

RESTAURAÇÕES ESTÉTICAS ANTERIORES DIRETAS E INDIRETAS: REVISÃO DE LITERATURA

DIRECT AND INDIRECT AESTHETIC RESTORATIONS: A LITERATURE REVIEW

DENISE JESUS **CARRIJO**. Acadêmica do curso de Odontologia da Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros-GO, Brasil.

JÉSSIKA LUIZA FREITAS **FERREIRA**. Acadêmica do curso de Odontologia da Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros-GO, Brasil.

FERNANDA LOPES **SANTIAGO**. Cirurgiã Dentista e Mestre em Clínica Odontológica pela FO/UFU, Uberlândia-MG, Brasil. Docente da Faculdade Morgana Potrich - FAMP, Mineiros-GO, Brasil.

Av. Antônio Carlos Paniago, 65 - Campus 2, Setor Mundinho, CEP 75832-005, Mineiros-GO. E-mail: ferlsantiago@yahoo.com.br

RESUMO

Atualmente há uma busca crescente pela melhoria da estética do sorriso juntamente com a evolução dos materiais restauradores odontológicos que vem aperfeiçoando e melhorando técnicas adesivas minimamente invasivas, sendo de suma importância para os profissionais da área odontológica, compreender e dominar sobre esse assunto. As restaurações do tipo faceta confeccionadas em resina composta ou em cerâmicas odontológicas são procedimentos estéticos amplamente indicados principalmente quando há alterações na morfologia da estrutura dental, na coloração e textura de superfície além de divergências de simetria e proporção. Este trabalho visa abordar através de uma revisão de literatura sobre restaurações diretas em resina composta e indiretas em cerâmica realizadas em dentes anteriores apontando suas principais vantagens, desvantagens fatores de sucesso e principais motivos de falha que irão influir sobre sua longevidade clínica. Pode-se concluir que as restaurações diretas e indiretas em dentes anteriores apresentam um alto índice de sucesso clínico em longo prazo, sendo o motivo de falha das facetas de resina composta relacionadas à estética, já as facetas em cerâmica apresentaram como principal falha a fratura da restauração. Entretanto quando bem indicadas e executadas a taxa de sobrevida destes procedimentos é considerada alta.

PALAVRAS-CHAVE: Resina Composta. Facetas Estéticas. Cerâmicas. Estudos de Acompanhamento. Sobrevida.

ABSTRACT

Currently there is a growing search for the improvement of smile aesthetics together with the evolution of dental restorative materials which has been perfecting and improving minimally invasive adhesive techniques, being very important for dentistry field professionals, to understand and dominate on this subject. Veneers type restorations made from composite resin or dental ceramics are aesthetic procedure widely indicated mainly when there are alterations in the dental structure morphology, in the coloration and surface texture besides

divergences of symmetry and proportion. This assignment aims to approach through a literature review about direct restorations in composite resin and indirect in ceramics performed on anterior teeth, pointing their main advantages, disadvantages, success factors and main reasons for failure which will influence their clinical longevity. It can be concluded that direct restorations and indirect on anterior teeth present a high index success clinical in long term, being the reason for failure of composite resin veneers related to aesthetics; the ceramic veneers present like main failure the restoration fracture. However, when well indicated and executed the rate of survival of these procedures is considered high.

KEYWORDS: Composite Resin. Aesthetic Veneers. Ceramics. Monitoring Studies. Survival.

INTRODUÇÃO

A crescente valorização do sorriso tem sido um fator muito importante nos últimos tempos, pois a população começou a se preocupar com a aparência de um sorriso teoricamente estético, proposto pela sociedade atual. O padrão estético que se tenta alcançar são dentes brancos, com contornos bem delimitados e correto alinhamento no arco, independente da classe social, sexo e idade (ARANHA; MITSUI; MARCHI, 2003). A estética dental é fundamental para um crescimento profissional e pessoal, sendo um fator significativo para o bem-estar. Devido à alta demanda estética foram desenvolvidos novos materiais e técnicas restauradoras (NALBANDIAN, 2009).

Existem diversas opções acessíveis e mais conservadoras para transformações de sorrisos, como tratamentos ortodônticos e clareamentos dentais. E quando esses tratamentos não atendem à demanda estética do paciente é possível optar por tratamentos restauradores, como as facetas estéticas (STRASSLER, 2007). Estas são caracterizadas pelo recobrimento da face vestibular dos dentes, através de um material restaurador unido a ele e podendo ser confeccionado por duas técnicas: a técnica direta e a indireta (SOARES et al., 2012). Elas foram propostas inicialmente por Charles Henry Land, em 1903, devido à necessidade dos atores de Hollywood de caracterizarem alguns traços em personagens (BISPO, 2009). Em 1955 houve o surgimento do condicionamento ácido em esmalte por Bounocore, e em 1963 por Bowen foram desenvolvidas as resinas compostas com BIS-GMA (BISPO, 2009).

Ao longo dos anos, a Odontologia passou por mudanças em relação a preparos, adesão e desenvolvimento dos materiais dentários, visando preservar cada vez mais a estrutura dental (BENNETI, 2003). A evolução está sendo representada clinicamente por duas técnicas restauradoras: de forma direta ou indireta. Sendo que, na técnica direta, geralmente em sessão única, aplica-se a resina composta diretamente na estrutura dental. E já na técnica indireta é necessário um maior número de sessões clínicas, que depende de uma etapa laboratorial, com a colaboração de um técnico em prótese dentária, onde posteriormente a restauração será cimentada sobre a superfície dental preparada (MANGANI et al., 2007).

As facetas estéticas realizadas pela técnica indireta, feitas em cerâmica, são indicadas quando se tem um comprometimento estético devido à alteração de forma, contorno, cor, posicionamento do dente no arco e deformações dentárias congênitas. Essa técnica está sendo muito utilizada na odontologia devido à

solução estética e funcional. As cerâmicas têm como principal característica a biocompatibilidade com a estrutura dental, uma excelente propriedade ótica, estabilidade de cor e lisura superficial (SOUZA et al., 2016). Elas são caracterizadas graças à sua estrutura inorgânica, que tem oxigênio em sua composição, abrangendo um ou mais elementos metálicos ou semi-metálicos associados. As cerâmicas mais utilizadas na odontologia são caracterizadas por duas fases: fase vítrea de silicato, que é responsável pela propriedade ótica desse material, como a translucidez e, a outra fase, uma matriz cristalina circundada que oferece resistência, isolamento, e também, propriedade ótica (RAPOSO et al., 2016). As cerâmicas apresentam ainda, longevidade quando bem indicadas, propriedades mecânicas superiores como dureza, maior resistência a fraturas, além de menor acúmulo de placa quando comparado às resinas compostas (CONCEIÇÃO, 2009).

O emprego da resina composta para restaurações estéticas anteriores é bem frequente, e tem sido utilizada na confecção de facetas diretas graças às suas vantagens e, por ter um custo mais acessível que as cerâmicas. A resina apresenta um bom resultado quanto à estética, permitindo a combinação de várias cores e promovendo efeitos como opacidade e translucidez (PONTONS-MELO, 2011). Por outro lado, apresentam coloração mais instável em longo prazo, baixa resistência ao desgaste, maior porosidade e, sofrem deformação plástica (ALMIHATTI et al., 2002), exigindo bastante sensibilidade técnica do profissional que irá executar a técnica e dos materiais para que apresente função e estética (RODRIGUES, 2014).

As indicações das facetas diretas e indiretas são direcionadas quando há comprometimento de forma e inclinação do dente no arco, textura da superfície, coloração, simetria e proporção. São indicados também, em alguns casos onde há má formação como dentes conóides, microdontia, hipoplasias de esmalte e também casos de diastemas e dentes girovetidos, podendo ser corrigidos, trazendo, assim, harmonia onde for necessário (ROTOLI et al., 2013; SOUZA et al., 2002). Além destes, ainda há indicação em casos de grande destruição coronária, causada por: cáries ou fraturas, alterações de cor em dentes desvitalizados e em dentes escurecidos por ação de medicamentos, trocas de restaurações insatisfatórias e, situações em que há desgastes dentais por abrasão, atrição e erosão ácida (ROTOLI et al., 2013; SOUZA et al., 2002).

Este trabalho visa, por meio da revisão de literatura, abordar sobre os procedimentos restauradores estéticos anteriores diretos e indiretos, realizados em resinas compostas e cerâmicas odontológicas quanto à sua longevidade e os fatores que irão interferir no sucesso clínico destas restaurações. Ao comparar as duas técnicas restauradoras foram considerados os pontos altos e baixos das duas no dia a dia clínico. Apesar das peças em cerâmica apresentarem estabilidade de cor em longo prazo, nem sempre ela é a melhor indicação, pois depende da necessidade, idade e classe social do paciente. O tratamento restaurador direto deve ser indicado para pacientes jovens, visando retardar o desgaste de grande quantidade de estrutura dental. Já, as restaurações indiretas, devem ser mais indicadas para pacientes mais velhos, visando o mínimo no decorrer dos anos, uma vez que a perspectiva de vida vem aumentando significativamente.

MATERIAIS E METÓDOS

Inicialmente, foi realizada uma busca bibliográfica abrangente de artigos publicados, através das bases de dados Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo utilizando como palavras-chaves associadas: “Resina composta (compositeresin)”, “Facetas dentárias (dental veneers)”, “Cerâmicas(ceramic)”, “Estética dental (Esthetics, Dental)”, “Sobrevida (Survival)” e/ou “Estudos de acompanhamento (Follow-up studies)”

Como critérios de inclusão, foram utilizados estudos clínicos longitudinais, observacionais, revisões sistemáticas e metanálises publicadas no período de 2001 a 2018 (tanto na língua inglesa, como na portuguesa (Brasil), e artigos que abordam o tema sobre restaurações estéticas anteriores em resina composta e em cerâmicas odontológicas.

Como critérios de exclusão, foram utilizados estudos “*in-vitro*”, estudos em animais, teses, dissertações, monografias, relatos de caso, estudos não publicados, artigos publicados fora do período estabelecido, artigos escritos em outros idiomas que não foram incluídos, conteúdo com liberação paga e, artigos que após a leitura dos resumos não estão de acordo com o tema do assunto a ser abordado nesta revisão.

Em uma busca inicial, associando as palavras chaves “Resina composta (compositeresin)”, “Facetas dentárias (dental veneers)”, “Estética dental (Esthetics, Dental)”, “Sobrevida (Survival)” e/ou “Estudos de acompanhamento (Follow-up studies)” foram encontrados 63 artigos dos quais foram realizadas as leituras de títulos e resumos, e de onde foram selecionados 31 artigos para a leitura na íntegra. Após os critérios de inclusão e exclusão foram incluídos 12 artigos para a realização desta revisão.

Ao associar as palavras chaves “Cerâmicas (Ceramic)”, “Facetas dentárias (dental veneers)”, “Estética dental (Esthetics, Dental)”, “Sobrevida (Survival)” e/ou “Estudos de acompanhamento (Follow-up studies)” foram encontrados 102 artigos, dos quais foram realizadas as leituras de títulos e resumos, e de onde foram selecionados 58 artigos para a leitura na íntegra. Após os critérios de inclusão e exclusão foram incluídos 35 artigos para a realização desta revisão. Dos artigos incluídos nesta revisão foram coletados dados como autor, ano, amostra e resultados encontrados.

No total foram selecionados 92 artigos para serem lidos na íntegra e desses foram escolhidos 47 artigos para compor o trabalho.

REVISÃO DE LITERATURA

A busca constante por um sorriso estético e harmonioso aumenta o nível de expectativa e exigência dos pacientes, procedimentos nos quais, visam maior conservação e a melhor estética possível a ser empregada. Dentre várias opções com fins estéticos, temos as facetas diretas de resina composta e as indiretas de cerâmicas odontológicas (SOARES et al., 2012).

A introdução do sistema adesivo e as mudanças das cargas inorgânicas das resinas compostas de micro e macro partículas para partículas micro-híbridas e nano particuladas (PINI et al., 2012), aumentou a quantidade de carga inorgânica, proporcionando à essas resinas, alta resistência mecânica ao desgaste, ótimo acabamento, polimento e menor contração de polimerização (MELO JÚNIOR, 2011). Esse procedimento proporcionou então, melhores

resultados na longevidade das resinas compostas, melhorando também seus resultados estéticos (GRESNIGT; KALK; OZCAN, 2013; PINI et al., 2012).

As restaurações diretas em resina composta por serem um tratamento minimamente invasivo vêm se tornando cada vez mais utilizadas, pois são restaurações estéticas que conservam maior quantidade de estrutura dental, quando comparados com outros tipos de restaurações indiretas. Elas podem ser realizadas sem nenhum desgaste, com desgaste mínimo ou necessitar de um maior desgaste quando envolvem dentina, como no caso de dentes vestibularizados ou com severas alterações de cor, onde um desgaste exagerado é necessário. Além disso, proporcionam excelentes resultados estéticos, sendo indicadas quando se tem alteração de cor e forma. Elas oferecem também bons resultados quando indicadas para fechamento de diastemas, alinhamento e reanatomização em dentes que tenham sofrido desgaste pelo processo de erosão, dentes conóides, hipoplásicos ou com cáries extensas na face vestibular (BAGIS; AYDOĞAN; BAGIS, 2008; BARATIERI et al., 2001; NAHSAN et al., 2012). Dentre as vantagens da técnica direta para confecção de restaurações estéticas em resina composta, podemos citar um menor tempo clínico, já que não requer etapas de preparo, provisório e moldagens, dispensando a fase laboratorial. São passíveis de reparos, quando necessário e geralmente têm o preparo mais conservador comparado às facetas indiretas. E em algumas situações podem ser confeccionadas sem nenhum preparo. Em contrapartida, apresentam algumas desvantagens por ser uma técnica que depende da habilidade e acuidade do profissional, pois ele dará características como textura, forma e contorno, alterações de cor e pigmentação em longo prazo, além de que estão mais susceptíveis a fraturas (BARATIERI et al., 2001).

Em uma revisão sistemática, Demarco et al. (2015) verificou a taxa de sucesso, e observou os principais motivos de falhas de restaurações estéticas em resina composta de dentes anteriores e, concluiu que, as falhas em facetas estéticas mais comuns estão relacionadas com alterações de cor e infiltração marginal, influenciando negativamente na percepção do paciente sobre a restauração. E que, restaurações diretas em resina composta em dentes anteriores, apresentaram um bom desempenho clínico em longo prazo em acompanhamentos de mais de 3 anos, com índice de falha anual variando de 0 a 4,1%. Achados sobre índices, motivos de falha similares e taxas de sucesso foram encontrados no estudo de Lempel et al. (2017). Foram avaliadas 163 restaurações de resina composta em dentes anteriores, realizadas em 65 pacientes adultos submetidos a procedimentos de fechamento de diastema e restauração de fraturas com um período médio de 7,2 anos de acompanhamento longitudinal. Assim, foi verificado que há influência do bruxismo, consumo de bebidas e tabagismo sobre o desempenho das restaurações em longo prazo, obtendo um índice de sucesso de 88,34% das restaurações. Sendo que, a taxa de falha anual para o período médio de observação é de 1,43% e, os principais motivos de falha incluíram fratura e pigmentação da restauração.

Outro aspecto importante foi relatado por Coelho-de-Souza et al., 2015 em um estudo que comparou 196 facetas diretas de resina composta em dentes vitais e não vitais. Houve um melhor desempenho clínico para as facetas realizadas em dentes vitais, onde o risco de falha das facetas em dentes tratados endodonticamente é de 2,78 vezes maior, e o motivo mais comum foi a fratura da restauração. Este índice pode ser explicado uma vez que a polpa é removida e a terapia endodôntica é realizada. Há uma remoção significativa da estrutura

dentária e, como consequência, existe menor resistência à fratura nesses dentes (CAUWELS et al., 2014). Além disso, observou-se que os hábitos alimentares, como o consumo de chá, café e refrigerantes levaram a uma ocorrência estatisticamente mais significativa de alteração de cor. Por outro lado, tabagismo ou bruxismo não foram observados estatisticamente como fator de influência no aparecimento de alterações detectáveis (COELHO-DE-SOUZA et al., 2015).

A cárie secundária não foi uma das principais causas de falha de restaurações estéticas anteriores (COELHO-DE-SOUZA et al., 2015; COLLARES et al., 2017; DEMARCO et al., 2015; LEMPEL et al., 2017). A cárie é mais prevalente em dentes posteriores e lesões secundárias que estão localizadas geralmente na região cervical das restaurações, por ser um local de deficiente higienização pelos pacientes. Já o comportamento das restaurações anteriores é diferente de restaurações em dentes posteriores, uma vez que a necessidade de substituição das mesmas se dá principalmente por motivos estéticos, traumatismo e perda de retenção (COLLARES et al., 2017). Por esse motivo, pode ocorrer a necessidade de novas intervenções em um menor espaço de tempo do que para restaurações posteriores, uma vez que, a percepção de estética em si pode variar entre os indivíduos de acordo com sua idade, nível educacional e ambiente a que estão expostos. Estes são fatores provavelmente determinantes para reintervenções em restaurações anteriores, na prática cotidiana, sendo necessário avaliar melhor esses fatores relacionados a dentistas e, pacientes com longevidade de restauração (DEMARCO et al., 2015).

Collares et al. (2017) analisaram, em um estudo retrospectivo, o desempenho de restaurações anteriores em resina composta, realizadas por cirurgiões dentistas clínicos gerais, com base em dados de arquivos eletrônicos. Em um total de 72.196 restaurações anteriores realizadas em 29.855 pacientes com um acompanhamento de 2 semanas a 13 anos, obteve um índice de falha anual de 4,9%, com diferenças relevantes entre os operadores. Um risco 17% maior de falha foi observado quando 1 dentista realizou tratamentos restauradores no mesmo paciente, sendo os incisivos centrais superiores significativamente mais propensos à falha e substituição. Os dentes anteriores podem estar expostos a outros desafios, como lesões traumáticas e desgaste da borda incisal causada por parafunções (por exemplo, roer unhas, bruxismo e apertamento dental). A sobrecarga em indivíduos com distúrbios oclusais pode aumentar as tensões mecânicas nas restaurações anteriores (DEMARCO et al., 2015).

Quanto à influência dos materiais odontológicos na sobrevida das restaurações diretas, não houve nenhuma diferença significativa entre os materiais restauradores, utilizados para a realização das restaurações estéticas em resinas compostas em dentes anteriores (COELHO-DE-SOUZA et al., 2015; COLLARES et al. 2017). E apesar das excelentes propriedades das resinas compostas nanoparticuladas, seu desempenho clínico e taxa de sobrevida não foram superiores às resinas microhíbridas, não afetando o desfecho clínico das restaurações (COELHO-DE-SOUZA et al., 2015).

Quando as facetas de resina composta não atendem à demanda exigida pela paciente-profissional, tem como opção as facetas indiretas em cerâmica. Estas têm provado ser uma modalidade de tratamento bem-sucedido para reabilitações anteriores estéticas, no decorrer dos últimos anos (SOARES et al., 2012).

A busca crescente pelo mínimo preparo em restaurações indiretas, fez com

que houvesse um aprimoramento nas cerâmicas utilizadas, tornando, assim, as facetas indiretas cada vez mais delgadas. São também, denominadas de laminados cerâmicos e demandam um desgaste menor da estrutura a ser preparada. As restaurações que envolvem esse tipo de cerâmica são consideradas conservadoras, graças à sua espessura mínima, permitindo que essas restaurações apresentem adesão somente em esmalte ou, em alguns casos, ao esmalte e dentina (BRUGUERA, 2007).

As facetas indiretas em cerâmica têm basicamente as mesmas indicações que as facetas diretas em resina composta (BARATIERI et al., 2001). Dependem exclusivamente da adesão onde é realizado o preparo da estrutura dental, de como é realizado o condicionamento das superfícies dental e da peça protética, seguido de aplicação do sistema adesivo sobre o dente, associado a um agente de união (GRESNIGT; KALK; ÖZCAN, 2013). As facetas indiretas apresentam diversas vantagens por ser uma excelente opção para profissionais que não apresentam habilidade para resinas compostas, uma vez que a peça é confeccionada em laboratório por um ceramista. Além de que, apresentam excelentes características mecânicas e propriedades biológicas, físicas e químicas que são responsáveis pelos resultados estéticos em longo prazo (BARATIERI et al., 2011; FRADEANI; REDEMAGNI; CORRADO; 2005). Entretanto, manifestam algumas desvantagens, como a necessidade de um maior número de sessões clínicas, além de ser um procedimento de maior custo quando comparadas às resinas compostas (BARATIERI et al., 2011). Dentre as restaurações cerâmicas, deve-se fazer a escolha correta de qual utilizar, de acordo com a indicação em cada caso, sendo as cerâmicas feldspáticas, as cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio e por leucita, as mais utilizadas atualmente. (FEDERIZZI et al., 2016).

Beier et al. (2012), em um estudo clínico longitudinal, de até 20 anos, de 95 facetas em cerâmica, verificaram a necessidade de substituição de 29 restaurações, sendo a principal falha, a fratura da restauração. E sua taxa de sucesso de 69,47% sendo similar aos achados de D' Arcangelo C et al. (2012), que avaliaram 119 facetas de cerâmica, em um acompanhamento de 7 anos, nos quais evidenciaram três principais falhas: trincas, fraturas e descolamentos das restaurações, contabilizando assim, 15 facetas afetadas por estas falhas. O índice de sucesso clínico em longo prazo foi de 97,5%. Já no estudo de Alhekeir et al. (2014), foram avaliadas clinicamente 205 facetas de cerâmicas cimentadas em pacientes adultos, por um período de até dois anos. Em 34, 48% dos casos apresentaram falhas, principalmente por alteração de cor, mas no geral 82,8% dos pacientes mostraram satisfação com as suas facetas.

Gonzalez et al. (2011) tiveram como objetivo selecionar artigos com mais de vinte anos de literatura, com o intuito de identificar as principais falhas em procedimentos que envolvem facetas cerâmicas. E concluiu que, os resultados foram favoráveis, obtendo taxa de sucesso de 95 a 99%. Os índices de falhas nesses procedimentos são considerados muito baixos, porém podem acontecer, principalmente, quando há falhas no protocolo clínico, sendo as principais falhas: fraturas, falha na adesão e trincas. Elas podem ser relacionadas com o fato do profissional não respeitar as limitações do procedimento com facetas indiretas, como em casos de dentes com muita vestibularização, giroversão ou apinhamentos severos, presença de hábitos parafuncionais e em dentes com pouca estrutura coronária remanescente. Em outro estudo, foi observada a taxa de sucesso de 82,8%, em 2 anos de acompanhamento das facetas em cerâmica

cimentadas por cirurgiões-dentistas, relativamente inexperientes. Observou-se, então, que habilidades clínicas insuficientes ou falta de experiência do operador, acabam resultando em procedimentos falhos (ALHEKEIR; AL-SARHAN; MASHAAN, 2014).

Os hábitos parafuncionais podem trazer comprometimento muscular, articular e oclusal, uma vez que, geram problemas como aumento da pressão interna da ATM e hiperatividade muscular (ALVES-REZENDE et al., 2009). A manifestação do bruxismo acarreta um desequilíbrio funcional, podendo comprometer procedimentos odontológicos em todos os níveis desde a preservação, prevenção e intervenções realizadas, sendo um dos principais motivos de falhas e fraturas de facetas em cerâmica. Para isso é indicado o uso de placas interoclusais após o tratamento restaurador, para promover a diminuição da atividade noturna dos músculos da mastigação em pacientes com bruxismo, visando à longevidade das restaurações (SERAIARIAN; ASSUNÇÃO; JACOB, 2001).

Mazaro et al. (2009), também observam que o correto preparo do remanescente dental é a forma mais apropriada de se aumentar a resistência mecânica desses laminados, evitando, assim, fraturas em longo prazo. Calamia e Calamia (2007), também relataram que o sucesso de facetas indiretas em cerâmica pode estar atribuído aos detalhes que devem ser seguidos, como atribuir um mínimo desgaste dentário durante o preparo (tentando se limitar ao esmalte), uma correta seleção dos materiais (como a indicação da cerâmica para cada caso), método de cimentação, acabamento e polimento, e manutenção das peças.

Levando em consideração uma abordagem minimamente invasiva, as facetas diretas em resina composta parecem ser a primeira escolha (COELHO-DE-SOUZA et al., 2015). Porém, as resinas sofrem deterioração e degradação do meio intrabucal ao longo dos anos, assim como a maioria dos materiais. Elas podem gerar alteração de cor ou fraturas, sendo necessários reparos e manutenções com o acabamento, polimento e acréscimo, visando a abordagem mais conservadora possível e custo-benefício (BACCHI et al., 2010).

Apesar da alta taxa de sucesso clínico dos procedimentos restauradores estéticos em dentes anteriores diretos e indiretos, diferentes variáveis podem interferir na sua longevidade, como ajuste da oclusão, indicação e execução da técnica pelo profissional, fatores relacionados ao material e ao paciente como hábitos e percepção estética, que influenciam direta ou indiretamente nos índices de falha das restaurações (BEIER et al., 2012; DELLA BONA, 2008).

CONCLUSÃO

Podemos considerar que, as restaurações estéticas diretas e indiretas em dentes anteriores, apresentam um alto índice de sucesso clínico em longo prazo e, resultados satisfatórios quanto à estética e função. As facetas em resina composta apresentam mais falhas relacionadas à estética, porém são passíveis de reparo e podem requerer maiores intervenções ao longo do tempo. As facetas em cerâmica apresentaram como principal falha a fratura da restauração. Quando bem indicadas e executadas a taxa de sobrevida destes procedimentos é considerada alta.

REFERÊNCIAS

ALHEKEIR, D.F.; AL-SARHAN, R.A.; MASHAAN, A.F. Porcelain laminate veneers: Clinical survey for evolution of failure. **The Saudi Dental Journal**, Arabia Saudita, p. 63-67, 26 mar. 2014.

ALMILHATTI, H. J. et al. Marginal leakage study on esthetic veneers for fixed dentures. **PGR – Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos**, São José dos Campos, v.5, n.1, Jan./Abr. 2002.

ALVES-REZENDE, M.C.R. et al. Frequência de hábitos parafuncionais: estudo transversal em acadêmicos de odontologia. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v.20, n.1, p. 59-62, Jan./Jun., 2009.

ARANHA, A.C.C.; MITSUI, F.H.O.; MARCHI, G.M. Facetas diretas em resina composta pós-microabrasão: Relato de caso clínico. **Jornal Brasileiro de Dentística e Estética**, Curitiba, p. 72-78, jan./mar.2003.

BACCHI, A. et al. Reparos em restauração de resina composta: Revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia – UFP**, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 331 – 335, set./dez., 2010.

BAGIS, B.; AYDOĞAN, E.; BAGIS, Y. Direct Restorative Treatment of Missing Maxillary Laterals with Composite Laminate Veneer: A Case Report. **The Open Dentistry Journal**, Turquia, p. 93-95, 02/2008.

BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia Restauradora: Fundamentos e possibilidades**. Edição especial. Chile: Livraria Santos Editora Comp. Imp. Ltda, 2001.

BEIER, U. S. et al. Clinical Performance of Porcelain Laminate Veneers for Up to 20 Years. **Int J Prosthodont**, St Louis, p. 79 -85, Jan./Feb, 2012.

BENETTI, A. R. et al. Facetas Indiretas em Porcelana – Alternativa Estética. **J Brass Dent Estét**, Curitiba, p. 94 – 186, Jul/Set. 2003.

BISPO, L. Facetas estéticas: Status da Arte Estética. **Revista Dentística online**, 8 (18), p. 11-14, jan./mar., 2009.

BRUGUERA, A.; KINA, S.; CARMO, V. H. Laminados Ceramicos, A Invisível: Restaurações Estéticas Cerâmicas. **Dental Press**, Maringá, v.10, n.2, 2007.

CALAMIA, J.R.; CALAMIA, C.S. **Porcelain laminate veneers: Reasons for 25 Years of Success**. Elsevier, Amesterdã, p. 399-417, 2007

CAUWELS, R.G. et al. Fracture resistance of endodontically restored, weakened incisors, **Dental Traumatology**, Bélgica, p. 1-8, 25 jan. 2014.

COELHO-DE-SOUZA, F.H. et al. Direct anterior composite veneers in vital and non-vital teeth: a retrospective clinical evaluation. **Journal of Dentistry**,

Amesterdã, p. 1330-1336, 21 ago. 2015.

COLLARES, K. et al. Longevity of Anterior Composite Restorations in a General Dental Practice-Based Network, **Journal of Dental Research** Michigan,, p. 1-8, 2017.

CONCEIÇÃO, E. N. **Dentística: Saúde e Estética**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

D'ARCANGELO, C. et al. Clinical evaluation on porcelain laminate veneers bonded with light-cured composite: results up to 7 years. **Clinical Oral Investigation**, v.16, p.1071–1079, 2012.

DELLA BONA, A.; KELLY, R. The clinical success of all-ceramic Restorations. **The Journal of the American Dental Associations**, v.139, n.4, p. 8-13, Setembro 2008.

DEMARCO, F.F. et al. **Anterior composite restorations: A systematic review on long-term survival and reasons for failure**. Elsevier, Amesterdã, p. 1-11, 12 jun. 2015.

FEDERIZZI, L. et al. Use of feldspathic porcelain veneers to improve smile harmony: A 3 – years follow-up report, **Brazilian Dental Journal**, Riberão Preto, p. 767-774, 27 jun. 2016.

FRADEANI, M.; REDEMAGNI, M.; CORRADO, M. Porcelain laminate veneers: 6-12- years clinical evaluation: A retrospective Study, **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, Itália, p. 9-17, 1 nov. 2005.

GRESNIGT, M.M.M.; KALK, W.; ÖZCAN, O. Randomized Clinical Trial of Indirect Resin Composite and Ceramic Venners: Up to 3-year Follow-up. **The Journal of Adhesive Dentistry**, Groningen, p. 182 – 190, 2013.

GONZALEZ, M.R. et al. Falhas em restaurações com facetas laminadas: revisão de literatura de 20 anos. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, Jul./Dez. 2011.

LEMPEL, E. et al. Direct resin composite restorations for fractured maxillary teeth and diastema closure: A 7 years retrospective evaluation of survival and influencing factors, **Dental Materials**, p. 1 - 13 fev. 2017.

MANGANI, F. et al. Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers. **The European Journal of Esthetic Dentistry**, p. 28-51, fev. 2007.

MAZZARO, J.V.Q. et al. Considerações clínicas para a restauração da região anterior com facetas laminadas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 30, n. 1, p. 51-54, Janeiro/Junho, 2009.

NAHSAN, F.P.S. et al. Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth

restorations: understanding color and composite resin selection. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, p. 151-156, 20 fev. 2012.

NALBANDIAN, S.; MILLAR, B. J. The effect of veneers on cosmetic improvement. **British Dental Journal**, Sydney, p. 1-5, 5 fev. 2009.

PINI, N. et al. Advances in dental veneers: materials, applications, and techniques. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, p. 9-16, 9 fev. 2012.

PONTONS-MELO, J. C.; FURUSE, A. Y.; MONDELLI, J. **A direct composite resin stratification technique for restoration of the smile**. Quintessence International, Berlin, p.205, 11 mar. 2011.

RAPOSO, L.H.A. et al. **Pro-odonto prótese e denstística**. Edição 6. Triângulo Mineiro: UNITRI, 2016.

RODRIGUES, S. R.; ARGOLO, S.; CAVALCANTE, A. N. Reanatomização Dental com Resina Composta. **Revista Bahiana de Odontologia**, Bahia, v. 5, n. 3, p. 182 – 192, Dez. 2014.

ROTOLI, B. T. et al. Porcelain Veneers as an Alternative for Esthetic Treatment: Clinical Report. **Operative Dentistry**, v.38, n.5, p.459-466, 2013.

SERAIDARIAN, P.I.; ASSUNÇÃO, Z.L.V.; JACOB, M.F. Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. **Jornal Brasileiro de Oclusão**, Curitiba, p. 290-295, out./dez., 2001.

SOARES, P.V. et al. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas por dissilicato de lítio. **Revista Odontológica Brasileira Central**, Goiânia, v.21 (58), p. 538-543, 2012.

SOUZA, E. M. et al. Facetas estéticas indiretas em porcelana. **JBD**, Curitiba, v.1, n.3, p. 256 – 262, Jul./Set. 2002.

SOUZA, M. et al. Laminados cerâmicos – um relato de caso. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v.7, p.1-4, jul./dez. 2016.

STRASSLER, H. E. Minimally invasive porcelain veneers: indications for a conservative esthetic dentistry treatment modality. **Gen Dent.**, v. 55, n. 7, p. 686-695, 2007.

VAN DE SANDE, F.H. et al. Is composite repair suitable for anterior restorations? A long-term practice-based clinical study, **Clinical Oral Investigations**, Alemanha, p.1-9, 27 out. 2018.

WOLFF, D. et al. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: A clinical evaluation of survival and quality parameters. **Journal of Dentistry**, Amsterdã, p. 1001-1009, 31 Ago. 2010.