

*Juliana Andrade dos Santos*

***Abordagem na seleção de materiais para facetas  
diretas de resina composta na resolução estética  
em dentes anteriores***

**Araçatuba – SP  
2016**

*Juliana Andrade dos Santos*

***Abordagem na seleção de materiais para facetas  
diretas de resina composta na resolução estética  
em dentes anteriores***

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos  
para obtenção do Título de Bacharel em Odontologia da  
Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade  
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP

***Orientadora: Profª. Adj. Maria Cristina Rosifini Alves Rezende***

**Araçatuba – SP  
2016**

## *Dedicatória*

## Dedicatória

Dedico esse trabalho á Deus, por tornar todos os meus sonhos possíveis e colocar pessoas maravilhosas e abençoadas na minha vida. À Professora Maria Cristina Rosifini, pela paciência, pelos ensinamentos, por acreditar em mim, pelas oportunidades e confiança que depositou em mim. À minha família, a quem amo muito e que me ajudou a concretizar todas as minhas vitórias ao longo da vida, e que sem ela não seria nada.

## *Agradecimentos*

## Agradecimentos

Agradeço à Deus, por ter me dado forças para superar as dificuldades.

Agradeço à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP e seus Docentes que oportunizaram ao longo desse trabalho e de todos os anos conhecimentos, habilidades, educação, alegria, amizades e despertou minha paixão pela Odontologia.

À Professora Maria Cristina Rosífini Alves Rezende por ter me acrescentado tanto, pelo amor de mãe, pelo carinho, por acreditar em mim e me fazer uma pessoa melhor. Cujos conselhos e ensinamentos levarei pro resto da vida, assim como sua amizade.

Aos meus pais Marcos e Marcia, que são meu porto seguro, que me fortaleceram e me apoiaram nessa jornada, que me amam incondicionalmente.

Aos meus irmãos André e Fernanda, que me ajudaram nos momentos mais difíceis e são meus eternos melhores amigos.

Ao meu namorado Luan, pelo carinho, amor e paciência infinita.

À minha melhor amiga Larissa, por me alegrar todos os meus dias ao longo da faculdade.

'Na vida, não vale tanto o que temos, nem tanto importa o que somos.  
vale o que realizamos com aquilo que possuímos e, acima de tudo,  
importa o que fazemos de nós!  
Chico Xavier

## *Resumo*

Santos JA, Alves Rezende MCR. Abordagem na seleção de materiais para facetas diretas de resina composta na resolução estética em dentes anteriores. (Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação). Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016, 33p.

## RESUMO

Nos dias atuais, a incessante busca pela estética tem proporcionado avanços nas propriedades físicas e ópticas dos materiais odontológicos, permitindo o desenvolvimento de técnicas mais conservadoras e a obtenção de resultados cada vez mais previsíveis. As facetas indiretas de resinas compostas são uma opção de estratégia restauradora para dentes que apresentam restaurações deficientes, alterações de forma e dentes não vitais escurecidos. O recontorno estético com facetas indiretas de resina composta apresenta algumas vantagens: (1) Técnica rápida, segura e eficaz; (2) Menor custo em relação às cerâmicas; (3) Dispensam etapas de laboratório; (4) Não requerem provisório, nem moldagem e (5) não apresentam linha de cimentação. O cirurgião dentista é desafiado a modificar a configuração do sorriso por aplicação de materiais artificiais para substituir as estruturas dentárias, tendo a possibilidade de mudar a configuração dos dentes. Um bom tratamento estético deve selecionar adequadamente os materiais odontológicos além de respeitar e caracterizar a aparência, forma e alinhamento de dentes naturais. A expectativa elevada dos pacientes pela realização e resultados rápidos é um dos desafios enfrentados na Odontologia. Um cuidado fundamental a ser tomado está relacionado a seleção dos materiais restauradores, que são influenciados pela indicação do caso e pela expectativa do paciente.

**Descritores:** Resinas Compostas; Estética Dentária; Facetas Dentárias.

## *Lista de Figuras*

## *Lista de Figuras*

<b>Figura 1.</b> Aspecto clínico inicial (MIH)	21
<b>Figura 2.</b> Aspecto clínico inicial	21
<b>Figura 3.</b> Aspecto clínico inicial dente 12	21
<b>Figura 4.</b> Aspecto clínico inicial dente 22	21
<b>Figura 5.</b> Determinação do tamanho da faceta no dente 12	21
<b>Figura 6.</b> Determinação do tamanho da faceta no dente 22	21
<b>Figura 7.</b> Asperização do esmalte vestibular do dente 12 com ponta diamantada troncocônica 4138	22
<b>Figura 8.</b> Asperização do esmalte vestibular do dente 22 com ponta diamantada troncocônica 4138	22
<b>Figura 9.</b> Profilaxia com escova profilática e pedra pomes	22
<b>Figura 10.</b> Condicionamento ácido do esmalte (ácido fosfórico 35% - 30 segundos)	22
<b>Figura 11.</b> Aplicação do ácido fosfórico a 35% em ambos os dentes	22
<b>Figura 12.</b> Isolamento com fita veda-rosca (politetrafluoretileno) em ambos os dentes	22
<b>Figura 13.</b> Aplicação do sistema adesivo COAT BOND SL no dente 12	23
<b>Figura 14.</b> Fotopolimerização do sistema adesivo no dente 12	23
<b>Figura 15.</b> Aplicação do ácido fosfórico 35% nas facetas de resina	23
<b>Figura 16.</b> Aplicação do adesivo nas facetas de resina	23
<b>Figura 17.</b> Aplicação da resina composta Brilliant LG na porção dorsal da faceta de resina	23
<b>Figura 18.</b> Aplicação da resina composta Brilliant LG na porção dorsal da faceta de resina	23
<b>Figura 19.</b> Colocação da faceta de resina no dente 12	24
<b>Figura 20.</b> Adaptação da faceta de resina do dente 12. Observar excesso de resina na porção cervical	24
<b>Figura 21.</b> Adaptação da faceta de resina do dente 12. Remoção do excesso de resina da porção cervical.	24
<b>Figura 22.</b> Fotopolimerização do elemento 12 com faceta de resina acomodada em posição e sem excessos	24
<b>Figura 23.</b> Acomodação da resina na porção lingual do dente 12 com espátula Almore	24
<b>Figura 24.</b> Aplicação do sistema adesivo One Coat Bond SL, de acordo com as instruções do fabricante no dente 22	24
<b>Figura 25.</b> Fotopolimerização do sistema adesivo no dente 22	25
<b>Figura 26.</b> Aplicação da resina composta Brilliant ng na porção dorsal da faceta de resina	25
<b>Figura 27.</b> Adaptação da faceta de resina do dente 12 (observar excesso de resina na porção cervical)	25
<b>Figura 28.</b> Adaptação da faceta de resina do dente 12 (remoção do excesso de resina na porção cervical)	25
<b>Figura 29.</b> Acomodação da resina na porção lingual do dente 22 com espátula Almore	25
<b>Figura 30.</b> Fotopolimerização do elemento 12 com faceta de resina acomodada em posição e sem excessos	25
<b>Figura 31.</b> Verificação da presença do contato interdentário e adaptação da faceta pela passagem de fio dental (nos dentes 12 e 22)	26
<b>Figura 32.</b> Realização do acabamento com ponta diamantada 1190F e 1190FF (nos dentes 12 e 22)	26
<b>Figura 33.</b> Acabamento com discos de lixa Soflex série laranja 3M (dentes 12 e 22)	26
<b>Figura 34.</b> Pós intervenção estética (MIH)	26
<b>Figura 35.</b> Pós intervenção estética (dente 12)	26
<b>Figura 36.</b> . Pós intervenção estética (dente 22)	26
<b>Figura 37.</b> Pós intervenção estética (arcada superior anterior)	27

## *Sumário*

## Sumário

Introdução	16
Caso Clínico	20
Discussão	28
Conclusão	31
Referências	33

## *Introdução*

## *Introdução* procedimentos de

A técnica de confecção de facetas para recobrir a face vestibular dos dentes teve início relatado na literatura odontológica a partir do século XX com o Dr Charles Pincus em 1947. Este pesquisador fixava dentes de acrílico com pó adesivo sem qualquer desgaste dos dentes naturais, o que era considerado, um procedimento provisório<sup>1</sup>.

Somente a partir de 1955 quando Buonocore desenvolveu a técnica do condicionamento ácido do esmalte e Bowen em 1963 desenvolveu as resinas compostas com o BISGMA, que novas possibilidades técnicas surgiram em relação aos procedimentos estéticos adesivos e conseqüentemente também em relação ao desenvolvimento das facetas laminadas de resina composta e posteriormente de cerâmica<sup>1</sup>.

Em 1970 um novo marco de desenvolvimento de materiais na Odontologia trouxe ao profissional procedimentos de adesão e novos conceitos de preparo e restauração, com maior preservação de estrutura dentária e maior valorização da estética.

Cooley, em 1974, propôs a utilização de resina composta fotoativada por luz ultravioleta no recobrimento da face vestibular dos dentes anteriores.

As facetas de resina estão indicadas nas seguintes situações clínicas<sup>1-6</sup>:

- Modificação da Forma ou Posição dos dentes
- Correção estética de defeitos estruturais
- Modificação de Cor:
- Retentores de Prótese Adesiva em Porcelana Pura:
- Reabilitação Oclusal:
- Reparo de Próteses:

As limitações para sua utilização compreendem particularmente a perda estrutural com comprometimento da resistência dentária, pois ao contrário de outras restaurações protéticas, as facetas laminadas não servem de reforço à estrutura dental remanescente sobre a qual são colocadas. Assim, seu uso pode apresentar riscos em casos onde a resistência do elemento dentário se mostra comprometida. O comprometimento oclusal também é um fator limitante, tais como pacientes portadores de hábitos parafuncionais, classe III de Angle, oclusão topo a topo. A limitação decorre da ausência do contato oclusal em esmalte. Também os dentes vestibularizados são considerados contra-indicação, assim como faixa estreita (pequena espessura) de esmalte.

As facetas podem ser confeccionadas pelas técnicas direta ou indireta, sendo que pela primeira (direta), poderemos utilizar como material restaurador as resinas compostas fotoativadas, associadas ou não às lentes de contato de resina composta. Na técnica indireta poderemos utilizar como material restaurador as resinas compostas indiretas ou laboratoriais<sup>7-16</sup>.

As principais vantagens da faceta direta são única sessão; reparo fácil, rápido, seguro e eficaz; controle da cor e forma pelo profissional; custo reduzido; preparo conservador e dispensa provisórios e moldagens.

As maiores desvantagens das facetas diretas são a menor resistência mecânica e abrasiva quando comparadas às facetas indiretas; maior manchamento e contração inexorável da resina composta que pode gerar falha na união adesiva com a dentina e/ou trincas no esmalte.

Recentemente o mercado odontológico trouxe ao profissional as facetas indiretas de resina pré-fabricadas (também denominadas lentes de contato em resina composta) que combinam as vantagens das facetas diretas totais de resina composta com a qualidade das facetas feitas em laboratório. Também denominadas *componeers*, constituem uma nova opção de tratamento. Apresentam excelente homogeneidade e estabilidade de cor. São como lentes de contato em cerâmica, bem finas, com aproximadamente 0,3 mm, permitindo grande conservação do tecido dentário, exigindo pouco desgaste no dente. A sua superfície brilhante e com design natural proporciona um aspecto estético de vitalidade e restauração. Apresenta a vantagem da realização em sessão única, sem os inconvenientes de moldagem e preparo de provisórios.

Este sistema de lentes de contato de resina oferece ao paciente uma opção mais rápida e econômica do que as lentes de contato de porcelana, que muitas vezes, devido aos custos e tempo de tratamento, acabam se tornando inviáveis.

## *Caso Clínico*

Paciente JAS, 23 anos, leucoderma, procurou atendimento odontológico insatisfeita com a harmonia de seu sorriso em razão do aspecto anatômico de seus elementos dentários 12 e 22. A paciente foi esclarecida quanto às opções restauradoras para o caso e, decidiu-se pela colocação de facetas diretas de resina composta (Sistema Smile to Go).



**Figura 1.** Aspecto clínico inicial (MIH)



**Figura 2.** Aspecto clínico inicial



**Figura 3.** Aspecto clínico inicial dente 12



**Figura 4.** Aspecto clínico inicial dente 22



**Figura 5.** Determinação do tamanho da faceta (P,M,G) no dente 12



**Figura 6.** Determinação do tamanho da faceta (P,M,G) no dente 22



**Figura 7.** Asperização do esmalte vestibular do dente 12 com ponta diamantada troncocônica 4138



**Figura 8.** Asperização do esmalte vestibular do dente 12 com ponta diamantada troncocônica 4138



**Figura 9.** Profilaxia com escova profilática e pedra-pomes



**Figura 10.** Condicionamento ácido do esmalte (ácido fosfórico 35% - 30 segundos)



**Figura 11.** Aplicação do ácido fosfórico a 35% em ambos os dentes



**Figura 12.** Isolamento com fita veda-rosca (politetrafluoretileno) em ambos os dentes



**Figura 13.** Aplicação do sistema adesivo COAT BOND SL no dente 12



**Figura 14.** Fotopolimerização do sistema adesivo no dente 12



**Figura 15.** Aplicação do ácido fosfórico 35% nas facetas de resina



**Figura 16.** Aplicação do sistema adesivo nas nas facetas de resina



**Figura 17.** Aplicação da resina composta Brilliant LG na porção dorsal da faceta de resina



**Figura 18.** Aplicação da resina composta Brilliant LG na porção dorsal da faceta de resina



**Figura 19.** Colocação da faceta de resina no dente 12



**Figura 20.** Adaptação da faceta de resina do dente 12. Observar excesso de resina na porção cervical



**Figura 21.** Adaptação da faceta de resina do dente 12. Remoção do excesso de resina na porção cervical



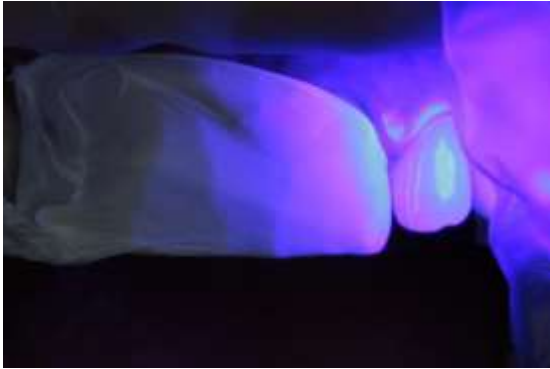
**Figura 22.** Fotopolimerização do elemento 12 com faceta de resina acomodada em posição e sem excessos



**Figura 23.** Acomodação da resina na porção lingual do dente 12 com espátula Almore



**Figura 24.** Aplicação do sistema adesivo One Coat Bond SL, de acordo com as instruções do fabricante no dente 22



**Figura 25.** Fotopolimerização do sistema adesivo no dente 22



**Figura 26.** Aplicação da resina composta Brilliant ng na porção dorsal da faceta de resina.



**Figura 27.** Adaptação da faceta de resina do dente 12. (observar excesso de resina na porção cervical)



**Figura 28.** Adaptação da faceta de resina do dente 12 (remoção de excesso de resina na porção cervical)



**Figura 29.** Acomodação da resina na porção lingual do dente 22 com espátula Almore



**Figura 30.** Fotopolimerização do elemento 12 com faceta de resina acomodada em posição e sem excessos



**Figura 31.** Verificação da presença do contato interdentário e da adaptação da faceta pela passagem de fio dental (nos dentes 12 e 22)



**Figura 32.** Realização do acabamento com ponta diamantada 1190F e 1190FF (nos dentes 12 e 22)



**Figura 33.** Acabamento com discos de lixa Soflex série laranja 3M (dentes 12 e 22)



**Figura 34.** Pós intervenção estética (MIH)



**Figura 35.** Pós intervenção estética (dente 12)



**Figura 36.** Pós intervenção estética (dente 22)



**Figura 37.** Pós intervenção estética (arcada superior anterior).

## *Discussão*

## *Discussão*

No caso clínico apresentado utilizou-se faceta indireta de resina, permitindo remodelações cosméticas aliada à alternativa econômica, em procedimento rápido, eficiente e passível de ajustes posteriores. Possibilitando perfeito controle da reabilitação através da preservação, além de permitir a preservação do tecido dentário. Observe que é importante ressaltar que o cirurgião dentista deve ter uma visão multidisciplinar para realizar o diagnóstico adequado do caso clínico e obter resultados satisfatórios. Por conseguinte, fatores como: a expectativa do paciente quanto ao resultado e a longevidade clínica; os hábitos nocivos do paciente; a higiene oral; a situação periodontal; morfologia gengival; a oclusão e principalmente a condição inicial que esse dente se encontra devem ser levados em conta antes de definir o plano de tratamento<sup>17-33</sup>.

O tratamento resultou em transformação imediata do sorriso, possuindo influência positiva na saúde emocional e auto-estima do paciente. Porém, deve-se sempre levar em consideração que os elementos dentários são figuras tridimensionais complexas, que se relacionam com gengiva, lábios e face. Além disso, a remodelação dentária deve ser feita segundo regras oclusais, a fim de se obter funcionalidade<sup>33</sup>.

A procura pela estética na atualidade é crescente. E não é diferente quando se trata da odontologia. Tendo isso em vista, são várias as modalidades de se alterar a estética dos dentes anteriores, dentre elas, as facetas diretas de resina composta<sup>17-33</sup>.

Antes da evolução dos sistemas adesivos, a reconstrução de áreas vestibulares de dentes anteriores, requeria grandes desgastes de estrutura hígida, muitas vezes provocando agressões pulpares. Entretanto, hoje se vive na era da conservação de estruturas sadias e preservação dos tecidos, e as resinas compostas e os sistemas adesivos evoluíram, e conseguem, com desgaste mínimo, resultados estéticos mais previsíveis e de excelência<sup>17-35</sup>.

O aperfeiçoamento das resinas compostas permitiu ao profissional empregar diferentes matizes, saturações e opacidades, atribuindo características de naturalidade, conferindo estética e funcionalidade de forma equilibrada.

As resinas indicadas para realização de facetas diretas devem ter boa lisura superficial, bom escoamento, possuir translucidez e cores variadas e estáveis para seleção, e possuir um polimento final com alto brilho de superfície. São elas as microparticuladas, nanoparticuladas e nano-híbridas. A produção dessas facetas fundamenta-se na aplicação e escultura de uma ou mais camadas de resina composta sobre a superfície do dente.

É importante que antes da confecção das facetas, o profissional perceba quais são as expectativas do paciente e qual a sua queixa estética, e , em assim acolhendo, compartilhe com o paciente o planejamento do tratamento.

## *Conclusão*

## *Conclusão*

Apesar das diversas técnicas propostas para o tratamento dos dentes conóides, a transformação estética e funcional desses dentes irrompidos no arco dental permitiu um tratamento minimamente invasivo. O planejamento clínico entre o profissional e o paciente é importante para o sucesso da reabilitação estético-funcional e da auto-estima do paciente. Entretanto, o tratamento não deve se limitar exclusivamente à técnica restauradora. Sendo fundamental a manutenção da saúde bucal e da integridade da forma do arco, para que se tenha equilíbrio do sistema estomatognático, assim também como uma estética favorável.

## *Referências*

## Referências

1. Anusavice KJ. Recent developments in restorative dental ceramics. JADA, v.124, 72-84,1993.
2. Baratieri LN. Procedimentos preventivos e restauradores. Quintessence, 509p. 2ª ed. 444-72,1995.
3. Baratieri LN. . Estética-restaurações adesivas diretas em dentes anteriores fraturados, Quintessence, São Paulo, p.265-313,1995.
4. Bowen RL. Development of a silica-resin direct filling material. Report 6333. Washington Bureau of Standards.
5. Brasil L. . Facetas indiretas de porcelana: uma revisão bibliográfica. (Revista Paulista de Odontologia). Ano XV nº 5, p.12-5,1993.
6. Buonocore MG. A simple method of increasing the adesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. Journal Dent. Res., v. 34 (6),p.849-53,1995.
7. Calamia JR. Etched porcelain veneer : the start of the art. Quintessence Internacional 1, p.5-12, 1985.
8. Chalifoux PR, Darvish M. Pocelain veneer : concept, preparation, temporization, laboratory,and placement. Practical Periodontics and Esthetic Dentistry., V.5.p.11-7,1993.
9. Chaves MOF. Cerômeros- A evolução dos materiais estéticos para restaurações indiretas. J.B.C.,v.2,22-8,1998.
10. Christensen GJ. Have porcelain veneer arrived ? Jada,122: 81,1991
11. Faunce JE, Myers SD. Laminate veneers restoration of permanent incisors.Jada v. 93,p.790-92,1976.
12. Garber DA. Porcelain laminate veneers.Quintessence Publishing Co.,Inc.,135 p.,1988.
13. Gomes JC. Odontologia Estética : restaurações adesivas indiretas.1ª ed. São Paulo: Artes médicas,p.101-57, 1996.
14. Gusman HJ. Opciones restauradoras en el sector anterior. La operatoria dental a fines del milênio. 1ª ed.,p.48-9,1997.
15. Horn HR. A new lamination : porcelain bonded to enamel. N.Y.S. (Dental Journal), p.401-3,1983.
16. Lacy AM. In vitro microleakage at the gengival margin of porcelain and resin veneers. Journal Prost. Dent.,v.67, p.7-10,1992.
17. Mainieri ET. Facetas laminadas.RGO,p.117-24,1992.

18. Mezzomo E. Reabilitação oral para o clínico. Quintessence, 2 Ed., São Paulo, p.459-89,1994.
19. Pincus CL. Building mouth personality. Alpha Omegan, v.42,p.163-7, 1947.
20. Sheets CG.,Taniguchi T. Advantages and limitations in the porcelain veneers restorations. Journal Prost. Dent.,v.64,p.406-11,1990.
21. Siervo S Carrillas em porcelana talhada. Jornal de clínica em Odontologia, v.2, p.5-12.1996/97.
22. Souza, Jr. M.H.S. Facetas laminadas em porcelana. Revista Max Odonto, v.1, 66p. 1995.
23. Vieira G. et al Facetas laminadas São Paulo,ed. Santos, 100 p.,1994.
24. Vieira D. et al Facetas laminadas de porcelana. Âmbito Odontológico, Ano I,n.1,p.7-12.1990.
25. Mattuella LGM, Frasca LCF, Bernardi L, Moi GP, Fossati ACM, Araujo FB. Tooth Supported Prosthetic Rehabilitation in a 5-year-old Child with Early Childhood Caries. J Clin Pediatr Dent. 2007;31(3):173-176.
26. Omais S, Yassumoto LM. Reanatomização e recontorno cosmético de dentes anteriores: relato de caso. JBC Clin Odontol Int. 2001; 5(30): 499-502.
27. Mount GJ, Ngo H. Minimal intervention: a new concept for operative dentistry. Quintessence Int. 2000; 31:527-33
28. Gondo R, Araujo-Júnior EM, Baratieri LN. Restaurações diretas de resina composta em dentes anteriores fraturados. Int J B Dent.2005; 1(1):20-28. HEYMANN HO. The artistry of conservative esthetic dentistry. J. Am. Dent. Assoc. 1987; spec. 14E-23E
29. Pedrini D, Jardim OS, Poi WR. Transformação de dente conóide e fechamento de diastema em clínica geral. Rev Unimep. 2000; 1(2): 52-6.
30. Fellipe LA, Monteiro-Júnior S; DE Andrada CA, Cerqueira A, Ritter AV. Clinical strategies for sucess in proximoincisor composite restorations. part II: application technique. J Esthete Restor Dent. 2005;17(1):11-21.
31. Omais S, Yassumoto LM. Reanatomização e recontorno cosmético de dentes anteriores: relato de caso. JBC Clin Odontol Int. 2001; 5(30): 499-502.
32. Mori AT, Cardozo HF. Expectativas com relação aos resultados estéticos nos tratamentos odontológicos. Rev Paulista de Odontol. 2004; 26(2): 12-6.
33. Holanda DBV, Simões DMS, Khalili JB. Recontorno cosmético em dentes anteriores superiores: relato de caso clínico. R Dental Press Estét. 2006; 3(1): 49-58.
34. Craig RG. Materiais dentários restauradores. São Paulo, Santos, 2004.

35. Iorio PAC. Dentística clínica, adesiva e estética. São Paulo, Santos, 1999.