

UNIVERSIDADE TIRADENTES

RAQUEL MACHADO OLIVEIRA
REGIVÂNIA NASCIMENTO LIMA

REANATOMIZAÇÃO DO SORRISO PELA TÉCNICA
DIRETA E DIRETA-INDIRETA: RELATO DE CASO

ARACAJU

2019

RAQUEL MACHADO OLIVEIRA
REGIVÂNIA NASCIMENTO LIMA

REANATOMIZAÇÃO DO SORRISO PELA TÉCNICA
DIRETA E DIRETA-INDIRETA: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Profa. Dra. Carolina Menezes Maciel

ARACAJU

2019

RAQUEL MACHADO OLIVEIRA
REGIVÂNIA NASCIMENTO LIMA

REANATOMIZAÇÃO DO SORRISO PELA TÉCNICA
DIRETA E DIRETA-INDIRETA: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Bacharel em Odontologia.

Aprovado ____/____/____

Banca Examinadora

Professora Orientadora: _____

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Carolina Menezes Maciel orientadora das discentes Raquel Machado Oliveira e Regivânia Nascimento Lima atesto que o trabalho intitulado: REANATOMIZAÇÃO DO SORRISO PELA TÉCNICA DIRETA E DIRETA-INDIRETA: RELATO DE CASO está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Orientadora

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Tatiana Martins Araújo Ribeiro, portador do C.I nº 3.477.027-5, faço uso deste bastante documento a fim de garantir o uso de minhas imagens em publicações ou em apresentações de caráter científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico científico.

Sem mais subscrevo,

Tatiana Martins Araújo Ribeiro

REANATOMIZAÇÃO DO SORRISO PELA TÉCNICA DIRETA E DIRETA-INDIRETA: RELATO DE CASO

Raquel Machado Oliveira ^(a), Regivânia Nascimento Lima ^(a),
Carolina Meneses Maciel ^(b).

(a) Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; (b) DDS, Dra. Professora Adjunta do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.

RESUMO

A presença de dentes com anomalias de forma e diastemas, principalmente na região ântero-superior, é considerada um fator antiestético. No planejamento restaurador existe uma diversidade de técnicas e materiais restauradores, os quais conseguem reproduzir de maneira eficiente as características ópticas e morfológicas dos dentes naturais. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico utilizando como alternativa de tratamento a técnica restauradora direta-indireta em resina composta para reanatomização de incisivos laterais superiores conóides e a técnica direta para a restauração dos incisivos centrais e caninos superiores. Ambas as alternativas demonstraram-se eficazes e com intervenções mínimas, que proporcionaram uma melhora na anatomia das unidades dentárias, devolvendo estética e função a partir de um sorriso mais harmônico.

PALAVRAS-CHAVE:

Anormalidades dentárias, resinas compostas, facetas dentárias.

ABSTRACT

The presence of teeth with shape anomalies and diastemas, especially in the anterosuperior region, is considered an anti-aesthetic factor. In restorative planning there are a variety of restorative materials and techniques, which can efficiently scarce as optical characteristics of the natural tooth. This paper aims to report a clinical case, using as a treatment alternative the direct indirect restorative technique for resonance of maxillary incisors and the direct technique for restoration of central and maxillary canine incisors. Both alternatives were shown to be capable and with minimum limits, which provided an improvement in the anatomy of the dental units, returning the aesthetics and functions from a more harmful smile.

KEY WORDS:

Dental abnormalities, composite resins, dental veneers.

1 INTRODUÇÃO

Na Odontologia moderna, o fator estético tem ocupado um lugar de grande importância, devido à aparência ser um fator crucial na autoestima dos indivíduos. Discrepâncias no tamanho, forma, cor, posição dos dentes e presença de diastemas provocam grande impacto, não apenas na harmonia da estética dental, mas também

no conjunto estético dento-facial e na autoestima dos pacientes (ITTIPURIPHAT; LEEVAILOJ, 2013).

O dente conóide é uma anomalia de tamanho e forma, que acomete principalmente os incisivos laterais superiores, caracterizada por um tamanho menor que o normal das unidades dentárias, onde a largura mesiodistal da borda incisal da coroa é menor que a largura cervical, apresentando um formato de cone, que substitui a superfície quase plana característica da borda incisal dos incisivos laterais superiores (DAVIS, 1987; OOSHIMA et al., 1996; WU; FENG, 2005; BÄCKMAN; WAHLIN, 2001; PENA et al., 2009; MARTINI et al., 2016).

Segundo Kim et al. (2017) a prevalência de incisivos laterais conóides é de 1,7%, representando 48,5% no gênero masculino e 51,5% no gênero feminino. Além disso, existe uma alta incidência de outras anomalias dentárias em pacientes que possuem incisivos laterais conóides, o que incluiu dentes ausentes congenitamente (31,8%), *dens invaginatus* (19,7%), caninos com desvio palatino (12,1%), dentes supranumerários (7,6%) e transposição dentária (7,6%). Diante disso, é necessário uma observação cuidadosa e atenção a outras possíveis anomalias dentárias para se obter um correto diagnóstico e planejamento no tratamento.

Pacientes almejam cada vez mais restaurações naturais, tanto para os dentes posteriores como os anteriores. Com a grande evolução dos materiais restauradores, sejam os compósitos ou cerâmicas, os procedimentos clínicos e laboratoriais têm obtido resultados bastante satisfatórios. (CALIXTO et al., 2009; DOS REIS GOYATÁ, et al., 2017). O tratamento restaurador pode ser realizado, tanto através da técnica indireta, por meio das cerâmicas ou resinas laboratoriais, como também pela técnica direta, através dos compósitos, e pela técnica direta-indireta, utilizando também as resinas compostas. (FAHL JR, 2015; MARTINI, et al., 2016).

As restaurações executadas de forma indireta, como os laminados cerâmicos, para a reabilitação estética e funcional, possuem diversas vantagens. Dentre estas, a longevidade clínica, biocompatibilidade e excelentes propriedades ópticas (GONZÁLEZ GARCÍA et al., 2016). As propriedades físicas também são aprimoradas, quando comparadas as restaurações com resina composta,

principalmente com relação a resistência ao desgaste. Entretanto, é uma opção de tratamento com maior custo (LU; CHIANG, 2018), além de o material ser extremamente friável, exigindo uma maior habilidade laboratorial e clínica de manuseio da peça. (CONCEIÇÃO et al., 2007). Quando em caso de falha da cerâmica, seu reparo, muitas vezes, é inviável, necessitando da substituição da restauração (GRESNIGT et al., 2017).

Os procedimentos restauradores diretos com resina composta são amplamente utilizados devido as suas diversas vantagens, desde a reversibilidade da técnica e facilidade nos reparos, até a necessidade de preparos muito mais conservadores, sem requisitos mínimos de espessura. Além disso, reproduzem esteticamente as características ópticas do dente natural, devido a sua ampla variedade de cores, com matiz, croma e valor diversificados (HEYMANN; HERSHEY, 1985; AZEVEDO et al., 2014; SOARES et al., 2014).

No entanto, a adesão da resina composta ao dente pode se deteriorar ao longo do tempo, fator que está relacionado a falhas na execução do procedimento adesivo, comprometendo assim a resistência da união (CARDOSO et al., 2011.). Além disso, elas possuem grau limitado de conversão (MARIN FRONZA et al., 2015), o que pode afetar suas propriedades físicas e mecânicas. O fator contração de polimerização também é citado por interferir no sucesso a longo prazo das restaurações adesivas diretas (MANTRI, MANTRI, 2013; RITTER et al., 2017).

Como uma alternativa para sobrepor as desvantagens das restaurações indiretas de cerâmica e as diretas de resina composta, foi introduzida, no início dos anos 90 pelo professor Newton Fahl, a técnica direta-indireta. (BIRNBAUM, 1992; BIRNBAUM, 1994; COVEY, 1992; FAHL, 1996; RITTER et al., 2017). Esta consiste na aplicação de resina composta em excesso sobre a superfície dentária a ser restaurada, sem condicionamento prévio, esculpindo-a em forma anatômica primária e fotopolimerizada parcialmente. A restauração é então cuidadosamente removida do substrato não retentor e não aderente e fotopolimerizada novamente, extraoralmente em todas as faces do fragmento. Após a fotopolimerização o acabamento e polimento é realizado também extraoralmente, com discos abrasivos, pontas diamantadas, borrachas abrasivas e discos de feltro. Em seguida, é realizada a prova da peça em resina composta na própria unidade dentária do paciente. Para a

cimentação, o dente e a “peça final” são condicionados, e esta é então adaptada ao dente, utilizando um cimento resinoso fotopolimerizável. (FAHL JR, 2015; RITTER et al., 2017).

A técnica direta-indireta com resina composta pode ser utilizada para restaurações em superfícies dentárias não retentivas, como em lesões cervicais não-cariosas de classe V, em inlays, onlays e, inclusive, para os dentes com formação conóide (RITTER et al., 2017). A principal vantagem dessa técnica em relação à restauração adesiva direta são as propriedades físicas e mecânicas aprimoradas, onde há um aumento da conversão de monômeros, com o processo de fotopolimerização também extraoral. Além disso, a contração de polimerização sofrida pela resina composta não vai interferir na sua adesividade, já que todo processo de finalização da polimerização ocorre fora da boca do paciente (COVEY et al., 1992; FERRACANE; CONDON, 1992; FERRACANE et al., 1997; WASSELL et al., 1997; RITTER et al., 2017).

Comparada à técnica indireta, a direta-indireta possui um custo menor por ser confeccionada em resina composta, dispensando etapas laboratoriais, além de ter possibilidades de reparo em casos de falhas. No entanto, a depender da resina composta utilizada a instabilidade de cor é maior quando comparada à cerâmica (GRESNIGT et al., 2017; HEYMANN; HERSHEY, 1985; SOARES et al., 2014).

Para o operador, a técnica oferece maior controle sobre a adaptação marginal final, exatamente como nas restaurações indiretas, já que o acabamento e polimento da superfície e anatomia da restauração são realizados fora da boca do paciente. Além disso, oferece as etapas que utilizam instrumentação rotativa, particularmente o acabamento da margem subgingival nas restaurações, extraoralmente. Apesar de consumir maior tempo de trabalho que uma restauração direta de resina composta, não necessita de várias sessões como na técnica indireta, já que pode ser realizada em sessão única (FAHL JR, 2015; RITTER et al., 2017).

Partindo do pressuposto acima, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de tratamento restaurador estético, de canino a canino superior, no qual utilizou-se a técnica direta para reanatomização de caninos e incisivos centrais, e para incisivos laterais conóides a técnica restauradora direta-indireta. Este trabalho

ressalta as etapas clínicas, vantagens, desvantagens e dificuldades encontradas durante execução.

2 RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 20 anos, apresentou-se à Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes tendo como queixa principal os espaçamentos entre os dentes laterais superiores em relação aos incisivos centrais e caninos (Figura 1A, 1B e 1C).

Figura 1 – A: fotografia extraoral frontal; B: Fotografia intraoral frontal; C: Destaque do aspecto clínico inicial das unidades a serem restauradas.



Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

Após anamnese e exame clínico extra e intraoral, foi observado que a paciente apresentava os incisivos laterais conóides (Figura 2A, 2B e 2C). Diante disso, foi proposto realizar clareamento dentário nas arcadas superior e inferior, entre os pré-molares, reanatomização dos incisivos laterais conóides pela técnica direta-indireta e a reanatomização pela técnica direta com resina composta das unidades 11,21,13 e 23, tendo em vista que os acréscimos nessas unidades seriam mínimos.

Figura 2 – Fotografias intraorais. A: Vista frontal do aspecto clínico inicial; B: Vista lateral direita, incisivo lateral conóide superior direito; C: Vista lateral esquerda, incisivo lateral conóide superior esquerdo.



Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

Para execução do tratamento clareador foi realizado o registro de cor inicial com uma escala de cor (Vita Toothguide 3D Master, Wilcos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), selecionando a cor A3. Para o protocolo de tratamento foi proposto uso do Peróxido de Carbamida a 16% (Clareador Power Bleaching 16%[®], BM4, Maringá, Paraná, Brasil), uso diário durante 5 semanas. Nas duas primeiras semanas paciente fez uso noturno por 3 horas, com aplicação subsequente de dessensibilizante por 10 minutos. Nas três semanas seguintes a orientação de uso do peróxido passou para 4 horas. A cada semana foi realizado um novo registro de cor para avaliação da efetividade do clareamento (Figura 3A e 3B).

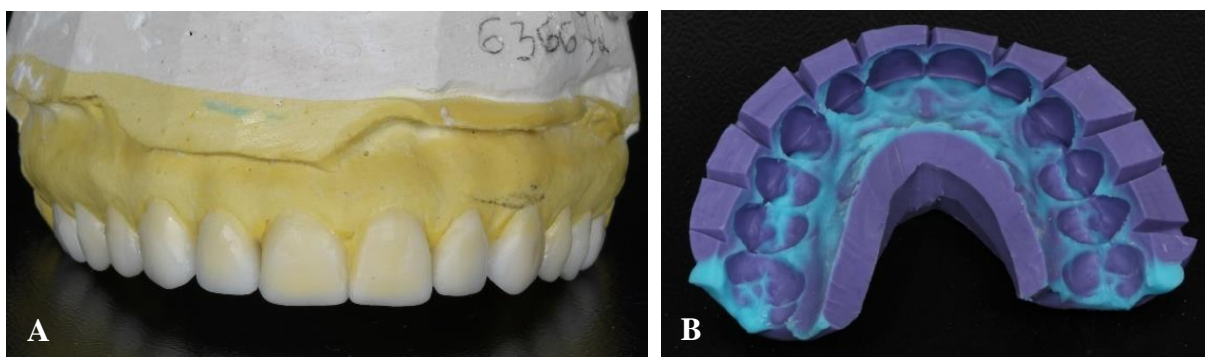
Figura 3 – A: Aspecto clínico inicial; B: Registro final após o clareamento.



Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

Após 21 dias de finalização do clareamento foi realizada a moldagem dos arcos superior e inferior com alginato (Jeltrate Plus[®], Dentsply Sirona, Pensilvânia, Nova York, Estados Unidos) para a confecção do modelo, utilizando gesso pedra especial tipo IV (Durone[®], Dentsply Sirona), seguido de montagem em articulador semi-ajustável. O material foi enviado ao laboratório protético para a confecção do enceramento de diagnóstico (Figura 4A). Assim foi possível planejar em quais unidades dentárias seriam realizadas as técnicas restauradoras propostas. A execução do mock-up com silicone de adição (Figura 4B) (Express XT[®], 3M, Minnesota, Maplewood, Estados Unidos) e resina bisacrílica na cor A2 (Protemp[™] 4[®], 3M) para melhor visualização do caso e aprovação da paciente.

Figura 4 – A: Enceramento diagnóstico; B: Guia de silicone de adição para realização do mockup.



Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

Figura 5 – A: Sorriso da paciente 21 dias após a finalização do clareamento. B: Ensaio restaurador após os ajustes da resina bisacrílica.



Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

O ensaio restaurador prévio propiciou a visualização do formato e tamanho dos dentes a serem restaurados (Figura 5A e 5B). Ajustes em altura e largura também foram realizados no ensaio restaurador provisório, seguido de uma nova moldagem do que seria o resultado solicitado/esperado pela paciente. Assim, com silicone de adição denso (Express XT[®], 3M) foi confeccionado um guia palatino para auxiliar nas restaurações das unidades 11, 21,13 e 23.

Para realização das facetas de resina composta pela técnica direta-indireta das unidades dentárias 12 e 22 foram selecionadas as resinas compostas DA2 e EA1 para o terço cervical, e DA1 com EA1 para o terço médio e incisal (Vittra APS[®], FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) (Figura 6).

Figura 6 – Seleção de cor a partir do incisivo central superior.

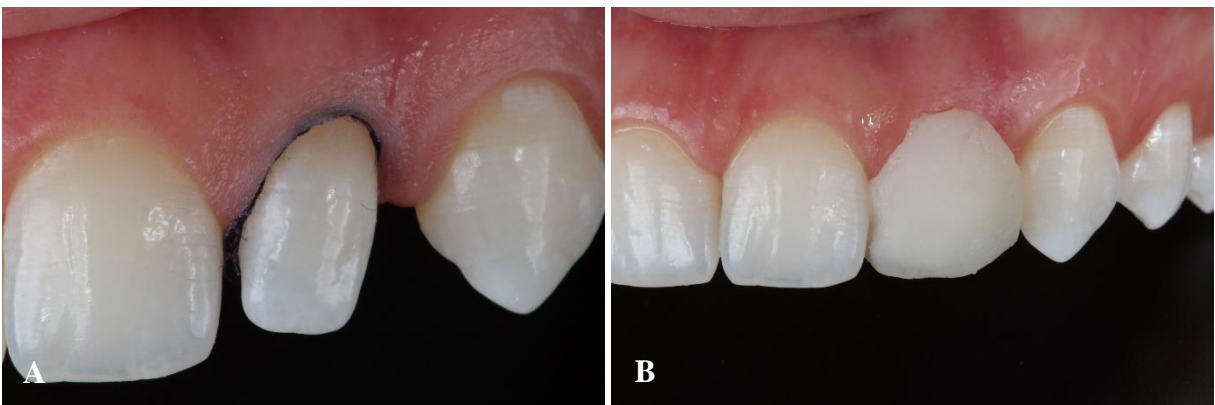


Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

O fio retratore número 000 (Ultrapak[®], Ultradent, Utah, South Jordan, Estados Unidos) foi inserido subgengivalmente nas unidades 12 e 22 (Figura 7A), e as

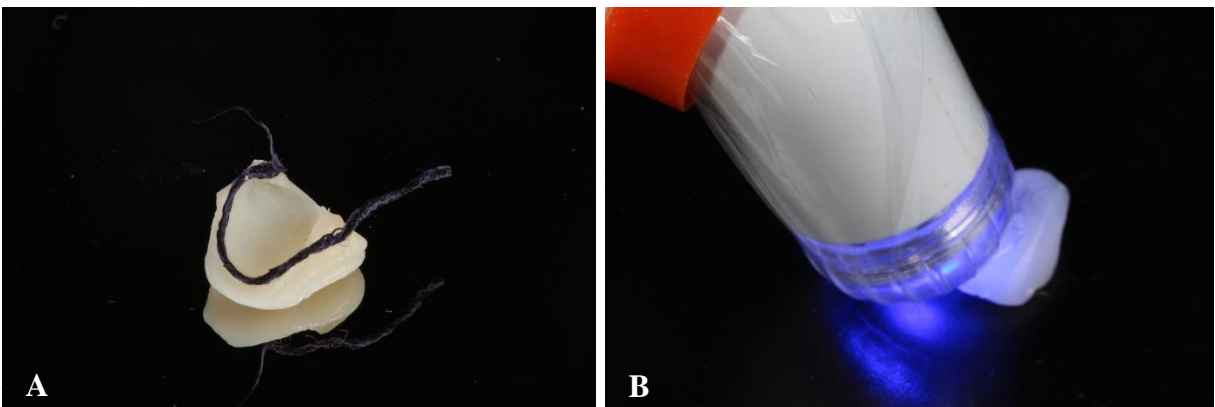
resinas compostas foram colocadas em excesso sobre a face vestibular (Figura 7B), nas camadas de cores pré-selecionadas e parcialmente fotopolimerizadas para moldagem inicial da face a ser restaurada. Após 10 segundos de fotopolimerização a peça foi removida para fotopolimerização final fora da boca (Figura 9A e 9B).

Figura 7 – A: Inserção do fio retrator número 000 no incisivo lateral superior esquerdo; B: Inserção em excesso de resina composta sobre a face vestibular, com camadas de cores previamente selecionadas.



Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

Figura 9 – A: Remoção do fragmento juntamente com o fio retrator; B: fotopolimerização extra oral, em todas as faces da faceta.



Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

Após a fotopolimerização final extra-oral, observando-se o delineamento do término gengival, foi iniciado o processo de acabamento, com os discos de lixa de granulações extra-grossa, grossa/média, fina e extra-fina (Optidisc®, Kerr, Orange, Califórnia, Estados Unidos), sequencialmente utilizados (Figura 10). Além disso, foi

realizado também o polimento das peças confeccionadas, utilizando disco emborrachado para pré-polimento (bege) (Sof-Lex™ Espiral®, 3M), disco diamantado para polimento (rosa) (Sof-Lex™ Espiral®, 3M), e discos de feltro (Disco de Feltro Polimax®, TDV) juntamente com a pasta de polimento (Diamond®, Polish Mint 0,5 µm, Ultradent).

Figura 10 – Fragmentos de resina composta confeccionados pela técnica direta-indireta após acabamento e polimento extraoral.



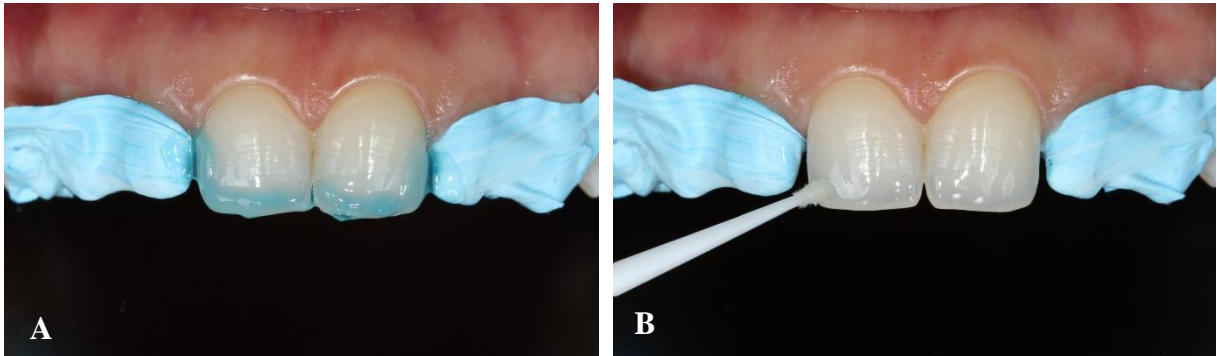
Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

Antes da cimentação das peças obtidas pela técnica direta-indireta foram iniciadas as restaurações das unidades 11,13, 21 e 23, pela técnica adesiva direta. Foi realizada a tomada de cor das unidades pelo “teste da bolinha” com a resina composta, onde foram escolhidas as resinas nas cores DA1, EA1 e Trans N (Vittra APS®, FGM) e o pigmento na cor branca para caracterização da borda incisal (IPS Empress Direct Color®, Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) para os incisivos centrais e as resinas DA1 e EA1 para os caninos.

Os dentes adjacentes aos incisivos centrais foram protegidos com uma fita de isolamento (Isotape®, TDV, Pomerode, Santa Catarina, Brasil) e iniciou-se o condicionamento ácido do esmalte por 30 segundos com ácido fosfórico 37% (Condac 37%®, FGM) nos incisivos centrais, lavagem por 30 segundos e secagem (Figura 11A). Em seguida foi aplicado o adesivo (Ambar APS®, FGM) (Figura 11B) e após a secagem foi realizada a fotopolimerização por 10 segundos. A matriz de silicone pré confeccionada foi preenchida com a resina de esmalte A1 (Vittra APS®, FGM), levada à unidade e fotopolimerizada para reprodução da face palatina. As

bordas distal e incisal foram confeccionadas através de incrementos de resina composta. Em seguida os caninos foram restaurados seguindo os mesmos passos dos incisivos centrais.

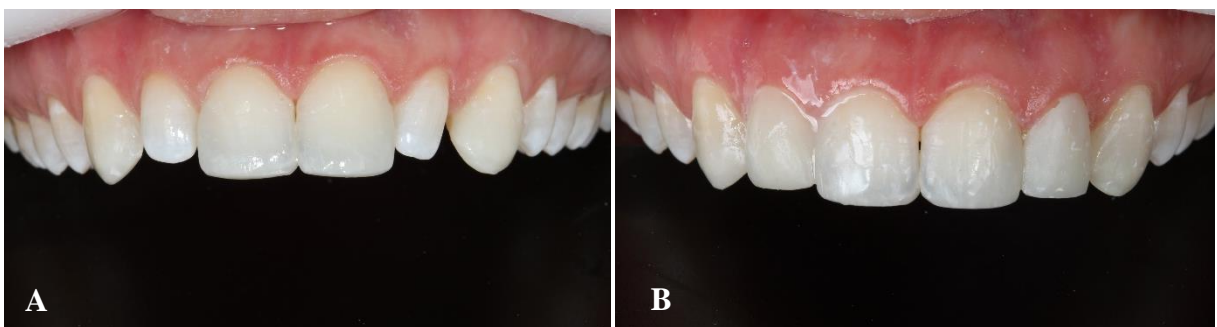
Figura 11 – A: Condicionamento com ácido fosfórico a 37% nas bordas incisais, mesiais e distais dos incisivos centrais superiores; B: Aplicação do adesivo com o auxílio do microbrush.



Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

Com os incisivos centrais e caninos (Figura 12A) já restaurados, foram realizadas as provas “a seco” das facetas dos incisivos laterais (Figura 12B). As peças foram novamente provadas com um cimento resinoso try-in (Allcem Veneer Try-In®, FGM) na cor translúcida.

Figura 12 – A: Restaurações finais dos incisivos centrais e caninos superiores, sem o acabamento e polimento final; B: Prova à seco das facetas diretas-indiretas dos incisivos laterais.



Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

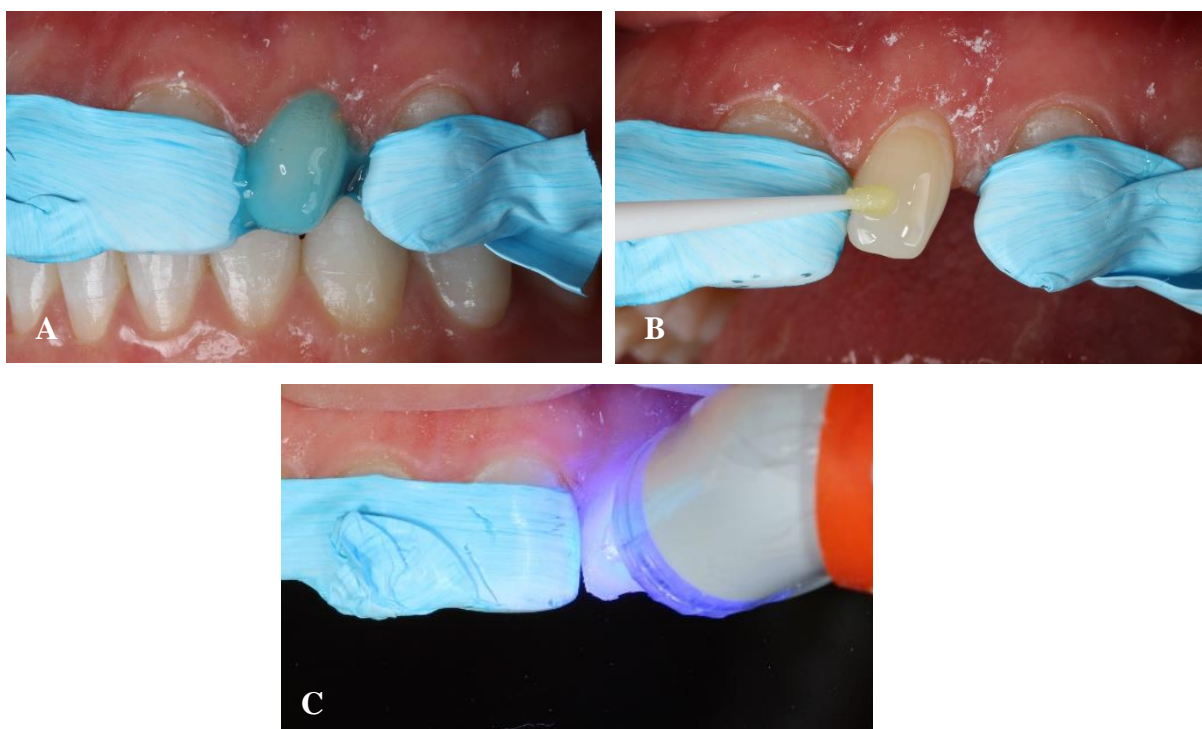
Aprovada a cor do cimento resinoso para a cimentação, a peça foi higienizada com ácido fosfórico a 37% (Condac 37%®, FGM), por 5 segundos, enxaguadas com água pelo mesmo tempo e secas. O silano (Silano Prosil®, FGM) foi aplicado sobre a

porção interna e bordos circundantes da restauração. Após secagem por 60 segundos, uma fina camada de adesivo (Ambar APS®, FGM) foi aplicada, seguida de jato de ar por 10 segundos para evaporação do solvente.

As unidades dentárias foram preparadas com condicionamento ácido do esmalte por 30 segundos, com ácido fosfórico a 37% (Condac 37%®, FGM) (Figura 13A), seguido de lavagem por 30 segundos e secagem. Em seguida foi aplicado o adesivo (Ambar APS®, FGM) (Figura 13B), seguindo as recomendações do fabricante.

Após adaptação da peça no substrato dentário com o cimento resinoso fotopolimerizável (Allcem Veneer APS®, FGM), na cor translúcida todo excesso foi removido com espátula de inserção de resina e fio dental. A fotopolimerização ocorreu por 20 segundos, nas quatro faces das unidades restauradas (Figura 13C).

Figura 13 – A: Condicionamento com ácido fosfórico a 37% no incisivo lateral superior esquerdo; B: Aplicação do adesivo com o auxílio do microbrush; C: Fotopolimerização da cimentação da peça do incisivo lateral superior esquerdo.



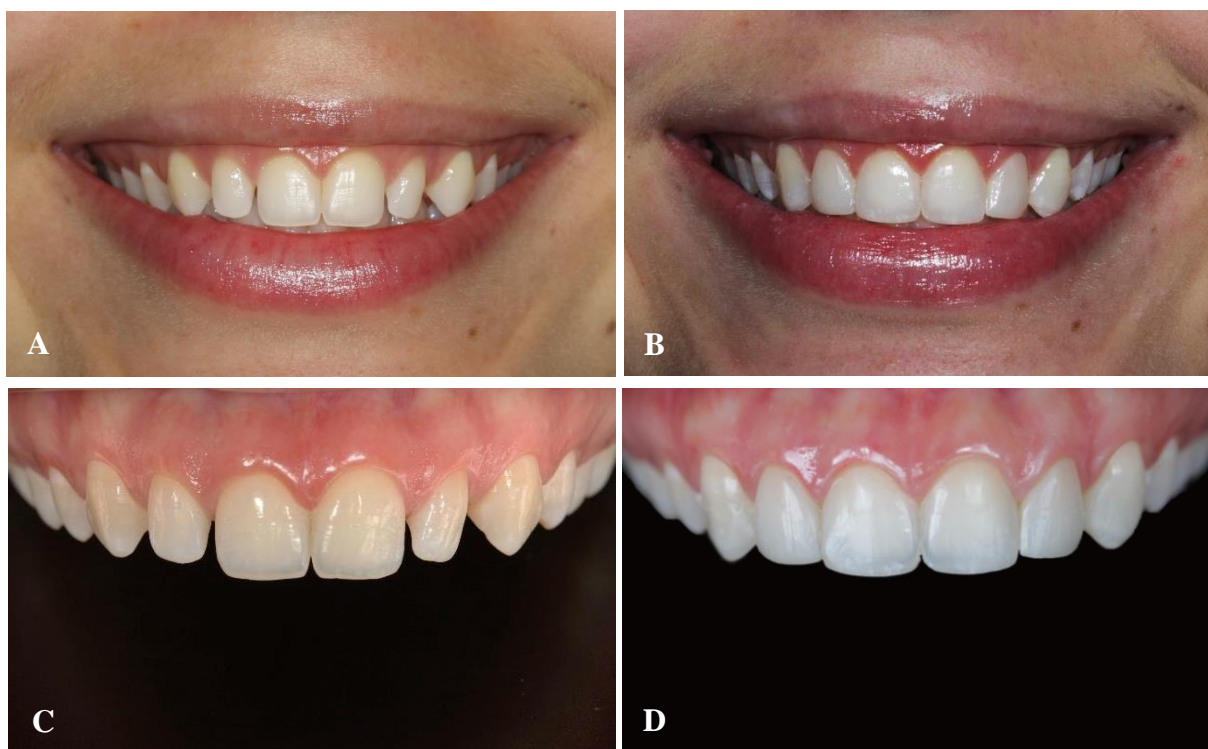
Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

Para a caracterização das unidades foram utilizadas a ponta diamantada 2200F (KG

Sorensen[®], Cotia, São Paulo, Brasil) nas faces vestibulares e 3168FF (KG Sorensen[®]) nas faces palatinas, além dos discos de lixa de granulações extra-grossa, grossa/média, fina e extra-fina (Optidisc[®], Kerr), sequencialmente utilizados em baixa rotação. Para o polimento das faces interproximais foram utilizadas tiras de lixa, e para as faces vestibulares os discos de granulação média (Jiffy Polisher[®], Ultradent), disco emborrachado para pré-polimento (bege) (Sof-Lex[™] Espiral[®], 3M), disco diamantado para polimento (rosa) (Sof-Lex[™] Espiral[®], 3M), e escova de carbeto de silício (Ultra Brush[®], American Burrs, Palhoça, Santa Catarina, Brasil). Além disso foram utilizados discos de feltro (Disco de Feltro Polimax[®], TDV) juntamente com a pasta de polimento (Diamond Polish Mint 0,5 μ m[®], Ultradent), para obtenção do resultado final.

As fotografias contidas nas figuras 14A -14D mostram o aspecto inicial e final do caso clínico por uma visão extra e intraoral. As fotografias contidas na figura 15A e 15B apresentam o aspecto inicial e final numa visão extraoral de face.

Figura 14 – A e C: Aspecto clínico inicial extra e intraoral; B e D: Aspecto clínico final extra e intraoral.



Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

Figura 15 – Vista Frontal de face. A: Aspecto clínico extraoral inicial; B: Aspecto clínico extraoral final.



Fonte: Fotografias caso clínico pela Professora Carolina Maciel.

3 DISCUSSÃO

Dentes com formação conóide caracterizam-se por possuírem tamanho reduzido e uma ponta afiada, acometendo principalmente os incisivos laterais superiores e tendo maior prevalência no gênero feminino. Essa anomalia dentária muitas vezes gera desconforto estético aos pacientes, havendo a necessidade de reanatomização das unidades acometidas (ITTIPURIPHAT; LEEVAILOJ, 2013). No caso clínico descrito, a paciente possuía os dois incisivos laterais superiores conóides, os quais o tamanho reduzido e anatomia modificada das unidades favoreciam o aparecimento de diastemas, provocando uma desarmonia do sorriso e evidente incômodo pela paciente.

As possibilidades de tratamentos restauradores estéticos para os casos de dentes conóides vão desde restaurações indiretas com laminados cerâmicos, às restaurações diretas e diretas-indiretas com resina composta (MANTRI; MANTRI,

2013; MARIN FRONZA et al., 2015; DOS REIS GOYOTÁ et al., 2017; LU; CHIANG, 2018). Para o caso clínico descrito a desproporção foi solucionada com facetas diretas-indiretas em resina composta dos incisivos laterais e restaurações diretas de caninos e incisivos centrais.

A técnica direta-indireta possui vantagens como as propriedades físicas aprimoradas pelo processo de têmpera extraoral e maior controle a adaptação marginal final, acabamento, polimento e anatomia da estrutura (RITTER et al., 2017). Como os incisivos laterais iriam necessitar de grandes incrementos para confecção das facetas, além de acabamentos subgingivais, a técnica direta-indireta proporcionou melhores benefícios, como o maior controle do operador sobre o resultado final.

As restaurações diretas, mesmo com a desvantagem da contração de polimerização, possuem a vantagem de serem conservadoras, por necessitarem de um menor desgaste dentário e proporcionarem anatomia e estética adequadas. (DOS REIS GOYOTÁ et al., 2017). No caso clínico descrito optou-se pela técnica direta para os incisivos centrais e caninos, já que essas unidades iriam necessitar apenas de pequenos incrementos aditivos nos bordos incisais e proximais devido aos diastemas existentes, não havendo necessidade de grandes restaurações nem de acabamentos subgingivais. Pelo enceramento diagnóstico de tais unidades dentárias verificou-se a necessidade de acréscimos menores, o que dificultava o uso da técnica direta-indireta para manuseio das peças.

Mesmo sendo abordadas na literatura como opção de tratamento, as facetas indiretas necessitam da etapa laboratorial e, por isso, demandam maior custo para o paciente. A evolução das resinas compostas e materiais adesivos favorecem a obtenção de um excelente resultado estético e funcional das restaurações, com a vantagem da reversibilidade (LU; CHIANG 2018; CARDOSO et al., 2011). No caso clínico apresentado a opção de tratamento indireto não foi utilizada. Foi possível obter com uso da resina composta de forma direta-indireta uma estética adequada e harmonia do sorriso, com pouco tempo de confecção, dispensando fase laboratorial e possíveis desgaste das estruturas dentais.

A execução da técnica direta-indireta requer destreza do operador. A curva de aprendizado, ao se trabalhar com fragmentos de resina composta intra e

extraoralmente, exige treinamento para sua correta execução em tempo mais hábil. Portanto, dificuldades no manuseio durante o acabamento e polimento é um desafio esperado. Diante disso, existe a possibilidade de perdas e/ou necessários reembasamentos das peças confeccionadas (FAHL JR, 2015). Por se tratar de uma técnica nova, novas dificuldades são encontradas durante a execução da técnica, desde a confecção em si, até o manuseio e cimentação da peça. Durante a execução deste caso clínico as peças necessitaram de reembasamento, com incrementação de resina composta, e em seguida novo acabamento e polimento extraoral. Apesar de necessária a repetição de passos, a técnica foi realizada de forma simples e rápida, visto a aquisição de maior conhecimento e habilidade durante sua execução.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente busca dos pacientes por restaurações estéticas têm exigido do cirurgião dentista um maior conhecimento acerca das técnicas existentes para tratamentos restauradores. Além disso, vale ressaltar a importância de uma análise minuciosa do caso a ser restaurado, para eleição da melhor técnica, atendendo as necessidades apresentadas pelo caso clínico.

No caso clínico relatado a aplicação da técnica restauradora direta-indireta para a reanatomização de dentes conóides foi eleita como opção de tratamento após correto planejamento e treinamento prévio da técnica. A resina composta comporta-se como um excelente material, tanto para a técnica direta como a direta-indireta, solucionando as queixas estéticas da paciente, sem esquecer-se de associar estética à função.

Referências

1. AZEVEDO, N., GALVÃO, G., NIHI, V. S. C., HOEPPNER, M. G., NIHI, F. M. Otimização do sorriso com restaurações diretas de compósito resinoso nanoparticulado. **J Health Sci**, v.17, n.1, p.42-48, Abr., 2014.
2. BÄCKMAN, B.; WAHLIN, Y. B. Variations in number and morphology of permanent teeth in 7-year-old Swedish children. **Int J Paediatr Dent**, v. 11, n. 1, p. 11-17, Dec-Jan., 2001.
3. BIRNBAUM, N. S. Direct oven-tempered hybrid composite-resin laminate veneers. **Pract Periodontics Aesthet Dent**, v. 4, n. 5, p. 23-31, Jun-Jul., 1992.
4. BIRNBAUM, N S. Heat-tempered composite resin laminate veneers. **Curr Opin Cosmet Dent**, p.52-57, 1994.
5. CALIXTO, L.R., CLAVIJO, V., KABBACH, W., ANDRADE, M.F.D. Harmonização do sorriso com resina composta direta. **Rev. dental press estét**, v.6, n.1, p.18-28, Jan-Mar., 2009.
6. CARDOSO, M.V.,ALMEIDA NEVES, A., MINE, A., COUTINHO, E., VAN LANDUYT, K., DE MUNCK, J., VAN MEERBEEK, B. Current aspects on bonding effectiveness and stability in adhesive dentistry. **Aust Dent J**, v.56 n.1, p.31-44, May., 2011.
7. CONCEIÇÃO, E. N.; **Dentística: saúde e estética**. 2º Ed. Porto Alegre: Artmed, p. 358-338, 2007. v1. 573p.
8. COVEY, D. A., TAHANEY, S. R., DAVENPORT, J. M. Mechanical properties of heat-treated composite resin restorative materials. **J Prosthet Dent**, v.68, n.3, p.458-461, Sept., 1992.
9. COVEY, D.A. Composite resin inlays. **Virginia Dent J**, v.69, n.2, p.30-36, Oct., 1992.
10. DAVIS, P.J. Hypodontia and hyperdontia of permanent teeth in Hong Kong schoolchildren. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 15, n.4, p. 218-220, Nov., 1987.
11. DOS REIS GOYATÁ, F., VIEIRA COSTA, H., GARCIA MARQUES, L.H., DOCHE BARREIROS, I., MOREIRA LANZA, C.R., NOVAES JUNIOR, J.B., MORENO, A. Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento dental em paciente jovem: relato de caso. **Arch Health Invest**, v.6

n.9 p.408-413, July-Aug, 2017.

12. FAHL, N. The direct/indirect composite resin veneers: a case report. **Pract Periodontics Aesthet Dent**,, v.8 p.627-638, Sep., 1996.
13. FAHL, N. Direct-Indirect Class V Restorations: A Novel Approach for Treating Noncarious Cervical Lesions. **J Esthet Restor Dent**,, v. 27, n. 5, p. 267-284, Sep-Oct., 2015.
14. FERRACANE, J. L., CONDON, J. R. Post-cure heat treatments for composites: properties and fractography. **Dent Mater**,, v.8, n.5, p.290-295, Sep., 1992.
15. FERRACANE, J.L., MITCHEM, J.C., CONDON, J.R., TODD, R. Wear and marginal breakdown of composites with various degrees of cure. **J. Dent. Res**,, v.76, n.8, p.1508-1516, Aug., 1997.
16. GONZÁLEZ GARCIA, L., PAREDES LARGO, G., ARCE, F., GARCÍA, I. Tratamiento estético con laminados cerámicos para cierre de diastemas. Relato de caso clínico. **Actas Odontol**,, v.13, n.2, p.44-51, Oct-Nov., 2016.
17. GRESNIGT, M., MAGNE, M., MAGNE, P. Porcelain veneer post-bonding crack repair by resin infiltration. **Int J Esthet Dent**,, v.12, n.2, p.156-170, June., 2017.
18. HEYMANN, H. O., HERSHEY, H. G. Use of composite resin for restorative and orthodontic correction of anterior interdental spacing. **J Prosthet Dent**,, v.53, n.6, p.766-771, Jun., 1985.
19. ITTIPURIPHAT, Iyarint; LEEVAILOJ, Chalernpol. Anterior space management: interdisciplinary concepts. **J Esthet Restor Dent**,, v. 25, n. 1, p. 16-30, Feb., 2013.
20. KIM, J., CHOI, N., KIM, S. A Retrospective Study of Association between Peg-shaped Maxillary Lateral Incisors and Dental Anomalies. **Int J Clin Pediatr Dent**,, v.41, n.2, p.150-153, 2017.
21. LU, P., CHIANG, Y. Restoring Large Defect of Posterior Tooth by Indirect Composite Technique: A Case Report. **J Dent**,, v. 6, n. 4, p. 54, Oct., 2018.
22. MARIN FRONZA, B., ALLEN RUEGGEBERG, F., RUGGIERO BRAGA, R., MOGILEVYCH, B., SILVA SOARES, L.E., MARTÍN, A., AMBROSANO, G., GIANNINI, M. Monomer conversion, microhardness, internal marginal adaptation, and shrinkage stress of bulk-fill resin composites. **Dent Mater**,, v.31,n.12, p.1542-1551, Dec., 2015.
23. MANTRI, S.P., MANTRI, S.S. Management of shrinkage stresses in direct restorative light-cured composites: a review. **J Esthet Restor Dent**,, v.25, n.5,

p.305-31, Oct., 2013.

24. MARTINI, A. P., DE SOUZA, F. I., MAZZA, L. C., DA CUNHA MELO, R. A., ARAÚJO, N. S. Esthetic Treatment of Conoids Lateral Incisor Laminate veneers: A2-Year Follow-Up. **Int J Dent Oral Health**, v.2, n.4, p.150-153, Dec-Feb., 2016.
25. OOSHIMA, T., ISHIDA, R., MISHIMA, K., SOBUE, S. The prevalence of developmental anomalies of teeth and their association with tooth size in the primary and permanent dentitions of 1650 Japanese children. **Int J Clin Pediatr Dent**, v.6, n.2, p.87-94, June., 1996.
26. PENA, C. E., VIOTTI, R. G., DIAS, W. R., SANTUCCI, E., RODRIGUES, J. A., REIS, A. F. Esthetic rehabilitation of anterior conoid teeth: comprehensive approach for improved and predictable results. **Eur J Esthet Dent**, v.4, n.3, p.210-24, Feb., 2009.
27. RITTER, A. V., FAHL, J. N., VARGAS, M., MAIA, R. R. The Direct-Indirect Technique for Composite Restorations Revisited. **Compend Contin Educ Dent Supp**, v. 38, n. 6, p.9-12, June., 2017.
28. SOARES, P. V., REZENDE SPINI, P.H., FLORINDO CARVALHO, V., GOMES SOUZA, P., CÔRRÊA DE QUEIROZ GONZAGA, R., BARROS TOLENTINO, A., COELHO MACHADO, A. Esthetic rehabilitation with laminated ceramic veneers reinforced by lithium disilicate, **Quintessence Int**, v.45, n.2, p.129-133, Feb., 2014.
29. WASSELL, R. W., MCCABE, J. F., WALLS, A. W. G. Wear rates of regular and tempered composites. **Int. J. Dent**, v.25, n.1, p.49-52, Jan., 1997.
30. WU, H., FENG, H. L. A survey of number and morphology anomalies in permanent teeth of 6 453 youths between 17 to 21 years old. **Chinese journal of stomatology**, v.40, n. 6, p. 489-490, Nov., 2005.