

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**FÁBIO HENRIQUE BATISTA DE DEUS
GEORGE FELIPE MENDES TOMAZ**

**INTERVENÇÕES MINIMAMENTE INVASIVAS NA
REANATOMIZAÇÃO DO SORRISO COM RESINA
COMPOSTA: RELATO DE CASO**

**PATOS DE MINAS
2016**

**FÁBIO HENRIQUE BATISTA DE DEUS
GEORGE FELIPE MENDES TOMAZ**

**INTERVENÇÕES MINIMAMENTE INVASIVAS NA
REANATOMIZAÇÃO DO SORRISO COM RESINA
COMPOSTA: RELATO DE CASO**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientador: Prof.^a Ms. Fernando Nascimento

INTERVENÇÕES MINIMAMENTE INVASIVAS NA REANATOMIZAÇÃO DO SORRISO COM RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO

Fábio Henrique Batista de Deus

George Felipe Mendes Tomaz*

Fernando Nascimento**

RESUMO

Atualmente é crescente a quantidade de pessoas que buscam tratamentos odontológicos que visam à melhora do sorriso. Um procedimento restaurador estético bem executado contribui para a autoestima do indivíduo, além de melhorar sua aparência, encaixando-o nos padrões de beleza impostos pela sociedade. A técnica escolhida deve não só levar ao resultado planejado, mas também ser o menos invasiva possível, fazendo com que estruturas híginas dos dentes sejam preservadas. Neste caso é apresentado o relato na reanatomização do sorriso por meio de microabrasão, clareamento, aumento no comprimento dos dentes usando resina composta. Este caso clínico mostra que este conjunto de procedimentos pouco invasivos além de eficaz, possui um custo benefício baixo quando comparados a técnicas indiretas e ainda satisfaz a expectativa do paciente.

Palavras-chave: microabrasão, estética, clareamento, resina composta.

ABSTRACT

There are increasing numbers of people who are looking for dental treatments aimed at improving their smile. A well-executed aesthetic restorative procedure contributes to the individual's self-esteem, as well as improving their appearance, fitting it into the standards of beauty imposed by society. The technique chosen should not only lead to the planned outcome, but also be the least invasive possible, causing healthy tooth structures to be preserved. In this case the report is presented in the reanatomization of the smile by means of microabrasion, whitening, increase in the length of the teeth using composite resin. This clinical case shows that this set of procedures not invasive in addition to effective, has a low cost benefit when compared to indirect techniques and still satisfied the patient's expectation.

Key words: microabrasion, aesthetics, whitening, composite resin.

* Alunos do Curso de odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) 2016. e-mail do aluno

**Professor de dentística no curso de odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista/Mestre em dentística pela faculdade UFU e-mail do professor fnascimento_fpm@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A indicação de restaurações diretas em resina composta como forma de melhorar o sorriso está em alta, sendo considerado uma técnica rápida que pode ser bem conciliada com outros tipos de tratamentos (como movimentações ortodônticas e cirurgias gengivais), que permite recuperar o sorriso com estética desfavorável dispondo de uma ou mais alternativas isoladas ou não, que permitirão ao fim do tratamento, devolver a estética e função do paciente. O tipo de tratamento varia de acordo com as características e as expectativas de cada um, sendo fundamental um planejamento minucioso seguindo da correta execução da técnica. A técnica direta apresenta baixo custo comparada a técnicas indiretas ⁽¹⁻³⁾.

A procura pelo tratamento estético está cada vez mais frequente na odontologia contemporânea, principalmente quando diz respeito a tratamentos restauradores em dentes anteriores. Com isto, novas formas de alterar e melhorar a harmonia do sorriso, são utilizados materiais com propriedades mais evoluídas ou lançando mão de novas técnicas de trabalho, tudo isso visando chegar ao resultado de um sorriso mais próximo do natural ⁽⁶⁻¹⁰⁾.

A faceta direta em resina composta pode ser usada em dentes com alterações de cor (seja por pigmentação intrínseca ou extrínseca), dentes com alterações morfológicas, dentes com amplas lesões cervicais e também em dentes que apresentam necessidade de reanatomização da coroa e no fechamento de diastemas ⁽²⁻³⁾.

Dentre as alterações anatômicas dentárias mais comuns, estão os dentes classificados conóides, que são dentes relativamente menores no espaço mesio-distal, com prevalência nos incisivos laterais superiores, que, pela proximidade com os incisivos centrais, geram uma desarmonia no sorriso. Um dos desafios desse tipo de reabilitação é a preocupação com a reprodução de detalhes a serem construídos no dente envolvido, visto que, na maioria dos casos, o aumento mais expressivo ocorre no terço incisal do dente, e isso, requer do profissional conhecimento anatômico específico ^(2-3,5).

O uso das restaurações diretas de resina composta no momento de fechar um plano de tratamento, apresenta algumas limitações; dentes escurecidos, pacientes com hábitos parafuncionais, pacientes fumantes e/ou que fazem ingestão de substâncias corantes, dentes com alteração de posição na arcada (dentes com

grande giroversão e apinhamentos), higiene oral e saúde periodontal precárias, oclusão e condição do dente (fragilidade devido a presença de restaurações extensas) ⁽²⁾.

Frente a indicação do uso das restaurações diretas em resina composta, outros tipos de tratamentos como os cirurgias gengivais e aparelhos ortodônticos, devem ser levados em consideração. Portanto, o planejamento logo na abordagem inicial pode levar ao sucesso do tratamento ⁽⁴⁾.

Tratamentos periodontais cirúrgicos são bastante utilizados, principalmente nos casos em que a maior discrepância no tamanho dos dentes no sentido vertical, nesse caso, toda condição de gengiva inserida, altura do sorriso e principalmente tamanho dos dentes é levado em consideração, logo, o tratamento cirúrgico é realizado removendo uma quantidade ideal óssea gengival e após o período de cicatrização, o processo de reanatomização é realizado ⁽⁴⁾.

Outro tratamento utilizado na correção de espaços, é a movimentação ortodôntica. Usada para os casos de pacientes que apresentam ausência de um ou mais dentes, e desvio da linha média ⁽⁴⁾.

A fotografia é um importante passo na documentação e acompanhamento do tratamento, como registro da situação anterior e como comparativo pós-tratamento ⁽¹⁰⁾.

O levantamento radiográfico dos dentes envolvidos, é necessário para que nenhuma lesão de cárie e/ou próteses mal adaptadas passem despercebidas. Da mesma forma, a confecção dos modelos de estudos é importante, pois, possibilita a simulação da oclusão do paciente e uma melhor análise do posicionamento e inclinação dos dentes ⁽¹⁰⁾.

Por se tratar de um tipo de reabilitação altamente estética, quanto mais artifícios o profissional encontrar para tornar seu trabalho mais previsível, maior chance de êxito ele terá ao fim do tratamento. A técnica do ensaio restaurador lhe dará melhor previsibilidade do resultado final, eliminando possíveis erros como angulação, tamanho e quantidade de material restaurador e possibilitando mudanças em algo que o profissional ache necessário ⁽¹⁰⁾.

O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso clínico no qual as técnicas de microabrasão, clareamento dental e reanatomização com resina composta de dentes conóides foram empregadas.

RELATO DE CASO

Paciente GFMT, 24 anos, sexo masculino procurou o serviço de atendimento odontológico da Faculdade Patos de Minas relatando insatisfação estética do sorriso. Após exames preliminares constatou-se que os elementos dentários 12 e 22 eram conóides, formando diastemas entre estes e os elementos dentários 33 e 23. Os dois incisivos laterais 12 e 22 conóides, hipoplasias superficiais nos incisivos centrais 11 e 21, com uma leve vestibularização do dente 21 (Figura 1,2,3).

Após exames detalhados o paciente foi considerado apto a receber o tratamento estético por não haver nenhuma condição bucal que contra indicasse. O tratamento indicado foi o clareamento dental, associado a microabrasão e aumento de coroa clínica com resina composta usando a técnica direta de caninos a caninos.

Previamente ao início da etapa restauradora foi realizada uma profilaxia com pedra-pomes e soro fisiológico para registro de cor do dente, com auxílio de escala Vita, para comparação no caso inicial antes ao clareamento, tendo cor inicial A2 (Figura 4).

Na etapa do clareamento de consultório foi utilizado o gel clareador de peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP - FGM), após manipulado foi aplicado sobre os dentes que foram isolados com a barreira gengiva (Top Dam - FGM), seguindo o protocolo de no máximo 3 aplicações de 15 minutos cada, por sessão (Figura 5).

As machas brancas de hipoplasia foram removidas pela técnica de microabrasão. Um gel abrasivo (ácido fosfórico a 37% com pedra pomes) foi manipulado e juntamente com uma ponta de borracha de acabamento acoplada ao micromotor em rotação lenta foi friccionada por 1 minuto na superfície dentária em movimentos intermitentes. Este procedimento foi realizado por três vezes consecutivas sendo realizada a lavagem com água entre elas. A microabrasão da hipoplasias superficiais foi realizada para conservar estruturas mineralizadas e obteve resultados satisfatórios, sendo realizado após 15 dias ao clareamento de consultório (Figura 6).

Antes do condicionamento ácido fosfórico, é preciso eliminar quaisquer partes dentárias consideradas fragilizadas, com o auxílio de brocas de alta rotação,

removendo exclusivamente, estruturadas indesejáveis que possam comprometer o sucesso da técnica.

Iniciando o processo restaurador isolando os dentes com fita Teflon, utilizamos o ácido fosfórico 37% (Dentsply) por 40 segundos e lavando o dobro do tempo aplicado a superfície do dente (Figura 8).

Mesmo se tratando de restaurações estéticas de grandes proporções, o sistema adesivo convencional de dois passos confere à restauração todas as propriedades de fixação necessária para o sucesso da técnica. A aplicação do sistema adesivo (Adper Single Bond 2 - 3M ESPE) foi realizado de acordo com o manual do fabricante e fotopolimerizado por 40 segundos (Figura 9).

Para a primeira camada palatina de esmalte, utilizamos um guia palatino feito de silicone para um auxílio da técnica (Figura 10). A inserção das resinas compostas (Z350 – 3M ESPE) foram feitas com a técnica estratificada com as camadas de esmalte, corpo, opaca e translúcida (Figura 11).

Próxima etapa foi inserir a camada intermediária da restauração que se refere à dentina cor propriamente dita, são feitas com resinas com propriedades ópticas que vão conferir a restauração a opacidade semelhantes às de um dente natural. Por último, a camada vestibular é feita com uma resina que apresente menor tamanho de partículas e maior translucidez, geralmente para simular os ângulos e incisais dos dentes.

Na última fase da etapa restauradora com resina composta foi feito acabamento utilizando tiras de lixas abrasivas, lâmina de bisturi nº 12 e brocas de acabamento de granulação fina após o ajuste oclusal. Com isso, após o ajuste oclusal, a primeira etapa da reanatomização é encerrada, deixando a parte de acabamento e polimento para um prazo mínimo de 24 horas.

O polimento final feito após o acabamento foi realizado com pontas de borrachas abrasivas de granulação grossa, média e fina, pelo de cabra e disco feltro com pasta diamantada com intuito de proporcionar uma restauração com excelente brilho e lisura para conseguir um aspecto similar aos dentes naturais (Figuras 12,13,14).



Figura 1: Vista inicial.



Figura 2: Vista lateral esquerda.



Figura 3: Vista lateral direita.



Figura 4: Registro da cor.



Figura 5: Clareamento de consultório.



Figura 6: Microabrasão dos dentes com hipoplasias superficiais.



Figura 7: Resultado após microabrasão associado ao clareamento.



Figura 8: Isolamento modificado com teflon para condicionamento ácido seletivo.



Figura 9: Aplicação do sistema adesivo seletivo.



Figura 10: Guia palatino feito de silicone.



Figura 11: Inserção da resina, camada palatina.
Camada de esmalte.



Figura 12: Aspecto final do sorriso.



Figura 13: Aspecto final esquerdo.



Figura 14: Aspecto final direito.

DISCUSSÃO

O clareamento dental prévio ao processo de reanatomização é indicado para o caso de dentes escurecidos. Para dentes com manchas por fluorose ou por hipocalcificação de esmalte, por exemplo, a microabrasão pode trazer resultados satisfatórios, é uma técnica rápida e simples, mas funciona apenas nos casos de manchas superficiais ^(8,12-14).

O tratamento restaurador direto com resina composta vem se tornando cada vez mais conveniente e seguro para o tratamento de desarmonias do sorriso, onde há uma crescente melhora da qualidade das resinas compostas e os sistemas adesivos, fazendo assim, que a escolha desse tipo de tratamento seja definida. Além disso, o custo benefício e o tempo de tratamento são melhores, quando comparados a uma técnica restauradora indireta ⁽¹⁾.

O início do tratamento restaurador passa por uma análise prévia da condição periodontal do paciente. Além disso, é recomendado que o paciente esteja livre de cáries, pois, por se tratar de uma cavidade infecciosa, os processos envolvidos na restauração direta podem induzir o aumento dessa cavitação, como por exemplo, o clareamento dental ^(10,16).

Por se tratar de uma técnica construtiva, feito em etapas estratificadas, o profissional deve dispor de apurada técnica e conhecimento dos materiais envolvidos. O julgamento por parte do paciente depende basicamente da dedicação e empenho que o cirurgião dentista vai aplicar no momento da execução da técnica. Além disso, cabe ao profissional retratar na sua técnica toda expectativa que o paciente tem a respeito do resultado final. Basicamente conciliar os desejos do paciente com o que pode ser feito por parte dele ^(2,5).

Neste trabalho, detalhes como a cor final, a forma e o tamanho dos dentes foi definido em conjunto com o paciente, e executados dentro daquilo que podia ser feito pelo cirurgião dentista. Questões com o formato dos incisivos centrais, e a cor dos dentes foram baseados na vontade do paciente levando em consideração o que era proposto para uma pessoa da sua idade. Isso não descarta a possibilidade de alterações futuras ⁽¹⁰⁾.

A microabrasão por mais que seja considerada uma técnica pouco invasiva, ela deve ser utilizada com cuidado para evitar desgastes em excessos da estrutura dental, já que falando em técnicas minimamente invasivas não abrimos mão desse artifício de grande importância, além disso, um polimento posterior é fundamental para manter a estética e evitar alteração da superfície ^(14,16).

O uso da guia de silicone mostrou-se eficaz no tratamento restaurador direto com resina composta, por oferecer previsibilidade oclusal, possibilitar melhor adaptação da resina a primeira camada que vai ao dente, oferece maior segurança na definição dos contornos, além de resultar em um menor tempo clínico, permitindo resultados estéticos e funcionais satisfatórios ⁽⁶⁾.

A importância do procedimento de acabamento é com o processo de remoção das irregularidades e excessos com a intenção de melhorar ângulos anatômicos, regularizando a superfície da restauração. O polimento, por sua vez, é eficaz na obtenção de brilho, tornando a superfície homogênea, removendo as ranhuras causadas pelas pontas de acabamento ⁽¹¹⁾.

As reanatomizações diretas em resinas composta possuem vantagens, quando comparadas com técnicas indiretas como laminados cerâmicos e coroas totais. O resultado é praticamente imediato, não necessitando de etapas laboratoriais, economizando tempo e baixos custos comparados ao trabalho indireto. As restaurações adesivas diretas permitem a conservação do tecido dentário e são procedimentos reversíveis, possibilitando alterações futuras e se necessário, outros procedimentos mais invasivos. Reparos na forma ou correção de trincas ou fraturas poderão ser feitas sempre que houver necessidade, pois, por se tratarem materiais acessíveis e de fácil manutenção as resinas compostas permitem esse tipo de manejo ⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que as restaurações diretas de resina composta com o objetivo de reanatomização de dentes anteriores é um procedimento muito viável, pois, com o avanço dos materiais restauradores proporcionou o surgimento de novas técnicas de trabalho cada vez mais conservadoras e previsíveis aliadas ao baixo custo quando comparados a uma técnica indireta.

REFERÊNCIAS

- 1 Muller RS, Montenegro G. restaurações adesivas diretas com resina composta para fechamento de diastemas. Revista odontologia do planalto central, 2012; 2(2). 13-16p.
- 2 Conceição EM e colaboradores. Dentística saúde e estética. 2.ed. Porto Alegre: Artimed, 2007. 358-383p.
- 3 Ramos JC, Vinagre A, Marques F. restaurações estéticas anteriores em resina composta. Ceará: Universidade Federal de Ceará, Artes Médicas 2005; 43-59p.
- 4 Cunha LF, Mondelle J, Furuse AY. Planejamento e considerações pré e pós operatórias no fechamento de diastemas. Revista brasileira de odontologia, Rio de Janeiro, 2011; 68(1). 12-15p.
- 5 Fonseca RB, Kasuya AVB, Favarão IN, Honorato ISS, Santos ML, Luis Filho CA. Técnica de estratificação e texturização superficial de resinas compostas em dentes anteriores-seis meses de acompanhamento. Florianópolis, 2013; 9(3). 324-332p.
- 6 Bergoli CD, Skupien JA, Marchiori JC. Fechamento de diastema utilizando técnica de enceramento com silicóna: acompanhamento de dois anos. Recife, 2009; 8(3). 167-171p.
- 7 Araujo EP, Rocha Filho LA, Brum GT, Caldo-Teixeira AS. Fechamento de diastemas com restaurações diretas de resina composta-relato de caso clínico. Curitiba: Revista gestão e saúde, 2009; (3). 33-38p.
- 8 Cardoso PC, Decurcio RA, Pacheco AFR, Monteiro LJE, Ferreira MG, Lima PLA et al. Facetas diretas de resina composta e clareamento dental: estratégias para dentes escurecidos. Goiania: Associação brasileira de odontologia-Sessão Goiás, 2011; 20(55). 341-347p.
- 9 Aranha ACC, Mitsui FHO, Marchi JM. Facetas diretas em resina composta pós microabrasão-relato de caso clínico. Curitiba J Bras Dent Estet, 2003; 2(5). 72-78p.
- 10 Higashi C, Gomes JC, Kina S, Andrade OS, Hirata R. Planejamentos estéticos em dentes anteriores, São Paulo: ed. Santos. 2010; 139-154p.

11 Menezes MS, Vilela ALR, Silva FP, Reis GR, Borges MG. Acabamento e polimento em resina composta: reprodução do natural. Uberlândia, 2014; 23(66) 124-129p.

12 Pasquali EL, Bertazzo CA, Anziliero L. Estudo dos efeitos do clareamento dental sobre o esmalte: uma revisão das evidências para a indicação clínica. Erechim, 2014; 38(141). 99-108p.

13 Carvalho NR, Brasil CMV, Mota CCBO, Teixeira HM, Beatrice LCS, Nascimento ABL. Clareamento caseiro supervisionado: revisão de literatura. Recife, 2008; 7.(3). 178-183p.

14 Queiroz VAO, Martins GC, Zander-Grande C, Gomes JC, Campanha NH, Jorge JH. relato de duas técnicas de microabrasão do esmalte para a remoção de manchas: discussão de casos clínicos. São Paulo: Revista odontológica da UNESP. 2010; 39(6). 369-372p.

15 Franco MJ, Lemos NH, Temoteo AG, Bombonatti SFCJ, Martinelli FBCA, Rodrigues AKL, Santiago LS, Neto GR. Reanatomização de incisivos laterais conóides: relato de caso. Rev Odontol UFES 2008; 10(2):64-68p.

16 Peruchi SMC, Bezerra BCA, Azevedo LPD, Silva BE. O uso da microabrasão do esmalte para remoção de manchas brancas sugestivas de fluorose dentária: caso clínico. Araçatuba, Revista odontológica, 2004; v.25, n.2, p. 72-77p.

17 Francci C, Marson CF, Briso FLA, Gomes MN. Clareamento dental – Técnicas e conceitos atuais. São Paulo, Revista Assoc Paul CIR dent 2010;Ed ES(1):78-89p.