

Reabilitação estética com facetas semidiretas: relato de caso

Aesthetic rehabilitation with semidirect facets: case report
Rehabilitación estética con facetas semidirectas: reporte de caso

Tássia Monique dos Santos **PEREIRA**¹

Carolina Baptista **MIRANDA**²

Cristal Fernandez de **CARVALHO**³

Priscila Patrícia Vieira de **LIMA**⁴

¹Especialista em Dentística – Instituto Prime de Ensino Personalizado – Salvador - BA, Brasil

²Professora Adjunta da Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), Salvador - BA, Brasil

³Doutora em Odontologia pela Universidade Cruzeiro do Sul - São Paulo, Brasil

⁴Especialista em Dentística – Instituto Prime de Ensino Personalizado – Salvador - BA, Brasil

Resumo

Introdução: É crescente a busca por tratamentos estéticos nas clínicas odontológicas, dentre esta demanda, encontra-se soluções reabilitadoras para casos de diastemas e incisivos laterais superiores com morfologia conoide, pois são tidos como fatores antiestéticos. **Objetivo:** Apresentar uma abordagem interdisciplinar no tratamento de diastemas e unidades dentárias com morfologia conoide. **Relato de caso:** O paciente procurou atendimento odontológico especializado para reabilitação provisória da estética e função das unidades anterossuperiores durante finalização do tratamento ortodôntico e posteriormente, após conclusão da ortodontia, a reabilitação final. Durante o exame clínico foram observados incisivos laterais superiores com morfologia conoides, ângulo incisal amplo entre os incisivos centrais, ausência de guia canina e diastemas. Após registro fotográfico, foram realizadas as restaurações provisórias. Finalizado o tratamento ortodôntico, o plano de tratamento consistiu na reabilitação através das facetas semidiretas em resina composta. Após moldagem anatômica, enceramento e clareamento dentário, foram realizados os preparos dentários e moldagem funcional, sendo a seguir realizado o ensaio restaurador. Sobre o modelo, foram confeccionadas as facetas em resina composta e realizado o acabamento inicial. Para a fase de cimentação priorizou-se a utilização de condicionamento ácido seletivo para esmalte, cimento fotopolimerizado e uso de polimerizador de alta potência. Após a cimentação foram realizados os ajustes oclusais e acabamento final, com texturização da superfície, seguido pelo polimento. **Conclusão:** O tratamento realizado evidenciou a importância do tratamento ortodôntico associado a Odontologia Restauradora para o restabelecimento da estética e função, obtendo resultados que melhoraram as relações entre dentes, posicionamento dos lábios, harmonia e equilíbrio dental e facial.

Descritores: Dentística Operatória; Ortodontia; Estética Dentária; Diastema; Resinas Compostas.

Abstract

Introduction: There is a growing demand for aesthetic treatments in dental clinics, among this demand, there are rehabilitation solutions for cases of diastemas and upper lateral incisors with conoid morphology, as they are considered as anti-aesthetic factors. **Objective:** Present an interdisciplinary approach in the treatment of diastemas and dental units with conoid morphology. **Case report:** The patient sought specialized dental care for provisional rehabilitation of the aesthetics and function of the anterosuperior units during the finalisation of the orthodontic treatment and later, after completion of orthodontics, the final rehabilitation. During the clinical examination, upper lateral incisors with conoid morphology, wide incisal angle between the central incisors, absence of canine guide and diastemas were observed. After photographic register, provisional restorations were performed. After orthodontic treatment was completed, the treatment plan consisted of rehabilitation through semi-direct facets in composite resin. After anatomical moulding, waxing and tooth whitening, dental preparations and functional moulding were performed, hereinafter the restorative test was performed. In this connection, facets were made in composite resin and the initial finishing was carried out. For the cementation phase, priority was given to the use of selective acid conditioning for dental enamel, photopolymerized cement and the use of high-power polymerizer. After cementation, occlusal adjustments and finishing touch were performed with surface texturing, followed by polishing. **Conclusion:** The treatment performed showed the importance of orthodontic treatment associated with restorative dentistry for the restoration of aesthetics and function, obtaining results that improved the relationship between teeth, positioning of the lips, harmony and dental and facial balance.

Descriptors: Dentistry, Operative; Orthodontics; Dental Esthetics; Diastema; Composite Resins.

Resumen

Introducción: Crece la búsqueda de tratamientos estéticos en las clínicas dentales, entre esta demanda se encuentran las soluciones reabilitadoras para casos de diastema e incisivos laterales superiores con morfología conoide, por considerarse factores antiestéticos. **Objetivo:** Presentar un abordaje interdisciplinario en el tratamiento del diastema y unidades dentales con morfología conoide. **Caso clínico:** El paciente buscó atención odontológica especializada para la rehabilitación temporal de la estética y función de las unidades anterossuperiores durante la finalización del tratamiento de ortodoncia y posteriormente, tras la finalización de la ortodoncia, la rehabilitación final. Durante el examen clínico se observaron incisivos laterales superiores con morfología conoide, amplio ángulo incisal entre los incisivos centrales, ausencia de guía canina y diastema. Después del registro fotográfico, se realizaron restauraciones provisionales. Una vez finalizado el tratamiento de ortodoncia, el plan de tratamiento consistió en la rehabilitación mediante carillas de resina compuesta semidirectas. Después del moldeado anatómico, encerado y blanqueamiento dental, se realizaron las preparaciones dentales y el moldeado funcional, seguido de la prueba restauradora. Sobre el modelo, las carillas se realizaron en resina compuesta y se realizó el acabado inicial. Para la fase de cementación se priorizó el uso de grabado ácido selectivo para esmalte, cemento fotopolimerizable y el uso de un polimerizador de alta potencia. Después de la cementación, se realizaron ajustes oclusales y acabado final, con texturizado de la superficie, seguido de pulido. **Conclusión:** El tratamiento realizado mostró la importancia del tratamiento de ortodoncia asociado a la odontología restauradora para la restauración de la estética y función, obteniendo resultados que mejoraron la relación entre los dientes, la posición de los labios, la armonía y el equilibrio dental y facial.

Descriptorios: Operatoria Dental; Ortodoncia; Estética Dental; Diastema; Resinas Compuestas.

INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea agrega grande valor no estabelecimento de sorrisos harmônicos e saudáveis, desencadeando um

crescente apelo na busca de sorrisos estéticos, sendo este, uma das principais demandas no tratamento odontológico¹. Satisfazer essa

procura requer, em sua maioria, instituir uma multidisciplinaridade no diagnóstico e abordagem terapêutica¹.

Dentre as especialidades Odontológicas, a Ortodontia exerce função na correção das más oclusões dentárias e esqueléticas, promovendo saúde, função e estética; no entanto, em alguns casos clínicos mais complexos, a obtenção de êxito no resultado e satisfação do paciente, nem sempre é correspondida ao final da movimentação ortodôntica, sendo requerida a atuação de outras especialidades na reabilitação da estética do sorriso^{1,2}.

Na busca pelos padrões de beleza atuais, as anomalias dentárias, como a presença de incisivos laterais conóides e diastemas, são consideradas fatores antiestéticos, que em adultos conferem um sorriso infantil, podendo prejudicar a autoestima do indivíduo^{2,3}. Respeitando a etiologia, é estabelecido um plano de tratamento individualizado, procurando conceder ao paciente o bem-estar estético, funcional e social¹.

Em casos complexos, nos quais a reabilitação estética da forma e cor dentária são influenciadas por diferentes variáveis, como a habilidade do clínico, técnica e material utilizado; os procedimentos semidiretos e indiretos são priorizados⁴. As situações clínicas de anomalias de volume (microdentes) e diastemas são consideradas indicações de restaurações indiretas⁴. Estando o seu sucesso dependente de um planejamento adequado e aplicação do protocolo⁴.

Nos procedimentos semidiretos ou indiretos, a técnica ao qual faz uso dos sistemas de resina composta, tem conferido um excelente nível de precisão marginal, que associada as características aprimoradas de polimento superficial, permitiram alcançar resultados promissores em termos de integridade periodontal, demonstrando, em alguns casos, viabilidade para restaurações anteriores em alternativa aos materiais cerâmicos⁴.

A técnica indireta em resina composta apresenta vantagens que a coloca em evidência, como menor risco na etapa de cimentação, devido a maior capacidade da resina composta em absorver o estresse da polimerização do cimento resinoso; simplificação no acabamento e polimento, com menor probabilidade de aumentar as chances de fratura; realização de ajustes antes da cimentação sem comprometer as propriedades mecânicas ou potencial adesivo; e menor custo laboratorial⁴. No entanto, a capacidade de

manutenção do brilho superficial é menor em relação aos materiais cerâmicos, mas esta limitação pode ser solucionada com repolimento periodicamente³.

Devido aos fatos apresentados, este artigo visa relatar caso clínico com abordagem interdisciplinar no tratamento de diastemas e unidades dentárias com morfologia conóide, no qual foi empregada resina composta para uso direto na confecção de facetas semidiretas.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, procurou atendimento odontológico especializado no Instituto Prime de Ensino Personalizado, para a realização de restaurações provisórias nos incisivos laterais superiores. O paciente se encontrava em fase final do tratamento ortodôntico e buscava uma melhor distribuição dos espaços dentários e posteriormente, após conclusão da ortodontia, o estabelecimento harmônico do sorriso na reabilitação final. Durante o exame clínico foi observado nos incisivos centrais superiores ângulo incisal amplo, incisivos laterais conóides, com presença de restaurações em resina composta na fase vestibular insatisfatórias; unidade dentária 22 vestibularizada, diastemas e ausência de guia canina (Figuras 1 e 2). Para registro da condição inicial e aperfeiçoamento da análise estética, foi realizado o registro fotográfico intrabucal.



Figura 1: Paciente em fase final do tratamento ortodôntico.



Figura 2: Imagem evidenciando os incisivos laterais superiores com características coneiformes e vestibularização da unidade dentária do lado esquerdo.

O planejamento reabilitador estético consistiu inicialmente, na realização das restaurações provisórias nos incisivos laterais superiores, com o intuito de definir os tamanhos das unidades dentárias e para a finalização do tratamento ortodôntico. A seguir, foi realizado o clareamento dentário externo e instalação das facetas indiretas em resina composta para uso direto. Após os esclarecimentos sobre o plano de tratamento e consentimento do paciente, iniciaram-se as condutas clínicas. O relato de caso foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFBA, parecer número 4.068.148; corroborando com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil.

Para a etapa inicial de restaurações provisórias, foi realizado o isolamento do campo operatório com auxílio do afastador de lábios e bochecha (Optragate, Ivoclar Vivadent, Liechtenstein), em seguida, as restaurações nas unidades 12 e 22 foram removidas com a ponta diamantada #3195F (KG Sorensen, Cotia - SP, Brasil) seguido pelo uso dos discos abrasivos de maior granulação (Flexidiscs, Cosmedent, Chicago - Illinois, EUA). A seguir foi realizado o condicionamento com o ácido fosfórico a 37% (Condac 37 FGM, Joinville - SC, Brasil) por 30 segundos na região de ângulo incisal das unidades dentárias 11 e 21, e em toda a fase vestibular dos incisivos laterais. Após lavagem abundante, e secagem com jatos de ar, foi aplicado o sistema adesivo (Single Bond Universal, 3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil) de maneira ativa com auxílio do aplicador descartável (Aplicador Technobrush, Coltene, Altstätten, Suíça), por toda região condicionada, em seguida, realizou a fotoativação por 20 segundos com o aparelho fotopolimerizador (Valo Cordless, Ultradent, Indaiatuba - SP, Brasil). O tratamento restaurador foi iniciado com a reanatomização dos incisivos laterais, no qual foi inserida uma fina camada da resina composta EA2 (Empress Direct, Ivoclar Vivadent, Barueri - SP, Brasil) com auxílio de uma espátula IPC-Long (Cosmedent, Curitiba - PR, Brasil) e tira de poliéster (Airon, Maquira Indústria de Produtos Odontológicos S.A, Maringá - PR, Brasil), para a confecção da barreira palatina. Posteriormente foi fotopolimerizado por 20 segundos (Valo Cordless, Ultradent, Indaiatuba - SP, Brasil). Para a construção da porção referente a dentina, foi utilizada resina composta DA2 (Filtek Z350 XT, 3M ESPE, Sumaré - SP, Brasil) em toda a superfície vestibular fazendo uso da espátula Safident-Almore (Cosmedent, Curitiba - PR, Brasil) e do pincel nº 3 (Cosmedent,

Curitiba - PR, Brasil), fotopolimerizada por 20 segundos. A camada final foi obtida através do incremento na cor EA2 (Empress Direct, Ivoclar Vivadent, Barueri - SP, Brasil), acomodado com espátulas flexíveis IPC Long e Safident-Almore (Cosmedent, Curitiba - PR, Brasil), e pincel nº 3 (Cosmedent, Curitiba - PR, Brasil) para a obtenção de uma superfície mais uniforme, na sequência fotopolimerizou por 20 segundos (Valo Cordless, Ultradent, Indaiatuba - SP, Brasil). Para a redução do ângulo incisal entre os elementos dentários 11 e 21, foi adicionado incremento de resina composta na cor EA2 (Empress Direct, Ivoclar Vivadent, Barueri - SP, Brasil), na fase mesial. No acabamento inicial, para a remoção dos excessos, foram utilizadas pontas diamantadas #3118F (KG Sorensen, Cotia - SP, Brasil) nas faces palatinas e #1190F (KG Sorensen, Cotia - SP, Brasil) nas cervicais, além de lixa interproximal (Flexistrip, Cosmedent, Illinois, EUA) e discos abrasivos nas granulações média e fina (Flexidiscs, Cosmedent, Chicago - Illinois, EUA). A reanatomização dos incisivos laterais conóides foi realizada tomando como referência as características dos incisivos centrais (Figura 3).



Figura 3: Imagem das restaurações provisórias nos incisivos laterais e fechamento do ângulo incisal dos incisivos centrais superiores.

Finalizado o tratamento ortodôntico, em seguimento ao planejamento, o paciente foi submetido ao clareamento dentário externo pela técnica combinada. Após profilaxia dos elementos dentários com pasta de pedra pomes extra-fina (S.S White, Brasil) e água, definição e registro da cor inicial (Escala Vita Classical, Wilcos do Brasil Indústria e Comércio, Brasil) (Figura 4), foi realizado moldagens das arcadas superior e inferior com alginato (Hidrogum 5, Zhermack Labordental, Brasil) e vazamento com gesso (Gesso pedra Asfer tipo III, Asfer Indústria Química, São Caetano do Sul - SP, Brasil), para o enceramento diagnóstico e confecção da moldeira de clareamento caseiro. A sessão de consultório foi realizada com gel à base de peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP Blue 35%, FGM Produtos Odontológicos, Joinville - SC, Brasil). Foi feito o

isolamento com barreira gengival (Barreira gengival flexível, FGM Produtos Odontológicos, Joinville – SC, Brasil), recobrimo a gengiva marginal e as papilas, e posterior fotoativação. Realizou-se aplicação única de 20 minutos do agente clareador, conforme indicação do fabricante. Na sequência, o paciente fez uso durante 7 dias do sistema de clareamento caseiro supervisionado (Whiteness Simple 16%, FGM Produtos Odontológicos, Joinville – SC, Brasil), por 2 horas diárias. No retorno, o paciente informou sensibilidade desconfortável, assim, foi prescrito solução de fluoreto de sódio a 0,2% para bochecho e orientado a utilizar o agente clareador por mais 7 dias alternados. Concluída a etapa do clareamento dentário, após 20 dias, prosseguiu-se para a fase dos preparos dentários. Assim, para orientação desses desgastes, o enceramento diagnóstico foi moldado com silicona de condensação densa (Zetaplus, Zhermack, Badia Polesine, Itália) e recortado com auxílio de lâmina de bisturi nº 15 (Solidor, Barueri - SP, Brasil) no sentido cervical, médio e incisal. Para os preparos utilizou-se ponta diamantada #4138 (KG Sorensen, Cotia - SP, Brasil), #4138F (KG Sorensen, Cotia - SP, Brasil) e discos flexíveis abrasivos de granulação fina (Flexidiscs, Cosmedent, Chicago - Illinois, EUA) para polimento.



Figura 4: Registro da cor inicial dos elementos dentários através da Escala Vita Classical.

A seguir, procedeu-se à etapa de moldagem. Após a escolha da moldeira, foi inserido fio retrator #000 (Pró Retract, FGM, Joinville - SC, Brasil) com auxílio da espátula de inserção de fio retrator (Fischer Ultrapak, Ultradent Products Inc, Indaiatuba - SP, Brasil) dentro do sulco gengival, e em seguida, o fio retrator #00 (Pró Retract, FGM, Joinville - SC, Brasil). Durante a moldagem com silicona de adição (Express XT, 3M ESPE, Sumaré - SP, Brasil) através da técnica de passo único, o fio retrator #00 foi removido do sulco e a moldeira com o material de moldagem foi colocado em posição. Este molde foi vazado com gesso

especial (Durone tipo IV, Dentsply Maillefer, Suíça). Na sequência, para confecção do ensaio restaurador, o enceramento diagnóstico foi moldado com silicona de condensação (Zetaplus, Zhermack, Badia Polesine, Itália) e vertido com resina bisacrílica nanoparticulada (Protemp 4, 3M ESPE, Brasil) na cor A2, que foi levado em posição na boca do paciente. Após a polimerização da resina bisacrílica, removeu-se o molde e os excessos mais grosseiros com ponta diamantada #1190F (KG Sorensen, Cotia - SP, Brasil) na região cervical. Na região de ameias vestibular e palatina, os excessos foram removidos com ponta diamantada até que as papilas se encontrassem livres de todo material resinoso e permitissem o uso de fio dental nesta região. Para confecção das facetas semidiretas em resina composta para uso direto, o modelo de trabalho foi vaselinado (Indústria Farmacêutica Rioquímica, São José do Rio Preto - SP, Brasil) e através do enceramento diagnóstico, foi obtida uma guia palatina. Uma camada de resina composta translúcida (Trans 30, Empress Direct, Ivoclar Vivadent, Barueri - SP, Brasil) com auxílio de uma espátula IPC-Long (Cosmedent, Curitiba - PR, Brasil) foi adicionada na guia palatina, na região correspondente aos incisivos centrais, e fotopolimerizado por 20 segundos (Valo Cordless, Ultradent, Indaiatuba – SP, Brasil). A seguir, foi adicionado o incremento de resina DA2 (Empress Direct, Ivoclar Vivadent, Barueri - SP, Brasil) em toda a superfície vestibular dos incisivos centrais fazendo uso da espátula Safident-Almore (Cosmedent, Curitiba - PR, Brasil) e do pincel nº 3 (Cosmedent, Curitiba, Paraná, Brasil). Para confecção dos mamelos foi utilizado a IPC-Long (Cosmedent, Curitiba - PR, Brasil). Cada incremento foi fotopolimerizado por 20 segundos.

Na sequência, foi aplicado o corante *White* (branco) na borda incisal (Tetric color, Ivoclar Vivadent, Barueri, São Paulo, Brasil), para confecção do halo opaco, sendo fotoativado de acordo as recomendações do fabricante. Posteriormente foi aplicada a resina de efeito Trans-opal (Empress Direct, Ivoclar Vivadent, Barueri, São Paulo, Brasil) na região de mamelos, visando à simulação da opalescência.

A camada final da estratificação foi obtida através da utilização da resina composta para esmalte EA2 (Empress Direct, Ivoclar Vivadent, Barueri, São Paulo, Brasil), acomodada com as espátulas IPC Long e Safident-Almore (Cosmedent, Curitiba, Paraná, Brasil) e o pincel nº 3 (Cosmedent, Curitiba, Paraná, Brasil) foi utilizado para obter uma

superfície mais uniforme. A seguir fotopolimerizou-a por 20 segundos. Esta mesma sequência de estratificação das facetas em resina composta foi realizada nos preparos correspondentes aos incisivos laterais. Referente aos caninos, foi aplicado um incremento de resina composta DA2 e EA2 (Empress Direct, Ivoclar Vivadent, Barueri, São Paulo, Brasil), em toda a face vestibular. Finalizada a etapa de estratificação, para o acabamento inicial foram empregados os discos abrasivos de granulação grossa e média (Flexidisks, Cosmedent, Chicago, Illinois, EUA) para regularização das superfícies e adaptação das peças ao término (Figura 5). A texturização e delimitação das arestas foi realizada após a cimentação das peças ao preparo.



Figura 5: Imagem das facetas em resina composta, correspondentes aos incisivos centrais superiores, após o acabamento inicial.

Para a etapa de cimentação, as peças protéticas foram limpas com ácido fosfórico (Magic Acid 37%, Coltene, Altstätten, Suíça) por 30 segundos, e após lavagem e secagem foi aplicado uma camada de adesivo (Single Bond Universal, 3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil) e um leve jato de ar, seguido por fotopolimerização por 20 segundos (Figura 6).



Figura 6: Uma camada de adesivo sendo aplicado na fase interna das facetas em resina composta.

Para a preparação dos elementos dentários, inicialmente o paciente foi anestesiado pela técnica infiltrativa na região de incisivos e caninos (Lidostesim 3%, Septodont, Pomerode - SC, Brasil). Na sequência, foi realizado o isolamento relativo com o afastador de lábios e bochechas (OpraGate 3D, Ivoclar

Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein), de tamanho regular; remoção do *mock-up* e profilaxia dos preparos com pedra pomes extra-fina SS White (S.S White, Brasil). A seguir, foi realizado o condicionamento seletivo do esmalte com ácido fosfórico (Magic Acid 37%, Coltene, Altstätten, Suíça) por 30 segundos, nas margens do preparo e na fase palatina. Após remoção com spray de água por 60 segundos e secagem com papel absorvente estéril, foi aplicado uma camada de adesivo (Single Bond Universal, 3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil) de maneira ativa com auxílio do aplicador descartável (microbrush, Kgbrush) por toda a superfície dentária envolvida na cimentação, a seguir fotopolimerizou-se por 20 segundos. O cimento resinoso fotopolimerizado (RelyX Veneer, 3M ESPE, Sumaré - SP, Brasil) na cor translúcida foi depositado na face interna da faceta e cada peça foi levada ao preparo e pressionada no sentido inciso-cervical e vestibulo-palatino até o extravasamento do cimento e perfeita adaptação. Removeram-se os excessos com pincel nº4 (Kolinsky chato, Kota, Cotia - SP, Brasil), o qual era limpo em uma gaze embebida em álcool e fio dental na região interproximal. A seguir, foi realizada a fotoativação por 30 segundos (Valo Cordless, Ultradent, Indaiatuba - SP, Brasil), inicialmente na região mais cervical e posteriormente, mais 30 segundos, no terço médio para incisal. A etapa de cimentação iniciou-se pelos incisivos centrais, seguido pelos incisivos laterais, finalizando nos caninos (Figuras 7 e 8).



Figura 7: Imagem das peças protéticas cimentadas nos incisivos.



Figura 8: Imagem após cimentação nos caninos.

Ao final da cimentação, foi verificada a oclusão do paciente em máxima intercuspidação habitual (MIH), protrusão e lateralidade (Figura 9). Para o acabamento inicial, foi realizado a remoção dos excessos

mais grosseiros com ponta diamantada #1190F (KG Sorensen, Cotia - SP, Brasil) na região cervical, e nas interproximais se fez uso da tira de lixa (Flexistrip, Cosmedent, Curitiba - PR, Brasil) e dos discos abrasivos (Sof-Lex Pop On, 3M, Sumaré - SP, Brasil) nas granulações média e fina. Na face vestibular foi estabelecido os sulcos de desenvolvimento com uma broca multilaminada (30 lâminas FG, AllPrime, R&S Paperconverting B.V. Holanda). (Figuras 10 e 11).



Figura 9: Imagem após finalização da etapa de cimentação e ajuste oclusal.



Figura 10: Imagem após o acabamento inicial.



Figura 11: Imagem aproximada das unidades dentárias.

Para o ajuste final, as arestas foram delimitadas com ajuda de um compasso de ponta seca (MK Life, Porto Alegre, RS, Brasil) e a texturização da superfície através de uma broca multilaminada (30 lâminas FG, AllPrime, R&S PAPERCONVERTING B.V. Holanda). Para polimento, foi empregado o sistema de borrachas abrasivas (Flexicups e FlexiPoints, Cosmedent, Chicago, Illinois, EUA) para suavização da superfície vestibular, seguido do disco de feltro (Flexibuff, Cosmedent, Chicago, Chicago, Illinois, EUA) associado à pasta de polimento (Enamelize, Cosmedent, Chicago,

Chicago, Illinois, EUA), finalizando com o uso da escova de crina de cavalo em formato de taça (Dh Pro, Paraná, Brasil) (Figura 12 e 13).



Figura 12: Imagem intraoral final, mostrando o estabelecimento harmônico entre as unidades dentárias.



Figura 13: Imagem extraoral final, evidenciando a integração dos elementos dentários com o contorno dos lábios e curva do sorriso.

DISCUSSÃO

No caso descrito, a abordagem multiprofissional envolvendo a Ortodontia e Dentística permitiram a resolução do tratamento de incisivos laterais superiores com morfologia conoide e diastemas múltiplos, restabelecendo função e estética; assim como descrito por outros autores^{2,3,5}, demonstrando que a integração dessas especialidades otimiza a finalização de casos clínicos de elementos dentários com alterações de forma².

As anomalias dentárias encontram-se entre os fatores que podem interferir na estética do sorriso², nos quais, em algumas situações podem conferir ao adulto um sorriso infantil³. As reabilitações em função da estética têm se tornado rotineiras, que ao envolver diferentes especialidades, atuam de forma planejada e integrada para obtenção de um correto diagnóstico, planejamento e resolução do caso de maneira satisfatória e previsível⁶. Dentre os diversos fatores, a harmonia do sorriso está relacionada com o alinhamento dentário, aspectos periodontais e sua proporção em relação aos dentes, assim como a anatomia e cor dos elementos dentais⁶. Contudo, o objetivo do tratamento reabilitador consiste em restaurar saúde, função e estética de maneira conservadora e prudente, respeitando as características individuais, concepção e

expectativas do paciente⁶. Desta forma, no presente relato, através da associação das especialidades Ortodontia e Dentística, foi possível estabelecer um plano de tratamento conservador e resolutivo, integrando saúde e estética, atendendo aos anseios estabelecidos pelo paciente.

A técnica semidireta, referida na descrição do caso, segundo os autores⁴, é a eleita para resolução de casos mais complexos, como as anomalias dentárias e diastemas; nos quais diversas variáveis estão envolvidas no estabelecimento harmônico da forma e cor dos elementos dentários. Mangani et al.⁴ acrescentaram que o sucesso desta técnica depende de um adequado planejamento e da aplicação do protocolo clínico⁴.

A técnica semidireta em resina composta permite um nível de precisão marginal comparável aos procedimentos ao qual faz uso dos materiais cerâmicos, que associadas as características aprimoradas das resinas compostas proporcionam polimento superficial satisfatórios, alcançando resultados promissores em termo de integridade periodontal⁴. Ressaltando-se que neste método as peças protéticas podem sofrer ajustes antes da cimentação sem comprometer suas propriedades mecânicas ou potencial adesivo, possuem menor custo laboratorial em relação aos materiais cerâmicos; a capacidade, durante a etapa de cimentação, de absorver o estresse de polimerização do cimento resinoso e, simplicidade e menor risco na fase de acabamento e polimento. As resinas compostas de uso direto podem oferecer excelentes resultados em restaurações indiretas anteriores quando usadas em alternativa as reabilitações com materiais cerâmicos⁴, assim, considerando essas características, para os autores⁴, é notório as vantagens desta técnica, ao qual podem desencadear um crescente uso na rotina clínica.

Nunes et al.⁷ relataram que, apesar dos avanços alcançados nas propriedades das resinas compostas, alguns fatores indesejáveis continuam presentes, como a contração de polimerização e a alteração volumétrica provocadas pelas variações térmicas, podendo desencadear desajuste na interface dente-restauração, com consequente infiltração marginal. Nos últimos anos, os fabricantes de materiais odontológicos têm investigado o desenvolvimento de uma resina composta que apresente uma contração de polimerização reduzida, porém, até o presente, não se dispõe de materiais resinosos livres de contração de polimerização e com coeficiente de expansão

térmica semelhante ao dos tecidos dentários. Com o advento da nanotecnologia surge uma geração de resinas compostas que incluem em sua carga inorgânica partículas nanohíbridas, que lhe confere uma menor contração de polimerização⁷. Os autores ao avaliarem o grau de infiltração marginal de três tipos de resina composta: micropartícula, microhíbrida e nanohíbrida, testando a influência do tamanho da carga inorgânica no vedamento marginal, concluíram que todas as resinas compostas testadas apresentaram infiltração marginal, porém em graus variáveis, nos quais, a resina nanohíbrida apresentou os menores escores de infiltração marginal⁷. Desta forma, os fatores inerentes ao material, a configuração cavitária, a técnica restauradora e a técnica de polimerização têm influência significativa nos efeitos da contração de polimerização, bem como na qualidade do selamento marginal de restaurações de resina composta⁷. Entretanto, a análise de uma propriedade isolada não é suficiente para confirmar a boa qualidade ou o desempenho clínico do produto; é preciso agrupar todas as propriedades e avaliá-las, em conjunto⁷.

Em procedimentos restauradores adesivos são relatadas contínuas falhas nas margens cervicais localizadas em dentina ou cimento, em que a adesividade é dificultada devido à complexa estrutura dentinária e à contínua exsudação de fluidos advindos da polpa, no entanto, a união ao esmalte é uma prática facilmente obtida com sucesso⁷. Em uma revisão sistemática conduzida por Rosa et al.⁸ para determinar se o condicionamento prévio com ácido fosfórico melhora a resistência de união dos adesivos universais à dentina e/ou esmalte, verificaram que o desempenho dos adesivos universais avaliados é dependente da estratégia adesiva. A literatura *in vitro* sugere que o condicionamento prévio com ácido para os adesivos universais melhora a força de adesão ao esmalte, no entanto, este efeito não foi evidente para a dentina. Ao analisar tanto a resistência ao microcisalhamento quanto a resistência à microtração, constatou-se uma melhora na resistência de união ao esmalte com a técnica de condicionamento prévio em todas as análises⁸.

Corroborando com os resultados encontrados em pesquisa anterior por Van Landuyt et al.⁹, a abordagem de autocondicionamento fornece uma geração de adesivos simplificados e menos sensíveis tecnicamente, porém existe uma cautela em relação a sua eficácia de união ao esmalte. Ao conduzirem um estudo, verificaram que o

condicionamento prévio aumentou significativamente a eficácia do adesivo autocondicionante, no qual, a superfície apresentou-se mais micro retentiva, enquanto na dentina diminuiu significativamente a resistência de união, sendo evidenciada uma camada híbrida de baixa qualidade, propensa a nano infiltração e à maior número de falhas adesivas.

É sabido que na Odontologia os procedimentos adesivos são minuciosos e envolvem etapas críticas, desta forma, visando minimizar falhas no procedimento reabilitador estético executado no presente caso, o sistema de resina composta utilizado compõem-se de resinas nanohíbridas (Empress Direct, Ivoclar Vivadent, Barueri - SP, Brasil) e o uso do adesivo universal (Single Bond Universal, 3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil) foi precedido pelo condicionamento seletivo do esmalte como estratégia para otimizar a resistência adesiva, assim como, no relato de caso apresentado por Ribeiro et al.², que ao fazer uso do mesmo sistema adesivo (Single Bond Universal, 3M ESPE, Sumaré - SP, Brasil), utilizou o método de condicionamento seletivo para esmalte.

A polimerização dos materiais resinosos é considerada um fator muito importante para assegurar as propriedades físicas e biológicas apropriadas; contudo, o estresse de contração é uma das desvantagens inerentes¹⁰. As tensões resultantes desse estresse de contração durante a polimerização podem produzir defeitos entre o material resinoso e a estrutura dentária, levando a falhas como microinfiltração, sensibilidade pós-operatória e cáries recorrentes¹⁰. O uso de restaurações semidiretas é uma técnica que supera essa limitação presente nas restaurações diretas, pois a maior parte do estresse de contração é minimizado devido a polimerização ocorrer antes da cimentação¹⁰. Ao investigarem microinfiltração em restaurações com resina composta, com as técnicas direta e indireta e terminos em esmalte e dentina, verificaram que não houve diferença significativa entre as técnicas diretas e indiretas quando a margem gengival foi colocada no esmalte; porém, a técnica direta apresentou maior microinfiltração quando a margem gengival foi colocada em dentina¹⁰. Além do que, para os autores, o estresse de contração produzido pelo processo de polimerização inerente à resina composta é maior para a inserção direta em uma cavidade do que a contração da camada de cimento resinoso usada nos procedimentos indiretos¹⁰.

Para a etapa de cimentação, sugere-se o uso dos cimentos fotoativados, eliminando a

amina como ativador químico presente nos cimentos quimicamente ativados e duais, que pode provocar alterações de cor no decurso do tempo, comprometendo a longevidade estética do procedimento. Além do tipo de cimento utilizado outros critérios técnicos estão relacionados com a estabilidade de cor, como a contaminação por umidade durante a etapa de cimentação ou aplicação incorreta ou insuficiente da técnica de ativação por fotopolimerização¹¹. Sobre esta fase, a remoção dos excessos de cimento após o assentamento da peça, devem ser removidos com um pincel anteriormente a fotopolimerização, pois a técnica de remoção de excesso após uma pré-polimerização foi constatada a formação de pequenos *gaps* e ausência de cimento nas margens cavos superficiais, comprometendo a longevidade estética do procedimento¹².

Desta forma, no caso apresentado, para a manutenção da longevidade do procedimento estabelecido, justifica-se a escolha da técnica indireta com término em esmalte, e peças cimentadas com cimento fotopolimerizador, fazendo uso de um aparelho polimerizador de alta potência (Valo Cordless, Ultradent, Indaiatuba – SP, Brasil), como também, a remoção do excesso de cimento extravasado após a adaptação das peças ao preparo dentário.

Diversos autores têm apresentado resoluções clínicas de pacientes com alteração estética e funcional de unidades dentárias com morfologia conoide e diastemas múltiplos por meio do planejamento e tratamento multiprofissional, em especial, Ortodontia e Dentística. Tem-se instituído uma abordagem restauradora direta com resina composta para reanatomização dentária, no qual, o material utilizado oferece adequado custo-benefício, excelentes resultados estéticos, longevidade e, quando bem empregadas e na existência de uma oclusão balanceada, características mecânicas satisfatórias. A resolução de casos com alterações morfológicas dentárias possui diferentes desfechos, podendo ou não incluir especialidades distintas da Odontologia. Contudo, o importante é ter conhecimento científico e técnico adequados para o estabelecimento do diagnóstico, planejamento e finalização do caso clínico^{2,3,5,6,13}. No caso descrito, dentre as técnicas e materiais existentes na Odontologia Restauradora, o tratamento realizado de reabilitação de unidades dentárias com alteração de forma através de facetas semidiretas em resina composta para uso direto proporcionou estética, função e oclusão estabilizada; como também,

concedeu ao paciente satisfação e bem-estar.

CONCLUSÃO

Compreende-se que um sorriso harmônico acarreta influência na vida e na autoestima do indivíduo e casos de anomalias de forma dentária e diastemas são tidos como fatores antiestéticos. No relato aqui descrito, destaca-se a importância do tratamento ortodôntico associado à Odontologia Restauradora para o restabelecimento da estética e função, obtendo resultados que melhoraram as relações entre dentes, posicionamento dos lábios, harmonia, equilíbrio dental e facial.

REFERÊNCIAS

1. Araújo TM, Machado AW, Nascimento MHA, Machado JW. Ortodontia e dentística na recuperação da estética do sorriso: relato de um caso clínico. Rev Clin Ortod Dent Press. 2005;4(5):60-8.
2. Ribeiro SMM, Mendes SMA, Araújo JLN. Restabelecimento estético e funcional de incisivo conoide através da integração Ortodontia-Dentística. RDAPO. 2017;1(2):30-7
3. Veronezi MC, Brianezzi LFF, Modena K, Lima MS, Bernardi SE. Remodelação estética de dentes conoides: tratamento multidisciplinar. RDAPO. 2017;1(1):35-40
4. Mangani F, Cerutti A, Putignano A, Bollero R, Madini L. Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers. Eur J Esthet Dent. 2007;2(2):188-209.
5. de Campos PRB, Amaral D, da Silva MAC, Barreto SC, Pereira GDS, Prado M. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso RFO UFO. 2015;20(2):227-31.
6. Stefani A, Fronza BM, André CB, Giannini M. Abordagem multidisciplinar no tratamento estético odontológico. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2015;69(1):43-7
7. Nunes OBC, Abreu PH, Nunes NA, Ramalho HS. Infiltração marginal de resina compostas: Micropartícula, microhíbrida e nanohíbrida. Rev Fac Odontol Lins Unimep. 2009;21(1):25-38
8. Rosa WL, Piva E, Silva AF. Bond strength of universal adhesives: A systematic review and meta-analysis. J Dent. 2015;43(7):765-76
9. Van Landuyt KL, Kanumilli P, De Munck J, Peumans M, Lambrechts P, Van Meerbeek B. Bond strength of a mild self-etch adhesive with and without prior acid-etching. J Dent. 2006;34(1):77-85.
10. Soares CJ, Celiberto L, Dechichi P, Fonseca RB, Martins LRM. Marginal integrity and microleakage of Direct and Indirect Composite Inlays – SEM and stereomicroscopic evaluation. Braz Oral Res 2005;19(4):295-301.

11. Cardoso PC, Cardoso LC, Decurcio RA, Monteiro LJE. Restabelecimento Estético funcional com laminados cerâmicos. ROBRAC. 2011;20(52):88-93
12. Cardoso PC, Luz CA, Magalhães APR, Perillo MV, Monteiro LJE, Decurcio RA. Clínica - International J Braz Dent. 2014;10(2):214-25.
13. Lima MGS, Brito FGB, Cruz JHA, LADM Medeiros, Penha ES, Figueiredo CHMC et al. Reanatomização do sorriso com uso de resina composta: relato de caso. Arch Health Invest. 2019;8(9):501-5.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Tássia Monique dos Santos Pereira

Rua Bartolomeu de Gusmão 45 – Sobradinho,
44021-165 Feira de Santana – BA, Brasil

tel: (75) 981511858

Email: tassia_moniq@hotmail.com

Submetido em 23/10/2020

Aceito em 16/07/2021