



Revendo Planejamentos em Odontologia Estética

“A vida é cair sete vezes e levantar oito”
ditado chinês

O planejamento estético envolve conhecimento científico, obviamente, mas muito do sucesso de um tratamento amplo exige noções de sensibilidade visual. A parte mais interessante na Dentística é que ela representa uma das áreas que possibilitam o uso, não somente do conhecimento puro, mas do instinto e sensibilidade, o que, em pesquisa naturalista, se chama de *insights*, ou “norte instintivo”.

Sempre podem existir variações, uma vez que em estética regras são, em verdade, mentirosas; mas algumas referências devem existir para um melhor andamento durante a execução operatória. Costumo pensar sempre que, quando algo está muito complicado ou uma técnica muito complexa, ela deve estar errada, uma vez que existe outra forma simples a ser descoberta. Aqui poderia pedir desculpas àqueles que defendem técnicas extraordinárias e mirabolantes, mas as técnicas devem ser voltadas aos clínicos.

Uma grande diretriz inicial é deixada de lado, muitas vezes, nos nossos tratamentos. Esta diz que a linha média e as grandes referências (como face e lábios) (Figura 1), ditam a reprodução de dentes partindo dos dois centrais. A partir deles é que são reproduzidos os laterais e assim por diante. Detalhes gengivais devem ser inicialmente realizados, por serem referências predominantes, influenciadas pelo perfil de emergência (Figuras 2, 3, 4 e 5).

Posso imaginar que alguns leitores façam, eventualmente, laterais conóides e depois percebam que deveriam ter realizado algumas modificações em centrais, inicialmente (Figuras 6, 7 e 8). É uma falha humana e comum. Transforma-se, comumente, caninos em laterais, esquecendo que em tratamentos estéticos integrados, pequenas correções ou adaptações devem ser feitas em outros dentes anteriores. Não, meus amigos, não quis dizer que sempre se deve facetar todos os dentes, mas adaptá-los ao conjunto.

Mas o erro em planejamento pode ser comum, visto meus próprios erros pessoais, mas volto a afirmar que o erro não causa, necessariamente, crescimento, mas repensar os erros clínicos e achar saídas alternativas pode ser a chave para o sucesso do tratamento.



FIGURA 1: Relação do lábio superior com os incisivos centrais.

FIGURA 2: Caso de falta de exposição de incisivos por irrupção passiva da coroa clínica.

FIGURA 3: Delimitação de altura e ápices para distal dos incisivos, nota-se a existência de espaço biológico.

FIGURA 4: Uso de bisel invertido removendo o colarinho, seguindo-se a liberação da inserção do epitélio e conjuntivo, tirando a memória das fibras, favorecendo a estabilização apical.

FIGURA 5: Caso logo após; nota-se a grande quantidade de esmalte existente. Modifica-se aqui o perfil de emergência do posterior fechamento de diastemas (caso realizado com R. Massaki no curso de especialização em Dentística Restauradora UFPR).

FIGURAS 6, 7 e 8: Resinas quimicamente ativadas com intenso manchamento e posterior troca de restauração. Não se mostra importante neste momento definir se foram realizadas facetas totais, parciais ou restaurações amplas.