

MÉTODO CONSERVADOR PELA TÉCNICA DO CLAREAMENTO DENTAL ASSOCIADA A MICROABRASÃO PARA FLUOROSE DENTÁRIA: RELATO DE CASO

Cássia Alves dos Santos¹

Luana Caroline Oliveira Barreiros²

Talita Barros Dantas Santana³

Janaina Emanuela Damasceno dos Santos⁴

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, a busca pela estética está cada vez mais frequente e com isso, cada vez mais os pacientes almejam reabilitar o sorriso, principalmente, em relação: à coloração, forma e alinhamento dos dentes, o sorriso então torna-se importante na qualidade de vida do paciente e é um fator estético que ocupa um lugar de grande relevância na odontologia moderna. A fluorose é uma das patologias que afeta a cor dos dentes e se dá pela ingestão de flúor em altas concentrações quando o esmalte ainda está em formação. São estrias brancas e opacas que surgem no esmalte dentário, podendo variar o seu grau de severidade. A microabrasão e o clareamento dental são procedimentos minimamente invasivos que apresentam resultados imediatos, com tempo de tratamento relativamente curto, de fácil execução, baixo custo e eficaz. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo relatar e discutir os resultados estéticos obtidos por meio do clareamento dental associado à microabrasão em dentes afetados pela fluorose dentária. **Relato de caso:** Paciente do gênero masculino, 32 anos de idade, procurou atendimento odontológico queixando-se do aspecto estético do seu sorriso, devido à presença de manchas brancas em seus dentes anteriores. Com base na anamnese e exame clínico, foi possível obter o diagnóstico de fluorose dentária leve. Sendo assim, foi estabelecido como plano de tratamento minimamente invasivo o clareamento dental e a microabrasão. Através deste relato de caso pode-se observar que a utilização das técnicas foi capaz de ajudar na remoção das manchas, contribuindo para uma melhor estética e trazendo ao paciente um bem-estar psicossocial. **Palavras-chave:** Fluorose dental; microabrasão; clareamento dental; estética dentária.

CONSERVATIVE METHOD THROUGH THE DENTAL BLEACHING TECHNIQUE ASSOCIATED WITH MICROABRASION FOR DENTAL FLUOROSE: CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the search for aesthetics is increasingly frequent and as a result, more and more patients aim to rehabilitate their smile, mainly in relation to: the color, shape and alignment of the teeth, the smile then becomes important in the quality of the patient's life is an aesthetic factor that occupies a very important place in modern dentistry. Fluorosis is one of the pathologies that affect the color of teeth and is caused by the ingestion of fluoride in high concentrations when the enamel is still forming. These are white, opaque streaks that occasionally appear on the enamel, and may vary in severity. Microabrasion and tooth whitening are minimally invasive procedures that provide immediate results, with a relatively short treatment time, easy to perform, low cost and effective. **Objective:** This present work aims to report and discuss the aesthetic results obtained through tooth whitening associated with microabrasion in teeth affected by dental fluorosis. **Case report:** A 32-year-old male patient presented for dental care complaining about the aesthetic appearance of his smile, due to the presence of white spots on his front teeth. Based on the anamnesis and clinical examination, it was possible to obtain a diagnosis of mild dental fluorosis. Therefore, tooth whitening and microabrasion were foreseen as a minimally invasive treatment plan. Through this case report it can be seen that the use of techniques was able to help remove stains, contributing to better aesthetics and providing the patient with psychosocial well-being. **Keywords:** Dental fluorosis; dental microabrasion; dental whitening; esthetics dental.

¹Aluna de graduação do Curso de Odontologia, do Centro Universitário UniFTC Salvador-Ba.
E-mail: cassiaalvesdossantos90@hotmail.com

²Aluna de graduação do Curso de Odontologia, do Centro Universitário UniFTC Salvador-Ba.
E-mail: luacaroline20@gmail.com

³Aluna de graduação do Curso de Odontologia, do Centro Universitário UniFTC Salvador-Ba.
E-mail: talitadantas92@gmail.com

⁴Professora orientadora do curso de graduação, do Centro Universitário UniFTC Salvador-Ba.
E-mail: emaneula.santos3@ftc.edu.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, a fluoretação das águas públicas ocorreu em 1944 no Rio Grande do Sul, mas só em 1975 foi decretado pelo Presidente da República, com normas e padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1975), tornando-se uma das medidas mais importantes e abrangentes para saúde bucal da população. De acordo com a OMS, o Valor Máximo Permitido de fluoretos para o abastecimento das águas é de 1,5 mg/L (FUNASA, 2012). De acordo com Burt (1992), a dose que deveria ser considerada como limite máximo seria de 0,05 mg F/dia/Kg e 0,07 mg F/dia/Kg peso corporal, utilizando água e dentifrício fluoretados. Pois sabe-se que o uso excessivo (sistêmico ou tópico) traz prejuízos ao esmalte, como a fluorose dental.

A fluorose ocorre devido à prolongada ingestão de flúor em concentrações elevadas durante o período de formação dos dentes, causando alterações metabólicas nos ameloblastos (ROBINS; SCHWARTZ, 2001). O período mais crítico ocorre entre os 15 a 30 meses da criança, quando os incisivos estão entre a fase secretora e fase de maturação do esmalte (LIMA; CURY, 2001). A gravidade da fluorose varia de acordo com o tempo de exposição ao flúor, idade e grau de nutrição do indivíduo (AOBA, 2002; BUZALAF, 2013; Miranda, 2019).

Segundo Mondelli, o esmalte pode apresentar-se clinicamente com manchas esbranquiçadas, opacas, difusas, simétricas, de forma branda em um grau leve, podendo atingir níveis de alterações mais severas. O grau leve da alteração é o mais difícil de ser identificado devido a sua semelhança com manchas brancas de cárie e hipoplasias. Essa alteração pode afetar todo o dente, porém as manchas são mais frequentes nos terços incisais e pontas de cúspides. Segundo a literatura, para detectar clinicamente a fluorose é necessário um ambiente iluminado, assim como jatos de ar por cerca de 30 segundos sobre os dentes afetados, após a profilaxia.

A classificação de Dean foi proposta por Harold Dean em 1934 e é baseada na avaliação clínica visual dos dentes permanentes. O sistema classifica a fluorose dentária em seis categorias, variando de "normal" (grau 0) a "severa" (grau 5). Essa classificação leva em consideração a extensão, severidade das manchas e opacidades presentes nos dentes.

Conforme Pinto (1994), alterações do esmalte dental pode envolver aspectos estéticos e psicológicos dos pacientes. Assim, medidas de prevenção contra a fluorose, como supervisão dos pais e/ou responsáveis durante a escovação são fundamentais para qualidade de vida do indivíduo. Como forma de amenizar as manchas fluoróticas leves, existem tratamentos que removem a camada superficial (LIMEBACK *et al.*, 2006), visando a melhora estética. Nos casos em que a fluorose é diagnosticada como leve, que são as formas mais prevalentes, o

tratamento mais indicado envolve a combinação das técnicas minimamente invasivas como a microabrasão e o clareamento dental.

A técnica de clareamento dental utiliza-se peróxido de carbamida com concentrações de 10,16 e 22% ou peróxido de hidrogênio de 6% a 35%, os géis são aplicados sobre a superfície do esmalte para que a substância penetre e libere radicais livres. Atkinson em 1947 relatou que as soluções de peróxido fluem livremente através do esmalte e dentina, devido ao baixo peso molecular de 30g/mil. Desta forma, oxidam as moléculas dos pigmentos, reduzindo-as tanto em tamanho quanto em intensidade (TOLEDO et al., 2011).

Segundo Cordeiro et al (2012), a microabrasão é amplamente recomendada como a técnica principal no tratamento da fluorose dental, pois consiste na remoção superficial do esmalte através da ação de um agente erosivo e outro abrasivo. Esse procedimento resulta na exposição do esmalte dentário, proporcionando uma notável melhora na aparência estética dos dentes. Nesse sentido o mecanismo de ação da microabrasão é de forma superficial no esmalte dentário, enquanto o mecanismo de ação do clareamento dental é de forma mais profunda, adentrando no esmalte e possibilitando o clareamento de manchas mais profundas (Castro, A. L. S., & Mendes, C. M. C., 2014).

De acordo com Souza (2019), o material de eleição para aplicação da microabrasão deve ser com característica hidrossolúvel e que seja aplicado com a peça de baixa rotação, para técnica apresentar aplicabilidade necessária. Devido a isso, o abrasivo deve ser composto de grande dureza, porém de partículas pequenas e de um ácido com baixa concentração possibilitando a aplicação sem o escoamento para os tecidos bucais.

Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar e discutir os resultados obtidos por meio de duas técnicas minimamente invasiva e comumente utilizada, como o clareamento dental e a microabrasão, restabelecendo a estética dos elementos dentais afetados pela fluorose.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente L.P.B.C, do gênero masculino, 32 anos de idade, leucoderma, sem alterações sistêmicas, compareceu à clínica odontológica da Universidade Faculdade de Tecnologia e Ciência (UNIFTC) Salvador, com a queixa de insatisfação com a cor dos seus dentes anteriores. O paciente relata se sentir incomodado e muitas das vezes envergonhado ao sorrir por conta das manchas aparentes, o que, por consequência, interfere na sua vida social.



Figura 1. (1A) Aspecto clínico inicial, previamente a realização do tratamento para remoção das manchas de fluorose. (1B) Fotografia intraoral frontal.

Na consulta inicial foi realizada uma minuciosa anamnese buscando identificar os fatores que levaram a tais alterações presentes no esmalte dental. Em seguida foi feita avaliação física e clínica das manchas (Figura 1A e 1B) e, radiografias iniciais. Foi realizado o teste de transiluminação com a luz LED do fotopolimerizador, para avaliação da profundidade da mancha branca, para que desse modo, possa planejar o tratamento de forma mais eficaz.



Figura 2. (2A) Avaliação da profundidade da mancha branca utilizando o método de transiluminação. (2B) Fotografia da unidade 21 isolada.

Ao exame intrabucal, observou-se manchas esbranquiçadas, opacas, assemelhando-se com as características da classificação de grau 3 (leve), de Dean. No plano de tratamento, optou-se pela realização do clareamento dental em consultório, seguido pelo método caseiro supervisionado com peróxido de carbamida 10% e posteriormente associado a técnica de microabrasão do esmalte dental em consultório com ácido clorídrico a 6% e carbeto de silício.

Após aprovação do plano de tratamento, o paciente foi submetido ao preenchimento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posterior submissão do caso clínico ao

Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFTC, sendo aprovado sob número CAAE: 74861823.7.0000.5032.

A partir da aprovação, o tratamento deu início com profilaxia utilizando uma taça de borracha associada à pedra pomes com água. Em seguida foi realizado o registro da cor inicial dos dentes através da escala de cores Vita, onde foi registrada a cor B2 (Figura 3).

Antes de iniciar o protocolo do clareamento de consultório, foi aplicado por dez minutos o dessensibilizante Desensibilize KF 2%.



Figura 3. Seleção de cor inicial

Após aplicou-se a barreira gengival (Master Dam da Iodontosul, Porto Alegre/RS, Brasil) de segundo pré-molar esquerdo a segundo pré-molar direito, o mesmo foi feito nos dentes inferiores, de pré-molar inferior esquerdo ao direito. Foi aplicado o gel clareador de peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP, FGM, Joinville-SC, Brasil) na face vestibular das unidades dentárias (Figura 4). Foram feitas nessa sessão duas aplicações do gel clareador, na proporção de 3:1 de peróxido de hidrogênio e espessante, seguindo as instruções do fabricante, sendo cada aplicação com duração de 15 minutos. Ao final da segunda aplicação do gel, o paciente relatou extrema sensibilidade e o gel clareador foi imediatamente retirado. Em seguida, houve intervenção medicamentosa, na qual foi prescrito dipirona 1 (um) grama, seguida pela aplicação tópica de flúor e uma sessão de laserterapia de baixa intensidade com densidade de energia de 10 J/cm² para redução da sensibilidade dentária após clareamento dental nas unidades 32, 33 e 43. O clareamento caseiro sugerido anteriormente no protocolo foi suspenso devido à sensibilidade exacerbada relatada pelo paciente. No entanto, mesmo com a suspensão da etapa clareadora, o paciente demonstrou satisfação com o resultado do protocolo clareador de consultório, resultando em cor final B1 (Figura 5) e aspecto uniforme da coloração dental (Figura 6).



Figura 4. Gel clareador sobre a face vestibular dos dentes



Figura 5. Seleção de cor após ao clareamento



Figura 6. Aspecto final após o clareamento

Após duas semanas, o paciente retornou para avaliação da possibilidade de continuidade do protocolo previamente estabelecido, devido a sensibilidade apresentada posteriormente no clareamento dental. Paciente não relatou sensibilidade, portanto, na sessão seguinte foi aplicada a técnica da microabrasão. Inicialmente foi realizada uma profilaxia com taça de borracha e pasta profilática, seguida pelo isolamento absoluto abrangendo os elementos do 15 ao 25, com amarrias para certificação de que o lençol de borracha estava completamente invaginado e adaptação dos grampos 207 e 209 nos pré-molares. Ainda com os dentes isolados também foi

aplicado por dez minutos o dessensibilizante Desensibilize KF 2% da FGM (Figura 7). Para a microabrasão do esmalte foi utilizado o ácido clorídrico 6% associado às partículas de carbeto de silício (Whiteness RM, FGM, Joinville-SC, Brasil). O material foi aplicado em pequenas porções nas superfícies vestibulares de cada unidade (Figura 8) e com auxílio da taça de borracha em movimentos rotatórios e intermitentes sobre a estrutura dental foi realizada a microabrasão por 10 segundos em cada elemento, limitando-se apenas aos locais com presença de manchas brancas (Figura 9).



Figura 7. Pasta microabrasiva aplicada sobre a superfície vestibular dos incisivos

Em seguida, a pasta foi removida com spray de ar/água e ainda com os dentes úmidos, foi observado se as manchas haviam sido removidas. A quantidade de desgaste do esmalte dental foi controlada com o auxílio de um espelho bucal posicionado por incisal. Foram efetuadas cinco aplicações da pasta microabrasiva na mesma sessão. Finalizado essa etapa, prosseguiu-se com o polimento com disco de feltro (TDV, Pomerode-SC, Brasil) e pasta diamantada (FGM, Joinville-SC, Brasil), visando a remoção da opacidade do tecido ocasionada pela técnica microabrasiva (Figura 10), garantindo um efeito natural e uniforme do aspecto do sorriso (Figura 11).

Após a conclusão do tratamento, o paciente foi orientado sobre os cuidados após os procedimentos e agendou uma consulta de retorno para acompanhamento após uma semana. Durante a consulta de retorno, o paciente relatou que não havia sentido qualquer sensibilidade.



Figura 8. Aspecto final após a microabrasão e polimento



Figura 9. Aspecto final sem o isolamento absoluto

DISCUSSÃO

O clareamento é comumente utilizado para restabelecer a cor dos dentes que foram afetados por fatores extrínsecos e intrínsecos, como em caso de fluorose dentária (ALQAHTANI, 2014), podendo ser realizado isoladamente ou associado à microabrasão.

O agente clareador utilizado em clareamentos de consultório é o peróxido de hidrogênio em uma concentração mais elevada, apresentando como vantagem, um efeito notório obtido na primeira sessão (DE GEUS et al., 2016), como foi observado no caso relatado.

O tratamento de escolha para o caso consistia na técnica combinada, no qual seria realizado o clareamento de consultório com o peróxido de hidrogênio a 35% e, posteriormente o supervisionado com o peróxido de carbamida a 10%, com finalidade de diminuir as sessões feitas em consultório, pelos riscos de apresentar hipersensibilidade. Ao final da segunda aplicação do clareamento de consultório, o paciente relatou sensibilidade, levando à interrupção da sessão clareadora. Para Gonçalves et al. (2008), a sensibilidade dentária é o efeito colateral mais comum após o clareamento, podendo ter desconfortos leves e transitórios, como também graves levando à interrupção do tratamento.

Vários mecanismos têm sido propostos para explicar a sensibilidade pós-clareamento. Entre eles, destacam-se a permeabilização dos túbulos dentinários, a desmineralização temporária do esmalte e a inflamação pulpar.

O limiar da dor é algo que se deve observar durante as sessões, uma vez que cada paciente possui um limiar diferente. No caso relatado, o paciente apresentou extrema sensibilidade, levando à interrupção imediata do procedimento. Um estudo realizado por Silva (2021), demonstrou que interromper o clareamento dental quando a sensibilidade se torna excessiva é

necessário para evitar danos maiores. Portanto, saber parar o clareamento dental é uma medida preventiva importante para o bem-estar dos pacientes.

A escolha pela inicialização do tratamento com o clareamento dental deu-se pela uniformização da cor dos dentes. Uma vez que fosse realizada a microabrasão anteriormente, o desgaste micrométrico da camada superficial poderia transparecer mais a cor da dentina, deixando os dentes com aspecto mais amarelado, pela evidência das camadas mais escuras. Greenwall (2018) afirma que o agente clareador realça as manchas brancas em razão da penetração nas regiões enfraquecidas do esmalte. Portanto, esses fatos levaram à decisão da técnica combinada para resultados satisfatórios da homogeneidade do matiz dos dentes.

A técnica da microabrasão foi inicialmente desenvolvida por Croll e Cavanaugh, envolvendo o uso de uma pasta abrasiva contendo ácido clorídrico (HCl) 18% e pedra-pomes. No entanto, devido ao potencial erosivo do HCl, outras variações da técnica de microabrasão foram propostas. Essas variações incluem o uso de menores concentrações de HCl, a utilização de ácido fosfórico a 37% ou a utilização de diferentes agentes abrasivos. Essas modificações foram introduzidas para tornar o procedimento mais seguro e eficaz, minimizando os riscos associados ao uso do HCl mais concentrado.

De acordo com (CASTRO et al., 2014), a técnica de microabrasão foi inicialmente desenvolvida por Croll e Cavanaugh como uma forma de tratar o esmalte dental afetado por manchas. Essa técnica envolve o uso de uma pasta abrasiva contendo ácido clorídrico (HCl) 18% e pedra-pomes, que é aplicada na superfície do esmalte afetado. No entanto, devido ao potencial cáustico do HCl, outras variações da técnica de microabrasão foram propostas. Essas variações incluem o uso de concentrações menos concentradas de HCl, a utilização de ácido fosfórico a 37% e/ou a utilização de diferentes agentes abrasivos. Essas modificações foram introduzidas para tornar o procedimento mais seguro e eficaz, minimizando os riscos associados ao uso do HCl mais concentrado.

Estudos de Prado Júnior et al. (2009) e Viegas et al. (2011), relataram que o uso isolado da técnica de microabrasão no tratamento de manchas de fluorose de graus muito leves e moderados, em alguns casos, necessita de muitas sessões para obter resultados satisfatórios.

O caso realizado por Trávez (2021) em um paciente com fluorose grau 3 demonstrou que o resultado desejado não foi alcançado ao iniciar o tratamento pela técnica da microabrasão, havendo necessidade de associação ao clareamento.

No entanto, para Toletto (2011), os resultados foram satisfatórios ao realizar a combinação das duas técnicas, onde a microabrasão foi realizada posteriormente ao clareamento com peróxido de hidrogênio a 35%, corroborando com este caso.

Autores como Mendonça, et al (2006) e Pinto, et al (2009) relatam que o melhor tratamento para fluorose é a combinação das técnicas de clareamento dental e microabrasão do esmalte. Portanto a utilização dessas duas técnicas associadas levará a eficácia e a garantia de um resultado seguro, satisfatório e minimamente invasivo.

Considerando o resultado clínico obtido, podemos concluir neste estudo de caso clínico, que a utilização de ambas as técnicas empregadas, a de clareamento dental em consultório e a microabrasão dental, consistiu-se em apresentar resultados imediatos, além de serem técnicas eficazes, seguras, conservadoras, com custo relativamente baixo, e de fácil aplicabilidade nas remoções das manchas de fluorose leve, presentes nos dentes afetados.

As técnicas aplicadas nesse relato de caso clínico acima de tudo, respeitaram os princípios estéticos e conservadores praticados na Odontologia moderna. Essa afirmativa é importante ao considerarmos que os demais tratamentos restauradores, como as facetas dentárias normalmente, necessitam de desgastes consideráveis da estrutura dental, a fim de se obter resultado estético desejado.

Desta forma, o clareamento dental de consultório associado à microabrasão foi uma intervenção restauradora menos invasiva. Restabelecendo a estética com desgaste mínimo do esmalte, não necessitando de preparos cavitários e de restaurações, além de não provocar danos à polpa, aos tecidos periodontais e, favorecer a estética do sorriso. Contribuindo para a melhora da autoestima e do convívio social do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação do clareamento dental e a microabrasão foi capaz de amenizar as manchas brancas fluoróticas, homogeneizando a cor dos dentes e devolvendo a harmonia do sorriso do paciente, de forma minimamente invasiva.

REFERÊNCIAS

1. BOSQUIROLI, V.; UEDA, J. K.; BASEGGIO, W. Fluorose dentária: tratamento pela técnica da microabrasão associada ao clareamento dental. UFES Rev. Odontol., Vitória, v. 8, n. 1, p. 60-65, 2007.
2. CASTRO, Kaline Silva et al. Acceptability, efficacy and safety of two treatment protocols for dental fluorosis: a randomized clinical trial. Journal of dentistry, v. 42, n. 8, p. 938-944, 2014.
3. CASTRO, Ana Luiza Sarno; MENDES, Carlos Maurício Cardeal. Microabrasão e clareamento em dentes com fluorose: relato de um caso clínico. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 13, n. 3, p. 403-408, 2014.

4. CHEHID, S.J *et al.* Flúor: uso interno. *In: GUEDES- PINTO, A.C et al.* Odontopediatria. 9º. ed. Rio de Janeiro: Santos Editora, 2017. p. 335-345.
5. CORDEIRO, R. G.; TORNO, V. Tratamentos estéticos e conservadores para a fluorose dental. *Rev. Fac. Odontol. Lins, Taubaté*, v. 21, n. 2, p. 47–51, 2012.
6. DUQUE, Cristiane *et al.* O uso de flúor na prevenção e no tratamento da cárie dentária. *In: _____*. (org.). Odontopediatria: uma visão contemporânea. São Paulo: Santos Editora, 2013. p. 250-263.
7. FUNASA, Brasília, 2012. Fundação Nacional de Saúde. Manual de fluoretação da água para consumo humano.
8. LIMA, Ynara Bosco de Oliveira; CURY, Jaime Aparecido. Ingestão de flúor por crianças pela água e dentifrício. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, p. 576-581, 2001.
9. OLIVEIRA, A. et al. Dental Bleaching, Microabrasion, and Resin Infiltration: Case Report of Minimally Invasive Treatment of Enamel Hypoplasia. *Clinical Concepts/Inspired*, v. 33, n. 1, p. 105-110, 2020.
10. ROMERO, Mario F. et al. Minimally invasive esthetic improvement in a patient with dental fluorosis by using microabrasion and bleaching: A clinical report. *JPD THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY*, Editorial council for the do Journal of Prosthetic Dentistry, p. 4-4, 1 may, 2018.
11. SILVA, M. R. M. de S.; CERQUEIRA NETO, A. C. C. L. de.; SANTOS, L. K. G. dos.; SILVA, A. M. F. da. Treatment of dental fluorosis caused by dentifrice with the technique of enamel microabrasion: Clinical case report. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 7, p. e43910716327, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16327.
12. SOUZA, Ana Paula Marques et al. Microabrasão do esmalte como solução conservadora e minimamente invasiva para a estética dental: revisão de literatura sobre as técnicas empregadas. 2019.
13. TOLEDO, F. L. et al. Técnica mista-clareamento dentário e microabrasão: relato de caso clínico. *Rev. Dental Press Est., Maringá*, v. 8, n. 2, p. 89-95, 2011.
14. BOSQUIROLI, V.; UEDA, J. K.; BASEGGIO, W. Fluorose dentária: tratamento pela técnica da microabrasão associada ao clareamento dental. *UFES Rev. Odontol., Vitória*, v. 8, n. 1, p. 60-65, 2007.
15. PRADO JÚNIOR, R. R. et al. Microabrasão como tratamento de esmalte fluorótico. *RGO, Porto Alegre*, v. 56, n. 2, p. 21-26, 2009.
16. VIEGAS, C. M. et al. Fluorose dentária: abordagens terapêuticas para recuperação estética. *RGO, Porto Alegre*, v. 59, n. 3, p. 497–501, 2011.
17. CORDEIRO, Roberta Guedes; TORNO, Vladja. Tratamentos estéticos e conservadores para a fluorose dental. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, v. 21, n. 2, p. 47-51, 2012.