

Tratamento de sorriso gengival: relato de caso com abordagem interdisciplinar

Gingival smile treatment: case report with an interdisciplinary approach

Khimberlin Cristiane Modesto Jardim¹
Roberta Pimentel de Oliveira²
Ricardo Roberto de Souza Fonseca³
Silvio Augusto Fernandes de Menezes⁴

RESUMO

A busca pela estética tem se tornado constante nos consultórios odontológicos, e o conhecimento por parte dos pacientes tem tornado a exigência e a expectativa cada vez maiores. A odontologia estética preza pelo equilíbrio entre a estética branca e a estética rosa, importantes para a obtenção de resultados com excelência nos tratamentos reabilitadores. O objetivo deste trabalho foi relatar um tratamento interdisciplinar de um caso de sorriso gengival. Paciente do sexo feminino, 32 anos de idade, não fumante e sem alterações sistêmicas compareceu à clínica odontológica de uma faculdade odontologia no norte do Brasil com a queixa principal de coroas clínicas de tamanho reduzido e insatisfação estética quanto à coloração dentária. Ao exame clínico da paciente verificou-se média de 6 mm na sondagem gengival da arcada superior, ausência de placa bacteriana, cálculos subgengivais, ausência de perda óssea, presença de exostoses vestibulares na região dos dentes 15 ao 25 e escurecimento das coroas dentárias. Após a adequação do meio bucal foi realizada a anestesia local, as incisões em bisel externo a 45° foram realizadas devolvendo o contorno adequado, o zênite dos incisivos centrais e dos caninos mais para distal, dando um aspecto natural ao sorriso. Após a plastia realizou-se o levantamento do retalho cirúrgico e ostetomia e em seguida, o retalho foi suturado. Após 60 dias foi realizado o clareamento dental de consultório em 03 sessões (Whiteness HP blue), associado à técnica caseira (White Class). Perante os resultados clínicos relatados pode-se concluir que a associação da plastia gengival com o clareamento dentário é uma técnica viável e com ótima previsibilidade de sucesso.

Palavras-chave: Gingivoplastia; Gingivectomia; Clareamento dental; Peróxido de hidrogênio.

ABSTRACT

The search for aesthetics has become constant in dental offices, and knowledge on the part of patients has made the demand and expectation ever greater. Cosmetic dentistry values the balance between white and pink aesthetics, which are important for obtaining results with excellence in rehabilitation treatments. The aim of this study was to report an interdisciplinary treatment of a case of gingival smile. Female patient, 32 years of age, nonsmoker and without systemic changes, attended the dental clinic of a dental school in northern Brazil with the main complaint of small clinical crowns and aesthetic dissatisfaction with dental staining. In the clinical examination of the patient, an average of 6 mm was found in the gingival probe of the upper arch, absence of bacterial plaque, subgingival stones, absence of bone loss, presence of vestibular exostosis in the region of teeth 15 to 25 and darkening of the dental crowns. After adequacy of the oral environment, local anesthesia was performed, the incisions in an external bevel at 45° were performed, returning the appropriate contour, the zenith of the central incisors and the canines more distal, giving a natural aspect to the smile. After the surgery, the surgical flap and ostomy were lifted and then the flap was sutured. After 60 days, dental office bleaching was performed in 03 sessions (Whiteness HP blue), associated with the homemade technique (White Class). In view of the reported clinical results, it can be concluded that the association of gingival repair with tooth whitening is a viable technique with excellent predictability of success.

Keywords: Gingivoplasty; Gingivectomy; Tooth bleaching; Hydrogen peroxide.

¹ Graduada em Odontologia pela Escola Superior da Amazônia

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Pará.

³ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários da Universidade Federal do Pará.

⁴ Professor Doutor, Faculdade de Odontologia, Centro Universitário do Estado do Pará.

INTRODUÇÃO

O equilíbrio entre a estética branca, representada pelos elementos dentários, e a estética rosa ou vermelha, representada pelos tecidos moles e gengivais, torna-se agradável esteticamente quando os elementos dentários estão dispostos linearmente no arco dentário e a exposição da coroa dentária chega até seu terço cervical, juntamente com o tecido gengival e as papilas interdentais sendo expostas em até 3 mm. Assim, em casos de não exposição satisfatória da coroa dentária no sentido cérvico-incisal e quando a quantidade exposta de tecido gengival, durante o sorriso ou gargalhada, apresentar valores maiores do que 3 mm essa condição periodontal é caracterizada como sorriso gengival¹⁻³.

De acordo com a literatura, o sorriso gengival possui etiologia multifatorial, dentre as mais frequentes estão o crescimento vertical da maxila em excesso; erupção passiva alterada; hiperatividade labial; extrusão dentoalveolar; crescimento gengival por trauma mecânico ou tratamento medicamentoso e lábio superior curto. Para a realização do tratamento adequado, deve-se estabelecer o diagnóstico correto e preciso⁴⁷. A fim de efetuar a resolução do sorriso gengival, deve-se utilizar diversas formas clínicas e digitais para observar aspectos faciais, musculares, extra e intraorais.

Com o auxílio de planejamentos digitais, fotografias, modelos tridimensionais, vídeos e tomografias pode-se avaliar aspectos fundamentais como distância interlabial em repouso; atividade do lábio superior; tonicidade muscular; exposição dos incisivos superiores durante o repouso e a fala; arco invertido do sorriso; zênite dos incisivos centrais; proporção largura/comprimento dos incisivos superiores; características morfofuncionais do lábio superior; e as distâncias entre a junção cimento-esmalte e a crista óssea alveolar⁷⁻¹⁰.

Para execução do tratamento do sorriso gengival, faz-se necessário o planejamento multidisciplinar entre as diversas especialidades odontológicas como periodontia, ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, dentística e a recém-criada harmonização facial. Em casos cujo diagnóstico seja sorriso gengival por erupção passiva alterada, o tratamento adequado é a técnica cirúrgica

mucogengival conhecida como gengivectomia e gengivoplastia. Essa técnica consiste em um procedimento cirúrgico de remodelação plástica gengival para restabelecer a forma anatômica e o zênite gengival; eliminar bolsa periodontal falsa pela exérese da parede mole da bolsa; reanatomizar a arquitetura gengival e os contornos fisiológicos, e adequar a distância biológica visando a estética do sorriso e o equilíbrio da relação dentogengival¹⁰⁻¹⁵.

De modo a completar a harmonização do sorriso, o paciente deve realizar a avaliação com um especialista em dentística, considerando as características da estética branca e o planejamento multidisciplinar. Dessa maneira, a presença de patologias não cariosas como atrição e abfração, bruxismo e/ou apertamento, dentes conoides, diastemas e escurecimento da coroa dentária que poderiam comprometer a harmonização do sorriso devem ser considerados e, uma vez diagnosticados, deverão ser tratados¹²⁻¹⁵. Este trabalho tem como objetivo descrever o caso clínico de uma paciente com sorriso gengival e alteração cromática e o tratamento através de gengivectomia, gengivoplastia e clareamento dentário.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 32 anos de idade, sem patologias sistêmicas compareceu à clínica odontológica de uma faculdade no norte do Brasil com a queixa principal de coroas dos dentes anteriores superiores muito curtas, excesso de exposição gengival, sorriso amplo e largo e insatisfação estética devido à alteração cromática.

Para fins de diagnóstico foram realizados minuciosos exames clínicos nos quais observaram-se que a paciente apresentava sorriso amplo e alto, posição labial normal, e exposição excessiva de tecido gengival. Pode-se perceber também que a paciente apresentava exostose vestibular maxilar na região dos dentes 15 ao 25 que levava a uma sobreposição do lábio superior sobre o tórus vestibular durante o sorriso, além de apresentar coroas clínicas amareladas.

Observou também que a paciente apresentava biótipo periodontal espesso com larga faixa de mucosa ceratinizada, diastemas, erupção passiva alterada e sorriso gengival alto, com exposição em sorriso acima de 3 mm e com profundidade de sondagem média de 6 mm dos incisivos centrais superiores até os segundos pré-molares superiores. Dados apresentados na Tabela 1. A paciente não apresentava sangramento à sondagem, mobilidade dentária, cálculos supra ou subgengivais, nem biofilme dentário (Figura 1).

Foi realizada em seguida a sondagem periodontal, sem e com anestesia, a fim de verificar as respectivas distâncias biológicas. Os dados estão demonstrados na Tabela 1. Após a sondagem realizou-se o exame radiográfico e constatou-se que não havia reabsorção óssea ou qualquer alteração no periodonto de sustentação e que os dentes estavam hígidos, sem tratamento endodôntico ou restaurador.

Tabela 1. Planejamento pré e transoperatório. Medidas da quantidade de tecido gengival e tecido ósseo a serem removidos na gengivectomia, gengivoplastia e osteotomia.

Elemento dentário	Planejamento pré-operatório		Planejamento transoperatório	
	Sorriso gengival (mm)	Gengivectomia (mm)	Distância COA* - JCE** (mm)	
			Pré-operatório	Transcirúrgico
15	6	3	0	3
14	6,5	3	0	3
13	7	4	0	3
12	6	3	0	3
11	6	3	0	3
21	6	3	0	3
22	6,5	3	0	3
23	7	4	0	3
24	6	3	0	3
25	6	3	0	3

*COA – Crista óssea alveolar

**JCE – Junção cimento-esmalte

Posteriormente foram solicitados exames laboratoriais, e não foram observadas alterações sistêmicas que impossibilitassem o procedimento cirúrgico. Após os exames pré-operatórios e adequação do meio bucal realizou-se antisepsia extra e intrabucal com digluconato de clorexidina nas concentrações de 2% e 0,12% (Rioquímica, São José do Rio Preto, SP, BR), respectivamente.

Logo após a assepsia, a anestesia foi realizada por meio do bloqueio dos nervos infraorbitário e alveolar superior médio bilateralmente, com Articaina 4% e Epinefrina 1:100.000 como vasoconstritor (DFL, Rio de Janeiro, RJ, BR). Com a analgesia confirmada, uma sonda periodontal do tipo Williams foi utilizada para as demarcações pré-operatórias (Figura 2) e em seguida foram realizadas as incisões em bisel interno e intrasculares com uma lâmina 15c (Lamedid, Barueri, SP, BR), a fim de liberar o colarinho gengival.

O tecido gengival foi removido com auxílio de cureta Gracey 5-6 para os dentes anteriores, e 7-8 para os dentes posteriores, em conjunto com uma cureta de Goldman-Fox 2 (Quinelato, Rio Claro, SP, BR). Após a remoção do excesso de tecido gengival observou-se não haver distância entre a crista óssea alveolar e a junção cimento-esmalte (Figuras 3 e 4). Assim, foi necessário realizar retalho total até a altura da junção mucogengival com o descolador de Molt (Quinelato[®]) para que fosse feita a osteotomia e a osteoplastia restabelecendo a distância biológica em 3 mm, e os zênites, utilizando o microcinzel de Ochsenbein (Quinelato[®]), (Figura 5).

Após o restabelecimento do espaço biológico utilizou-se uma broca maxicut (KG Sorensen, Cotia, SP, BR) para realizar a osteotomia/osteoplastia do tórus vestibular maxilar e remodelamento do processo alveolar. Com as distâncias biológicas restabelecidas, o retalho foi reposicionado e suturado com fio de nylon 5.0 Ethicon (Johnson & Johnson, New Jersey, NJ, USA) (Figura 6). O controle pós-operatório foi realizado após 7 dias, quando foi removida a sutura (Figura 7), e novamente após 60 dias, observando o restabelecimento da harmonia entre dentes, lábios e gengiva com características de periodonto sadio. A paciente foi liberada para realizar o clareamento dental em consultório em dentes vitais.

Após constatar-se o bom estado de saúde periodontal da paciente, iniciou-se o tratamento clareador em consultório associado à técnica caseira. As arcadas superior e inferior da paciente foram moldadas com alginato (Zhermack, Badia Polesine, IT) e, após a obtenção dos modelos em gesso pedra, foram confeccionadas as moldeiras com placas de silicone

sendo suas bordas recortadas 1 mm além da margem gengival. Previamente à primeira sessão no consultório, realizou-se profilaxia com pedra pomes/água e o registro da cor através da escala Vitapan Classical (Vita Zahnfabrik, Bad Sackingen, GER) sendo registrada a cor A2, e as tomadas fotográficas como método de comparação. Utilizou-se um afastador labial para proteção dos tecidos moles e para evitar que o gel clareador entrasse em contato com a mucosa labial. Em seguida, aplicou-se a barreira gengival (FGM Dentscare, Joinville, SC, BR) para proteção do tecido gengival (Figura 8).

O agente clareador utilizado foi o peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP blue, FGM Dentscare®) sendo manipulado de acordo com as instruções do fabricante e aplicado uma única vez por 40 minutos sobre a face vestibular dos dentes 15 a 25 e 35 a 45 (Figura 9). Em conjunto, foi utilizado o laser de baixa potência, com o intuito de evitar a hipersensibilidade dentinária. Foram realizadas 3 sessões ao total, com intervalos de 7 dias entre elas. Em cada sessão, após o tempo total do procedimento, o gel clareador era removido com o auxílio de sugador, seguido pela remoção da barreira gengival. Entre as sessões de consultório foi prescrito o uso do clareamento caseiro como supramencionado.

A paciente foi orientada a aplicar uma gota do gel clareador de peróxido de hidrogênio 10% (White Class, FGM Dentscare®) na região da face vestibular dos dentes 15 a 25 e 35 a 45 durante os 6 dias entre as sessões de consultório. Seu uso diário foi de 30 minutos após os quais a paciente deveria bochechar com bastante água para remover o gel clareador da superfície dental.

A paciente também foi orientada a escovar os dentes com pasta profilática dessensibilizante a fim de prevenir sintomas de sensibilidade ou irritação gengival. Finalizado o clareamento, o croma resultante nas duas arcadas foi A1. A paciente demonstrou-se satisfeita com o resultado estético final, e, devido ter se mudado para outra cidade, não foi possível finalizar o caso com o fechamento dos diastemas como planejado (Figura 10).

DISCUSSÃO

O presente relato de caso ilustra como o correto diagnóstico do sorriso gengival pode implicar no tipo de tratamento e técnicas cirúrgicas indicadas para resolução do caso. Apesar da não confecção das facetas em resina composta para fechamento dos diastemas, os resultados dos procedimentos supramencionados durante o controle pós-operatório de 6 meses pareceram estáveis e com desfechos satisfatórios para a paciente.

De acordo com Pires et al. (2010)⁹ e Brilhante et al. (2014)¹⁰ as corretas opções terapêuticas estão diretamente dependentes da etiologia, e a decisão clínica de tratamento deve ser individualizada caso a caso, levando em consideração fatores sistêmicos e socioeconômicos do paciente. Dentre as etiologias os autores supracitados destacam: erupção passiva alterada, hiperatividade do lábio superior, lábio curto, e crescimento vertical maxilar. Embora todas as etiologias apresentadas possam ter a gengivectomia e gengivoplastia como tratamento complementar, a real indicação da técnica de plastia gengival deve ser em casos que o principal fator etiológico for a erupção passiva alterada.

De acordo com a literatura¹¹⁻¹⁵ o diagnóstico preciso é a base para estabelecer o plano de tratamento a ser realizado. Neste caso clínico, o diagnóstico foi de coroas clínicas curtas por erupção passiva alterada, justificando a realização do procedimento. A altura da coroa clínica deve ser medida pela distância mais apical da concavidade gengival marginal até à borda incisal ou superfície oclusal do elemento dentário, e através da sondagem periodontal ou também do uso de tomografias computadorizadas e guias cirúrgicos¹⁶⁻¹⁸.

As alterações cromáticas de dentes vitais na prática clínica diária são resultado de processos químicos, físicos e ambientais como tabagismo, uso de antimicrobianos, traumatismo, e dieta rica em corantes. Dependendo do grau de escurecimento e da vitalidade pulpar, diversas técnicas de tratamento quando corretamente executadas, possibilitam resultados estéticos satisfatórios. Em casos como o apresentado, cujo escurecimento dentário é mínimo e os dentes

possuem vitalidade, o clareamento torna-se uma alternativa conservadora, imediata e viável¹¹⁻³

O emprego da técnica associada teve o objetivo de maximizar os resultados atendendo assim a exigência estética da paciente. Apesar de bem documentada na literatura^{1-3,19,20} e ter uma simplicidade de uso, a aplicação do peróxido de hidrogênio a 35% nas sessões de consultório deve ser exercida com cautela, para não exagerar na quantidade de gel clareador. Dentre os diferenciais no caso apresentado utilizou-se o gel clareador com seringa de automistura, cujas principais vantagens são a facilidade de manipulação e o controle da quantidade do material aplicado.

Além disso, de acordo com normas do fabricante o gel pode ser usado em única aplicação, o que é possível pois o pH se mantém alcalino e estável durante toda a sessão. Isso também gera menores índices de sensibilidade facilitando o seu uso e diminuindo os riscos de extravasamento do material devido às diversas aplicações. Ainda, foi observado que a adição de cálcio na composição dos géis clareadores tornou-se uma alternativa para reduzir os efeitos promovidos pelo peróxido de hidrogênio durante as sessões de clareamento em consultório e caseiro¹⁻³. De acordo com Torres et al. (2019)²¹ a adição de flúor e/ou cálcio aos géis clareadores tem o objetivo de aumentar a saturação do gel através da liberação dos íons flúor e/ou cálcio durante a reação, reduzindo assim as perdas minerais, as quais causam hipersensibilidade dentinária.

O presente estudo corrobora com os resultados de Torres et al. (2019)²¹ e Roderjan et al. (2015)²² que avaliaram o efeito clareador e os efeitos colaterais em dentes humanos submetidos a diferentes técnicas e materiais de clareamento. Roderjan et al. (2015)²² utilizaram dois tipos diferentes de géis, ambos à base de peróxido de hidrogênio, porém um contendo cálcio e o outro isento. De acordo com os autores, não foram observadas diferenças estatísticas significantes entre os métodos de aplicação dos diferentes géis. Ao analisarem e compararem os efeitos das diferentes composições, foram observadas diferenças estatísticas significantes entre os grupos com os diferentes produtos, e efeitos colaterais como sensibilidade dentinária. Roderjan et al. (2015)²² observaram ainda, que o gel contendo 2% de

gluconato de cálcio, pode ter desempenhado um papel importante na menor sensibilidade dentária. Segundo os autores, o gluconato de cálcio dissolvido seria capaz de diminuir a permeabilidade da dentina e bloquear os defeitos da superfície do esmalte, semelhante ao que se acredita ocorrer clinicamente.

CONCLUSÃO

Ao lidar com casos que requerem equilíbrio na estética dentária, devemos levar em consideração conceitos fundamentais tanto da estética rosa quanto da estética branca, como o contorno gengival e a cor dos dentes, os quais trarão uma naturalidade do sorriso. Em casos como o apresentado neste artigo, um resultado satisfatório e estético somente poderá ser conseguido com uma abordagem multidisciplinar e com um planejamento individualizado. Este caso clínico mostra que um sorriso gengival proveniente de uma erupção passiva alterada obteve bom resultado periodontal e coronal após o tratamento cirúrgico seguido de clareamento dental, culminando com o sucesso clínico e satisfação da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Pimentel OR, Baia JCP, Ribeiro MES, Junior MHDSES, Loretto SC. Influence of time intervals between bleaching procedures on enamel microhardness and surface roughness. *Open Dent J.* 2018; 13(12):555-9.
2. Ribeiro MES, Santos HSB, Baia JCP, Oliveira RP, Souza-Júnior MHS, Loretto SC. Influence of prolonged tooth bleaching on enamel mass variation. *Int J Odontostomat.* 2019; 13(3):305-9.
3. Berger SB, Soares LES, Martin AA, Ambrosano GMB, Tabchoury MG. Effects of various hydrogen peroxide bleaching concentrations and number of applications on enamel. *Braz J Oral Sci.* 2014; 13(1):22-7.
4. Fonseca RRS, Menezes SAF, Albuquerque FR, Rodrigues TMS, Pereira Neto ARL. Peeling gengival e a estética periodontal: relato de caso. *RDAP0: Revista Digital da Academia Paraense de Odontologia.* 2017;1(1):24-8.

5. Patel RM, Baker P. Functional crown lengthening surgery in the aesthetic zone; periodontic and prosthodontic considerations. *Dent Update*. 2015; 42(1):36-8, 41-2.
6. Nethravathy R, Vinoth SK, Thomas AV. Three different surgical techniques of crown lengthening: A comparative study. *J Pharm Bioallied Sci*. 2013; 5(Suppl 1):S14-16.
7. RAVON NA, Handelsman M, Levine D. Multidisciplinary care: periodontal aspects to treatment planning the anterior esthetic zone. *J Calif Dent Assoc*. 2008; 36(8):575-84.
8. Pires CV, Souza CGLG, Menezes SAF. Procedimentos plasticos periodontais em paciente com sorriso gengival – relato de caso. *Rev Periodont*. 2010; 20(1):48-53.
9. Brilhante FV, Araújo RJG, Mattos JL, Damasceno JM, Frota LV, Pinto RAPC. Cirurgia periodontal estetica em dentes anteriores. *Full Dent Sci*. 2014; 6(21):39-44.
10. Carvalho PFM, Silva RC, Joly JC. Aumento de coroa clinica estético sem retalho: uma nova alternativa terapêutica. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2010; 1(1):23-6.
11. Suzuki L, Machado AW, Bittencourt MAV. Avaliação da influência da quantidade de exposição gengival na estética do sorriso. *Dent Press J Orthod*. 2011; 16(5):1-10.
12. Dutra MB. Influência da exposição gengival na estética do sorriso. *Dent Press J Orthod*. 2011; 16(5):108-11.
13. Moraes A, Esteves CM, Dias RO, Rodrigues JA, Reis AF, Duarte PM. Cirurgia plástica periodontal para otimização de resultados estéticos na região anterior. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2010; 64(2):104-11.
14. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontol*. 2000; 11:18-28.
15. Silva WO, Almeida RF, Leal L, Carvalho Junior EU. Recontorno estético multidisciplinar com cirurgia plástica gengival e laminados cerâmicos de dissilicato de lítio: passo a passo. *Rev Dental Press Estet*. 2015; 12(4):101-18.
16. Pedro NIG; Silva LPN; Moretto LEM; Lima TCF; Ribeiro MA. Cirurgia gengival no tratamento da desarmonia do sorriso. *Rev Odontol Bras Central*, 2010; 18(48): 87-91.
17. Suzuki PH; Vasconcelos AML; Oliveira ACG; Neves ANP; Raslan S. Valorizando o sorriso gengival: relato de caso. *Revista Impeo Odontol*. 2008; 2(2):41-5.
18. Gibson MP, Tatakis DN. Treatment of gummy smile of multifactorial etiology: a case report. *Clin Adv Periodont*. 2017; 7(4):167-73.
19. Zarone F; Leone R; Ferrari M; Sorrentini R. Treatment concept for a patient with a high smile line and gingival pigmentation: a case report. *Int J Periodont & Rest Dent*. 2017; 37(2):142-8.
20. Pini NIP, Khoury EMDA, Pascotto RC. Tratamento interdisciplinar para reabilitação estética do sorriso. *Rev Dental Press Estet*. 2010; 7:40-50.
21. Torres C, Zanatta RF, Silva TJ, Borges AB. Effect of calcium and fluoride addition to hydrogen peroxide bleaching gel on tooth diffusion, color, and microhardness. *Oper Dent*. 2019; 44(4):424-32.
22. Roderjan DA, Stanislawczuk R, Hebling J, Costa CA, Reis A, Loguercio AD. Response of human pulps to different in-office bleaching techniques: preliminary findings. *Braz Dent J*. 2015; 26(3):242-8.

LISTA DE FIGURAS E LEGENDAS



Figura 1. Foto inicial demonstrando exostoses vestibulares, coroas clínicas curtas e amareladas.



Figura 2. Demarcações cirúrgicas pré-operatórias, do dente 15 ao 25.



Figura 3. Demonstração da distância entre a crista óssea alveolar e a junção cimento-esmalte.

Figura 4. Colarinho gengival removido e exposição das coroas clínicas.



Figura 5. Levante do retalho e osteotomia.



Figura 6. Sutura com fio de nylon 6.0 - colchoeiro vertical.



Figura 7. Remoção da sutura aos 7 dias do pós-operatório.



Figura 8. Preparação para o clareamento em consultório com barreira gengival fotopolimerizada.



Figura 9. Aplicação do gel clareador e sua manutenção na superfície vestibular dos dentes.



Figura 10. Foto final após a conclusão do tratamento clareador.