



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JULIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE
ARAÇATUBA**

ELIMARY COUTINHO MENANI

**Resina Composta: Alternativa atual na
resolução de facetas diretas.**

Araçatuba

2014

ELIMARY COUTINHO MENANI

**Resina Composta: Alternativa atual na resolução de
facetas diretas.**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade de
Odontologia de Araçatuba da
Universidade Estadual Paulista
“Julio de Mesquita Filho” para
obtenção do grau de cirurgiã
dentista e Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo
Coelho Okida

Araçatuba

2014

Dedico este trabalho a minha família que sempre estiveram ao meu lado, acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em mim. Dedico de forma especial ao meu avô Hildo Menani (in memoriam) e a minha avó Maria Menani (in memoriam), que sonharam por esse momento. Enquanto foi possível participaram de cada etapa da minha vida, me incentivando, sempre estendendo suas mãos e seus braços acolhedores e principalmente pelos valores e ensinamentos passados.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a DEUS pelo dom da vida, por me iluminar e abençoar durante toda a minha trajetória.

Aos meus pais Denilson e Maria, por possibilitarem a realização dos meus sonhos, pelo apoio e carinho e por muito mais do que eu seria capaz de expressar e até mesmo agradecer à altura.

A minha irmã Ellen Maria, por sempre estar ao meu lado.

A meu namorado Lucas por toda paciência, apoio e carinho nos momentos difíceis. .

Aos meus colegas de turma pela amizade e bons momentos que passamos juntos.

A minha amiga Flávia, minha companheira de casa, de estudos, desesperos, alegrias e vitórias durante esses 5 anos.

Aos meus professores por toda experiência e conhecimento transmitidos que hoje são bases de alicerce para a construção dos meus objetivos.

A meu orientador Professor Doutor Ricardo Coelho Okida, por toda paciência, dedicação, tornando possível a realização desse trabalho.

Aos todos os funcionários desta Instituição de Ensino pela dedicação e ajuda durante esses 5 anos.

A todos que de maneira direta ou indireta contribuíram de alguma forma para realização deste trabalho.

“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante...” **Antoine de Saint-Exupéry da obra O Pequeno Príncipe.**

Menani, E.C. **Resina Composta: Alternativa atual na resolução de faceta diretas**.2014. 31 f, [Trabalho de Conclusão de Curso] - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista. Araçatuba, SP, Brasil, 2014.

RESUMO

A beleza física sempre foi fator fundamental para a determinação das interações entre os indivíduos da espécie humana, influenciando na aceitação e posição social. Comumente, a clínica diária, depara-se com situações em que dentes com alteração de forma, tamanho, cor, posição, alteram negativamente a estética, e constituem algumas indicações dos procedimentos restauradores. A reprodução de características dos dentes naturais, mais especificamente de cor e forma, sempre foi uma das intenções das técnicas e materiais restauradores. A partir, do uso de micro retenções mecânicas em estruturas dentais preparadas com tratamento ácido, e o surgimento de resinas compostas, uma evolução crescente foi presenciada nas possibilidades clínicas destes materiais. Estas melhorias se apresentavam não só no campo das características mecânicas como também nas ópticas. Dessa maneira este trabalho tem como finalidade fazer a revisão de literatura sobre a confecção de Facetas Diretas na resolução de problemas estéticos sendo o mesmo exemplificado através de caso clínico.

Palavras-chave: Facetas dentárias. Estética. Resina Composta.

Menani, E.C. **Composite Resin: Current Alternative in solving direct veneers.**
2014 [Completion of Couse Work] -Araçatuba Dental School, University of Sao Paulo
State, Araçatuba, SP, Brazil, 2014.

ABSTRACT

Physical beauty has always been critical factor to the determination of interactions between individuals of the human species influencing acceptance and social position. Commonly, the clinical presentation is faced with situations where teeth to change shape, size, color, position, adversely alter the aesthetics, and provide some indication of restorative procedures. The reproduction of characteristics of natural teeth, more specifically color and form, has always been one of the intentions of the techniques and restorative materials. As of use of micro mechanical retention in dental structures prepared with acid treatment and the rise of composite resins, an increasing trend was witnessed in the clinical possibilities of these materials. These avance are presented not only in the field of mechanical characteristics as well as the optical. Thus this paper aims to review the literature on the making of DirectVeneers in solving aesthetic problems being exemplified by clinical case.

Keywords: Aesthetics. Composite Resin.Dental Veneers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Caso clínico 1, aspecto inicial em oclusão	17
Figura 2	Caso clínico 1, aspecto inicial boca entre aberta	17
Figura 3	Resina Micro-híbrida Charisma(HeraeusKulzer)	18
Figura 4	Confecção do bisel (ponta diamantada 2200F, KG Soresen)	18
Figura 5	Ácido fosfórico à 37% (37 Condac , FGM Produtos)	18
Figura 6	Aplicadores descartáveis (KG Brush fino, KGSoresense)	19
Figura 7	Sistema Adesivo (Adper Single Bond 2, 3M ESPE)	19
Figura 8	Reconstrução da parede palatina	19
Figura 9	Reprodução da dentina artificial (corpo da restauração)	20
Figura 10	Reconstrução da face vestibular	20
Figura 11	Caso clínico 1, aspecto final	20
Figura 12	Caso clínico 2, aspecto inicial	22
Figura 13	Caso clínico 2, giroversão do dente 22	22
Figura 14	Realização do desgaste com uma ponta 2135 (KG Sorensen)	22
Figura 15	Preparo visto por vestibular	23
Figura 16	Preparo por vista incisal	23
Figura 17	Colocação de cunhas madeiras	23
Figura 18	Condicionamento com ácido fosfórico à 37% (37 Condac , FGM Produtos)	23
Figura 19	Aplicação do Sistema Adesivo (Adper Single Bond 2, 3M ESPE)	24
Figura 20	Aspecto final do dente 22, caso clínico 2	24
Figura 21	Aspecto final do caso clínico 2, vista frontal	24

SUMÁRIO

1 Introdução.....	09
2 Revisão Literária.....	11
3 Relato de caso clínico.....	16
3.1 Caso clínico 1.....	16
3.2 Caso clínico2.....	21
4 Discussão.....	25
5 Conclusão.....	27
Referência.....	28

1INTRODUÇÃO

A notável e crescente procura pela aparência branca do sorriso tem redefinido o mercado odontológico com um grande desenvolvimento e pesquisa de novos materiais que procuram aliar propriedades mecânicas satisfatórias e bom comportamento estético.⁵ As resinas compostas refletem a contemporânea tendência que busca uma abordagem minimamente invasiva respeitando e mantendo tecido dental sadio.⁵

São constituídas por uma matriz orgânica: os monômeros, que tem a função de formar uma “massa” plástica para dar forma na estrutura dentária; os inibidores que evitam a polimerização espontânea dos monômeros, os óxidos metálicos que permitem que o material tenha diferentes cores e uma matriz inorgânica responsável por aumentar as propriedades mecânicas e diminuir a quantidade orgânica, minimizando assim suas desvantagens de contração de expansão térmica linear e sorção de água.⁶ Além das matrizes possui um agente de união que estabelece a união da matriz resinosa e as partículas de carga.⁶ Elas podem ser classificadas de acordo com: o tamanho das partículas inorgânicas (macroparticuladas, microparticuladas, híbridas, micro-híbridas e nano-híbridas ou nanoparticuladas), o método de ativação (quimicamente ativadas, fotoativadas e duais) e quanto ao grau de escoamento (alto, médio e baixo).⁷

O acabamento e polimento das restaurações de resinas compostas são passos fundamentais para melhorar a estética e a longevidade dos dentes restaurados.⁶ A rugosidade superficial, devido ao acabamento e polimento inadequados, pode resultar em aumento do desgaste, menor estabilidade de cor e acúmulo de placa, comprometendo o desempenho da restauração.^{8,9,10} Vale ressaltar que para a confecção de uma restauração em dente anterior de excelente qualidade, devemos respeitar aspectos que podem ser divididos em três categorias: biológicos, morfológicos e estéticos.¹¹ Nos aspectos biológicos envolvem a necessidade de preservar a vitalidade pulpar e de alcançar adaptação e selamento da restauração, assim como a compatibilidade com o periodonto.¹¹ Nos morfológicos incluem o tamanho e a forma da restauração, que devem estar de acordo com a condição dos demais dentes e a oclusão, esses detalhes têm relação direta com a função e com o equilíbrio estético.¹¹ Os estéticos abrangem cor, a opacidade/translucidez, a opalescência, a fluorescência, além da textura superficial e a integração da

restauração com a gengiva, os lábios, o sorriso e a face 13.¹¹ Dessa maneira, este trabalho tem como finalidade fazer a revisão de literatura sobre a confecção de Facetas Diretas na resolução de problemas estéticos sendo o mesmo exemplificado através de caso clínico

2 REVISÃO DE LITERATURA

Parpaiola et al.¹² em 2009 estudaram as causas das substituições das resinas compostas. Um questionário foi preenchido após cada procedimento, a fim de avaliar as condições clínicas que indicavam as substituições das restaurações (coloração marginal, anatomia insatisfatória, fratura marginal, restauração fraturada, sintomas dolorosos, fratura dental, descoloração e/ou deslocamento de restauração). A principal causa das substituições das restaurações em dentes anteriores foi incompatibilidade da cor do material com a estrutura dental, enquanto que nos dentes posteriores foram colorações marginais e formas insatisfatórias. A incompatibilidade de cor dos materiais pode ser devido a vários fatores, tais como aqueles que ocorrem durante a seleção de cor, e aqueles após a colocação de restauração, como a higiene insatisfatória, uso de bebidas, como café e chá, entre outros que poderiam levar a coloração tanto na restauração como no dente. Nos casos em que estas colorações são leves, através do polimento pode voltar a sua aparência satisfatória, permitindo assim que a restauração seja mantida por um período mais longo. Coloração Marginal e a incompatibilidade de cor do material com a estrutura dental também foram relacionadas com a presença de cárie, devido a infiltrações. É importante que os sinais e as consequências das infiltrações devem ser diferenciados, para que o diagnóstico possa ser feito o mais rápido possível, mesmo que pequenas devem ser impedidas de se desenvolverem em condições graves, como lesões de cárie que podem levar a perda completa da restauração e até mesmo a uma necrose pulpar.

Em 2010, Wolff et al.¹³ relataram a utilização de resina composta direta para correções estéticas em dentes anteriores no fechamento de diastemas ou malformação dental. Em casos clínicos de correções estéticas que priorizam preparos conservadores, estes materiais são uma opção devido à possibilidade de um tratamento minimamente invasivo. O objetivo do estudo foi registrar a taxa de sobrevivência e as principais falhas das restaurações diretas em dentes anteriores. Os incrementos de resina avaliados exibiram bom desempenho estético, funcional e biológico a longo prazo. No entanto, deve ser enfatizado que a sobrevivência e qualidade deste tipo de restauração direta são influenciadas principalmente pela aplicação de técnicas clínicas adequadas durante o processo de confecção.

Ozelet al.¹⁴ em 2011 relataram a utilização de resina composta para a restauração dos incisivos permanentes que têm fraturas coronárias, sendo uma opção de tratamento conservador, oportuna e econômica. O nível de higiene, tipo de oclusão e o tipo de fratura são fatores iniciais em que um plano de tratamento deve ser feito. O processo de acabamento e polimento podem afetar muitos aspectos da restauração final, incluindo a coloração da superfície, o acúmulo de placa bacteriana e as características de desgaste da resina. Portanto, o acabamento e polimento são procedimentos de primordial importância em termos de estética e sucesso clínico da restauração.

Pontos-Melo et al.¹⁵ em 2011 publicaram um artigo com o objetivo de descrever uma abordagem facilitada para restaurar e melhorar a aparência estética de dentes anteriores através de um clareamento e uma técnica de inserção de resina composta em camadas. Um bom tratamento deve respeitar e simular o arranjo espacial, relação, e a aparência dos tecidos naturais. As aplicações de resina composta em camadas separadas, que imitam a anatomia do dente e a seleção correta da cor tornam todo o processo mais eficiente. Ao avaliar as características policromáticas de um dente, a idade também deve ser levada em conta, pois com o aumento da idade aumenta o croma e o diminui o valor. Fenômenos, como o desgaste, descoloração displásica ou adquirida e rachaduras ou microfraturas exigiram uma abordagem individual para o trabalho da restauração. Muitas vezes, é possível conseguir um resultado estético, mesmo que a cor seja ligeiramente diferente, desde que a forma, a textura de superfície, e opacidade estejam harmônicas. A tonalidade de um dente é determinada pela correlação entre o esmalte e dentina. Durante o procedimento de acabamento e polimento, recomenda-se que nas áreas de reflexão de luz e deflexão sejam delineadas a lápis e controladas com um paquímetro afiado. O paciente deve estar ciente de que a sombra e textura do material vão mudar ao longo do tempo. Restaurações também necessitam de manutenção periódica. Além disso, os protocolos de higiene oral devem ser enfatizados. A cor da restauração estética pode ser mantida por períodos mais longos através da introdução de algumas restrições sobre os hábitos alimentares.

Nahsanet al.¹⁶ em 2012 afirmaram que as restaurações de resinas compostas diretas tornaram-se uma alternativa viável para os pacientes que requerem procedimentos restauradores anteriores que serão integrados a outros dentes que

compõem o sorriso, devido apresentarem resultados estéticos satisfatórios e mínimo desgaste da estrutura dental. A evolução tecnológica, juntamente com uma melhor compreensão do comportamento dos tecidos dentários e a incidência de luz, tem permitido o desenvolvimento de novas resinas compostas com melhores propriedades mecânicas e ópticas, possibilitando uma abordagem mais artística para restaurações anteriores. A combinação do aumento da demanda de pacientes que procuram estética e a capacidade de preservar a estrutura dental resultaram no desenvolvimento de diferentes técnicas incrementais para restaurar dentes anteriores fraturados de uma forma natural. A fim de alcançar a excelência estética, dentistas devem compreender e aplicar os princípios artísticos e científicos na escolha de cor dos materiais restauradores, bem como durante a inserção da resina composta.

Em 2011, Gresnigt et al.¹⁷ publicaram um estudo clínico randomizado de boca dividida avaliando a taxa de sobrevivência de facetas diretas utilizando duas resinas micro-híbridas e dois sistemas adesivos de marcas diferentes. Os resultados iniciais deste estudo apresentaram taxa de sobrevivência semelhante e o desempenho clínico não foi influenciado significativamente quando aplicadas sobre os dentes intactos ou em dentes com restaurações existentes.

Hwanget al.¹⁸ em 2012 mencionaram o uso de resina composta para fechamento de diastemas, sendo considerado prático e conservador. No entanto, alcançar uma boa estética muitas vezes se faz necessária uma abordagem global que combine duas ou mais modalidades de tratamento. Restaurações de resinas compostas diretas junto com a movimentação ortodôntica dos dentes permite o fechamento de espaço e correção da linha média, conseqüentemente, a criação de um melhor resultado estético.

Em 2012, Sabatini¹⁹ relata que em casos comprometidos envolvendo várias questões, tais como, diastemas, arquitetura gengival irregular, falta de dentes, giroversões, supra-oclusão e infra-oclusão, exigem planejamento detalhado do tratamento e uma abordagem abrangente para a estética facial e dental sem causar danos ao periodonto e a oclusão. O planejamento cuidadoso do tratamento, utilizando encerramento de diagnóstico, fotografias digitais, análise do sorriso, além de uma compreensão na seleção dos materiais com opacidades e translucidez diferentes, bem como a possibilidade de colocá-los corretamente de modo

policromático e o emprego de técnicas, tais como a matriz palatina e manipulação de ilusões ópticas são igualmente fundamentais para o sucesso restaurador.

Baldissera et al.²⁰ em 2013 avaliaram o desempenho de três diferentes compósitos universais aplicados em restaurações anteriores e posteriores a longo prazo. Os critérios avaliados foram, a rugosidade de superfície, coloração marginal, cor e translucidez, forma anatômica, fratura e retenção, adaptação marginal, desgaste, ponto de contato, contorno proximal (quando aplicável), recorrência de cárie dental e integridade. Nos primeiros 10 anos, pelo menos 95% das restaurações foram avaliadas satisfatórias. Considerando que nos primeiros 17 anos, a longevidade dos dentes anteriores foi significativamente maior do que as restaurações posteriores. A principal razão para o fracasso nos dentes posteriores foi fratura, e isso pode estar ligado à maior carga salienta que são submetidos, já que nos dentes anteriores as maiores falhas foram devido a razões estéticas, independentemente do tipo de cavidade. O presente estudo fornece evidências de que em um grupo de pacientes com baixo risco de cárie, bons resultados clínicos podem ser obtidos a longo prazo em dentes anteriores e posteriores com restaurações feitas com os compósitos universais (resinas micro-híbridas).

Korkut et al.²¹ 2013 relataram que embora ainda existam algumas desvantagens, especialmente descolorações e fragilidade, com o desenvolvimento de novas resinas compostas, facetas diretas podem ser uma opção de tratamento para pacientes com problemas estéticos de dentes anteriores, quando aplicadas criteriosamente em paciente com boa higiene.

Frese et al.²³ em 2013 estudaram reconstruções de dentes e fechamento de diastemas com resinas compostas realizadas sem ou com preparos minimamente invasivos, acompanhados por 5 anos. Na avaliação clínica revelaram que a maioria das restaurações tinham resultados clinicamente excelentes, bons ou suficientes em todas as categorias, com taxa de sobrevivência de 84,6% e funcional de 100% em 5 anos e devido a experiência clínica conseguiram mostrar que eventos desfavoráveis menores são fáceis de reformar ou reparar. Portanto, em casos clínicos que está indicada uma abordagem minimamente invasiva, a resina composta como material restaurador é uma excelente alternativa para correção estética e reconstrução dos dentes anteriores.

Em 2014, Knowet al.²⁴ afirmaram que as resinas compostas diretas podem ser uma modalidade de tratamento conservador para o fechamento de diastemas, melhorando a aparência estética. Apesar de não ter a mesma durabilidade das facetas e restaurações indiretas de cobertura total, a conservação da estrutura dental, menor tempo de tratamento, facilidade de reparação e o baixo custo do tratamento em comparação com as outras modalidades de tratamento são excelentes vantagens. Destacando como etapas fundamentais a formação de um ponto de contato adequado e adaptação marginal, livre de espaços e porosidades.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

3.1 Caso clínico 1.

O Paciente procurou a Faculdade de Odontologia de Araçatuba, com o dente 11 apresentando fratura com envolvimento das faces mesial, distal e incisal, enquanto que o dente 21 apenas a distal e a incisal (figura 1 e 2). Primeiramente foi selecionada a cor do material, por meio de uma profilaxia e inserção de pequenos incrementos de resina micro-híbrida (Charisma HeraeusKulzer)(figura 3) de tonalidades diferentes (A2 e A3) na face vestibular, onde foram fotopolimerizados por 40 segundos. Após a seleção da cor A2, foi realizado o isolamento absoluto de canino a canino e confecção de um bisel em 45° em ambos os dentes com uma ponta diamantada 2200F(KG Sorensen) (figura 4). Terminados os preparos fez-se profilaxia com taça de borracha, pedra pomes e água, seguida da secagem dos dentes e condicionamento com ácido fosfórico 37%(37 Condac , FGM Produtos)(figura 5), iniciando aplicação em esmalte e dentina, respectivamente, por 30 segundos. Após rigorosa lavagem e secagem da superfície por jatos de ar protegendo a dentina, aplicou-se o sistema adesivo(Adper Single Bond 2, 3M ESPE)(figura 7) com auxílio de aplicador descartável (KG Brush fino, KG Sorensen)(figura 6), passando o fio dental entre os dentes para remover o excesso e fotopolimerizando por 20 segundos. No dente 11 foi inserida uma tira de poliéster com cunhas de madeira e a reconstrução da parede palatina com resina micro-híbrida Charisma A2 de esmalte (HeraeusKulzer)(figura 8) e fotopolimerizada por 40 segundos. Após a remoção da tira de poliéster, realizou-se o preenchimento do corpo da restauração com resina micro-híbrida(Charisma HeraeusKulzer)OA2 (figura 9) para reprodução da dentina artificial e fotopolimerização por 40 segundos. A confecção da face vestibular foi feita com a mesma resina utilizada na porção palatina (Charisma A2 de esmalte HeraeusKulzer)(figura 10), espátulas e pincéis possibilitaram uma melhor forma e reprodução das características anatômicas, fotopolimerização de 40 segundos. Já no dente 21 aplicou-se apenas A2 de esmalte (Charisma, HeraeusKulzer) com o auxílio de uma tira de poliéster, cunhas de madeira, espátulas e pincéis e logo após fotopolimerização por 40 segundos. O isolamento absoluto foi removido, realizou-se a verificação da oclusão com papel

carbono e os ajustes necessários. O acabamento e polimento foram feitos com pontas diamantadas de granulação fina, discos Soft Lex Pop on(3M ESPE) e taça de borracha com pasta de polimento (Diamond, FGM). Na figura 11 pode-se observar o aspecto final do caso.

Figura 1- Caso clínico 1, aspecto inicial.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 2- Caso clínico 1, aspecto inicial.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 3- Resina Microhíbrida Charisma.



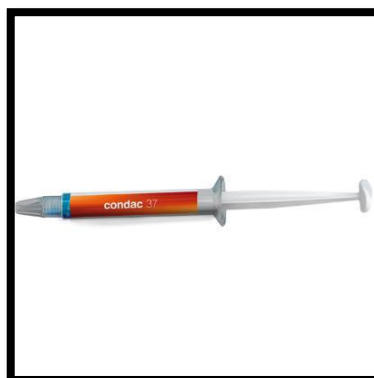
Fonte: <http://heraeus-kulzer.com.br/pt/produkte/clinica/materiaisrestauradores/Charisma.aspx>

Figura 4- Confeção do bisel (ponta diamantada 2200F, KG Soresen).



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 5- Ácido fosfórico à 37% (37 Condac , FGM Produtos).



Fonte: www.fgm.ind.br/site/produtos

Figura 6 – Aplicadores descartáveis (KG Brush fino, KG Sorensen).



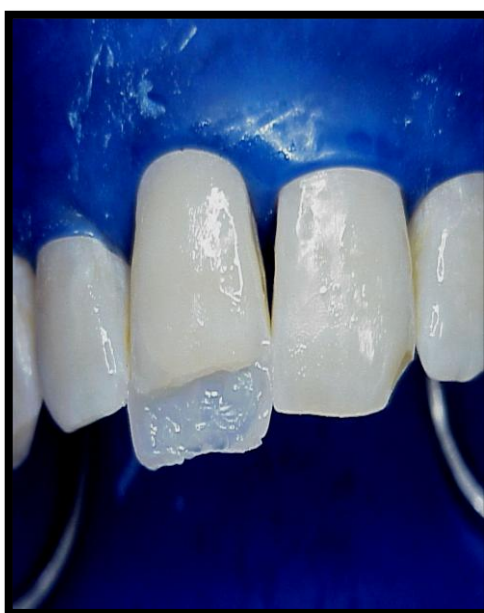
Fonte: <http://www.kgsorensen.com.br/nossos-produtos/odontologicos>

Figura 7- Sistema Adesivo (Adper Single Bond 2, 3M ESPE).



Fonte: http://solutions.3m.com.br/wps/portal/3M/pt_BR/3MESPE_LA/dental-professionals/produtos/product-catalog/

Figura 8- Reconstrução da parede palatina.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 9- Reprodução da dentina artificial (corpo).



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 10- Reconstrução da face vestibular.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 11 – Caso clínico 1, aspecto final.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

3.2 Caso clinico 2

O paciente procurou a Faculdade de Odontologia de Araçatuba queixando-se da aparência do incisivo lateral direito, o qual se apresentava girovertido (figura 12,13). Após a anamnese, o paciente relatou já ter sido submetido a tratamento ortodôntico e devido forças excessivas exercidas sobre o dente 12, ocorreu necrose pulpar, sendo realizado o tratamento endodondôntico. O primeiro plano de tratamento proposto foi o retratamento ortodôntico e como complementação um tratamento restaurador estético, se houvesse necessidade. O mesmo negou-se a submeter a procedimentos ortodônticos e desejava um tratamento rápido, então foi proposto a realização de um grande desgaste, seguido de uma faceta direta de resina composta. Para reconstrução do dente foram escolhidas resinas micro-híbridas de esmalte e dentina cor A2 (Charisma HeraeusKulzer). A técnica de seleção de cor foi a mesma descrita no primeiro caso, profilaxia e aplicação de incrementos de resina A2 e A3 (Charisma, HeraeusKulzer). Após a seleção, foi realizado o isolamento absoluto e, com uma ponta 2135 (KG Sorensen) (figura 14) foi confeccionado um desgaste de toda face vestibular do terço médio e incisal, expondo a dentina (figura 15, 16). Em seguida, profilaxia com taça de borracha, pedra pomes e água. Foram inseridas cunhas de madeira para permitir uma melhor penetração do ácido e do sistema adesivo nas faces proximais (figura 17). Aplicação de ácido fosfórico 37% (37 Condac, FGM Produtos), começando por esmalte e depois em dentina por 30 segundos (figura 18), enxague, proteção da dentina e secagem do dente. Com um auxílio de um aplicador descartável (KG Brush fino, KG Sorensen) foi realizada a aplicação do sistema adesivo (Adper Single Bond 2), remoção do excesso das faces proximais com fio dental e fotopolimerização por 20 segundos (figura 19). Inicialmente foi reconstruída a porção palatina com resina de esmalte A2 (Charisma HeraeusKulzer), utilizando tira de poliéster e cunhas de madeira. A aplicação foi realizada com espátulas e pincéis e fotopolimerizada por 40 segundos, seguida inserção de resina 0A2 (Charisma HeraeusKulzer), para dar corpo à restauração, reproduzindo a dentina artificial. Após a fotopolimerização, para reconstrução da face vestibular foi usada a mesma resina da porção palatina (esmalte A2, Charisma HeraeusKulzer) também com a auxílio de espátulas e pincéis e fotopolimerização por 40 segundos. Feita a remoção do isolamento absoluto, realizou-se o ajuste oclusal com papel carbono, acabamento e

polimento da restauração com pontas diamantadas de granulação fina, discos soft lex pop on(3M ESPE), para reprodução das características anatômicas e diminuição da rugosidade superficial. Finalizou-se o polimento com taça de borracha e pasta de polimento. Nas figuras 20 e 21 podemos observar o aspecto final da faceta direta.

Figura 12- Caso clínico 2, aspecto inicial



.Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 13- Caso clínico 2, giroversão do dente 12



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 14- Realização do desgaste com uma ponta 2135 (KG Sorensen).



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 15- Preparo por vista incisal



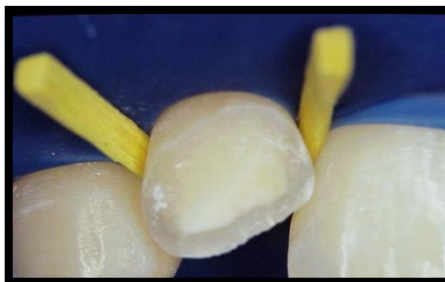
Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 16 – Preparo por vista vestibular



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 17- Colocação de cunhas de madeira.



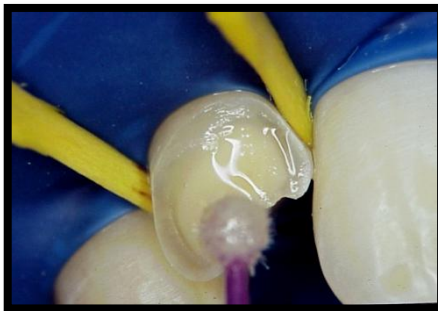
Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 18- Condicionamento ácido.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 19- Aplicação do Sistema Adesivo (Adper Single Bond 2, 3M ESPE).



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 20- Aspecto final do dente 12, caso clínico 2.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 21- Aspecto final do caso clínico 2.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

4 DISCUSSÃO

A confecção de facetas diretas de resina composta permite ao profissional controlar e avaliar procedimentos restauradores desde a seleção de cor até o estabelecimento da morfologia final.²⁸ Este tipo de restauração pode ser geralmente realizado em uma única sessão clínica, pois requer pouco ou até mesmo nenhum desgaste do dente, além de representar uma alternativa restauradora menos invasiva e de menor custo se comparado a procedimentos restauradores indiretos.²⁸ Quando há necessidade de preparo, pode ser realizado um bisel, com a finalidade de oferecer uma área marginal bem definida para facilitar o acabamento, mascarar o limite da margem restauração/dente, além de melhorar o padrão de condicionamento, causando exposição da camada aprismática do esmalte e o aumento da área disponível para condicionamento ácido, favorecendo à adesão, possivelmente resultando em aumento da resistência de união da restauração e uma melhor vedação marginal.¹⁶

A escolha do tipo de resina vai depender da extensão da área a ser reconstruída. As resinas microparticuladas apresentam um alto grau de polimento, no entanto a sua resistência é bem limitada, sendo comprometida quando existe a necessidade de grandes reconstruções. As alternativas mais indicadas nos casos descritos nesses trabalhos são: resinas micro-híbridas, que apresentam uma boa resistência e um bom polimento, porém, menor se comparadas às microparticuladas, ou o uso de resinas nanoparticuladas (nano-híbridas) que possuem as características de resistência das micro-híbridas e a grau de polimento parecido com das microparticuladas.

A seleção de cor deve ser realizada em dentes limpos e hidratados, devido ao papel fundamental da água no resultado final da cor. A desidratação do esmalte reduz a sua translucidez em 82%, resultando muitas vezes na escolha de uma resina mais leve e opaca do que a cor natural do dente.¹³ Mais importante do que ter várias marcas comerciais ou kits, é entender o comportamento óptico das estruturas dentárias, a fim de selecionar a resina apropriada, racionalizando, assim, a compra de materiais.¹³ A inserção de diferentes tipos de resina, bem como as cores, devem ser realizadas por uma técnica que permite a restauração do esmalte e da dentina separados,^{25,26,27,28,29} devido ao grau de opacidades diferentes. A abordagem

incremental permite que os limites de mascaramento realizados entre dente e restauração reproduzam com mais precisão as características ópticas, físicas e mecânicas de cada substratodental.³⁰

O acabamento e polimento podem afetar muitos aspectos da restauração final, incluindo a coloração da superfície, o acúmulo de placa bacteriana e as características de desgaste da resina.¹⁶ Nesses procedimentos acontece a eliminação de contatos prematuros, melhora da forma e contorno e o alisamento e polimento das superfícies, sendo de primordial importância em termos de estética e sucesso clínico da restauração.¹⁶

5 CONCLUSÃO

Podemos concluir que a notável e crescente procura pela aparência branca do sorriso tem redefinido o mercado odontológico que busca materiais minimamente invasivos. As resinas compostas mostraram-se uma excelente alternativa, pois além de possibilitar um tratamento conservador, permitem um menor tempo operatório e baixo custo quando comparadas a outros procedimentos estéticos.

REFERÊNCIAS

- 1 BARATIERI, L. N. Facetas Diretas com Resina Composta. In: BARATIERI, L. N. **Odontologia Restauradora** – Fundamentos e Possibilidades. São Paulo: Ed. Santos, 2001. p.485-523.
- 2 MODELLI, J. Introdução à estética. In: MODELLI, J. Estética e cosmética em Clínica Integrada Restauradora. São Paulo: Ed. Quintessence, 2003. p.01-15.
- 3 BUONOCORE, M. G. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. **J Dent Res**, v.34, n.6, p.849-853, dec.1955.
- 4 DIETSCHI, D.; DIETSCHI, J. M, Current developments in composite materials and techniques. **Pract Periodontics Aesthet Dent**, v.8, n.7, p.603-613, sep.1996.
- 5 ARAÚJO, E.; ALMEIDA E SILVA, J. S.; Delbons, F, Resina Composta: excelência estética e funcional. In: eBook Jubileu de Ouro CIOSP. São Paulo: APCD; 2007. Disponível em: <<http://www.ciosp.com.br/anais/ebook.htm>>. Acesso em: 27 maio 2013.
- 6 REIS, A. et al. Resinas Compostas. In: Reis, A.; LOGUERCIO, D. A. **Materiais dentários**: dos Fundamentos à Aplicação Clínica. São Paulo: Ed. Santos, 2007. p. 137-180.
- 7 OSHIMA, S. M. H.; CONCEIÇÃO, N. E. Materiais restauradores diretos. In: CONCEIÇÃO, N. E. et. al. **Dentística Saúde e Estética**. 2.ed. São Paulo: Artmed, 2007. p. 163-177.
- 8 JEFFERIES, S.R. The art and Science of abrasive finishing and polishing in restorative dentistry. **Dent Clin North Am**, v.42, n.4, p.613-627, oct. 1998.
- 9 BOLLEN C. M. L.; LAMBRECHTS P.; QUIRYNEN M. Comparison of surface roughness of oral hard materials to the threshold surface roughness for bacterial plaque retention: a review of literature. **Dent Mater**, v.13, n.4, p.258-269, jul.1997.

- 10 REIS, A. F.; GIANNINI, M.; LOVARDINO, J. R.; AMBROSANO, G. M. Effects of various finishing system on the surface roughness and staining susceptibility of packable composites resins. **Dent Mater**, v.19, n.1, p.12-18, jan.2003.
- 11 CONCEIÇÃO, N. E. O potencial dos compósitos diretos em dentes anteriores. In: CONCEIÇÃO, N. E. et al. **Restaurações Estéticas**: compósitos, cerâmicas e Implantes. São Paulo. Artmed, 2005. p.144-173.
- 12 PARPAIOLA, A.R. et al. Small cross-sectional survey of composite restoration attributes associated with choices for replacement. **Braz Oral Res**, v. 23, n.3, p. 346-351, jul/sep. 2009.
- 13 WOLFF, D. et al. Recontouring teeth and closing with direct composite buildups: a clinical evaluation of survival and quality parameters. **J Dent**, v.38, n.12, p.1001-1009, dec. 2010.
- 14 OZEL, E. et al. Resin composite restorations of permanente incisors with crown fractures: a case report with a six-year follow-up. **Oper Dent**, v.36, n.1, p.112-115, jan/feb. 2011.
- 15 PONTOS-MELO, J.C.; FURUSE, A.Y.; MONDELLI, J. A direct composite resin stratification technique for restoration of the smile. **QuintessenceInt**, v.43, n.3, p.205-211, mar.2011.
- 16 NAHSAN, F.P. et al. Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: understanding color and composite resin selection. **J Appl Oral Sci**, v.20, n.2, p. 151-156, mar/apr. 2012.
- 17 GRESNIGT, M. M.; KALK W.; OZCAN, M. Randomized controlled split-mouth clinical trial of direct laminate veneers with two micro-hybrid resin composites. **J Dent**, v.40, n.9, p. 766-775, sep. 2012.
- 18 HWANG, S.K. et al. Diastema closure using direct bonding restorations combined with orthodontic treatment: a case report. **RestorDentEndod**, v.37, n.3, p.165-169, aug.2012.

19 SABATINI, C. Direct resin composite approach to orthodontic relapse. Case report. **N Y State Dent**, v.78, n.2, p.42-46, mar.2012.

20 BALDISSERA, R. A. et al. Are there universal restorative for anterior and posterior teeth?. **J Dent**, v.41, n.11, p.1027-1035, nov.2013.

21 KORKUT, B.; YANIKOGLU, F.; GÜNDAY, M. Direct composite laminate veneers: three case reports. **J Dent Res Dent Clin Dent Prospects**, v.7, n.2, p.105-11, may2013.

22 FRESE, C. et al. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a 5-year follow-up. **J Dent**, v.41, n.11, p.979-985, nov.2013.

23 KWON, S.R.; OYOYO, U.; LI, Y. Influence of application techniques on contact formation and voids in anterior resin composite restorations. **Oper Dent**, v.39, n.2, p.213-220, mar/apr.2014.

24 ASCHHEIM, K.W.; DALE, B.G. Esthetic dentistry: a clinical approach to techniques and materials. Lea e Febiger, 1993.

25 BARATIERI, L.N, Araujo E, Monteiro S Jr. Color in natural teeth and direct resin composite restorations: essential aspects. **Eur J Esthet Dent**, v.2, n.2, p.172-186, 2007.

26 DIESTSCHI, D. Optimising aesthetics and facilitating clinical application of free-hand bonding using the "natural layering concept". **Br Dent J**, v.204, n.4, p.181-185, feb. 2008.

27 MAGNE, P.; HOLZ, J;. Stratification of composite restorations: systematic and durable replication of natural aesthetics. **Pract Periodontics Aesthet Dent**, v.8, n.1, p.61-68, feb.2008.

28 MARUS R. Treatment planning and smile design using composite resin. **Pract Proced Aesthet Dent**, v.18, n.4, p.235-241, may.2006.

29 PORTALIER, L. Diagnostic use of composite in anterior aesthetics. **Pract Periodontics Aesthet Dent**. v.8, n.7, p.643-652, sep.1996.

30 BARATIERI, L.N.; ARAÚJO, E.; MONTEIRO, S.JR. Color in natural teeth and direct resin composite restorations: essential aspects. **Eur J Esthet Dent.** v.2, n.2, p,172-186, 2007.