

Reabilitação Estética Anterior pela Técnica do Facetamento – Relato de Caso

Anterior Aesthetic Rehabilitation by the Composite Resin Veneer Technique: A Case Report

RENALLY BEZERRA WANDERLEY E LIMA¹
JULIANA TAVARES LEITE²
ROBERTA MOREIRA FRANÇA³
MICHELLINE CAVALCANTI TOSCANO DE BRITO³
ROSEANNE DA CUNHA UCHÔA⁴
ANA KARINA MACIEL DE ANDRADE⁴

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se relatar um caso clínico, no qual foi utilizada a técnica operatória de facetas estéticas diretas com resina composta, como alternativa de tratamento restaurador para dentes anteriores. *Relato de caso:* Realizou-se facetamento estético nos dentes 12, 11, 21 e 22 numa paciente do gênero feminino, 38 anos, que procurou a Clínica de Integração Odontológica da UFPB, insatisfeita com as restaurações antigas. O tratamento foi iniciado por endodontia e procedimentos periodontais, para possibilitar condição de higienização à paciente. Após a seleção de cor dos dentes, fez-se o isolamento do campo operatório e o preparo dos dentes utilizando as pontas diamantadas de números 1014 e 2135 (KG Sorensen, São Paulo, Brasil). As etapas seguintes incluíram condicionamento ácido da estrutura dentária, aplicação do sistema adesivo, inserção e escultura da resina composta e acabamento e polimento. *Conclusão:* Concluiu-se que a utilização de resinas compostas para a reabilitação estética de dentes anteriores representa uma alternativa conservadora e viável de tratamento odontológico, restituindo a saúde biológica e psicológica ao paciente.

DESCRITORES

Estética Dentária. Resinas Compostas. Facetas Dentárias.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to present a clinical case report in which aesthetic direct composite resin veneer technique was employed as a restorative alternative to treat anterior teeth. *Case report:* Aesthetic veneers were made on the maxillary anterior teeth of a patient, female, 38 years old, who attended the Integrated Dental Clinics at Federal University of Paraíba complaining of aesthetic dissatisfaction with her old fillings. The treatment was initiated by endodontic and periodontal procedures in order to provide the patient with hygiene conditions. After tooth color selection, isolation of operative field was performed and teeth were prepared using diamond burs #1014 and #2135 (KG Sorensen, São Paulo, Brazil). Subsequent steps consisted of dental acid etching, adhesive system application, and composite resin insertion, sculpture, finishing and polishing. *Conclusion:* It is concluded that the use of composite resins to aesthetically rehabilitate anterior teeth has represented a conservative and feasible alternative for dental treatment, and it reestablishes the patient's biological and psychological health.

DESCRIPTORS

Esthetics, Dental. Composite Resins. Dental Veneers.

- 1 Mestranda em Materiais Dentários, Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba/SP, Brasil.
- 2 Graduanda em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 3 Professora Assistente do Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 4 Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

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 (ARANHA, MITSUI, MARCHI, 2003).

Considerando os dentes anteriores, alguns princípios básicos como cor, forma, tamanho, textura e brilho são fundamentais para a composição de um sorriso harmonioso. O tratamento adequado das imperfeições no plano estético depende da interação de conhecimentos relacionados à estética, aos materiais restauradores e às técnicas disponíveis atualmente (DIETSCHI, 2008).

Na tentativa de recuperar a estética, alguns procedimentos são sugeridos como, por exemplo, clareamento, microabrasão, confecção de facetas diretas e indiretas e restauração (ARANHA, MITSUI, MARCHI, 2003). Diversas situações clínicas que necessitam de resistência e/ou estética e que antigamente só eram resolvidas com tratamentos protéticos invasivos, hoje podem ser solucionadas perfeitamente com técnicas minimamente invasivas, utilizando as resinas compostas de última geração. A faceta vestibular de resina composta está indicada para casos onde 2/3 ou mais de estrutura dentária vestibular esteja comprometida por alteração de cor, forma e/ou textura, alterações essas impossíveis de serem recuperadas por meios mais conservativos como restaurações convencionais, clareamento dental e microabrasão. Dentre as vantagens das facetas diretas de resina composta em relação às facetas indiretas de cerâmica, destaca-se uma maior preservação dental, um menor tempo clínico para sua execução, um custo inferior, além de possuírem uma excelente estética aliada à boa longevidade clínica (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Durante o exame clínico, vários aspectos devem ser levados em consideração a fim de realizar um correto diagnóstico e indicação da faceta vestibular de resina composta: quantidade e qualidade da estrutura dental remanescente, grau de descoloração, relação entre a área comprometida e distâncias biológicas, análise da oclusão e ainda, o grau de higienização do paciente (CARDOSO *et al.*, 2011). É importante que o cirurgião-dentista compreenda os princípios básicos dos sistemas adesivos, das resinas compostas e da técnica utilizada, além de ter uma visão multidisciplinar que o possibilite diagnosticar e planejar o caso corretamente, para obter o sucesso funcional e estético das facetas em resina composta.

Ao utilizar uma abordagem com base em evidências (erudição clínica, pesquisas científicas sólidas e necessidade e vontade do paciente), é importante notar que esse princípio não é dogmático, mas

pragmático, incorporando a experiência clínica, bem como o respeito às preferências e aos desejos do paciente.

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é apresentar e discutir a técnica operatória do facetamento estético direto com resina composta como uma alternativa de tratamento restaurador para dentes anteriores.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente H.G.P., sexo feminino – 38 anos - procurou a Clínica de Integração Odontológica da Universidade Federal da Paraíba - UFPB - para tratamento dos incisivos centrais superiores que possuíam restaurações e facetas antigas. Durante a anamnese, a paciente relatou profunda insatisfação com seu sorriso. Ao exame intra-oral foi observada a presença de excessos de material restaurador nos elementos 12, 11, 21 e 22 de tal forma que os dentes estavam unidos (Figura 1A). Mediante avaliação clínica periodontal, diagnosticou-se a presença de cálculo supragengival, porém sem causar nenhuma alteração visível no periodonto. O tratamento foi iniciado pelos procedimentos de raspagem e alisamento corono-radicular e separação dos elementos dentários para dar condição de higienização à paciente (Figura 1B e 1C).

A paciente relatou a existência de três dentes tratados endodonticamente: 11, 21 e 22. Após exame radiográfico e constatação que os canais estavam em perfeitas condições de tratamento, foi realizada análise criteriosa dos remanescentes de tecido dentário e da oclusão. Assim, após estudo e planejamento do caso, optou-se pelo facetamento direto com resina composta como forma de tratamento para o restabelecimento estético do sorriso.

Realizada a profilaxia dos dentes com pedra pomes e água, selecionou-se a cor das resinas a serem utilizadas, fotoativando uma pequena quantidade de resina nos elementos em questão.

Foi realizado isolamento relativo modificado na região anterior e o preparo foi iniciado nos dentes 11, 12, 21 e 22 com a ponta diamantada 1014 (KG Sorensen, São Paulo, Brasil), confeccionando-se uma canaleta cervical (Figura 2A). Com a ponta diamantada 2135 (KG Sorensen, São Paulo, Brasil) foram realizadas canaletas verticais, (Figura 2B) de profundidade equivalente à metade da espessura da ponta ativa do instrumento de desgaste utilizado, respeitando as diferentes convexidades dos terços cervical, médio e incisal apresentadas na superfície vestibular dos dentes anteriores superiores. Essas canaletas de orientação foram unidas com a ponta 2135 e a profundidade do preparo foi analisada (Figura 2C).

Concluído o preparo, o fio retrator n#0



1 - A



1 - B



Fig 1-C

Figura 1 – (A) aspecto inicial do sorriso, (B) aspecto com biofilme corado, (C) após o tratamento periodontal



Fig 2-A



Fig 2-B



Fig 2-C

Figura 2 – (A) canaleta de orientação cervical confeccionada, (B) canaletas verticais confeccionadas, (C) visão frontal do preparo vestibular do elemento 11.

(Ultrapack, Ultradent, USA) foi posicionado (Figura 3A) e, posteriormente, foi realizado o condicionamento ácido e aplicação de sistema adesivo. O condicionamento ácido dos tecidos dentais (esmalte e dentina) foi realizado durante quinze segundos na superfície vestibular com gel de ácido fosfórico a 35% (3M/ESPE, St. Paul, MN, USA) (Figura 3B), lavado pelo mesmo tempo, e o sistema adesivo Adper Single Bond 2 (3M/ESPE, St. Paul, MN, USA) foi aplicado em duas camadas consecutivas (Figura 3C). O pincel, saturado com o material, foi agitado na superfície por 15 segundos. Em seguida, a região foi levemente seca para evaporação do solvente e fotoativada por 10 segundos.

As resinas compostas selecionadas foram utilizadas para cada fim específico, a saber: para mascarar o fundo escuro da faceta e substituir a dentina, utilizou-se a resina microhíbrida DA2 Llis (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) (Figura 4A); para fazer o halo opaco incisal, utilizou a mesma resina DA2 Llis (Figura 4B); para substituir o esmalte perdido, usou-se a EA2 Llis (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) (Figura 4C) e para dar maior translucidez à faceta, aplicou-se a cor T-neutral da Oppallis (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) (Figura 4D). Esses compósitos foram inseridos no preparo em múltiplos incrementos, com auxílio de espátulas e de pincel, e a forma e o contorno foram



Fig 3-A



Fig 3-B



Fig 3-C

Figura 3 - (A) fio retrator n#0 inserido, (B) condicionamento com ácido fosfórico a 35%, (C) preparo após a aplicação do sistema adesivo.

restabelecidos antes da fotoativação. Essa foi realizada de acordo com as recomendações do fabricante de cada compósito restaurador.

Uma vez concluída as restaurações, o acabamento para a remoção dos excessos cervicais foi realizado com auxílio de lâmina de bisturi número 12 (Figura 5A). O polimento foi realizado com discos de lixa de granulações decrescente de abrasividade (Sof-Lex Pop On - 3M ESPE, St. Paul, MN, USA) (Figura 5B) e disco de feltro Diamond (FGM, Joinville, SC, BR) associado à pasta diamantada (Figura 5C). O aspecto final das facetas pode ser observado na figura 6.

DISCUSSÃO

A estética dentária é um tópico bastante vasto, envolvendo princípios científicos e artísticos. Ela está intimamente relacionada ao sorriso, à relação harmônica entre dentes, gengiva, lábios e à face como um todo. A falta de harmonia entre esses componentes pode acarretar ao indivíduo problemas no convívio social e de autoestima, dependendo da realidade e da necessidade de cada paciente. Os valores estéticos são fundamentais para satisfação do paciente e do profissional. Portanto, o profissional deve ter uma visão



Fig 4-A



Fig 4-B



Fig 4-C



Fig 4-D

Figura 4- (A) resina microhíbrida DA2 Llis inserida para mascarar o fundo escuro da faceta e substituir a dentina, (B) resina microhíbrida DA2 Llis reconstruindo o halo opaco incisal, (C) resina EA2 Llis para substituir o esmalte perdido, (D) resina inserida na cor T-neutral da Oppallis para dar maior translucidez à faceta.



Fig 5-A



Fig 5-B



Fig 5-C

Figura 5- (A) remoção dos excessos cervicais com lâmina de bisturi número 12, (B) disco de lixa realizando o polimento, (C) disco de feltro e pasta diamantada para dar o brilho final.



Figura 6- Visão das facetas concluídas.

holística e observar cuidadosamente seus pacientes, uma vez que os dentes não são entidades isoladas e a harmonia facial também merece atenção (CARDOSO *et al.*, 2011). Neste trabalho, percebeu-se que o desconforto psicológico devido à estética insatisfatória das restaurações dos dentes anteriores da paciente era frequentemente expresso por reclamações, que se intensificaram devido à profissão da paciente (cabeleireira), que tem relação com a estética facial.

Melhorias tecnológicas foram realizadas em resposta à crescente demanda dos pacientes pela estética e a procura pelos cirurgiões-dentistas por materiais que possuam características ópticas semelhantes a dos dentes naturais. Recentes resinas compostas exibem uma grande variedade de cores e efeitos, que facilita diferentes combinações de translucidez e opacidade (DIETSCHI, 2008). Forma, função e estética são adequadamente restauradas em procedimentos diretos com resinas compostas, com a concepção de restauração em estreita relação com intervenções conservadoras operacionais (BLANK, 2006). As limitações da técnica em resina composta estão relacionadas principalmente aos casos de higiene bucal insatisfatória, o que favorece a degradação da matriz orgânica da resina e a consequente alteração de cor e textura (WEISS *et al.*, 2008).

Independentemente da extensão da cavidade a ser restaurada com resina composta, a primeira dificuldade está na seleção das cores das resinas a serem

utilizadas. Assim, fatores como resistência, polimento, brilho e translucidez devem ser considerados (HOEPPNER *et al.*, 2003).

O dente natural é policromático, ele tem uma grande variedade de cores e nuances que são percebidas e interpretadas pelo cérebro humano. Para reproduzir artificialmente as características intrínsecas do dente não representa uma tarefa simples. O dentista deve ter um sentido artístico, a fim de identificar detalhes e definir as diferentes nuances de cada dente. Certamente, esta etapa clínica representa muito mais do que uma simples seleção de uma letra A ou B, e um número 1 ou 2, e influencia direta e significativamente no resultado estético final. A cor deve ser entendida como o resultado da interação de três dimensões conhecidas como matiz, croma e valor (TERRY, 2003). A dentina e esmalte natural possuem uma rica composição e detalhes. Considerando que a dentina confere a cor de base para o elemento dental, ou o matiz, esta cor não é inteiramente percebida pelo observador, o esmalte modula o croma e o valor do matiz de acordo com a sua maior ou menor espessura (DIETSCHI, 2008; FRANCO *et al.*, 2007).

Após a seleção da cor, a etapa seguinte é o preparo da face vestibular. Para tanto, pode-se empregar diferentes tipos de instrumentais cortantes rotatórios, entretanto se deve sempre respeitar a convexidade da face vestibular. A quantidade de tecido dental desgastada durante o preparo depende de alguns

fatores, entre eles destaca-se o grau de escurecimento do elemento dental a ser restaurado e as áreas estática e dinâmica de visibilidades. Para dentes com intensa alteração de cor preconiza-se o desgaste mais acentuado da face vestibular para promover maior volume de resina a ser inserida, facilitando, dessa forma, a obtenção da estética desejada (HOEPPNER *et al.*, 2003).

No momento da inserção do material restaurador, foram utilizadas resinas para reproduzir as características de translucidez e opacidade da superfície vestibular, com graus variados de absorção e reflexão da luz. A resina de dentina, que possui opacidade necessária para mascarar o fundo escuro do preparo, foi a primeira a ser inserida. Já a resina de esmalte, que tem maior translucidez, veio em seguida imitando a anatomia dentária. A resina T neutral utilizada na última camada proporciona um aspecto mais natural para imitar o esmalte humano, devido a sua alta translucidez.

Além da necessidade de se optar por resinas que correspondam às cores e opacidades de cada porção do elemento dental, é necessário que a textura e a forma original possam ser restabelecidas. Para que isto seja possível o profissional deve estar atento aos detalhes anatômicos, antes de iniciar o procedimento de faceta, e também aos dentes vizinhos. A destreza manual muitas vezes é alcançada com a prática associada aos conceitos teóricos (CARDOSO *et al.*, 2011).

Um das questões preocupantes em relação às resinas compostas é a impossibilidade de formar uma superfície perfeitamente lisa. A irregularidade superficial pode provocar problemas clínicos como: descoloração, manchas, retenção de alimentos, acúmulo de placa e

consequentes danos à saúde periodontal, podendo levar ainda a cáries secundárias. O acabamento e polimento realizados de forma correta, devolvendo uma superfície lisa e polida, podem melhorar o contorno da restauração, proporcionar uma anatomia adequada, aumentar a qualidade e a longevidade das restaurações com resina composta (VENTURINI *et al.*, 2006). No presente caso clínico, o acabamento inicial foi realizado com lâmina de bisturi n. 12 para remover excessos cervicais, o acabamento das demais partes e o polimento foram realizados com discos de lixa de granulações decrescente de abrasividade - Sof-Lex Pop On- 3M Espe. Os discos de feltro associados à pasta diamantada foram aplicados para dar brilho final às restaurações.

O facetamento direto, quando corretamente indicado, é uma alternativa de tratamento bastante satisfatória, tendo como principais vantagens a preservação da estrutura dental e simplicidade da técnica. Por sua vez, a técnica exige do operador conhecimento quanto às propriedades dos materiais estéticos adesivos utilizados e da técnica restauradora.

CONCLUSÃO

A utilização de resinas compostas para a reabilitação estética de dentes anteriores com alteração de cor, através da técnica do facetamento direto, representa uma alternativa viável de tratamento, restituindo a saúde biológica e psicológica ao paciente. Esta técnica é a opção mais conservadora para restaurar a harmonia e requer acurado exame clínico e planejamento para o sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDARR, GARIBDG, ALMEIDA-PEDRINRR, ALMEIDA MR, PINZAN A, JUNQUEIRA MHZ. Diastemas interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2004; 9(3):137-56.
2. 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.
3. BLANK JT. Creating translucent edge effects and maverick internal tints using microhybrid resin. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2006; 18(2):131-6.
4. CARDOSO PC, DECURCIO RA, PACHECO AFR, MONTEIRO LJE, FERREIRA MG, LIMA PLA, SILVA RF. Facetas Diretas de Resina Composta e Clareamento Dental: Estratégias para Dentes Escurecidos. *Rev Odontol Bras Central*. 2011; 20(55):341-7.
5. DIETSCHI D. Optimising aesthetics and facilitating clinical application of free-hand bonding using the “natural layering concept”. *Br Dent J*. 2008; 204(4):181-5.
6. FRANCO EB, FRANCISCHONE CE, MEDINA-VALDIVIA JR, BASEGGIO W. Reproducing the natural aspects of dental tissues with resin composites in proximal incisal restorations. *Quint Int*. 2007; 38(6):505-10.

7. HOEPPNER MG, PEREIRA SK, NETO ES, CAMARGO L NG. Tratamento estético de dente com alteração cromática: faceta direta com resina composta. *Ci Biol Saúde*. 2003; 9(3/4):67-72.
8. TERRY, DA. Dimensions of color creating high-diffusion layers with composite resin. *Compend Contin Educ Dent*. 2003; 24(2):3-13.
9. VENTURINI D, CENCI MS, DEMARCO FF, CAMACHO GB, POWERS JM. Effect of polishing techniques and time on surface roughness, hardness and microleakage of resin composite restorations. *Oper Dent*. 2006; 31(1):11-7.
10. WEISS EI, DOMBAJ, MATALON S, BAHIR R, BEYTH N. Streptococcus mutans biofilm changes surface-topography of resin composites. *Dent Mat*. 2008; 24(6):732.

CORRESPONDÊNCIA

Ana Karina Maciel de Andrade
R Mário Batista Júnior, n. 55, apto. 503 Miramar
CEP: 58.043-130
João Pessoa – Paraíba - Brasil
Tel: (83) 3216-7250
E-mail: kamandrade@hotmail.com