

REANATOMIZAÇÃO EM DENTES ANTERIORES REANATOMIZATION OF ANTERIOR TEETH

Natasha Dalila Perin¹
Júlio Cezar Chidoski Filho²

RESUMO: Na sociedade em que vivemos, sob grande influência de padrões estéticos e impulsionados por uma cultura consumista, é natural que cada vez mais as pessoas busquem atingir a máxima perfeição. Com isso, o cirurgião-dentista vem conquistando espaço e representando um papel importante, visto que, os pacientes apresentam um cuidado maior com a aparência do seu sorriso e a forma como ele é visto. Hoje em dia após o surgimento da odontologia moderna e seu grande leque de materiais e técnicas inovadoras, que buscam cada vez mais mimetizar as estruturas dentais deixando o sorriso naturalmente agradável, é possível alterar a cor, tamanho e formato dental. Com esses avanços, surgiram inúmeras opções aos pacientes, que por algum motivo estão insatisfeitos com a aparência de seus dentes, tornando possível alcançar o tão sonhado sorriso harmonioso, já que existem materiais acessíveis para todas as classes sociais e faixas etárias. Dessa forma, o objetivo desse trabalho será uma revisão de literatura por meio de estudo em livros e artigos científicos, acerca das técnicas restauradoras para reanatomização em dentes anteriores, mostrando de certa forma as inúmeras possibilidades, concluindo que não existe até o presente momento nenhum material absoluto para este tipo de restaurações. Para este presente estudo, foram utilizados artigos publicados entre o ano de 2007 e 2020, encontrados em plataformas *online* como *Scientific Eletronic Library On-line* (Scielo) e Google acadêmico.

1826

Palavras-chaves: Anatomia. Estética Dentária. Resinas Compostas. Técnicas.

ABSTRACT: In the modern society under the great aesthetics influence to propel the society about consumer culture, it is natural each time there are more people to seek perfection. Consequently the dentists has been acting on an important role while their patients has been carefully of theirs style of smile. Nowadays about the birth of modern dentistry, there is a large scale of materials and innovative techniques which seek to mimic dental structures to naturalizer the smile, There is being possible to change the

¹ E- mail: natashaperin@hotmail.com.

² Graduação em odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2014). Possui aperfeiçoamento em Estética e Prótese metal free (ABO-PG 2013). Mestrado em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa área de concentração Dentística Restauradora (2018). Doutorado em andamento pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Especialização em Prótese Dental em andamento (Centro de Reabilitação oral- Ponta Grossa- Uniavan) Tem experiência na área de Odontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: adesão, retenção intrarradicular, peróxido de hidrogênio, condicionamento e clareamento dental, metodologias ativas de ensino. E-mail: juliochidoski15@hotmail.com

color of teeth, the size and shape of them. With these advances we have a lot of options to help patients who for any reason are unhappy with the style of their teeth and seek to improve on their smiles and there are new materials available for all social classes and age groups. Therefore, the main principle of this article will make a casuistic study of scientific books and another types of redactions about restorative techniques for reanatomization in anterior teeth and trying to show a pathway to there is a regular type of modern material or modern dentistry structure to act with a good quality which the dentists will really appreciate. In this case the articles published between 2007 to 2020 were used to be research study and they found in online platforms such as Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Academic Google.

Keywords: Anatomy. Esthetics Dental. Composite Resins. Methods.

INTRODUÇÃO

O tratamento odontológico, que por diversos anos tinha como foco dentes cariados, está mudando para intervenções em dentes saudáveis, isso ocorre pois a população está sempre buscando seguir os padrões de beleza que são impostos a milhares de anos, que se torna exigente nos dias atuais (VERONEZI et al, 2017).

O sorriso (parte das expressões faciais), recebe destaque por ser ele o responsável por expressar emoções, como humor, alegria, felicidade, prazer, agradecimento. Desta forma, tem se tornado a principal preocupação de milhares de pessoas que estão em busca da harmonia perfeita, e padrões estéticos. Desde os primórdios, a sociedade segue em busca constante da perfeição, é evidente que com o passar dos anos, isso tende a ser cada vez mais presente em nossa sociedade, visto que, dentro dos padrões impostos, ocorre uma maior aceitação social. Por esses e outros inúmeros motivos, essa busca insaciável deixou de ser apenas vaidade, mas sim uma necessidade (FREESE et al, 2020).

Existem diversos fatores que podem interferir na harmonia do sorriso, estas são chamadas de anomalias dentárias, que podem ser classificadas como anomalias de tamanho, número, forma e estrutura. No atual momento, inúmeras técnicas e materiais estão sendo desenvolvidos para suprir a demanda e procura dos pacientes, com isso surgem diversificadas opções de tratamento possibilitando que a aparência dos dentes seja transformadas de forma rápida, econômica, conservadora e natural (FRANCO et al, 2008)

É importante ressaltar, que nos casos de reanatomização, não somente a estética deve ser observada no momento da escolha, mas também assegurar forma e função.⁴ Para que se possa chegar a um resultado satisfatório, tanto para o paciente como também para o profissional, é importante se ter um bom planejamento estético e funcional, neste caso

podendo envolver profissionais de diversas áreas da odontologia, como por exemplo a periodontia, e a ortodontia (VERONEZI et al, 2017).

Para reanatomização em dentes anteriores, pode-se contar com alguns métodos atualmente disponíveis no mercado, os comumente conhecidos e mais utilizados são: coroas totais, facetas de cerâmicas, resinas compostas diretas e recentemente o público vem conhecendo os laminados cerâmicos. Em qualquer um deles, é possível obter um resultado satisfatório e uma harmonia do sorriso (VERONEZI et al, 2017).

A técnica restauradora direta com resina composta, é popularmente conhecida e procurada pelos pacientes, por apresentar simplicidade, eficácia e rapidez, já que dispensa a necessidade de desgaste e preparos invasivos. Além disso, proporciona um menor número de consultas, pois no caso de mão livre, dispensa a etapa laboratorial, sendo confeccionada pelo cirurgião-dentista (CUNHA et al, 2013)

Diferente das restaurações diretas, a resina composta indireta é confeccionada em laboratório, podendo assim conferir mais detalhes anatômicos e métodos adicionais de polimerização, influenciando nas propriedades do material, conferindo mais durabilidade e resistência na peça, trazendo assim melhorias se comparada com a técnica direta (BLANCO et al, 2012).

Os laminados cerâmicos, são relativamente novos, porém, apresentam um resultado satisfatório, sendo indicados para reanatomização em dentes anteriores por apresentar baixa necessidade de desgaste, preservando maior quantidade de estrutura sadio(MENEZES et al, 2015).

Independente do método escolhido, vale ressaltar a importância de um diagnóstico e um planejamento adequado, levando sempre em conta a necessidade de cada paciente, para que seja possível chegar no melhor resultado disponível (FRANCO et al, 2008).

É dever do profissional, esclarecer dúvidas do paciente, dar a ele diversas alternativas, que se enquadram no caso proposto, bem como falar das suas vantagens e desvantagens, e também alertar das indicações e contraindicações de cada procedimento (FIGUEIREDO et al, 2008). Diante do exposto, questiona-se, quais as opções disponíveis para reanatomização em dentes anteriores?

O presente estudo, justifica-se por abordar um tema presente na sociedade e que com o passar dos anos a procura vem sendo maior, visto que a busca pelos padrões estéticos é constante. Se faz necessário, pois mesmo com o tema ainda em crescimento

constante, existem muitas dúvidas a respeito de seu custo, como é realizado, sua eficácia e indicações.

Busca-se apresentar por meio de uma revisão de literatura, duas técnicas restauradoras disponíveis indicadas para reanatomização em dentes anteriores, desmitificando que existe somente uma absoluta, mostrando as inúmeras possibilidades, para diferentes classes sociais e faixas etárias. Expor também duas maneiras diferentes para reanatomização do sorriso, apresentando um passo a passo cada uma delas, e salientar a importância de relacionar estética com forma e função.

Para realização desta revisão de literatura serão utilizados como base científica mais de 20 artigos científicos a respeito do tema escolhido, encontrados em plataformas online como *Scientific Eletronic Library On-line* (Scielo) e Google acadêmico, publicados no período entre 2007 e 2020. Como critério de inclusão para a escolha dos materiais utilizados, serão realizadas pesquisas online utilizando palavras chaves como: Reanatomização, estética dental, resina composta, laminados cerâmicos, entre outras. Como critério de exclusão, não serão utilizados artigos publicados antes de 2007.

1. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Técnicas disponíveis para Reanatomização

Com o desafio constante de estar entre os padrões estéticos atuais, se torna comum encontrar pacientes insatisfeitos com o próprio sorriso, buscando ajuda no cirurgião-dentista para que assim possam satisfazer as exigências impostas. Com essa grande demanda, o cirurgião-dentista tende a buscar novas técnicas, aperfeiçoando e chegando mais perto da naturalidade e do sorriso harmonioso. Com o passar do tempo, essa tarefa vem se tornando possível, devido a infinidade de materiais que estão surgindo, dando assim, inúmeras possibilidades ao profissional, já que, esses materiais variam de resinas compostas a cerâmicas (MAZZARO, ZAVANELLI, 2010).

Para reanatomização em dentes anteriores, pode-se contar com inúmeras técnicas disponíveis no mercado, porém as comumente conhecidas e mais utilizadas são as resinas compostas diretas e as facetas de cerâmicas, também chamadas de laminados cerâmicos. Em qualquer uma das citadas, é possível obter um resultado que seja satisfatório e harmonioso, não somente para o paciente, mas também para o cirurgião-dentista (VERONEZI et al, 2017).

2.1.1 Resina Composta

As resinas compostas podem ser colocadas como um dos materiais mais conhecidos na odontologia, e não só pelos dentistas, mas também pelos pacientes, elas são amplamente utilizadas em tratamentos restauradores, e também estéticos, como por exemplo as facetas diretas e indiretas, isso ocorre pois além da acessibilidade, possuem grande variedade de compósitos, com diferentes propriedades químicas e mecânicas. Além disso, elas possuem diferentes valores no mercado, tendo resinas de baixo a alto custo (FERNANDES et al, 2014).

Com a crescente evolução dos materiais dentários, o tratamento conservador tem sido cada vez mais o favorito dos pacientes, porque oferecem inúmeras vantagens como a preservação da estrutura dentária, requer menor tempo de tratamento, permite um baixo custo, quando comparados aos cerâmicos, e ainda assim proporciona resultados estéticos altamente satisfatórios (DIEGUES et al, 2017).

É importante afirmar, que com o crescente desenvolvimento das técnicas, as resinas, também evoluíram, passando por diversos processos de alterações e criando categorias nas quais são divididas agora, podendo ser escolhidas e apontadas para cada caso em específico, podendo chegar assim a um resultado natural, funcional e harmonioso (KINA, AUGUST, CARMO, 2007).

- Resinas compostas convencionais, tradicionais ou de macropartículas: Estas foram as primeiras introduzidas no mercado e apresentavam partículas inorgânicas de quartzo ou vidro de estrôncio e 70 a 80% de bário em peso. Particularmente o quartzo é um componente comumente utilizado para aumentar a resistência à abrasão e favorecer o índice de refração da luz, porém apresenta radiopacidade inferior à dentina. Esse quesito pode ser aprimorado com partículas de estrôncio e bário que são mais radiopacos (KINA, AUGUST, CARMO, 2007).

- Resinas compostas de micropartículas: propondo eliminar as desvantagens das macropartículas, foram introduzidas na década de 70, estas, compostas de sílica coloidal juntamente com dióxido de silício ou sílica pirolítica, apresentando tamanho de aproximadamente 0,04 micrômetros de diâmetro e em média 50% por concentração por peso. As micropartículas podem ser incorporadas à matriz resinosa (BIS-GMA) de duas maneiras: direta (compósitos homogêneos) em que são adicionadas à matriz em sua forma original ou indireta (compósitos heterogêneos) onde podem ser aglomeradas por um

processo chamado sinterização, precipitação ou condensação. De qualquer forma, há sinterização e pré-polimerização que formam uma única partícula conglomerada de diâmetro aproximado de 10 a 20 μm , que juntamente com a sílica coloidal formam sua carga total em torno de 50 a 60% em peso, passando a apresentar uma morfologia de formato esferoidal (KINA, AUGUST, CARMO, 2007).

- Resinas compostas híbridas: até este momento, as resinas compostas eram de certa forma, somente indicadas para restaurações em dentes anteriores. Por sua baixa resistência o uso em dentes posteriores era restringido e contra-indicado. Com isso, surgiram as resinas com alta resistência ao desgaste para uso em dentes posteriores. Possuem carga de partículas coloidais e uma ou até cinco partículas de vidro de tamanho menor (1 a 2 μm), denominada então de resina composta híbrida. Estas possuem propriedades de textura e resistência combinadas em um único material. As partículas de vidro surgiram então para preencher este espaço. Por sua alta resiliência, apresentam o poder de absorver as forças mastigatórias da melhor maneira possível, não a transmitindo para a matriz e não provocando microfraturas (KINA, AUGUST, CARMO, 2007).

De acordo com a quantidade de partículas presentes em sua composição, as resinas híbridas podem ser classificadas em: baixa densidade com menos de 40% de carga, de média densidade com 75% a 80% de carga (indicadas para o uso em dentes anteriores por qualidade estética, devido as partículas de vidro com índice de refração próximo a do esmalte) e de alta densidade com mais de 80% de carga, indicadas para dentes posteriores (KINA, AUGUST, CARMO, 2007).

- Resinas compostas fluídas – “*flowable*”: Surgiram em 1996, como progresso dos materiais selantes com características de resinas híbridas ou microhíbridas, porém com baixa viscosidade, baixo módulo de elasticidade e alta fluidez (60 a 70%). Essas apresentam baixa quantidade de micropartículas de carga quando comparada com a resina convencional. Por terem pouca resistência ao desgaste, são parecidas com os cimentos resinosos e são indicadas para selamento de fósulas e fissuras, restaurações preventivas classe I, III e V. Ainda em caixas proximais de preparos classe II, reparo das margens em restaurações de resina, em coroas de porcelanas e forramento (KINA, AUGUST, CARMO, 2007).

A resina composta apresenta inúmeras vantagens, podendo ser listadas as principais, como boa lisura superficial, fácil polimento e acabamento, radiopacidade,

coeficiente de expansão térmica linear próximo ao da estrutura do dente, resistência de compressão, baixo custo, durabilidade da restauração, rapidez nos resultados finais, e possibilidade de reversão através de uma técnica minimamente invasiva (DIEGUES et al, 2017).

No entanto, também existem desvantagens no uso deste material, e é dever do profissional na hora da escolha do tratamento especificar tudo ao paciente. Entre as desvantagens, estão a contração de polimerização que pode levar a ocorrência de trincas e infiltração marginal, isso ocorre quando seu efeito não é controlado pela técnica correta no momento da fotopolimerização, também pode ocorrer a baixa estabilidade de cor, que podem vir a acontecer de duas maneiras distintas: manchamento superficial e descoloração interna (FERNANDES et al, 2014).

Para que seja possível chegar num bom resultado ao final do tratamento, deve-se levar em conta a habilidade do profissional, pois estas restaurações não envolvem grandes desgastes, podendo até mesmo não haver desgastes de tecido hígido, portanto, é de extrema importância o conhecimento na hora da aplicação de sistemas adesivos, e assim como a inserção da resina composta, levando em consideração que detalhes como anatomia, cor e tamanho serão confeccionados manualmente pelo mesmo (KEGLER et al, 2009).

Além da habilidade do cirurgião-dentista, existem etapas cruciais para que o bom resultado seja alcançado, como a confecção de procedimentos pré-operatórios, escolha do material que mais se adequa, seleção da cor, um eficaz isolamento do campo operatório, preparação dentária, colocação de compósito de acordo com as diferentes áreas policromáticas do dente, além de um bom acabamento e polimento, que conferem a maior naturalidade ao final da restauração (DIEGUES et al, 2017).

Devido à grande quantidade de cores atualmente disponíveis no mercado, é possível reproduzir as características ópticas dos dentes, tornando dessa forma, os compósitos diretos uma das melhores alternativas disponíveis, conferindo a ela uma proposta conservadora, rápida, e com ótimo custo-benefício ao paciente. Inúmeros relatos de casos apresentados, obtiveram sucesso no tratamento, comprovando assim a eficácia da resina compostas em reabilitações estéticas (PEIXOTO et al, 2018).

2.1.2 Facetas de cerâmicas

Uma alternativa capaz de fazer alterações dentárias, são as conhecidas facetas de cerâmica. Uma das principais diferenças se comparadas com as resinas diretas, são que

estas possuem a etapa laboratorial, e somente após serem confeccionadas, e com o preparo nos dentes previamente já realizado, são cimentadas pelo cirurgião-dentista, essas são capazes de cobrir imperfeições que costumam incomodar quando se trata de um sorriso harmônico (CARDOSO et al, 2011).

Apesar de estarem mais presentes no público a pouco tempo, a história das facetas de cerâmica deu início em 1938, quando o Dr. Charles Pincus, a fim de satisfazer as reclamações a respeito do sorriso de algumas estrelas de cinema, descreveu uma técnica onde a cerâmica de espessura extremamente fina era aderida ao dente, sem nenhum preparo, por meio de um pó para fixação de próteses totais. Apesar de obterem resultados satisfatórios, as lâminas eram retiradas ao final de cada filmagem, visto que, não possuíam a retenção adequada (KINA, AUGUST, CARMO, 2007).

São estruturas não metálicas, inorgânicas e contêm principalmente compostos de oxigênio. Exibem uma excelente resistência à flexão, à tenacidade e à fratura. Elas possuem função estética e são funcionais, possuem indicações para alteração de forma, tamanho, cor, textura, alinhamento dental e para restabelecer oclusões (BARATIERI, 2010).

Elas recobrem o esmalte na face vestibular e a palatina, por um material restaurador que é unido ao dente por um sistema adesivo. Ela pode ser indireta e direta, sendo que a técnica indireta é feita em laboratório, ela deve ser semelhante ao esmalte natural e conter as seguintes propriedades: ópticas, mecânicas e biológicas (BARATIERI, 2010).

Dentre as vantagens da cerâmica, pode-se citar a estabilidade de cor, mesmo possuindo uma espessura fina, resistência ao desgaste, coeficiente de expansão térmica semelhante ao do esmalte, e uma estética refinada, que agradam diversões padrões estéticos, incluindo homens, mulheres, adultos e idosos (BARATIERI, 2010).

Entre outras vantagens, nota-se que o preparo realizado é restringido somente ao esmalte, sem atingir dentina, e para profissionais que apresentam dificuldades em obter uma estética agradável com facetas diretas, podem recorrer a uma associação com um bom técnico de prótese, visto que as facetas são confeccionadas em laboratório, e assim obter um resultado excelente (BARATIERI, 2010).

Dentre as desvantagens, observa-se que existe a necessidade de uma prática clínica prévia para a execução do preparo; existe também a dificuldade em conseguir um

bom resultado em dentes com apinhamento e com severa alteração de cor; fragilidade da peça cerâmica antes da adesão; tempo clínico elevado para adesão; possibilidade de sensibilidade dentinária; dificuldade de reparo caso ocorra fratura e provisórios com alto grau de dificuldade para a sua confecção (BARATIERI, 2010).

Na tabela 1 descrita abaixo, de acordo com os autores Kina, August e Carmo, observa-se as indicações e em quais situações clínicas é indicado fazer o uso das facetas de cerâmica, e, logo abaixo, na tabela 2, estão listadas as contraindicações das facetas de cerâmica, e em quais situações clínicas seu uso seria inadequado e/ou ineficiente (KINA, AUGUST, CARMO, 2007).

Tabela 1 – Indicações e respectivas situações clínicas para adesão de facetas em cerâmica

| | Indicações | Situações Clínicas |
|----|--|---|
| | Alterações de cor, quando refratários o branqueamento dentário e/ou microabrasão | -Amelogênese imperfeita -Fluorose -Manchas por tetraciclina, NIII,e IV -Envelhecimento fisiológico -Escurecimento por trauma -Pigmentações intrínsecas |
| I | Modificações de forma e textura | Forma; Encerramento de diastemas - Aumento do comprimento dentário - Forma dentária atípica (ex: incisivos malformados, dentes conóides, microdontia) - Transformação dentária (ex: canino em incisivo lateral) dentes decíduos. Textura; Amelogênese imperfeita - Displasia - Atrição - Erosão - Abrasão |
| II | Restaurações de grande proporção | Dentes fraturados. Deformações congênitas e anomalias adquiridas. |
| V | Pequenas correções de posição dentária | Dentes rotacionados. Alteração de angulação. |
| | Casos especiais | Faceta laminada lingual, para correção ou criação de guias de desoclusão. Recuperação estética das |

coroas protéticas fraturadas.

Fonte: KINA; AUGUST; CARMO (2007)

Tabela 2 – Contraindicações das facetas de cerâmica

| | Contraindicações | Situações Clínicas |
|----|-----------------------------------|---|
| | Oclusão e posição inadequada | <ul style="list-style-type: none"> - Sobremordida profunda. - Parafunções (ex, bruxismo). - Dentes que exibem apinhamento severo. - Dentes que ainda estão em erupção ativa. |
| I | Restaurações múltiplas e amplas | A avaliação das restaurações presentes é necessária para evitar dissabores durante o preparo dentário. Sempre e preferível substituir restaurações precárias ou englobá-las ao preparo antes da colocação das facetas. |
| II | Apresentação anatômica inadequada | <ul style="list-style-type: none"> - Coroa clínica excessivamente curta. - Dentes muito alinhados com a região incisal muito delgada (limitação comum em incisivos inferiores) coroas muito triangulares. |
| V | Cáries e higiene oral precária | <ul style="list-style-type: none"> - Alta atividade de cárie. - Devem ser evitadas em pacientes com hábitos de higiene oral inadequados. |

1835

Fonte: KINA; AUGUST; CARMO (2007)

As facetas de cerâmica, podem ser consideradas como uma alternativa segura e previsível para reabilitação em dentes com alterações de cor, tamanho e forma, de acordo com pesquisas, a cerâmica é considerada entre uma das melhores opções terapêuticas, levando em consideração a sua alta taxa de sucesso e durabilidade. É necessário que haja conhecimento do material e da técnica a ser utilizada, bem como suas indicações e limitações, para que ocorra o sucesso clínico e satisfação (KINA, AUGUST, CARMO, 2007).

2.2 Passo a Passo Clínico para Reanatomizações

2.2.1 Facetas Diretas em Resina Composta

No caso descrito, trata-se de uma paciente do sexo feminino, de 34 anos, que procurou atendimento odontológico devido a insatisfação com as restaurações nos dentes

anteriores, foi realizada *anamnese* e exame clínico, onde notou-se a resina com coloração alterada nos dentes 21 e 11, e também uma anatomia inadequada nos elementos 13 a 23, comprometendo a harmônio do sorriso, e por fim, no exame radiográfico, apontou ausência de lesões cariosas, com isso foram realizadas as fotografias odontológicas da paciente (figura 10, 11, 12, 13) (GOUVEIA et al, 2018)

Figura 10 – Foto extrabucal, vista frontal



Figura 11 – Foto intrabucal, vista frontal



Fonte: GOUVEIA *et al.* (2018)

Fonte: GOUVEIA *et al.* (2018)

Figura 12 – Vista lateral direita



Figura 13 – Vista lateral esquerda



Fonte: GOUVEIA *et al.* (2018)

Fonte: GOUVEIA *et al.* (2018)

O arco superior e o arco inferior foram moldados com silicone de condensação, então foi confeccionado o enceramento diagnóstico no modelo de estudo, é nesta etapa onde se vê a alteração da forma, anatomia e tamanho dos dentes, nenhum tratamento clareador foi executado por opção do paciente (GOUVEIA et al, 2018).

A paciente aprovou o enceramento diagnóstico, então foi confeccionada a guia de silicone de condensação, em cima do modelo de enceramento, que é de grande ajuda na hora da confecção da face palatina dos dentes a serem restaurados. Feitos os ajustes com uma lâmina de bisturi, a guia foi posicionada na face palatina (figura 14) e foi possível verificar o espaço criado pelo enceramento, ele será preenchido com resina (GOUVEIA et al, 2018).

Figura 14 – Guia Posicionada



Fonte: GOUVEIA *et al.* (2018)

Antes da confecção das facetas, foram substituídas as restaurações dos dentes 11 e 21, posteriormente, foi dado início nas facetas, foi realizado condicionamento com ácido fosfórico 37%, aplicação de duas camadas do sistema adesivo e conforme o fabricante, fotoativado por 20 segundos (GOUVEIA et al, 2018).

Logo após, a guia restauradora foi posicionada, a e procedeu-se a confecção da concha palatina, com resina translúcida, depois as faces proximais foram confeccionadas (figura 15) com o auxílio de uma matriz metálica a pré-formada e afastamento gengival com fio retrator nº 00 (figura 16). Para isso, foi realizado um novo condicionamento ácido e aplicação do sistema adesivo como descrito anteriormente (GOUVEIA et al, 2018).

Figura 15 – Concha palatina e faces proximais confeccionadas



Fonte: GOUVEIA *et al.* (2018)

Figura 16 – Fio retrator posicionado e estratificação dos dentes 11, 12 e 13



Fonte: GOUVEIA *et al.* (2018)

Resina de dentina A2 foi aplicada na face vestibular em uma única camada, afim de evitar aderência de possíveis bolhas, com os mamelos já caracterizados, foi feito a fotoativação por 20 segundos. Com uma resina de efeito BT, foi feito o preenchimento dos espaços entre os mamelos, e posteriormente, com uma resina fluída transparente foi pincelado na concha palatina, e por fim foram realizadas pequenas caracterizações incisais com Tetric Color Branco (GOUVEIA et al, 2018)

Com uma resina de esmalte A1, foi realizada a sequência de estratificação da face vestibular até o terço médio, e no terço incisal, foi utilizada uma resina de efeito XWE, com resina de esmalte A1, foram realizados pequenos aumentos na incisal e na vestibular dos dentes 14, 15, 24 e 25 (GOUVEIA et al, 2018).

Com a etapa restauradora finalizada, foi feita a remoção do fio retrator, e foi dado início aos ajustes oclusais e acabamento, que foram realizados com lâminas de bisturi, e pontas diamantadas, foi verificado a oclusão da paciente com movimentos excursivos da mandíbula²⁰.

A paciente foi dispensada, e na sessão posterior, após a acomodação das papilas, foi possível observar o contorno gengival e realizar o ajuste das anatomias secundárias e terciárias, utilizando-se pontas diamantadas, foi feito o polimento final, com taças de borracha, e o polimento proximal com tiras de acabamento, e por fim, rodas de pelo de cabra para um acabamento excelente (figuras 17 e 18), foi possível observar naturalidade e harmonia ao final do tratamento (GOUVEIA et al, 2018).

Figura 17 - Aspecto final do sorriso com vista frontal



Fonte: GOUVEIA *et al.* (2018)

Figura 18 - Aspecto final do sorriso com vista lateral



Fonte: GOUVEIA *et al.* (2018)

2.2.2 Facetas de Cerâmica

No caso descrito, apresenta-se um paciente do sexo masculino, de 23 anos, que procurou atendimento relatando incomodo devido a coloração de seus dentes, e com os

espaços presentes entre os incisivos centrais superiores, foi realizado exame clínico e radiográfico, onde relatou que já havia feito reanatomização anteriormente, em resina composta. Havia diastemas na mesial dos dentes 11 e 21, onde o material restaurador já estava danificado, com trincas e ranhuras (Figura 1 e 2). Feito o odontograma, foi feita a remoção das resinas compostas antigas nos elementos 15 a 25, para assim iniciar a confecção das facetas de cerâmica (GIONGO et al, 2020).

Figura 1 – Aspecto Inicial do sorriso



Fonte: GIONGO et al. (2020)

Figura 2 – Presença de diastemas, ranhuras e escurecimento nas resinas antigas



Fonte: GIONGO et al. (2020)

Em seguida, foi realizada a seleção de cor dos dentes do paciente, a cor que mais se aproximou foi a A3 da escala Vita Classical®, após isso, os modelos de estudo foram confeccionados através de uma moldagem anatômica de ambas as arcadas, realizados com o alginato Hydrogum®, e posteriormente o vazamento do gesso especial fuji IV e, enceramento diagnóstico dos elementos 15 a 25, para o mock-up foi confeccionado uma guia de silicone de condensação com Zetalabor (GIONGO et al, 2020).

Foi feita uma profilaxia com pedra pomes e soro fisiológico, e uma adaptação de um afastador bucal Arcflex®. Para o clareamento dental utilizou-se gel de peróxido de hidrogênio a 35% Whiteness HP blue®, o clareamento foi repetido 3 vezes, com um intervalo de 7 dias (GIONGO et al, 2020).

Com o clareamento dental finalizado, foi realizado a instalação do mock-up, onde foi inserida a resina bisacrílica Protemp4® dentro da guia confeccionada que foi posicionada no arco superior. Foi feita a remoção dos excessos, sendo possível observar a

anatomia e função do planejamento, e o paciente teve uma prévia com relação ao formato e tamanho dos dentes, foi realizado arredondamento das bordas incisais mesiais e distais dos dentes 11 e 21 respectivamente (Figura 3) (GIONGO et al, 2020).

Figura 3 – Mock-up



Fonte: GIONGO *et al.* (2020)

Após o paciente ter aprovado o novo formato de seus dentes, com auxílio de uma caneta de alta rotação e uma ponta diamantada 2135 iniciou-se o preparo dos dentes, a remoção da resina composta e o desgaste seletivo da estrutura dental de aproximadamente 1,0mm foi realizado com auxílio de uma guia de desgaste, que foi posicionada para facilitar a visualização do desgaste já realizado (figura 4). O preparo foi finalizado fazendo o refinamento final com pontas diamantadas (figura 5) (GIONGO et al, 2020).

1840

Figura 4 – Guia de desgaste posicionada



Fonte: GIONGO *et al.* (2020)

Figura 5 – Preparo finalizado nos dentes 15 a 25



Fonte: GIONGO *et al.* (2020)

Posteriormente a moldagem foi confeccionada com silicone de adição pela técnica de passo único, para isso utilizou-se fio retrator 000. Após a moldagem os provisórios

foram instalados na cor A2 com resina bisacrílica, foi utilizada a mesma guia usada no mock-up¹⁹.

No laboratório, já com o modelo em gesso, foram produzidas 8 facetas de dissilicato de lítio o na cor B1 (Figura 6). Já com as peças prontas, foi removido o provisório e realizado uma profilaxia com pedra pomes e soro fisiológico. A prova seca foi feita, nos dentes limpos e secos, esta etapa é realizada para verificar a adaptação das peças no preparo cavitário. Logo após foi feita a prova úmida com o sistema try-in cor A1 Allcem Veneer® (GIONGO et al, 2020).

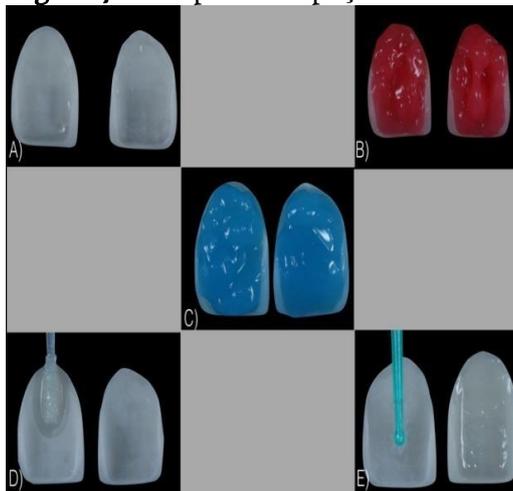
Figura 6 – Facetas no modelo de estudo em dissilicato de lítio na cor B1



Fonte: GIONGO et al. (2020)

A cimentação foi iniciada com o preparo das peças, aplicando ácido fluorídrico (figura 7b), lavou-se abundantemente, posteriormente a aplicação do ácido fosfórico à 37% (figura 7c), com as peças já secas, duas camadas de silano foram aplicadas (figura 7d), e por fim uma camada de adesivo (figura 7e) foi aplicada sem sua fotopolimerização (GIONGO et al, 2020).

Figura 7 – Preparo das peças



Fonte: GIONGO et al. (2020)

Com as peças devidamente preparadas, foi dado início ao preparo dos dentes, onde foi feito o isolamento do campo operatório, envolvendo os dentes 15 a 25, condicionamento

com ácido fosfórico a 37%, durante 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, e posteriormente aplicação do adesivo, sem realizar sua fotopolimerização (GIONGO et al, 2020).

Finalizado as etapas de preparo dos dentes e das peças, foi dado início a cimentação com o cimento resinoso Allcem veneer® cor E-bleach no interior das peças 11 e 21 e em seguida adaptando-os no preparo, realizou-se uma fotoativação de 3 segundos para estabilizar a peça, e em seguida remover os excessos de cimento. Na sequência o mesmo procedimento foi realizado nos outros elementos, a fotopolimerização final foi feita em cada dente por 60 segundos (GIONGO et al, 2020).

Com o campo de isolamento operatório já removido, foi realizado o acabamento e polimento, e os ajustes finais, utilizando pontas diamantadas. O resultado final mostra um sorriso natural e funcional, e com propriedades ópticas agradáveis (figura 8 e 9) (GIONGO et al, 2020).

Figura 8 – Aspecto final



Fonte: GIONGO *et al.* (2020)

Figura 9 – Aspecto final



Fonte: GIONGO *et al.* (2020)

2.3 Importância de relacionar estética com forma e função

A estética baseia-se na ciência de mimetizar o trabalho com a natureza, sendo assim, o tratamento restaurador não deve somente devolver forma e função dos elementos dentários, tem como dever também, reabilitar um sorriso que se adeque ao paciente e ao seu estilo de vida, realçando a beleza do indivíduo em questão (CLAVIJO, SOUZA, ANDRADE, 2007).

É preciso salientar a importância individual dos dentes que se relaciona com suas formas peculiares assim como é necessário enfatizar que a saúde bucal pode interferir diretamente na saúde geral, onde muitas vezes, uma pequena interferência na boca, pode

vir a ocasionar diversas complicações no nosso organismo. No geral, o conjunto de dentes apresentam as funções de: mastigação de alimentos, articulação das palavras e são primordialmente importantes para a estética (CLAVIJO, SOUZA, ANDRADE, 2007)

Na hora da alimentação, cada dente apresenta um papel, sendo eles:

Incisivos (sejam centrais ou laterais) – são dentes frontais afiados em forma de cinzel, quatro superiores e quatro inferiores. Sua função é de cortar os alimentos.

Caninos — dentes com pontas agudas, dentes mais pontiagudos que estão localizados ao lado dos incisivos, são eles dois superiores e dois inferiores. Desempenham o papel de rasgar o alimento.

Pré-molares — geralmente dentes com duas pontas, apresentam cúspides. Se encontram entre os caninos e molares. Quatro na arcada superior e quatro na inferior, totalizando oito pré-molares. São essenciais para triturar os alimentos.

Molares — São maiores e apresentam coroas mais grossas em relação aos outros dentes. Em contrapartida suas superfícies são menos pontuadas quando comparadas aos outros, apresentam várias cúspides. Os molares no total são em oito, quatro superiores e quatro inferiores. São utilizados essencialmente para a mastigação (CLAVIJO, SOUZA, ANDRADE, 2007).

Os dentes são classificados de acordo com sua posição e função. Apesar de serem diferentes dos outros órgãos, eles não devem ser considerados isolados, visto que interagem no corpo como um todo e estão ligados a saúde geral de cada pessoa. A boca possui uma organização especial já que cada dente possui uma forma e função diferente. Por isso todo dente tem sua importância e em conjunto trabalham com maior eficácia, quando individualmente estão em boa forma e exercem sua função (CLAVIJO, SOUZA, ANDRADE, 2007).

I. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os estudos, podemos concluir que a reanatomização de dentes anteriores apresenta alta taxa de sucesso clínico, trazendo satisfação para o paciente, que aprova o resultado estético do novo sorriso, assim como para o cirurgião dentista, que comprova e valida a eficácia de todas as etapas clínicas utilizadas para a conclusão do caso. A escolha do material a ser utilizado está sempre na dependência de atender as necessidades específicas de cada paciente.

O uso da resina composta, possibilita a obtenção de bons resultados, considerando a capacidade operatória e experiência do profissional assim como a precisão da técnica a ser utilizada. Destacamos ainda que a escolha da resina composta é justificada por ser considerada um material restaurador de baixo custo, conservador e que dispensa etapas laboratoriais.

Por possuírem baixa resistência quando comparadas às facetas de cerâmica apresentam mais falhas relacionadas a estética, que são passíveis de reparo, embora se caracterizem como transtorno imposto ao paciente.

A alta resistência e translucidez associadas às excelentes propriedades estéticas e ópticas possibilitam que as facetas de cerâmica sejam cada vez mais semelhantes ao aspecto dos dentes naturais. Como desvantagens desta escolha destacamos a necessidade de etapa laboratorial, que onera o valor final do produto oferecido ao paciente, complementando ainda que a técnica requer desgaste do dente natural e até o momento da sua cimentação, é considerada friável.

Concluimos assim que ambas as técnicas são capazes de satisfazer as expectativas do paciente e do profissional envolvido, oferecendo resultados estéticos amplamente satisfatórios, desde que observadas as corretas indicações e que sejam executadas com rigor técnico-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Baratieri L, Odontologia Restauradora. São Paulo Ed. Santos, 1º ed fundamentos e possibilidades 2001: p.739.
2. Blanco PC. *et al.* Restauração de Dentes Conóides com Resina Indireta: Relato de Caso. *Cient Ciênc Biol Saúde*, v. 14, n. 04, p.257-261, ago. 2012. 63
3. Cardoso C. *et al.* Restabelecimento estética funcional com laminados cerâmicos. *Rev Odontol Bras Central* 2011; Goias: p.1-6.
4. Clavijo VGR; Souza NC; Andrade MF. Ips e.Max: harmonização do sorriso. *R Dental Press Estét*, Maringá, v. 4, n. 1, p. 33-49, jan./fev./mar. 2007
5. Cunha CTM. *et al.* Incisivos Laterais Conóides: Otimização Estética Através do Uso de Resina Composta Direta. *Cient Ciênc Biol Saúde*, v. 15, n. 4, p.307-310, jun. 2013.
6. Diegues MA. *et al.* Cerâmica X Resina Composta: O que utilizar?, *Revista Uningá*, vol. 51, pág 87- 94. Publicado em 2017.

7. Fernandes HGK. *et al.* Evolução da resina composta: Revisão da Literatura. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 401-4011, ago./dez. 2014
8. Figueiredo RJA *et al.* Otimizando a estética por meio de reanatomizações em dentes conóides. Rgo, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p.333-336, set. 2008
9. Franco JM. *et al.* Reanatomização de incisivos laterais conóides: relato de caso. Rev Odontol, v. 10, n. 2, p.64-68, 2008.
10. Freese NA. *et al.* Reanatomização dentária e sua importância nos resultados estéticos do sorriso: relato de caso. Rev. Odonto Bras Central, v. 29, p. 34-38, set. 2020.
11. Giongo ML; Ristow FP; Poletto D. Restabelecimento estético do sorriso utilizando facetas cerâmicas: relato de caso. Braz. J. Surg. Clin. Res. Vol.29, n.3, pp.33-36 (Dez 2019 – Fev 2020)
12. Gouveia CG. *et al.* Facetas diretas de resina composta em dentes anteriores: relato de caso. ClipeOdonto. 2018; 9(1):44-50.
13. Kegler E. *et al.* Tratamento estético em dentes anteriores: rapidez e simplicidade com procedimentos diretos. Rev. dental press estét. 2009;6(2):64-76.
14. Kina; August; Carmo. Laminados Cerâmicos in KINA, S. BRUGUERS, A. Invisível: restaurações estéticas cerâmicas. Maringá: Dental Press, 2007. cap. 8, p. 322 — 407. 1845
15. Mazzaro JVQ.; Zavanelli AC. Protocolo para tratamento de diastemas com laminados de porcelana: descrição de caso clínico. Rev Dental Press Estét. v.7, n. 4, p. 68-78, 2010.
16. Menezes SM. *et al.* Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: relato de caso clínico. Rev. Odonto Bras Central, v. 24, p. 37-43, abril 2015.
17. Peixoto RVL. *et al.* Lentes de contato odontológicas – preparo minimamente invasivo: relato de caso. RGS.2018;18(2), p. 44-54.)
18. Rodrigues JA. *et al.* Restaurações estéticas conservadoras em dentes anteriores. Rev. dental press estét. 2009; 6(1):90-101.
19. Teixeira MCB. *et al.* Transformação Estética de Dente Conóide: Relato de Caso. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba, v. 6, n. 31, p.230-233, jun. 2003.
20. Veronezi CM. *et al.* Remodelação estética de dentes conóides: tratamento multidisciplinar. Revista Digital da Academia Paraense de Odontologia, Belém – PA, v.1, n.1, p. 35-40, maio 2017.