
AVALIAÇÃO CRÍTICA DO SORRISO

CRITICAL EVALUATION OF SMILE

Paulo Fonseca MENEZES FILHO*
Carlos Henrique Oliveira BARROS**
José Augusto Alves de NORONHA**
Paulo Correia de MELO JÚNIOR**
Randerson Menezes CARDOSO**

RESUMO

Os autores fazem uma breve revisão da literatura sobre as principais alterações que comprometem a estética do sorriso propondo uma avaliação crítica do sorriso, pois o correto diagnóstico dos problemas estéticos é de suma importância para que os profissionais tenham conhecimento dos fatores etiológicos que comprometem um sorriso, e possam desta maneira traçar o melhor plano de tratamento a ser realizado diante das necessidades específicas de cada paciente em especial, levando em consideração aspectos relevantes relacionados a estética bucal, gengival e facial de acordo com os padrões de beleza pré-estabelecidos pela sociedade. Temos certeza que os aspectos aqui abordados irão servir de ponto de partida para estimular a curiosidade científica de cada um, contribuindo para o estabelecimento de um olhar crítico do sorriso.

ABSTRACT

The authors make one brief revision of literature on the main alterations that compromise the esthetic of the smile proposing a critical evaluation of the smile, therefore the correct diagnosis of the aesthetics problems is of abridgment importance to that the professionals have knowledge of the etiological factors that compromise a smile, and can in this way to trace the best plan of treatment to be carried through ahead of the specific necessities of each patient in special, taking in consideration important aspects related to the esthetic buccal, gingival and facial in accordance with the standards of beauty realized by the society. We are certain that the here boarded aspects will go to serve of starting point to stimulate the scientific curiosity of each one, contributing for the establishment of a critical look of the smile.

Key-Words:

smile, dental esthetics, gold proportion.

INTRODUÇÃO

A Preocupação com a Estética bucal não é recente, através da História tem-se relatos com relação a este assunto há mais de um milênio. A aparência do sorriso tem grande impacto na vida dos indivíduos, afetando desde o convívio social até mesmo nas relações profissionais. Vários fatores devem ser considerados quando analisamos criticamente um sorriso, dentre estes podemos destacar: a idade do paciente, anomalias de tamanho e forma, formato do rosto, lábios, cor e presença de espaços anteriores^{14,24}.

Correspondência para: Paulo Fonseca Menezes Filho
Endereço: Rua Salvador de Sá, 502 Apto.303
Rosarinho
Recife - PE Cep: 52041-300 F. 32414841
Email: paulofmf@globocom

* Professor Adjunto Doutor da UFPE, Professor dos Cursos de Especialização em Dentística da UFPE e HGER-Recife, Mestre e Doutor em Dentística pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.

** Aluno de Graduação da UFPE

Os conceitos atuais de estética estão voltados para o equilíbrio entre beleza e harmonia sendo muitas vezes subjetivos, variando de acordo com os indivíduos, culturas, etnias, localidades, etc... Normas básicas e considerações específicas devem ser destacadas ao tratarmos pacientes que apresentem necessidades e características particulares, esses fatores devem ser relacionados ao dente a ser restaurado, aos dentes vizinhos e também a fatores genéticos^{2,14}.

Mas compreender as expectativas relativas ao que é beleza para o paciente torna-se muito difícil para o Cirurgião-dentista, pois a percepção estética é permeada por emoções e valores culturais¹⁵. Portanto, torna-se imprescindível que certos aspectos objetivos sejam observados ao analisarmos um sorriso criticamente, aspectos estes que devem seguir determinados padrões de acordo com normas pré-estabelecidas, bem como atender as necessidades particulares de cada paciente. Tendo isso em vista, o presente trabalho tem o objetivo de estabelecer critérios objetivos para auxiliar o cirurgião-dentista na avaliação crítica do sorriso, através do conhecimento dos principais problemas relacionados a estética bucal e facial.

REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÃO

É necessário que nós estabeleçamos certos conceitos relacionados aos principais problemas relacionados a estética bucal e facial, para diante disso fazermos uma abordagem bastante clara e objetiva sobre os tópicos que se seguem, procurando definir padrões estéticos relacionados aos dentes e sua relação com as estruturas adjacentes, gengiva e lábios, bem como com a face. A Odontologia estética requer bastante atenção na hora de identificarmos problemas que estejam causando desconforto aos nossos pacientes, portanto é necessário que cada caso seja tratado individualmente, respeitando-se as limitações do mesmo e as necessidades de cada um. Para um diagnóstico adequado, o correto preenchimento de uma ficha clínica é fundamental, portanto descreveremos os aspectos relacionados ao sorriso, e sua importância no Diagnóstico e Planejamento restaurador estético.

ALTERAÇÕES DE COR

A descoloração de um dente anterior isolado, ou de um grupo de dentes, interfere negativamente na harmonia estética do sorriso podendo prejudicar o desenvolvimento psico-social do indivíduo, causando-lhe desconforto, introspecção, interferindo no seu convívio social e até mesmo profissional. Desta forma, o escurecimento dental além de ser considerada a anomalia estética mais rápida e imediatamente percebida, compromete o equilíbrio estético da face^{3,8}.

A discromia de um o mais dente pode estar associada: a fatores fisiológicos, como o desgaste e o decréscimo de esmalte causado pela idade e uso contínuo de materiais de higiene bucal muito abrasivos

e a escovação inadequada; a fatores de ordem sistêmica como a ingestão de certos medicamentos a base de tetraciclina e alguns derivados semi-sintéticos (minociclina), excesso de ingestão de flúor durante a fase do desenvolvimento do esmalte, deficiência nutricional (vitamina C, D e fósforo), doenças exantomáticas (sarampo, varicela, escarlatina), hipocalcemia, febre reumática, eritroblastose fetal e porfiria congênita, dieta (café, chá preto, tabaco, vinhos tintos, bebidas a base de cola e alimentos intensamente coloridos)^{3,8}. Nos casos de dentes tratados endodonticamente pode estar associado a fatores de origem endodôntica, como a decomposição pulpar, hemorragia por trauma ou biopulpectomia, acúmulo de sangue e/ou de material obturador na câmara pulpar, bem como o emprego de certos medicamentos (iodofórmio) ou outras substâncias que têm o potencial de causar o escurecimento dentário no tratamento endodôntico como óleos e nitratos^{1,4,8,10,18}.

DENTES FRATURADOS

O traumatismo dentário tem um efeito desfavorável na função e na estética, afetando a auto-estima e comportamento pessoal do indivíduo. Os dentes mais envolvidos nos traumas são os superiores, em 82% dos casos, com seguinte proporção: 64% incisivos centrais, 15% incisivos laterais e 3% caninos. A gravidade destas lesões esta ligada a fatores como a etiologia do trauma, a força, direção do impacto e a resistência do elemento dental e do periodonto^{2,12}.

A restauração adequada dos dentes anteriores fraturados tem sido uma preocupação constante para os clínicos. Entretanto hoje já se adota medidas preventivas, como o uso de protetores bucais individualizados, que evitam que esses dentes venham a fraturar³. Dependendo do tipo de trauma podemos empregar duas técnicas restauradoras: 1- colagem do fragmento dental (autógeno ou heterógeno); 2 - restauração diretas e indiretas. Para tanto o profissional deverá buscar algumas informações fundamentais para fazer a melhor seleção da técnica a ser empregada; assim sendo, deverá analisar clínica e radiograficamente se a fratura envolveu somente esmalte ou esmalte e dentina, se houve invasão ou não do espaço biológico, se houve ou não fratura radicular e se houve a exposição ou não pular juntamente com a necessidade ou não de tratamento endodôntico, além da viabilidade de colar o fragmento, quando este está presente^{2,12,19}.

ALTERAÇÕES DE NÚMERO

As variações no número de dentes em desenvolvimento são comuns na dentição permanente. Vários são os termos empregados nas variações numéricas dos dentes¹⁷. Anodontia refere-se à ausência total de desenvolvimento de dentes; a hipodontia é a falta de desenvolvimento de um ou mais dentes e a oligodontia (subdivisão da hipodontia) indica a falta de desenvolvimento de seis ou mais dentes. A anodontia é

rara, e a maioria dos casos ocorre na presença da displasia ectodérmica hereditária, que é um distúrbio que mostra um padrão de hereditariedade ligado ao cromossomo X, por isso percebe-se uma predominância masculina. A hipodontia não é rara na dentição permanente, com terceiros molares sendo os mais comumente afetados, seguindo pelos segundo pré-molares e incisivos laterais. A hipodontia esta relacionada com a microdontia e ocorre mais no sexo feminino ¹⁷. A ausência bilateral é marcante, e sugere pelo menos um fator genético, com uma tendência familiar para esse defeito, que é transmitida mais freqüentemente de modo autossômico dominante, com penetrância incompleta e expressividade variável, podendo ainda ser observada nos casos de problemas sistêmicos como raquitismo e sífilis.

A hiperdontia de um único dente ocorre mais freqüentemente na dentição permanente, sendo aproximadamente 90% presente na maxila, com forte predileção pela região anterior, na região dos incisivos. A hiperdontia com múltiplos dentes ocorre mais freqüentemente na mandíbula, na região dos pré-molares ¹⁷.

ALTERAÇÕES DE FORMA

A microdontia é uma alteração de desenvolvimento em relação ao tamanho dos dentes. A presença de dentes pequenos é denominada microdontia e essa característica, altamente variável entre as diferentes raças, tem como fator principal a hereditariamente, embora as influencias genéticas e ambientais afetem o tamanho dos dentes. Essa alteração parece ser autossômica dominante com penetração incompleta. Está associada a hipodontia e com prevalência no sexo feminino ¹⁷. O termo microdontia só deve ser aplicado quando os dentes são fisicamente menores que o normal; pois dentes de tamanho normal podem aparecer em ossos gnáticos maiores que o normal. Esta aparência historicamente tem sido denominada microdontia relativa. A verdadeira microdontia difusa é incomum, porém pode ocorrer na síndrome de Down, no nanismo pituitário e em associações raras que exibem anormalidades múltiplas da dentição ¹⁷.

Segundo Shafer et al.²³ (1987), a microdontia isolada numa dentição normal não é incomum. Uma das formas mais comum de microdontia isolada é a que afeta o incisivo lateral superior, condição que tem sido denominada de “lateral conóide”

A existência de dentes maiores do que a média chama-se macrodontia, sendo uma alteração de desenvolvimento em relação ao tamanho dos dentes. Tem como causa fatores hereditários e ambientais ¹⁷. Devemos tomar cuidado para não confundi-la com os casos de alterações de desenvolvimento em relação à forma dos dentes, como no caso da fusão ou geminação ^{17,23}. A macrodontia generalizada verdadeira é uma condição rara em que todos os dentes são maiores do que o normal, foi observado em alguns casos de gigantismo pituitário e hiperplasia pineal com

hiperinsulinismo. A macrodontia de um único dente é incomum e sua etiologia é desconhecida. O dente pode apresentar-se normal em todos os sentidos menos no tamanho. Um tipo de macrodontia localizada é o tipo observada na hipertrofia hemifacial, na qual os dentes do lado envolvido podem ser consideravelmente maiores do que os do lado não afetado ^{17,23}.

ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS

A amelogênese imperfeita é uma alteração de desenvolvimento nas estruturas do esmalte. Há pelo menos 14 diferentes subtipos hereditários de amelogênese imperfeita, com vários padrões de herança e uma ampla variedade de manifestações clínicas. A formação do esmalte é um processo de múltiplas etapas, e problemas podem aparecer em qualquer uma delas. Em geral, o desenvolvimento do esmalte pode ser dividido em três estágios principais: elaboração da matriz orgânica, mineralização da matriz e manutenção do esmalte. Assim os defeitos hereditários de formação do esmalte também são divididos, ao longo dessas linhas, em hipoplásico, hipocalcificado e hipomaturado ^{17,23}.

A amelogênese pode se manifestar clinicamente de varias formas, nas alterações hipoplásicas o esmalte é delgado, brilhante, liso e duro, apresentando depressões em forma de pontos ou linhas espalhados na superfície dental podendo apresentar-se pigmentadas ou nao. Observa-se ainda coroas em forma de preparo, pontos de contato abertos e ausência total de esmalte (agenesia de esmalte). As alterações hipomaturadas e hipocalcificada apresentam-se de forma semelhante: um esmalte pigmentado branco-marrom-amarelada e mole que tende a soltar da dentina ^{17,23,26}.

DIASTEMAS

Para alguns, um diastema anterior é aceitável, enquanto outros tentam escondê-lo com hábitos com interposição de lábio ou de língua ⁷. Mais que fechar um espaço, o tratamento de diastema contribui para a melhoria da função dental e aparência do paciente, causando um impacto pessoal e social positivo ²⁰. Vários fatores contribuem para o aparecimento do diastema como fatores hereditários, onde encontram-se dentes ausentes congenitamente, discrepâncias de tamanho entre dente/maxilar, dentes supranumerários e inserções de freio. Embora os fatores hereditários tenham papel relevante na etiologia dos diastemas, não há nada que se possa fazer para preveni-los ⁸.

A dimensão média da largura da coroa do incisivo superior, específica ao sexo, é maior nos homens que nas mulheres; quanto à raça, maior nos negros em relação aos brancos ¹⁴. Segundo Frush e Ficher ⁶ (1955), dentes mais largos e retangulares transmitem sensação de força e masculinidade, enquanto dentes estreitos e arredondados, sensação de delicadeza e feminilidade.

Foi da procura incessante dos arquitetos e escritores gregos no descobrimento de fórmulas matemáticas para controlar a precisão da morfologia de objetos ou edificações que eram consideradas bonitas que resultou e pontificou a proporção áurea, também chamada divina ou “mágica” – uma fórmula matemática para definir a harmonia nas proporções de qualquer figura, escultura, estrutura ou monumento. Portanto, o método matemático além de exibir a magia do número 1,618, demonstra sua eficiência e simplicidade em se conseguir uma boa proporção para qualquer figura na qual se deseja conseguir o ponto de equilíbrio estético para elementos ou partes desiguais. Em termos numéricos, ao se observar uma pessoa sorrir, esse sorriso apresenta-se agradável e harmônico, quando a partir da linha média em direção ao canino o tamanho aparente do incisivo lateral é aproximadamente 62% menor que o central e o canino 62% menor que o lateral. Matematicamente, a proporção áurea está presente quando existe uma relação de 1,618 para o incisivo central, de 1,0 para o incisivo lateral e de 0,618 para o canino ¹⁴.

COMPONENTES GENGIVAIS

Do ponto de vista estético, as características da morfologia e da localização dentária são determinadas diretamente pelo *design* das estruturas periodontais e periorais associadas. Na concepção estética abrangente do processo restaurador, não resta outra alternativa a não ser compreender a natureza e as particularidades destas estruturas, já que elas representam a única referência disponível que indica o padrão morfológico original e a natureza da disposição dos dentes ²².

A gengiva é dividida em gengiva livre e gengiva inserida. Da gengiva livre nós podemos distinguir a gengiva marginal, que circunda os dentes no lado vestibular e lingual com uma largura média de 0,5 a 2 mm, e a papila ou gengiva interdental. A gengiva livre descreve um curso ondulado ao redor das quatro superfícies do dente, com sua margem nas superfícies interproximais constituindo a parte mais incisal da gengiva. A gengiva inserida se estende a partir da base da gengiva marginal até a junção muco-gengival, sua largura varia de um indivíduo para outro e de um local específico para outro. Ela é geralmente ampla nos incisivos superiores e inferiores e vai diminuindo em largura na direção dos caninos e pré-molares ²².

Dependendo das características anatômicas individuais e de acordo com a linha labial, os tecidos gengivais podem ser expostos durante o sorriso, a gargalhada e mesmo durante a fala normal. A avaliação da cor normal da gengiva e do seu contorno não está limitada aos profissionais, mas pode ser apreciada pelos leigos durante os contatos sociais diários, e estas características determinam a presença ou não de uma gengiva saudável ²¹.

TIPOS DE LÁBIOS

Observando o sorriso é possível distinguir vários tipos de lábio. A anatomia do sorriso e a individualidade da configuração do lábio na avaliação estética variam enormemente de indivíduo para indivíduo. Verticalmente fez-se distinção entre lábios grossos, médios e finos; horizontalmente distinguiu-se em largos, médios e estreitos. Com relação ao comprimento, tamanho ou dimensão, podemos classificá-los em longos, médios ou curtos. Em pessoas com dentição natural deve-se determinar as diferenças atribuídas tanto a idade quanto ao sexo, estabelecendo-se a largura e o comprimento, em milímetros, das porções visíveis do dente, em função da espessura, largura e dimensões dos lábios. A espessura do lábio é provavelmente a característica mais importante a ser considerada durante a avaliação estética dos tecidos peribucais ¹⁴.

A definição simplista do desenho anatômico da boca como grande ou pequena, grossa ou fina não expressa nenhuma indicação de valor, e considerando-se todas as coisas, apenas o desenho característico de sua normalidade constitui um ideal estético e um padrão morfopsicológico equilibrado ²¹. O tipo de lábio, sua relação com os elementos dentários irão determinar o sorriso, e um sorriso agradável por sua vez amplia a beleza fazendo parte das qualidades e virtudes da personalidade humana ¹⁴.

LINHA DO SORRISO

A linha do sorriso pode ser definida como a linha curva imaginária que acompanha o trajeto das bordas dos quatro dentes ântero-superiores e das pontas das cúspides dos caninos superiores e que deve coincidir ou correr paralelamente com a curvatura da borda interna do lábio inferior, esta é um dos fatores mais importantes para a obtenção de um sorriso agradável. A altura ideal da linha do lábio superior é aquela em que a borda do lábio se situa ao nível da área gengival dos incisivos centrais superiores, sendo este um fator importante para compor um sorriso atraente. De acordo com as linhas do sorriso este pode ser classificado em alto, médio e baixo, encontrados nas seguintes proporções: 10,57%, 68,94% e 20,48% respectivamente. As mulheres apresentam uma percentagem maior de sorriso alto e médio, enquanto os homens apresentam uma percentagem maior de sorriso baixo ¹⁴. Algumas observações demonstram que o grau de curvatura da linha incisal é mais pronunciado nas mulheres que nos homens, e uma linha incisal reversa ou uma postura anormal do lábio inferior afetam profundamente o grau de atração de um sorriso ²¹.

COMPONENTES FACIAIS

Um método prático para a localização da linha facial mediana refere-se a dois pontos anatômicos. O primeiro é um ponto entre as sobrancelhas conhecido como násio. O segundo é a base do sulco nasolabial, também chamado de arco do Cupido, no centro do

lábio superior. Uma linha traçada entre estes pontos de referência não apenas localiza a posição da linha facial mediana como também determina a sua direção ¹¹.

Os desvios da linha média dentária podem ocorrer devido a diastemas localizados ou múltiplos, rotações dentárias, ausência de dentes, alterações de inclinação e angulação dentária, coroas ou restaurações que alteram o tamanho dentário, discrepâncias congênitas nos tamanhos dentários entre dentes homólogos, desvios mandibulares funcionais ou esqueléticos, supranumerários, alterações patológicas ¹⁴.

Com exceção de alguns casos típicos, as formas em geral dos dentes se misturam com o formato do rosto. Pode-se estabelecer, como regra geral, que os dentes do tipo quadrado apresentam-se com faces proximais paralelas; os triangulares com as faces laterais francamente convergentes; e os ovóides com as duas faces arredondadas, especialmente a distal, apresentando respectivamente rostos quadrados, triangulares e ovóides ²⁵.

Segundo Graber ⁹ (1972), os indivíduos que possuem face longa e estreita e arcadas dentárias relativamente estreitas são classificados como dolicocefálicos. Os braquicefálicos possuem face curta e larga, com as arcadas dentárias também largas e arredondadas. Os mesocefálicos situam-se entre os dois anteriores, com formato parabólico das arcadas. A análise facial deve ser usada para identificar traços faciais positivos e negativos e, havendo necessidade de tratamento, estabelecer como deverá ser feita a correção através de procedimento restaurador adesivo e/ou abordagem multidisciplinar, a fim de se conseguir o equilíbrio estético da face ¹⁴.

CONCLUSÃO

É fundamental o conhecimento dos problemas estéticos do sorriso para que possamos fazer um correto diagnóstico. Diante das necessidades específicas de cada paciente, e levando em consideração aspectos relevantes relacionados a estética bucal, gengival e facial, com os padrões de beleza pré-estabelecidos pela sociedade, temos certeza que os aspectos aqui abordados irão servir de ponto de partida para estimular a curiosidade científica de cada um, contribuindo para o estabelecimento de um olhar crítico do sorriso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AUN, C. E.; MOURA, A. A. M. Clareamento dental. In: PAIVA, J. G.; ANTONIAZZI, J. H. Endodontia: bases para a prática clínica. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1993. p. 759-777.
2. BARATIERI LN, ANDRADE MAC, MONTEIRO JÚNIOR S, CARDOSO AC, POLIDORO JS, ANDRADA RC, SOUSA CN, BRANDEBURGO PC, LINS JRS, ANDRADE CA. Dentística:

Procedimentos preventivos e restauradores. 2º ed. São Paulo: Santos;1995.

3. BARATIERI, L. N.; MONTEIRO JUNIOR, S.; ANDRADA, M. A. C.; VIEIRA, L. C. C.; RITTER, A. V.; CARDOSO, A. C. Odontologia Restauradora: fundamentos e princípios. 1. ed. Vila Mariana: Santos;2002.
4. BERGER, C. R. Clareamento de dentes despulpados com alteração de cor. Odontólogo Moderno, v.8, n.8, p. 12-21, jul., 1981.
5. BRUSCO EHC, ZEMBRUSKI C, FERREIRA SLM.Considerações sobre as anodontias e as oligodontias. RFO Passo Fundo 2000;5(2):7-12.
6. FRUSH, J. P.; FISCHER, R. D. Introduction to dentogenic restorations. J. Prosthet. Dent., v. 5, n. 5, p586-95, sept. 1955.
7. GOLDSTEIN, R. E. Change your smile. 3. ed. Chicago: Quintessence, 1997
8. GOLDSTEIN, R. E. A estética em odontologia. 2. ed. São Paulo: Ed: Santos, 2004
9. GRABER, T. M. Orthodontics: principles and practice. 3. ed. Philadelphia: ed: Saunders, 1972.
10. INGLE, J. I.; BAKLAND, L. K. Discoloration and bleaching. In: INGLE, J. I.; BAKLAND, L. K. Endodontics. 4. ed. USA: Williams & Wilkins, 1994. p. 868-875.
11. JEFF MORLEY, JIMMY EUBANK. Elementos macroestéticos da análise do sorriso. The Journal of the American Dental Association, Brasil, v. 4, Jan./Fev. 2001.
12. MAZUR RF, OERTLI DCB, KINA JF, CÂNDIDO MSM, SAAD JRC, VIEIRA S. Tratamento Restaurador de Fratura Coronária em Dente Anterior pela Técnica de Colagem de Fragmento. J Brás Clin Odontol Int 2002; 6(33):189-193.
- 13..MENDES, W. B.; BONFANTE, G. Fundamentos de estética em odontologia. São Paulo: Quintessence, 1994
14. MONDELLI, J. et al. Estética e Cosmética em Clínica Integrada restauradora. São Paulo: Quintessence Editora; 2003.
15. MURRELL, G. A. Esthetics and edentulous patients. J Am Dent Assoc. V. 117, n. 4, p. 57E-63E, sep. 1988.

15. NAUFEL, F. S.; SCHMITT, V. L.; CHAVES, L. P. Recuperação estética do sorriso através de clareamento Interno e Externo, Faceta Laminada e Coroa Total. Revista Ibero-americana de Odontologia Estética & Dentística. V.3, n.10, p. 181-193, abr./jun.,2004.
16. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. Patologia Oral & Maxilofacial.Rio de Janeiro:Guanabara;1998.
17. NUTTING, E. B., POE, G. S. A new combination for bleaching teeth. Journal of the Southern California Dental Association, v. 31, n. 9, p. 289-291, set., 1963.
18. OLIVEIRA LD, GOMES APM, GONÇALVES SEP, VALERA MC. Tratamento Endodôntico e Estético de um Incisivo Central Superior com Fratura Corono-radicular Complexa. J Brás Clin Odontol Int 2003; 7(37) 20-23.
19. PFEIFER, J. M. G. A. NASCIMENTO, F.; SOARES, C. J.; OLIVEIRA, L. C. A. ABDALLA, M. C. Conceitos de estética envolvidos no fechamento de diastemas e reanatomização de dentes anteriores com resina composta. Revista Ibero-americana de Odontologia Estética & Dentística, v. 3, n. 10, 122-31, 2004.
20. Rufenacht, C.R. Fundamentos de estética. São Paulo: Quintessence, 1998.
21. Rufenacht, C.R. Princípios da integração estética. São Paulo: Quintessence, 2003.
22. SHAFER WG, HINE MK, LEVY BM. Tratado de Patologia Bucal. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara;1987.
23. TEIXEIRA, M. C. B. et al. Transformação estética de dentes conóides:relato de caso. JBP – j bras. Odontopediatr Odontol Bebê, v. 6, n. 31, p. 230-233, 2003.
24. TURANO, J. C.; TURANO, L. M. Fundamentos de prótese total. Vila Mariana: Santos, 2004.
25. WATANEBE AS, SIQUEIRA FM, GOMES APC, SENA RC, ALBUQUERQUE RC. Restauração de dilaceração coronária e hipoplasia do esmalte. J Brás Clin Odontol Int 2003;7(38):126-130.
26. YAMAOKA, M.; FURUSAWA, K.; YASUDA, K.; Effects of maxillary anterior supernumerary impacted teeth on diastema [letter]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 1995; 80:252.
27. YAMAOKA, M.; FURUSAWA, K.; YASUDA, K.; Effects of maxillary anterior supernumerary impacted teeth on diastema [letter]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 1995; 80:252.