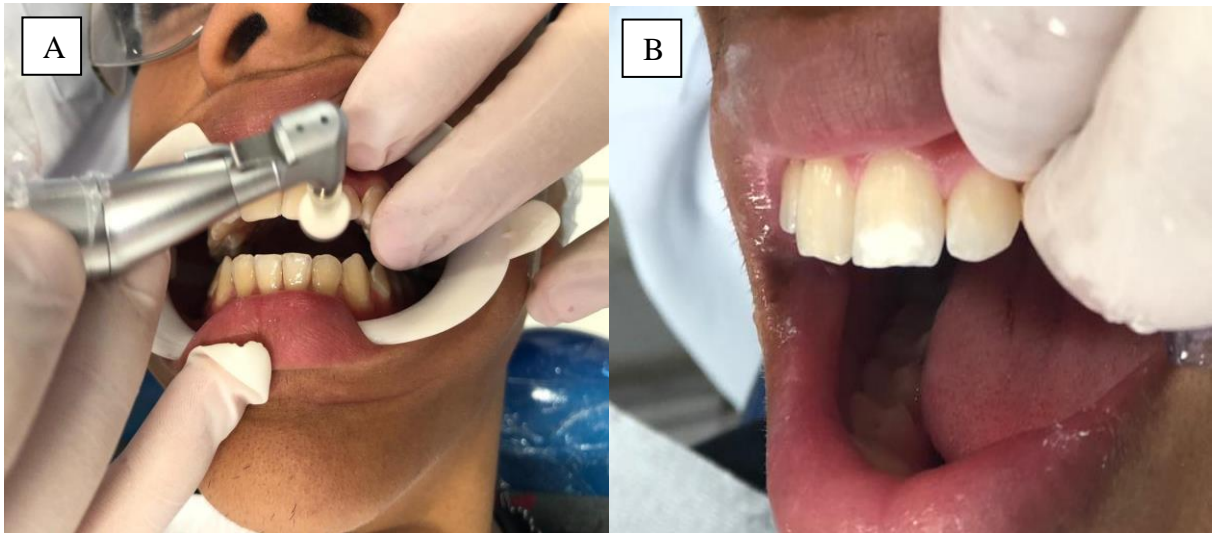


Figura 2: (A) microabrasão com pedra pomes e ácido fosfórico a 37%; (B) aspectos após microabrasão.

Primeiramente foi realizada a etapa de seleção de cor por meio da utilização de pequenos incrementos de resina composta fotoativados sobre a superfície vestibular do dente 21 que foram utilizadas para a confecção da restauração pela técnica de estratificação, as quais foram escolhidas a resina para esmalte EA2 LiS® (FGM, Santa Catarina, Brasil), para dentina, DA2 Opallis® (FGM, Santa Catarina, Brasil) e OA2 Zirconfill® (TECHnew, Rio de Janeiro, Brasil) (Figura 3).



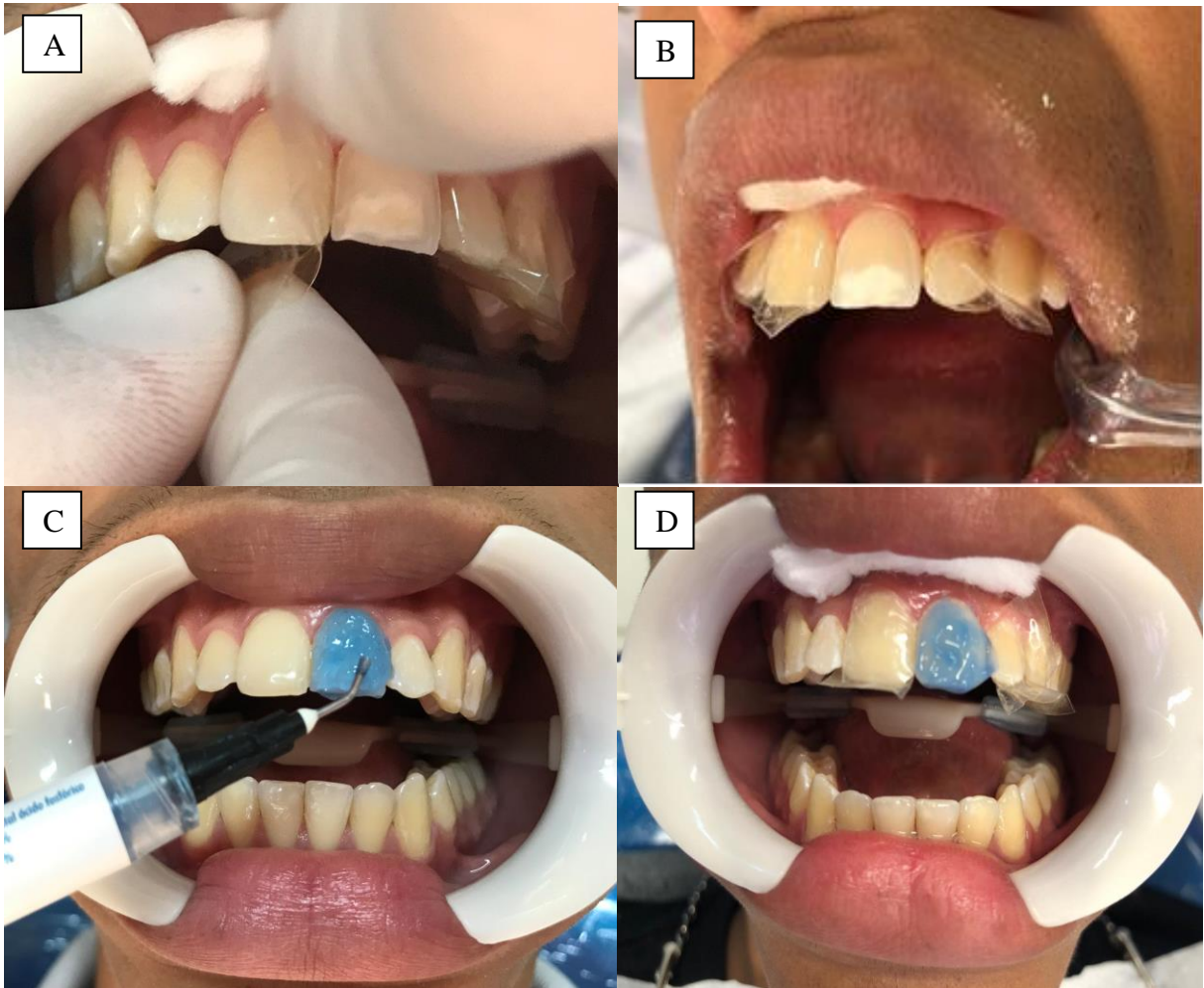
Figura 3: Materiais usados (resinas, ácido gel fosfórico a 37% e sistema adesivo) na confecção da faceta.

Em seguida realizou-se a profilaxia com pedra-pomes e água destilada, e análise dos pontos de contatos utilizando carbono e pinça do tipo Miller. Logo após foi realizado o preparo (Figuras 4, A-D) utilizando ponta diamantada tronco-cônica ponto arredondado nº 4138.



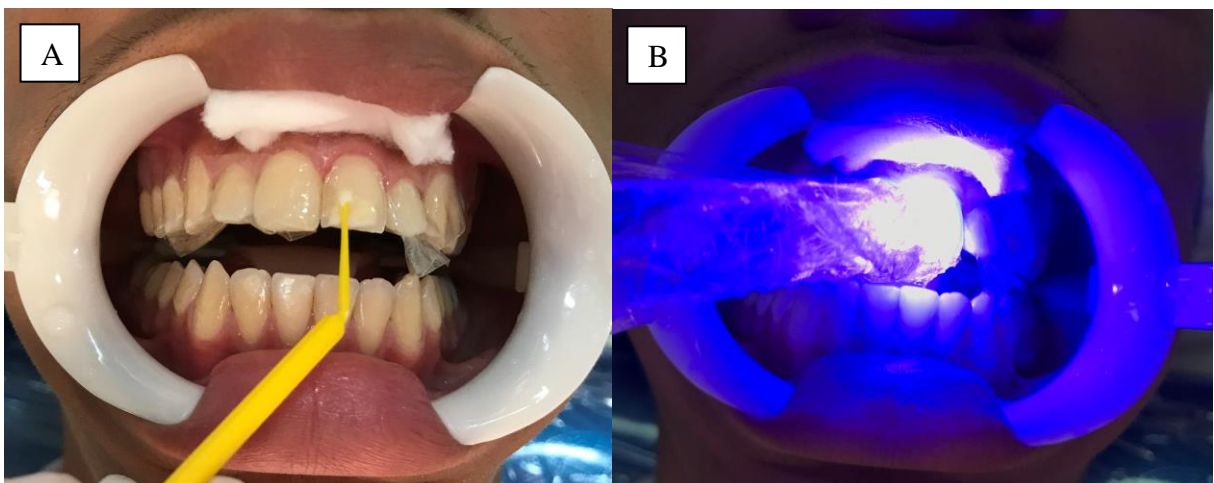
**Figura 4: (A-D) Preparo do dente com a broca 4138, evidenciando em (D) O preparo finalizado para receber a faceta direta de resina composta.**

Após o preparo, foi realizada limpeza com solução de hidróxido de cálcio PA e isolamento relativo com controle da umidade, proteção das faces proximais dos dentes adjacentes com auxílio de fita matriz de poliéster (Figuras 5, A-B) para evitar que o ácido fosfórico também os atingisse durante o processo de condicionamento. Em seguida realizou-se o condicionamento do dente 21 com ácido fosfórico gel a 37% (Maquira, Paraná, Brasil), (Figuras 5, C-D), após 30 segundos, removeu-se o excesso do ácido e procedeu-se a lavagem vigorosa e abundante com seringa tríplice por um tempo superior a 30 segundos.



**Figura 5:** (A-B) fita matriz de poliéster protegendo os dentes vizinhos; (C-D) condicionamento com ácido fosfórico gel a 37% (30 segundos em esmalte).

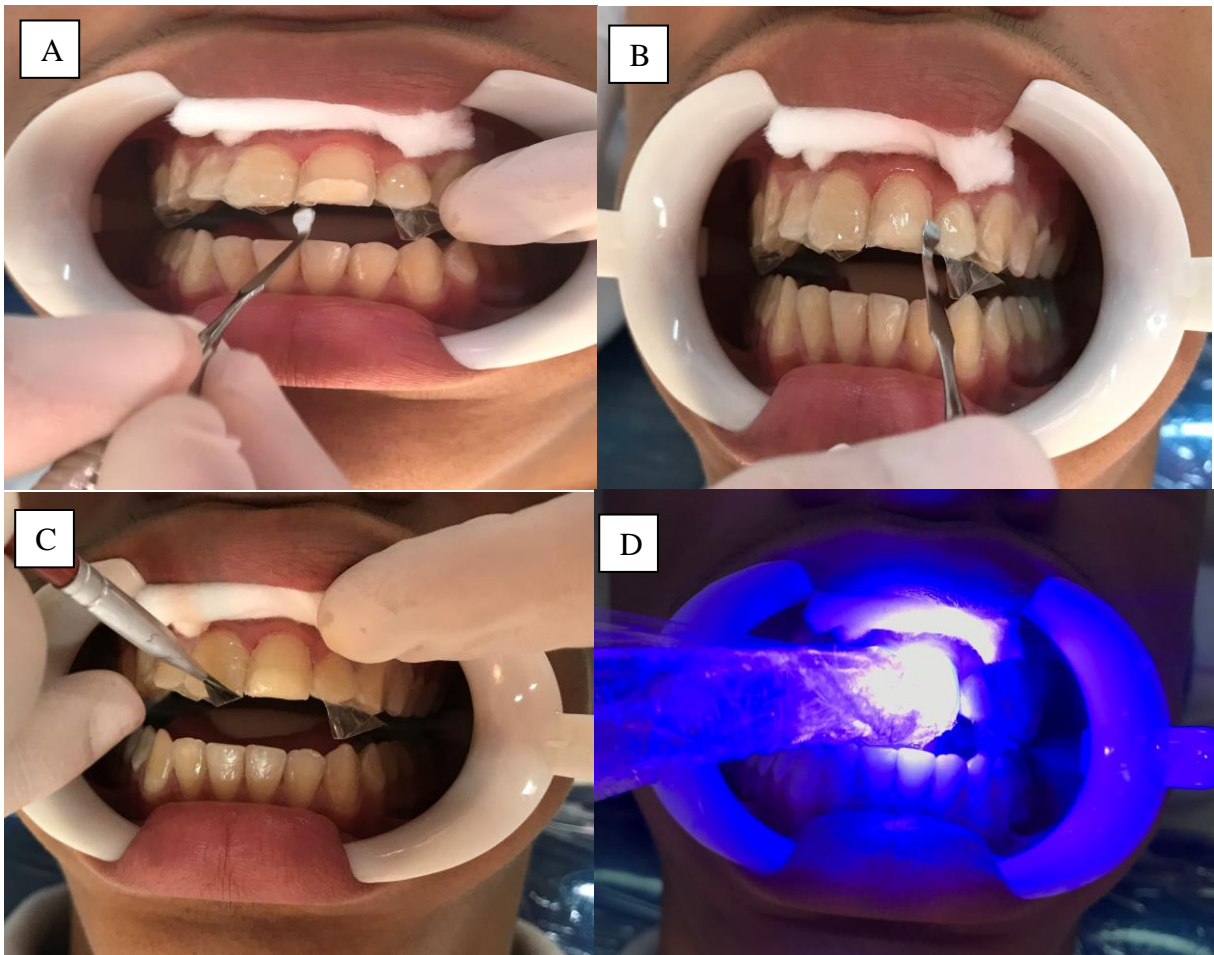
Depois do condicionamento ácido, procedeu-se a secagem com papel absorvente e a aplicação do sistema adesivo Prime & Bond® (Dentsply, São Paulo, Brasil) com o auxílio de microaplicadores descartáveis, (Figura 6A) seguida de fotopolimerização (Figura 6B) por tempo de 40s.



**Figura 6:** (A) aplicação do sistema adesivo; (B) fotopolimerização por 40s.

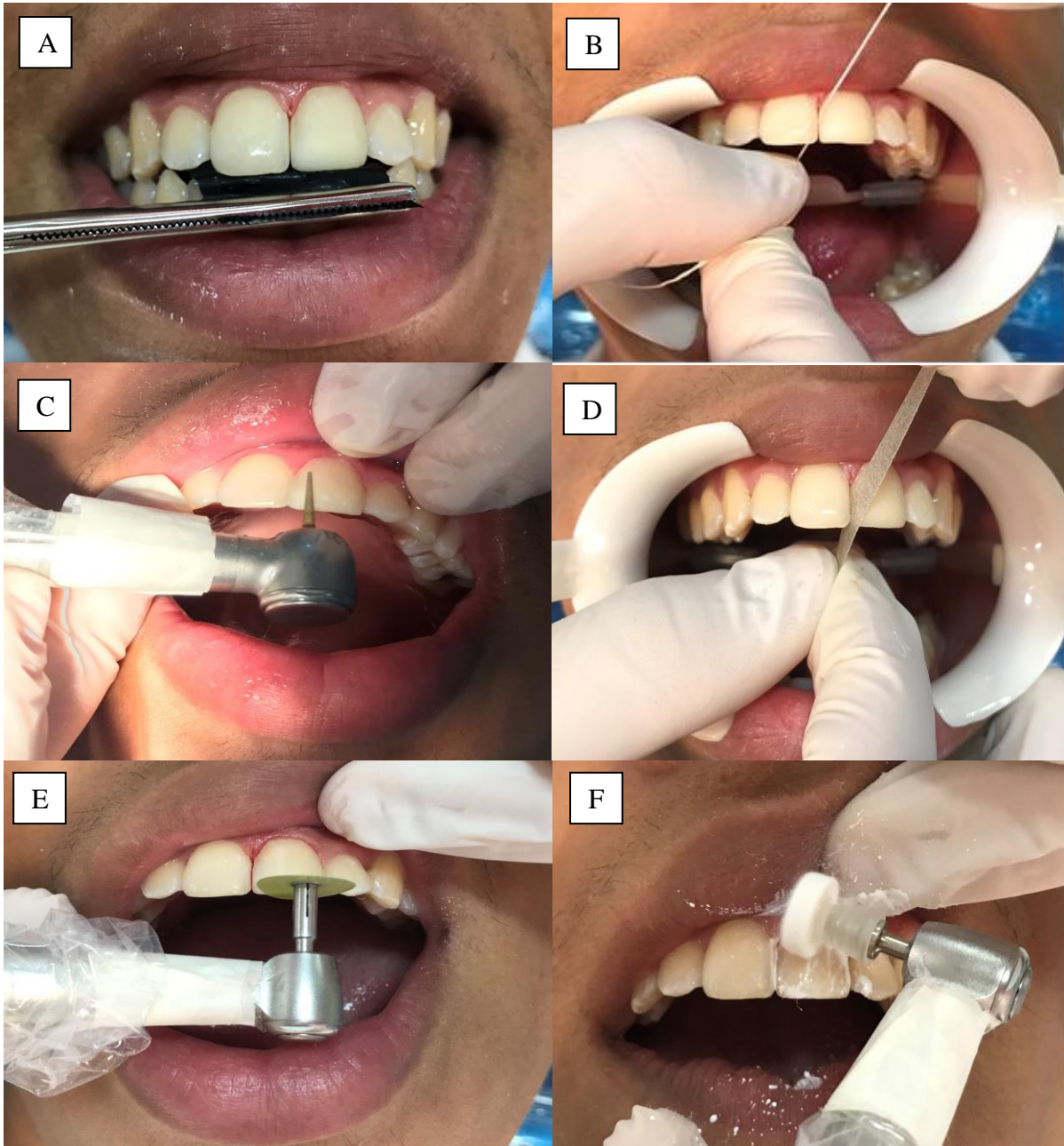


Logo em seguida deu-se início a confecção da faceta pela técnica da estratificação com as resinas selecionadas de forma que a inserção da resina composta se deu em três etapas, sendo a primeira camada com resina opaca OA2 (Zirconfill®, TECHnew, Rio de Janeiro, Brasil), a segunda camada de resina para dentina DA2 (Opallis®, FGM, Santa Catarina, Brasil) e a terceira camada de resina para esmalte EA2 LliS® (FGM, Santa Catarina, Brasil), (Figuras 7, A-C) sempre realizando a fotopolimerização para cada camada inserida (Figura 7D).



**Figura 7: (A-C) inserção da resina composta em camadas; (D) fotopolimerização para cada camada inserida**

Por último foi realizado os ajustes oclusais com carbono e pinça de Miller (Figura 8A), verificação do ponto de contato com auxílio de fio dental (Figura 8B), acabamento com ponta diamantada 4135ff (Figura 8C), fita de lixa de acabamento (injecta, São Paulo, Brasil) (Figura 8D) e sistema Sof-lex Pop-On XT® (TDV, Santa Catarina, Brasil), (Figura 8E) seguindo a ordem decrescente de granulometria, e por último polimento com disco de feltro (TDV, Santa Catarina, Brasil) e pasta de polimento poligloss® (TDV, Santa Catarina, Brasil), (Figura 8F).



**Figura 8:** (A) ajustes oclusais com carbono e pinça de Miller; (B) verificação do ponto de contato com fio dental; (C-E) acabamento com ponta diamantada 4135ff, tira de lixa de acabamento e sistema Sof-lex Pop-On XT respectivamente; (F) polimento com disco de feltro e pasta de polimento poligloss.

Por fim obteve-se o resultado final o qual foi bastante significativo como pode ser observado quando se compara as figuras 9A e 9B (aspecto inicial e aspecto final), a restauração direta com resina composta mostrou ser a escolha ideal para a resolução desse caso, visto ser uma alternativa bastante conservadora de tratamento para casos de hipoplasia de esmalte, além de ter favorecido o restabelecimento da estética e a harmonia do sorriso do paciente, dessa forma superando as expectativas e restabelecendo a autoestima do mesmo.



Figura 9: (A) aspecto inicial; (B) aspecto final.

### 3. DISCUSSÃO

Manchas brancas hipoplásicas em dentes permanentes podem ser resultado de vários fatores. No caso clínico relatou-se trauma com a dentição decídua durante a formação do esmalte permanente o que provavelmente causou a mancha no dente permanente.

Tais acidentes são relativamente comuns na primeira dentição, principalmente nos incisivos, podendo causar defeitos nas superfícies dos dentes permanentes. (DE AMORIM, DA COSTA, ESTRELA, 2011). Os traumatismos na dentição decídua têm prevalência de 4% a 30% sendo as quedas a causa mais comum (ALEXANDRE, CAMPOS, OLIVEIRA, 2000).

Segundo Baratieri (1994), dentes brancos, bem contornados e bem alinhados estabelecem o padrão de beleza. Sendo assim dentes que apresentam a cor ou forma alterada, comprometem substancialmente a estética do sorriso.

As manchas hipoplásicas quando localizada nos dentes anteriores, podem ter consequências psicológicas e comportamentais como resultado das mudanças estéticas, pois os defeitos do esmalte alteram a estrutura dentária e afetam aparência do sorriso, podendo influenciar na vida social do paciente. (BENDO et al, 2007).

Quanto à etiologia, de acordo com Mondelli et al, (2001) as alterações de cor dos elementos dentais podem ser de natureza endógena e exógena. As alterações endógenas são provenientes do período da odontogênese, podendo ser de ordem local, congênita ou hereditária. Por sua vez, as alterações de cor exógenas são observadas após a formação e erupção dos dentes e podem ser classificadas em: extrínsecas e intrínsecas.

Conceição (2007) define as manchas extrínsecas como sendo aquelas que pigmentam a superfície do dente e que provem da dieta alimentar. Já as manchas intrínsecas são aquelas que se localiza no íntimo da estrutura dental a qual pode ser classificada, segundo sua natureza em congênita ou adquirida.

Este mesmo autor afirma ainda que para que se tenha sucesso no tratamento da mancha, é importante que se tenha o conhecimento da origem, da natureza e da composição da mesma.

Diante disso é de grande importância que o profissional cirurgião dentista esteja preparado para realizar um correto diagnóstico diante da presença de alterações no esmalte dental e isso exige do profissional uma abordagem do paciente bem executada durante uma anamnese minuciosa com o intuito de detectar a causa e o tipo de mancha intrínseca presente nos dentes do paciente para só assim traçar um plano de tratamento adequado, objetivando um prognóstico favorável, pois nem sempre as alterações de manchas no esmalte são fáceis de serem diagnosticadas.

Neville (2009), afirma ainda que as manchas intrínsecas são muito mais difíceis de serem resolvidas devido à frequente extensão do envolvimento da dentina. Soluções estéticas incluem coroas totais, clareamentos externos de dentes vitais, clareamento interno para dentes desvitalizados, restaurações adesivas, reconstrução com resina composta e laminados cerâmicos.

A técnica da microabrasão se mostra eficaz na remoção de manchas brancas do esmalte, se caracteriza pela remoção de uma pequena camada de esmalte superficial através da ação de agentes abrasivos, sem necessidade do uso de brocas ou pontas diamantadas de desgaste, o que permite obter adequada conservação da estrutura dentária sadia, além de ser de baixo custo (MEIRELLES et al., 2009). Essa técnica tem sido utilizada para manchas marrons ou brancas isoladas resultantes de distúrbios de desenvolvimento como fluorose ou hipoplasia do esmalte (CONCEIÇÃO, 2007).

Adicionalmente Wray et al., (2001) relata que a microabrasão está indicada para o tratamento estético de manchas branca por desmineralização pós-tratamento ortodôntico, hipoplasia localizada decorrente de trauma dentário ou infecção e hipoplasias idiopáticas onde a descoloração está limitada a camada mais superficial do esmalte dental.

Nos casos de hipoplasia os procedimentos estéticos mais invasivos devem ser evitados e/ou adiados (CARVALHO et al. 2013). No entanto, no caso clínico descrito a mancha causava ao paciente insatisfação estética. O fator decisivo para a escolha do tratamento restaurador foi o envolvimento do esmalte e dentina. Portanto, a restauração em resina composta foi escolhida por ser a opção mais conservadora, associada a excelentes propriedades mecânicas, estéticas e funcionais.

Segundo Villarroel (2001), a técnica de restaurações diretas é considerada simples, eficiente, de baixo custo, com boa durabilidade, e que possibilita a realização de reparos e conservação do tecido sadio no restabelecimento da estética, função e na harmonia facial do paciente. Dentre os procedimentos invasivos, a utilização de compósitos adesivos é considerada uma alternativa minimamente invasiva, uma vez que, requerem desgastes limitados apenas à área do elemento dentário alterado (WILLIAN, MESSER, BURROW, 2006).

Seguindo esse mesmo entendimento, Mondelli (2008), relata que a faceta estética direta de resinas compostas é uma opção de restauração que pode ser confeccionada em uma única sessão, diminuindo o custo e o tempo necessário para confeccionar uma faceta de porcelana ou resina pelo método indireto em laboratório.

Além disso Leite (2017) afirma que as facetas em resina apresentam ainda boas propriedades como baixa condutibilidade térmica, lisura superficial e interessantes resultados aos pacientes, podendo substituir os tratamentos indiretos, como facetas e laminados em porcelanas. Isso se vê na transformação imediata do sorriso, comparado ao tempo superior que as facetas indiretas precisam para ser confeccionadas. São ótimas para casos que exijam tratamento rápido. E além do

mais a resina composta é um material direto que possui características ópticas semelhantes à estrutura dentária, por esta razão tem sido o material de eleição para a confecção de facetas diretas (MONDELLI, 2008).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nos casos de manchas hipoplásicas nos dentes anteriores, quando a alteração de cor e maior opacidade afetam o sorriso, o tratamento com restaurações diretas em resina composta podem melhorar aparência e uniformidade dos dentes, restaurando a autoestima do paciente. Um diagnóstico correto da profundidade da lesão é necessário para um planejamento adequado e garantir um resultado previsível e sucesso em curto e longo prazo.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE G.C, CAMPOS V, OLIVEIRA B.H. **Luxação intrusiva de dentes decíduos**. Rev Assoc Paul Cir Dent, 2000; 54:215-19.

BARATIERI, L.N. **Clareamento dental**. 1. ed. São Paulo: Santos, 1994.

BENDO C.B., et al. **Enamel hypoplasia in permanent incisors: a six-month follow-up**. Revista Gaucha de Odontologia .v.55, n.1, p:107-112, 2007

BERNARDON J.K; GONDO R.; BARATIERI L.N. **Minimally invasive restorative treatment of hypoplastic enamel in anterior teeth**. American Journal of Esthetic Dentistry; v.1, n.1, p: 2-13, 2011.

CARVALHO LD; BERNARDON JK; BRUZI G; ANDRADA MA; VIEIRA LC. **Hypoplastic enamel treatment in permanent anterior teeth of a child**. Operative Dentistry. v.38, n.4, p:363-8, 2013.

CONCEIÇÃO, E.N. **Dentística Saúde e Estética**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CHAGAS MS, JACOMO DRES. CAMPOS UR. **Frequency of enamel hypoplasia on anterior permanent teeth after injury in their antecessors**. Arquivo Bras. de odontologia, 2007.

CHHABRA N.; SINGBAL K.P. **Viable approach to manage superficial enamel discoloration**. Contemporary Clinical Dentistry. v.1, n.4, 284-287, 2010.

DE AMORIM LF; DA COSTA LR; ESTRELA C. **Retrospective study of traumatic dental injuries in primary teeth in a Brazilian specialized pediatric practice**. Dental Traumatology. v.27,n.5, 368-373, 2011.

ELCOCK C. et al. **Comparison of methods for measurement of hypoplastic lesions**. European Journal of Oral Sciences. v.114, (Supplement 1), p.:365-369, 2006.

LEITE, L.G.M. **Facetas em resina: indicações, prós e contras**. 2017. Disponível em: <<http://luisgustavoleite.com.br/blog/facetras-em-resina/>>. Acesso em 22 fev. 2019.

LIMA, R.B.W.; LEITE,J.T.; FRANÇA,R.M.; BRITO,M.C.T.D.; UCHÔA,R.D.C.; ANDRADE, A.K.M.D. **Reabilitação Estética Anterior pela Técnica do Facetamento – Relato de Caso**. Volume 17 Número 4 Páginas 363-370. Joao Pessoa-PB. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/13389/11437>>. Acesso em 22 de fev. 2019.

MONDELLI, R. F. L; SOUZA JR., M. H. S; CARVALHO, R. M. **Odontologia estética: fundamentos e aplicações clínicas**. 1 ed. São Paulo : Santos, 2001.

MONDELLI. J. **Fundamentos de Dentística Operatória**. 3ª reimpressão. São Paulo: Santos, 2008.

MEIRELES S. S; ANDRÉ D. A; LEIDA F. L; BOCANGEL J. F; DEMARCO F. F. **Surface roughness and enamel loss with two microabrasion techniques**. J Contemp Dent Pract, v. 10, n. 1, p. 58-65, 2009.

NAHSAN F, P. et al. **Conservative approach for a clinical resolution of enamel white spot lesions**. Quintessence International. v.42, n.5, p: 423-426, 2011.

NEVILLE, et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2009.

NIXON, P.J; et al. **Conservative aesthetic techniques for discoloured teeth: 2. Microabrasion and composite**. Dental Update v.34, n.3, p:160-162, 2007.

RESTON, E.G; et al. **Conservative approach for esthetic treatment of enamel hypoplasia**. Operative Dentistry v.36, n.3, p: 340-343, 2011.

RIBAS A.O.; CZLUSNIAK G.D. **Anomalies in dental enamel: etiology, diagnostic and treatment**. Publicações da UEPG Ciências Biológicas e da Saúde. v.10, n.1, p.23-36, 2004.

SEOW W.K. **Clinical diagnosis of enamel defects: pitfalls and practical guidelines**. International Dental Journal. v. 47, n.3, p:173-182, 1997.

SUNDFELD, R.H. et al. **Remoção de manchas do esmalte dental pela técnica da microabrasão**. Universidade Estadual Paulista – Unesp. Araçatuba – SP,2013.

SIMMER J.P.; HU J.C. **Dental enamel formation and its impact on clinical dentistry**. Journal Dental Education v.65, n.9, p: 896-905, 2001.

VILLARROEL M, FAHL N, DE SOUSA AM, DE OLIVEIRA OB JR. **Direct esthetic restorations based on translucency and opacity of composite resins**. J Esthet Restor Dent. 2001; 23 (2):73-87

WILLIAN V, MESSER LB, BURROW MF. **Molar incisor hypo-mineralization: review and recommendations for clinical management** Pediatric Dent. 2006; 28 (3);224-32.

WITZEL C.; KIERDORF U.; SCHULTZ M.; KIERDORF H. **Insights from the inside: histological analysis of abnormal enamel microstructure associated with hypoplastic enamel defects in human teeth**. American Journal of Physical Anthropology v.136, n.4, p. 400-414, 2008.

WRAY, A. et al. **Treatment of intrinsic discoloration in permanent anterior teeth in children and adolescents**. Int J Pediatric Dent, v. 11, n. 4, p. 309-315, 2001.

