

TRATAMENTO ESTÉTICO COM DIRETAS DE RESINA COMPOSTA – RELATO DE CASO

EARLY TREATMENT OF CLASS III WITH HAAS ASSOCIATED EXPANDER TO FACE MASK OF PETIT – RELAT OF CASE

GLEIZIELLI REGINA DA SILVA¹, CAMILA FRACALLOSSI², MAISA TEIXEIRA LEIBANTE DE LUCENA³, MATHEUS BORTOLUZZI MANTOVANI^{4*}

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 2. Professora Assistente na Área de Dentística Restauradora na Faculdade Ingá; 3. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá.; 4. Professor Assistente na Área de Dentística Restauradora na Faculdade Ingá.

* Faculdade Ingá - Rodovia PR 317, 6114, Maringá, Paraná, Brasil, CEP: 87035-510. matheusmantovani@hotmail.com

Recebido em 04/09/2015. Aceito para publicação em 10/11/2015

RESUMO

A incessante busca pelo belo proporcionou avanços nas propriedades físicas dos materiais odontológicos, desenvolvendo técnicas mais conservadoras e resultados cada vez mais previsíveis esteticamente. Dentes brancos, bem contornados e bem alinhados estabelecem o padrão de beleza. A etiologia do escurecimento dos dentes despulpados é bem conhecida podendo ser devido à hemorragia advinda de trauma, técnica terapêutica inadequada, espaço de tempo entre o traumatismo e atendimento odontológico, materiais obturadores e seladores dos canais radiculares contendo eugenol ou cones de prata. Com intuito de recuperar a estética dental o cirurgião dentista tem algumas opções de tratamento, entre técnica menos invasiva como clareamento dental ate técnicas mais radicais como restaurações em resina, facetas e coroa. O objetivo do presente trabalho é relatar caso clínico em que se confeccionaram faceta diretas com resina composta na região anterior superior. Os resultados clínicos permitiram observar a eficácia da técnica de faceta direta associada ao clareamento externo, principalmente pelo tratamento conservador e de baixo custo, que proporcionou rápida devolução da estética e satisfação ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Faceta direta, resina composta, estética.

ABSTRACT

The relentless quest for beauty has provided advances in the physical properties of dental materials, developing more conservative techniques and results increasingly aesthetically predictable. Teeth white, well contoured and well aligned set the standard for beauty. The cause of the darkening of pulped teeth is well known and may be bleeding arising due to trauma, inadequate therapeutic technique, time between trauma and dentistry care, sealers and sealing the root canal containing eugenol or silver cones. Seeking to regain the aesthetics dental dentist has some treatment options, from less invasive technique as tooth whitening even more radical techniques like resin restorations, veneers and crowns. The objective of this study is to report a case in which it is crafted with veneers

composite resin direct in the previous region. Clinical Results showed the technical effectiveness of direct veneers associated with the external whitening, especially by conservative treatment and low cost, which provided rapid return of aesthetics and patient satisfaction.

KEYWORDS: Direct veneers, composite resin, aesthetics.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a incessante busca pelo belo tem proporcionado avanços nas propriedades físicas e ópticas dos materiais odontológicos, proporcionando o desenvolvimento de técnicas mais conservadoras e a obtenção de resultados cada vez mais previsíveis esteticamente¹. Pacientes que necessitam de trabalhos estéticos normalmente chegam nos consultórios ou clínicas odontológicas desacreditadas², dentes brancos, bem contornados e bem alinhados estabelecem o padrão de beleza. No entanto, com frequência, dentes vitais se apresentam com a cor ou forma alterada, comprometendo substancialmente a estética³. Manchas, escurecimento e defeitos no elemento dentário podem ocorrer por inúmeros fatores⁴. A etiologia do escurecimento dos dentes despulpados é bem conhecida. Essa mudança de cor pode ser ocasionada por hemorragia advinda de trauma, técnica terapêutica inadequada, espaço de tempo entre o traumatismo e atendimento odontológico ou materiais obturadores e seladores dos canais radiculares contendo eugenol ou cones de prata^{5,6}. Quando esses pigmentos formam uma molécula capaz de refletir luz em comprimento de onda visível pelo olho humano e cuja intensidade é superior à luz refletida pela estrutura dental, predomina então a cor do pigmento e observa-se o dente escurecido^{7,8}.

Os dentes podem ter alterações de cor congênitas, como amelogenese imperfeita, dentinogenese imperfeita, hipoplasia do esmalte e porfirismo congênito, assim como alterações adquiridas, entre elas podem citar hipocalcificação do esmalte, fluorose dental, assim como o

uso de medicamentos como tetraciclina e outras alterações de ordem sistêmica^{9,10}. Na tentativa de recuperar a estética, alguns procedimentos são sugeridos como, por exemplo, clareamento, microabrasão, confecção de facetas diretas e indiretas e restauração¹¹.

Com o objetivo de satisfazer as necessidades estéticas no tratamento restaurador, nos deparamos com a possibilidade do uso das resinas compostas. Portanto, diversos requisitos devem ser observados a fim de garantir a longevidade da restauração e o sucesso clínico do tratamento restaurador adesivo direto¹². Com a crescente exigência estética, os materiais restauradores vêm ganhando novas características a fim de reproduzir a estrutura dental com maior riqueza de detalhes. Além do matiz, croma e valor que caracterizam a cor da resina composta, estas podem ser encontradas com tons de opacidade para uma melhor reprodução da estrutura dentária¹².

As resinas compostas de última geração possibilitam devolver ao dente restaurado suas propriedades de opalescência e fluorescência. A opalescência é a capacidade do esmalte de refletir ondas de luz azul-cinza, e de transmitir luz laranja. A fluorescência se caracteriza quando o dente natural é exposto à luz ultravioleta, ocorrendo a difusão para o espectro visual do branco intenso ao azul claro¹³.

Com intuito de recuperar a estética dental, o cirurgião dentista tem algumas opções de tratamento, que varia de técnicas menos invasivas como clareamento dental através de substâncias químicas, até técnicas mais radicais como restaurações em resina, facetas e coroa¹⁴. O artigo tem como objetivo, mostrar um relato de caso em que se confeccionaram facetas diretas com resina composta na região anterior superior.

2. RELATO DE CASO

Paciente jovem L.R.R.A., 20 anos de idade, sexo masculino, chegou a clínica odontológica da UNINGÁ, apresentando como queixa principal a estética desfavorável do elemento 21, no qual apresentava acinzentado e achatado. O dente havia sido tratado endodonticamente há cinco anos. Após anamnese, exame físico detalhado, com a tomada de cor, os elementos dentários possuíam uma coloração A4 e fora dos padrões anatômicos, além de restaurações insatisfatórias nos elementos 11,12 e 21. Para a resolução deste caso, foram esclarecidas as possíveis dúvidas e os objetivos a serem alcançados, mostrando também as limitações. Foram discutidas as técnicas a serem realizadas e os materiais a serem usados. Após a fase de adequação do meio bucal, por meio de orientações de higiene e análise radiográfica foi estabelecido o plano de tratamento: iniciando com o clareamento externo, e em seguida a confecção das facetas com resina composta nos elementos 12,11 e 21.

Na primeira sessão foi feita a foto inicial (Figura 1)

e a moldagem anatômica da arcada superior e inferior para a confecção da moldeira para o clareamento lançando mão da técnica caseira; **Na segunda sessão** realizou-se a prova das moldeiras, e então se entregou as moldeiras para o paciente com duas bisnagas de clareamento peróxido de carbamida 16%, para ser utilizado por duas horas por dia, durante quinze dias, foram passadas todas as recomendações para o paciente sobre os cuidados que se deve ter durante o período de realização do clareamento.

Na terceira sessão o paciente retornou após os 15 dias, para realização de uma sessão de clareamento de consultório na arcada superior e inferior com peróxido de hidrogênio a 38% por 40 minutos (Figura 2). **Na quarta sessão**, após duas semanas do término do clareamento, o paciente retornou à clínica para verificar a cor obtida, que foi o A2 (Figura 3). Ao retornar, a paciente demonstrou alto grau de satisfação e aprovação do resultado provisório; **Na quinta sessão** o paciente retornou para confecção das facetas diretas, foi feito o isolamento absoluto modificado, em seguida a remoção das restaurações insatisfatórias classe IV dos elementos 11 e 12 e da faceta direta do elemento 21 feito com broca esférica diamantada 1014, e o preparo para confecção de facetas diretas nesses elementos dentários foram feitos com uma ponta diamantada esférica 1015 e uma ponta diamantada tronco cônica 3520 que foram utilizadas para a redução vestibular e incisal. (Figura 4), após o preparo aplicou-se o ácido a 37 %, deixando agir por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, e foi lavado com jato de água durante 20 segundos, secou com jato de ar, para realizar a aplicação do sistema adesivo por duas vezes e então foi fotoativado por 40 segundos cada dente (Figura 5). No dente 21 colocou-se o fio afastador (Ultrapack #00, Ultradent, fez a abertura coronária com broca esférica diamantada 1012, para a remoção da guta percha que estava na porção cervical, no qual sua remoção ajudou no mascaramento do acinzentamento, foi restaurado com resina opaca OW da Opallis e no terço médio e incisal com a resina A2 dentina e esmalte (Figura 6), na cervical do dente foi utilizado uma resina A3 esmalte, e nos dentes 11 e 12 usou-se a resina A2 esmalte nas faces vestibulares e proximais, ambas da marca Empress Direct da Ivoclar (Figura 7). Para o acabamento final utilizou discos de óxido de alumínio (Sof-Lex Pop-On XT, 3M-ESPE). Foram utilizadas para as proximais dos dentes tiras de lixa para acabamento (Flexidiamond Strips, Cosmedent) tomando cuidado para não romper o ponto de contato entre os dentes.

Uma semana após o facetamento, o paciente retornou para verificação da cor, polimento das facetas e para tomada fotográfica final.

O Polimento foi feito com pontas diamantadas de granulação fina para a recriação da textura do esmalte, em seguida para recriar o brilho do esmalte foi utilizado

um sistema de borrachas seqüenciais (Jiffy System, Ultradent) e por último uma escova de carbeto de silício (Jiffy Brush, Ultradent). (Figura 8).



Figura 1. Foto inicial, escurecimento do elemento 21 devido a tratamento endodôntico.



Figura 2. Sessão de clareamento externo realizado através da técnica de consultório.



Figura 3. Resultado final após as sessões de clareamento no consultório e caseiro.



Figura 4. Preparo dos elementos 21, 11 e 12, Após remoção das restaurações insatisfatória classe IV nos dentes 11 e 12 e da faceta direta do dente 21.



Figura 5. Aplicação do sistema adesivo.



Figura 6. Aplicação de uma camada de resina opaca no dente 21.



Figura 7. Aplicação de esmalte nos dentes 21, 11 e 12.



Figura 8. Registro fotográfico final.

3. DISCUSSÃO

Cada vez mais os pacientes estão exigindo a perfeição dos trabalhos odontológicos, como no caso descrito no qual o paciente estava insatisfeito com o seu sorriso, apresentando como queixa principal o acinzentamento do seu incisivo central. Em sua maioria, pacientes que chegam à clínica, já não acreditam que poderão ser retomadas as qualidades que, por diversos fatores, foram perdidas. O crescente interesse dos pacientes por uma melhor aparência estética, associado ao desenvolvimento significativo de novos materiais e a uma ampla divulgação na mídia desse conceito de beleza, propiciou mudanças nos conceitos do tratamento odontológico. Sendo gradativamente requisitados, os tratamentos estéticos estão exigindo um aperfeiçoamento profissional com maior grau de técnicas e aprendizado específicos, por parte dos profissionais ligados a esta área do conhecimento^{1,2}.

A faceta consiste no recobrimento da face vestibular do esmalte dental por um material restaurador, fortemente unido ao elemento dentário por intermédio dos sistemas adesivos e podendo ser confeccionada pela técnica direta ou indireta. As facetas diretas são aquelas realizadas pelo próprio profissional, com o uso de resinas compostas, que foi a técnica escolhida para o tratamento. Já as indiretas são feitas pelo técnico em prótese e podem ser em resinas indiretas, facetas pré-fabricadas ou porcelana².

A técnica direta que possui como vantagens o tempo clínico, a conservação dos tecidos dentais, possibilidade de reparo, menor agressão aos tecidos periodontais, menor custo, possibilidade de o cirurgião-dentista controlar a cor e a forma do dente restaurado, dispensam etapas de laboratório e não requerem provisório¹, tem demonstrado resultados satisfatórios. Porém, oclusão topo a topo, ausência de esmalte na região cervical, hábitos para funcionais e presença de apinhamento severo dos dentes anteriores, são fatores que limitam a sua indicação¹⁵, com base nas evidências citadas foi proposto como resolução do caso a associação do clareamento externo com a confecção das facetas diretas, para preservação da estrutura dentário e o menor custo da técnica quando comparado a técnica de faceta indireta. As desvantagens da técnica direta em relação à técnica indireta são a de menor resistência e estabilidade de cor, apesar de produzirem resultados extremamente satisfatórios, quando bem indicadas e realizadas. Uma das vantagens das facetas indiretas é a fabricação de forma extra oral, em que é possível melhor visualização e detalhamento anatômico da restauração. As propriedades mecânicas também são potencializadas, aumentando a expectativa de durabilidade clínica da restauração. O envolvimento de várias sessões para a finalização do trabalho e a utilização do laboratório de prótese torna o custo final para o paciente mais elevado, os desgastes para facetas indiretas também são menos conservadores, implicando em maior

perda de tecido dental, principalmente nos casos de escurecimento da coroa².

A faceta direta pode ser empregada para o fechamento de diastemas, reposicionamento do dente no arco e restaurações de dentes conóides¹⁶. As resinas compostas oferecem resultados de tratamentos adequados para pacientes jovens, como no caso citado em que o paciente tem 20 anos. Em adultos são apropriadas quando o volume, a extensão ou o número de restaurações é limitado¹⁷.

Aqueles casos em que já existe um comprometimento razoável da cor, com escurecimento médio ou elevado, a alternativa restauradora invariavelmente exigirá um preparo do remanescente dental, visando uma espessura e campo de trabalho para a execução de uma faceta. Outros casos que exigirão preparo são dentes com extrema vestibularização, onde para o correto alinhamento no arco, exige-se um desgaste da superfície vestibular¹⁸.

O grande desafio para confecção de facetas diretas em dentes escurecidos é a opacificação, as resinas opacificadoras são definidas como resinas fluidas capazes de impedir a passagem de luz e mascarar cores indesejadas do interior do dente¹⁹. Materiais de compósitos à base de resina evoluíram durante os últimos 20 anos²⁰, suas propriedades físicas, bem como o seu potencial para se ligar a substratos utilizando adesivos, melhoraram consideravelmente quando comparado com as primeiras gerações^{21,22}, além das melhorias nas propriedades físicas e mecânicas, os pesquisadores tem desenvolvido uma melhor composição e uma melhoria na percepção de cores, correspondente aos dentes naturais^{20,23,24}. Ter o conhecimento dos materiais dentários e sua aplicação, habilidades manuais, e um olhar artístico são de suma importância para se restaurar com um adequado contorno, forma e superfície para os dentes envolvidos^{25,26}, assim como ter um bom entendimento de matiz, croma, valor, translucidez, opalescência e opacidade são muito importantes, pois o mascaramento eficaz quando se restaura um dente escuro é um grande desafio na utilização de compósitos, devido às resinas terem limitações inerentes quando se trata de sua capacidade de opacificação, entretanto os sombreamentos contêm pigmentos fortes para dar um matiz distinto, saturação e potencial de enturvação²⁰ para mascarar um escurecimento visível. O opacificador tem um grande potencial de enturvação mesmo em camadas finas, que permite um bom efeito, com uma preparação conservadora²⁰, porém quando se opta pela não utilização da resina de opacificação, um incremento mais espesso de material restaurador será necessário para mascarar a cor escura do dente²⁷. No entanto, existem limitações em sua utilização, alguns dos erros mais comuns resultam em: tom acinzentado na superfície da resina, superfície fosca e/ou manchamento na superfície.

As indicações atuais dos procedimentos adesivos são

relativas, não existe mais a possibilidade que ocorria com as técnicas e materiais mais antigos de indicações e contra-indicações. Hoje quem define a indicação é o próprio profissional, em vista de cada situação clínica e com base em conhecimentos científicos¹⁸. O limite entre as indicações para facetas diretas e indiretas será tênue, variando de acordo com o caso clínico em questão¹⁶.

4. CONCLUSÃO

Os resultados clínicos permitiram observar a eficácia da técnica de face direta associada ao clareamento externo, principalmente pelo tratamento conservador e de baixo custo, que proporcionou rápida devolução da estética e satisfação ao paciente.

REFERÊNCIAS

- [01] Cardoso PC, Decurcio RA, Pacheco AFR, Monteiro LJE, FerreiraMG, LimaPLA, SilvaRFI, Facetas diretas de resina composta e clareamento dental:estratégiaspara dentes escurecidos, *RevOdontolBras Central* 2011; 20(55):341-7.
- [02] Souza EM de; Silva e Souza JR MH; LopesFAM; Oster-nack FHR, Facetas estéticas indiretas em porcelana, *JBD* 2002; 1(3):256-62.
- [03] Baratieri LN, Monteiro JS, de Albuquerque FM, Vieira LC, De Andrada MA, & de Melo FJ. Reattachment of a tooth fragment with a "new" adhesive system: a case report. *Quintessence International*. 1994; 25(2):91-6.
- [04] Sundfeld RH, Mauro SJ, Sundfeld MLMM, &Briso ALF. Avaliação clínico/microscópica da camada híbrida de adesão e dos prolongamentos resinosos (tags), em tecido dentinário condicionado. Efeitos de materiais, técnicas de aplicação e de análise. *J Bras Dent Estét*. 2002; 1:315-31.
- [05] Lee GP, Lee MY, Lum SO, Poh RS, Lim KC. Extraradicular diffusion of hydrogen peroxide and pH changes associated with intracoronal bleaching of discoloured teeth using different bleaching agents. *Int Endod J*. 2004; 37(7):500-6.
- [06] Boaventura JMC, Roberto AR, Lima JPM, Padovani GC, Brisighello LC, Andrade MF. Clareamento para dentes despulpados: revisão de literatura e considerações. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo* 2012; 24(2):114-22.
- [07] Campagnoli KR, Junior NS, Clareamento de dentes desvitalizados: técnica LED com peróxido de hidrogênio, *Rev. Clín. Pesq. Odontol*. 2008; 4(2)107-12.
- [08] Matuda FS, Miranda CB, Pagani C, Benetti AR, Valera MC. Clareamento intracoronário utilizando perborato de sódio ou peróxido de hidrogênio fotoativado: relato de casos clínicos. *Rev Paul Odontol*. 2005; 27(1):31-5.
- [09] Menezes MM, Firoozmand LM, andHuhtala MFR, Avaliação do desgaste superficial do esmalte escovado com dentífrícios e submetido à ação de agentes branqueadores, *CiencOdontolBras*2003; 6(1):44-50
- [10] Netto PCP. Clareamento de dentes desvitalizados: relato de caso clínico [tese] Londrina: Universidade Estadual de Londrina. 2013.
- [11] Aranha ACC, Mitsui FHO, Marchi GM, Facetas diretas em resina composta pós-microabrasão– relato de caso clínico, *J Bras Dent Estet*. 2003; 2(5):72-8.
- [12] Firoozmand LM, Balducci I and Araujo MAM, Influência da fotopolimerização e da cor da resina composta na microdureza. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2009; 9(1):37-42.
- [13] Silva W, Chimeli T, Transformando sorrisos com facetas diretas e indiretas. *Revista Dentística Online*. 2011; 10(21):41-3.
- [14] Pinto MCGL, Monteiro GQM, Carvalho PRB, Melo GFB, Silva CHV, Manchamento por tetraciclina: como tratar. *R. Fac. Odonto*. 2005; 46(1)54-8.
- [15] Goldstein RE. A estética em odontologia. São Paulo: Santos. 2000; 277-38
- [16] Higashi C, Gomes JC, Kina S, Andrade O S, & Hirata R. Planejamento estético em dentes anteriores. *Odontologia Estética*. 2006; 7:139-54.
- [17] Magne P, Belser UC. Porcelain versus composite inlays/onlays: effects of mechanical loads on stress distribution, adhesion, and crown flexure. *Int J PeriodonticsRestorativeDent*. 2003; 23(6):543-55.
- [18] Hirata R, Carniel CZ. Solucionando alguns problemas clínicos comuns com uso de facetamento direto e indireto: uma visão ampla. *JBC J Bras Clin Estét Odontol*. 1999; 3(15):7-17.
- [19] Kim SJ, Son HH, Cho BH, Lee IB, Um CM. Translucency and masking ability of various opaque-shade composite resins. *J Dent*. 2009; 37(2):102-7.
- [20] Felipe LA, Monteiro Jr S, Baratieri LN, Andrade MMC, Ritter AV. Uisingopaquers under direct composite resin veneers: na illustrated review of the technique. *J Esthet Restor Dent*. 2003; 15:327-37
- [21] Felipe LA, Baratieri LN. Direct resin composite veneers. Masking the dark prepared enamel surface. *Quintessence int* 2000;31:557-62.
- [22] Fahl NJ, Denehy GE, Jackson RD. Protocol for predictable restoration of anterior teeth with composite resin. *Pract-Periodontic Aesthet Dent*. 1995; 7:13-21.
- [23] Vanini L. Light and color in anterior composite restorations. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1996; 8:673–82.
- [24] Dietschi D. Free-hand composite resin restorations: a key to anterior aesthetics. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1995; 7:15–25.
- [25] Ancowitz S, Torres T, Rostami H. Texturing and polishing. The final attempt at value control. *Dent Clin North Am* 1998; 42:607–12.
- [26] Bichacho N. Direct composite resin restorations of the anterior single tooth: clinical implications and practical applications. *Compendium* 1996; 17:796–801.
- [27] Dias WR, Pereira PN, Swift EJ Jr. Maximizing esthetic results in posterior restoration using composite opaquers. *J EsthetRestor Dent*. 2001;131:945-50.