

RESTABELECIMENTO DA ESTÉTICA DENTAL ANTERIOR POR MEIO DE FACETA DIRETA EM RESINA COMPOSTA

PREVIOUS DENTAL AESTHETICS RECOVERY THROUGH DIRECT FACET WITH COMPOSED RESIN

LARISSA DE MATTOS BORTOLINI¹, CAMILA DALLA COSTA DA SILVA², MÁRCIO GRAMA HOEPPNER³, DANIEL POLETO^{4*}

1. Acadêmica do Curso de graduação de Odontologia da Universidade Paranaense - UNIPAR, Francisco Beltrão/PR; 2. Acadêmica do Curso de graduação de Odontologia da Universidade Paranaense - UNIPAR, Francisco Beltrão/PR; 3. Doutor em dentística restauradora pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Araraquara; 4. Professor do curso de Odontologia da Universidade Paranaense - UNIPAR, Francisco Beltrão/PR, Mestre em clínica integrada – UEL.

*Rua Sete de Setembro, 625, Sala 1, Centro, Dionísio Cerqueira, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89950-000. danielpoletto@unipar.br

Recebido em 28/11/2017. Aceito para publicação em 14/12/2017

RESUMO

A estética dental ganhou um lugar importante na vida pessoal e profissional das pessoas. Na atualidade um sorriso com os dentes brancos e bem alinhados é almejado por muitos. Entretanto há pessoas que não se enquadram neste padrão de estética, as quais muitas vezes sentem-se constrangidas e introspectivas deixando até mesmo de sorrir. De uma forma geral, quando nos deparamos com dentes que possuem alteração cromática, podemos optar por algumas formas de tratamento como clareamento dental, restauração direta e indireta em composto resinoso e restaurações indiretas em cerâmicas. Contudo, cabe ao cirurgião dentista obter o resultado esperado pelo paciente, necessitando assim estar sempre hábil e apto para todos os procedimentos estéticos, proporcionando ao paciente um sorriso harmônico e estético capaz de satisfazê-lo, propiciando uma maior confiança para o paciente. Frente a isso, o objetivo deste trabalho é demonstrar por meio de um caso clínico a substituição de uma faceta em resina composta de um dente tratado endodonticamente com alteração de forma e cor.

PALAVRAS-CHAVE: Resinas compostas, estética, sorriso.

ABSTRACT

Dental aesthetics has reached an important place in people's professional and personal lives. Nowadays a smile with white and lined teeth is desired by many. However, there are people that don't fit in this beauty pattern, who many times may feel embarrassed and introspective stopping even to smile. In a general way, when we face with teeth that have a chromatic alteration, we can choose for some treatment options like teeth whitening, direct and indirect restoration with resin and ceramic indirect restoration. Although, it is the surgeon function achieve the result desired by the patient, so the surgeon needs always to be able and capable to every aesthetics procedure, providing the

patient a harmonious and beautiful smile able to satisfy them, providing the customer with a bigger trust. For this reason, this paper goal is to show throughout a clinic case the replacement of a composite resin surface in a tooth treated endodontically with the shape and color change.

KEYWORDS: Composite resin, aesthetics, smile.

1. INTRODUÇÃO

A estética dental está intimamente relacionada à necessidade do paciente em reestabelecer um sorriso que se adapte à sua vida pessoal, profissional e social, tornando-o mais seguro e transmitindo maior confiança de sua posição. Este processo gera grande impacto psicológico e social, um sorriso estético e harmônico é sinônimo de saúde, estabilidade profissional e pessoal, afinal, o sorriso é a porta de entrada para vários caminhos¹.

A constante procura e exigência por parte dos pacientes para soluções estéticas dentais, simultaneamente com a crescente evolução das técnicas adesivas e formulações poliméricas, asseguram o cirurgião-dentista e o paciente de resultados duradouros e equilibrados, buscando sempre harmonia cromática e ideal formato anatômico dental. Os procedimentos restauradores mais procurados atualmente são as facetas dentais, podendo elas serem diretas ou indiretas, sendo que quando encontramos dentes bem posicionados e sem grandes alterações de cor este tratamento é considerado minimamente invasivo, onde almejamos grandes resultados sem grandes preparos².

Dentre os dois principais métodos de restauração, algumas diferenças pesam na hora de optar pela técnica direta ou indireta, para Mondelli (2006)³ e Conceição *et al* (2007)⁴ o sucesso na faceta direta está intimamente relacionada com o profissional, que deve possuir além destreza manual, uma observação impecável para restabelecer um sorriso de forma mais harmoniosa possível. Já para D'Arcangelo; Angelis; Vandini e D'amario, (2012)⁵ os laminados cerâmicos são muito utilizados, devido a sua inigualável biocompatibilidade comprovada, a expectativa de longo prazo, e a máxima proteção aos tecidos dentais, preservando o elemento como um todo, o mesmo intitula-se como um procedimento de qualidade e de admirável estética⁵.

Para Silva *et. al* (2012)⁶ a longevidade das restaurações diretas de resina composta em dentes anteriores, vem vivendo um período de estudos, onde em pouco tempo já foi possível obter grandes resultados, através das modificações dos materiais e das técnicas empregadas que cada vez mais se tornam esmerados. O autor ainda destaca que a progressiva inovação tecnológica das resinas compostas, em específico as nano partículas, que podem reunir as características mecânicas e funcionais para regiões mastigatórias submetidas a forças de grande porte em companhia com as propriedades ópticas convenientes para a obtenção formidável da estética dental⁶.

Segundo Conceição (2005)¹, as restaurações diretas que são produzidas em resina composta, possuem uma alta discrepância de valor quando comparadas com as restaurações indiretas feitas de cerâmicas ou resina composta, que necessitam de trabalho laboratorial, também tem como vantagem a vasta escala de cores, permitindo escolher entre as mais ou menos opacas ou translúcidas, entre a opalescência e a fluorescência, além da textura superficial que quando bem aplicada é de excelente qualidade, mas, uma das principais vantagens do facetamento direto é a possibilidade de controle de cor e formato durante o procedimento, acarretando assim em uma estética dental autêntica e natural¹.

Sabendo disso, temos como objetivo neste trabalho demonstrar por meio de um caso clínico a substituição de uma restauração em resina composta a qual apresentava irregularidades tanto de cor quanto de formato de um dente anterior que apresentava tratamento endodôntico.

2. RELATO DE CASO

Paciente L.B., sexo feminino, 21 anos de idade, compareceu a clínica odontológica da Universidade Paranaense - Unipar, queixando-se de total insatisfação com a cor e formato do elemento 21. Clinicamente a paciente apresentou irregularidade de tamanho e forma entre os incisivos centrais superiores, coloração alterada, levemente azulada (Figura 1). A execução deste relato de caso foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Paranaense, CAAE: 74707317.20000.0109.



Figura 1. Aspecto clínico inicial do paciente.

Inicialmente, foi realizado exame clínico e radiográfico, verificando a presença de tratamento endodôntico e pino de fibra de vidro, já instalado no elemento e faceta em resina composta. Em seguida o caso foi planejado e apresentado a paciente as possíveis formas de tratamento, que optou pela realização da reanatomização dental com troca de cor através de uma faceta direta com resina composta.

Para que se viabilize a reconstrução palatina, foi moldado toda a face com silicone de condensação Zetaplus® (Zhermack, Badia Polesine, RO, Itália). Em seguida, efetuou-se profilaxia com Pedra Pomes (Asfer, São Caetano do Sul, SP, Brasil), com soro fisiológico e taça de borracha, foi feita a anestesia e a remoção do remanescente de resina composta do elemento 21, com broca diamantada 2135 (KG Sorensen, Cotia, SP, Brasil), removendo por total, tanto em extensão méso-distal em vestibular e lingual.



Figura 2. Seleção da cor da Resina Composta pela técnica da bolinha no elemento 11.

Com o preparo devidamente pronto (Figura 2), iniciamos a seleção de cor da resina composta para o dente 21, visto que a tonalidade dos elementos adjacentes eram de grande complexidade optamos por realizar a seleção da cor pelo elemento 11 através da técnica da bolinha para melhor estratificar a cor e por uma restauração diagnóstico a qual consiste em sua realização sem condicionamento ácido e adesivo, sem a utilização da luz do refletor e com hidratação do dente após seu término, até a obtenção da cor ideal. Foi analisado a compatibilidade com a

cor A1, A2 da Amelogen® (Ultradent, Utah, South Jordan, EUA) e A0,5 da Opallis® (FGM, Joinville, SC, Brasil), também foi utilizada a resina TN da Amelogen® (Ultradent, Utah, South Jordan, EUA), todas nano híbridas (Figura 3).



Figura 3. Aspecto final do preparo no dente 21 realizado com broca KG 2135.

Com a cor selecionada, o isolamento absoluto adotado foi o modificado, realizado do elemento 13 ao 23, sendo estabilizado com a aplicação de cianoacrilato, Super Bonder® (Loctite, Düsseldorf, Alemanha) em toda a borda interna do lençol. Também optou-se pela utilização do fio retrator Ultrapak® (Ultradent, Utah, South Jordan, EUA), para melhor afastamento do tecido gengival.

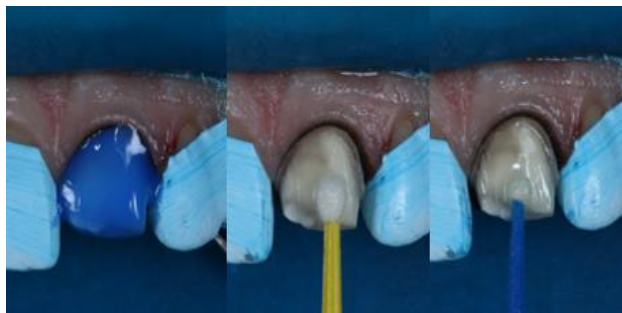


Figura 4. Aplicação do sistema adesivo convencional, passo 1: ácido fosfórico 37%, passo 2: primer, passo 3: adesivo.

Com os elementos adjacentes protegidos com Isotape® (TDV, Pomerode, SC, Brasil), foi realizado o condicionamento ácido de três passos, com ácido fosfórico 37% Condac 37® (FGM, Joinville, SC, Brasil) por cerca de 15 segundos, já que o preparo consiste apenas em dentina, lavado abundantemente com jato de água pelo mesmo tempo de aplicação do ácido, em seguida aplicou-se com o auxílio de um aplicador descartável KG Brush® (KG Sorensen, Cotia, SP, Brasil), o primer e o adesivo Scotchbond® (3M, Maplewood, Minnesota, EUA) respectivamente, removendo os excessos e fotopolimerizando apenas o adesivo com luz de LED Valo® (Ultradent, Utah, South Jordan, EUA), com densidade de potência de 1200 mW/cm² por 20 segundos (Figura 4).

Então iniciou-se a reconstrução dental pela face pala-

tina (Figura 5) utilizando a técnica da guia de silicone direta, com a resina Amelogen TN® (Ultradent, Utah, South Jordan, EUA), a qual consiste em inserir uma camada de resina na guia e pressiona-la contra a face e fotopolimerizar por 40 segundos.



Figura 5. Reconstrução da face palatina com auxílio de guia de silicone, em resina composta Amelogen TN.

Em seguida, foi-se acrescentando as demais resinas para a total reconstrução dental. Na sequência utilizou-se a resina composta Amelogen A1® (Ultradent, Utah, South Jordan, EUA), na face vestibular desde a cervical até a incisal, com incrementos de 2mm e polimerização após cada incremento, também com as resinas compostas Amelogen A2® (Ultradent, Utah, South Jordan, EUA) (Figura 6) e Amelogen TN® (Ultradent, Utah, South Jordan, EUA), em todo o corpo da restauração, e por último uma camada a resina composta da Opallis na cor A0,5® (FGM, Joinville, SC, Brasil) para que se obtenha o resultado mais próximo ao natural (Figura 7), restabelecendo assim o formato e a cor do dente 21.



Figura 6. Aplicação da Resina Composta na imagem 1 cor Amelogen A1 e imagem 2 cor Amelogen A2.

Com a restauração concluída, passamos para o acabamento e polimento, onde foi utilizado brocas diamantadas 2135 F e 3195 FF (KG Sorensen, Cotia, SP, Brasil), tira de lixa Epitec® (GC, Alsip, Illinois, EUA) para a regularização das paredes proximais, lâmina de bisturi nº 12 para adaptação da cervical, discos de lixa Sof-Lex Pop On

XT® (3M, Maplewood, Minnesota, EUA), iniciando do disco de maior granulação para o disco de menor granulação e para obter polimento e brilho superficial usou-se pontas Jiffy Brush® (Ultradent, Utah, South Jordan, EUA) e disco de feltro Diamond® (FGM, Joinville, SC, Brasil) juntamente com a pasta Diamond Excel® (FGM, Joinville, SC, Brasil).



Figura 7. Aplicação da camada de resina composta na cor A0,5 da Opalis.



Figura 8. Aspecto final da faceta direta em resina composta.

3. DISCUSSÃO

Existe uma progressiva procura dos pacientes por uma aparência estética, juntamente com o desenvolvimento considerável de novos materiais e a vasta propagação na mídia atual sobre o conceito de beleza, respaldou grandes modificações no ponto de vista do tratamento odontológico⁷.

Visto que há uma crescente procura pela odontologia estética, deve-se compreender sobre como retomar a harmonia do sorriso, tanto em formato, como coloração, tendo em mente os princípios para se obter um resultado cada vez mais próximo do natural⁸. Dentro do nosso conhecimento, a estética não é apenas o retrato de saúde e beleza, mas também de autoestima e estado social. Para Martins *et. al* (2011)⁹, o crescente reconhecimento da estética e das técnicas restauradoras minimamente invasivas, possibilitaram à amplificação da ideologia de uma odontologia conservadora⁹.

Quando trata-se de uma restauração em apenas um dente anterior, fatores como: seleção incorreta da cor, ausência de ensaio restaurador, a incompatibilidade de cor

entre o material restaurador e a estrutura dental imediatamente após o término do tratamento ou até mesmo ao longo do tempo, e a falta de estratificação podem acarretar em insucesso do tratamento¹⁰. Segundo Loguercio e Reis (2009)¹¹, para obter harmonia de cor do elemento dental pela técnica restauradora direta em resina composta, deve-se levar em conta que a cor é um fenômeno físico, que depende da quantidade de luz e possibilidade de reflexão do material¹¹. E que os dentes possuem diferentes características cromáticas em sua extensão, causada pela interação da dentina e o esmalte¹². Pereira *et al* (2017)¹³ justifica, demonstrando que utilizou resinas translúcidas e opacas, pelo diferente grau de absorção e reflexão de luz das mesmas, sendo que as opacas absorvem mais luz, assim como a dentina, enquanto as translúcidas são de alta reflexão, como o esmalte¹³. Por isso, a escolha de cores deve ser guiada pelos dentes adjacentes do paciente². Para isso Hirata; Ampessan; Liu (2001)¹⁴, utilizam pequenos incrementos de resina em dentes hígidos, é uma alternativa para seleção de cor, primeiramente na cervical e posteriormente no terço médio e incisal¹⁴.

Segundo Cardoso *et al* (2011)¹⁵ o mapa cromático auxilia a vislumbrar o resultado procurado assim como a restauração diagnóstico¹⁵. Para Censi (2010)¹⁶ e Abreu; Schneider; Arossi (2013)¹⁷, a restauração diagnóstico nos dá mais certeza da proximidade das resinas com a coloração natural dos demais dentes, pois podemos acrescentar as resinas de dentina e esmalte de diferentes tonalidades, com as espessuras adequadas para simular o tecido normal do dente, quando pronta e hidratada observa-se não somente o dente restaurado, mas a harmonia deste com os demais dentes da arcada^{16,17}.

Para que seja possível a realização da reabilitação do dente, também é imprescindível saber como realizar o preparo da face vestibular, que tem como objetivo obter-se espaço para acomodação da resina composta. Por isso deve-se levar em consideração o grau de escurecimento do elemento, o que irá determinar a quantidade de substrato que deverá ser removido, ou seja, maior grau de escurecimento, mais desgaste na face vestibular, porém respeitando as diferentes convexidades dos terços cervical, médio e incisal do dente^{18,19,7}. Já para Mondelli (2006)³, a profundidade preconizada no desgaste vestibular está entre 0,2 a 0,6 mm, tendo o limite gengival situado próximo a 0,5 mm subgengival³.

Levando todos os passos em consideração, é possível obter-se uma faceta de qualidade e próxima da naturalidade, também é imprescindível que o profissional tenha habilidade de reproduzir a anatomia individual do dente em questão, como bom contorno proximal e incisal, definindo muito bem as²⁰.

4. CONCLUSÃO

Dentro do caso clínico exposto acima, o facetamento

direto com resina composta demonstrou-se eficaz na obtenção da coloração e formato o mais próximo da realidade dos demais dentes naturais. Tornando-se um procedimento, de custo relativamente acessível e que quando bem realizado alcança a excelência.

REFERÊNCIAS

- [01] Conceição EN. O potencial dos compósitos diretos em dentes anteriores. In: restaurações estéticas - compósitos, cerâmicas e implantes. Ed. Artmed, 2005, p. 145 -173.
- [02] Costa, A. G.; Milan, E. S. R. Tratamento da coloração de dentes desvitalizados. Pindamonhangaba/SP, 2014. Disponível em: www.bibliotecadigital.funvicpinda.org.br:8080/jspui/bitstream/123456789/219/1/costamilan.pdf. Acesso em: 15 mai. 2017.
- [03] Mondelli J. Fundamentos de dentística operatória. Editora Santos. São Paulo, cap. 37, 2006.
- [04] Conceição EM, *et al.* Dentística: saúde e estética. Porto Alegre/RS: Artmed, 2007.
- [05] D'arcangelo C, De Angelis F, Fandini M, D'amario M. Clinical evaluation on porcelain laminate veneers bonded with light-cured composite: results up to 7 years. Clin oral investig. 2012; 16(4): 1071-1079.
- [06] Silva GRD, *et al.* Técnicas restauradoras para fraturas coronárias de dentes anteriores traumatizados. Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina/PR, 2012: 251-256.
- [07] Aranha ACC, *et al.* Facetas diretas em resina composta pós-microabrasão – relato de caso clínico. J bras dent estet, Curitiba, jan./mar. 2003;2(5):72-78.
- [08] Pagani C, Bottino MC. Proporção Áurea e a Odontologia Estética. Jornal Brasileiro de Dentística & Estética, Curitiba, 01 jan. 2003: 80-85.
- [09] Martins PWD, *et al.* Reabilitação estética em dentes anteriores com lesões de cárie proximais: relato de caso. Odontologia clínica científica. 2011; 10(3):293-295.
- [10] Rauber GB, Bernardon JK, Vieira LCC, Baratieri LN. Evaluation of a technique for color correction in restoring anterior teeth. J esthet restor dent, 2017; 29(5):309-316.
- [11] Loguercio RD, Reis A. Materiais dentários diretos: dos fundamentos à aplicação clínica. São Paulo: Livraria Santos editora, 2009: 423 p.
- [12] Netto LC, Werneck D. Resolução estética de dentes anteriores em única sessão com uso da matriz de silicone – relato de caso clínico. Revista dentística on line, Santa Maria/RS, jul/set. 2011; 10(22).
- [13] Pereira N. *et al.* Pino de fibra de vidro associado à restauração classe iv e faceta direta em resina composta em dente anterior: relato de caso. Revista gestão & saúde, jan./mar. 2017; 16(1):21-29.
- [14] Hirata R, Ampessan RL, Liu J. Reconstrução de dentes anteriores com resina composta - uma sequência de escolha e aplicação de resinas. Jornal brasileiro de clínica e estética em odontologia, jan/fev. 2001; 5(25).
- [15] Cardoso PC, *et al.* Facetas diretas de resina composta e clareamento dental: estratégias para dentes escurecidos. Odontol Bras Central, 2011; 20(55):341-347.
- [16] Censi NP. Estratificação da resina composta com o uso de barreira de silicone. Piracicaba/SP, 2010. Disponível em: www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000784564. Acesso em: 25 jun. 2017.
- [17] Abreu R, Schneider M, Arossi GA. Reconstrução anterior em resina composta associada a pino de fibra de vidro: relato de caso. Revista brasileira de odontologia, Rio de Janeiro/RJ, jul/dez. 2013; 70(2):156-159.
- [18] Hoepfner, M. G. *et al.* Tratamento estético de dente com alteração cromática: faceta direta com resina composta. Publicatio uepg: ciências biológicas e da saúde, Ponta Grossa/PR, set/dez. 2003; 9:67-72.
- [19] Lima RBW, *et al.* Reabilitação estética anterior pela técnica do facetamento: relato de caso. Revista brasileira de ciências da saúde, 2013; 17(4):363-370
- [20] Dietschi, D. Optimising aesthetics and facilitating clinical application of free-hand bonding using the 'natural layering concept'. Br dent j, fev. 2008; 204(4):181-185.