

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

**FACETA COM RESINA COMPOSTA DIRETA: UMA
ALTERNATIVA VIÁVEL PARA DENTES COM ALTERAÇÃO DE
COR SEVERA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
com parte dos requisitos para obtenção do
grau de bacharel em Odontologia.

Alunas: Tássia Iunah Santos Souza, Samille Vasconcelos Santos e Cecília
Cajazeira de Araújo Góes
Orientadora: Profa. MSc. Sandra Regina Barretto

ARACAJU/SE
NOVEMBRO/2008

**TÁSSIA IUNAH SANTOS SOUZA, SAMILLE VASCONCELOS
SANTOS E CECÍLIA CAJAZEIRA DE ARAÚJO GÓES**

**FACETA COM RESINA COMPOSTA DIRETA: UMA
ALTERNATIVA VIÁVEL PARA DENTES COM ALTERAÇÃO DE
COR SEVERA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
com parte dos requisitos para obtenção do
grau de bacharel em Odontologia.

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Orientadora

Profa. MSc. Sandra Regina Barretto

1º Examinador

Profa. MSc. Carla Pereira Santos Porto

2º Examinador

Profa. Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira

“Determinação, coragem e auto-confiança, são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que nos concedeu a graça de chegarmos onde estamos e por mais uma conquista alcançada, de várias que ainda estão por vir.

Queremos agradecer também a nossa Mestra Orientadora e amiga Sandra Regina Barretto por toda a ajuda, carinho, força, compreensão e muita dedicação dada para realizarmos esse trabalho tão importante para nossa conclusão e formação.

À nossa amiga Isabel o nosso agradecimento especial, por ter confiado em nós se oferecendo como paciente para a realização do trabalho, sabendo que seria de grande importância para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Enfim, agradecemos as nossas famílias por todo amor e compreensão durante esta jornada de nossas vidas. Tenham a certeza que vocês são o grande alicerce de tudo que somos hoje. E as todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, muito obrigada!

ARTIGO CIENTÍFICO

**“FACETA COM RESINA COMPOSTA DIRETA: UMA
ALTERNATIVA VIÁVEL PARA DENTES COM ALTERAÇÃO DE
COR SEVERA”**

FACETA COM RESINA COMPOSTA DIRETA: UMA ALTERNATIVA VIÁVEL PARA DENTES COM ALTERAÇÃO DE COR SEVERA

Tássia Lunah Santos SOUZA; Samille Vasconcellos SANTOS; Cecília Cajazeira de Araújo GÓES ; Sandra Regina BARRETTO

RESUMO: A estética é algo extremamente privilegiado na sociedade contemporânea em todas as suas áreas; e a beleza do sorriso desempenha um papel fundamental da satisfação pessoal do indivíduo. Como as alterações de cor nos dentes anteriores alteram substancialmente a estética do sorriso, o presente trabalho relatou um caso clínico de confecção de faceta estética com resina composta direta em um incisivo central que sofrera escurecimento coronário motivado por traumatismo, que resultou em calcificação distrófica e, portanto, obliteração dos túbulos dentinários que determinou insucesso no tratamento clareador previamente realizado. Diante da obtenção de resultados estéticos satisfatórios, concluiu-se que a faceta direta com resina composta é uma ótima opção de tratamento para pacientes que procuram recuperar a estética do sorriso de forma mais rápida, com resultado estético satisfatório e com menor custo.

PALAVRAS-CHAVES: Faceta estética, resina composta, traumatismo dental.

ABSTRACT: Esthetic, and all related areas, are privileged subjects in contemporary society; smile beauty has a fundamental roll in individual personal satisfaction. Considering that anterior teeth color alterations result in fundamental changes at smile esthetic, this article related a clinical case of esthetic facet confection with direct composite resin performed in central incisive, which had gone through traumatism-induced crown darkening and consequent dystrophic calcification of dentinary tubules, and resulting, therefore, in lack of success in bleaching dental treatment previously carried out. Owing to the satisfying aesthetic results obtained with this procedure, it was concluded that direct facet confectioned with composite resin

is a suitable option to provide patient rapid and low cost esthetic smile recovery.

KEY WORDS: Dental esthetic facet, composite resin, dental trauma

INTRODUÇÃO

A odontologia estética tem recebido bastante atenção nos dias atuais, devido ao fato de valorizar e/ou restabelecer a beleza do sorriso, cujo padrão recai sobre dentes claros, bem contornados e corretamente posicionados. Não se pode esquecer que a beleza é um fator determinante para a auto-estima, sendo um relevante fator nas relações interpessoais (MACHADO et. al., 2004, MEIJERING et al, 1997)

Quando se fala de sorriso estético, remete-se automaticamente aos dentes anteriores, devido ao posicionamento que ocupam no arco dental, fazendo com que sejam facilmente percebidos pelo observador. Devido a isso, qualquer alteração presente nesses dentes perturba o equilíbrio estético podendo gerar constrangimentos ao indivíduo, que muitas vezes interferem nas relações interpessoais ou mesmo no psicológico do mesmo. Um exemplo que pode ser citado e que representa muito bem a condição descrita são as alterações de cor nas unidades dentais, causadas por diferentes fatores etiológicos, como: manchamentos por tetraciclina, tratamentos endodônticos mal realizados, escurecimento fisiológico, traumatismos dentais dentre outros (SÁ, PASCOTTO, 2004).

Em se falando de fatores etiológicos, o traumatismo dental aparece como sendo uma das grandes causas de escurecimento coronário, que pode ocorrer, mais freqüentemente, devido à hemorragia pulpar, que faz com que sangue penetre nos túbulos dentinários e sofra degradação, favorecendo o escurecimento do dente; lembrando-se que em pacientes jovens, cujos dentes apresentam canalículos dentinários mais amplos, o sangue tem maior poder de penetração e, portanto, maior potencial de escurecimento (MANDARINO, 2003; EMSHOFF, MOSCHEN, STROBL, 2008).

Dentre os dentes envolvidos nos traumatismos dentais, os localizados na porção anterior do arco dental são os mais afetados, o que de imediato

influencia a função e estética do sorriso do indivíduo (VASCONCELLOS, MARZOLA, GENU, 2006). Os danos provocados pelo trauma dental podem envolver não somente dentes mas também, os tecidos periodontais (BROWN, 2002); e as conseqüências podem incluir: necrose pulpar, reabsorção radicular, a obliteração parcial ou completa do canal pulpar levando ao escurecimento do dente e perda do suporte ósseo marginal (DEWHURST, MASON, ROBERTS, 1998).

A calcificação distrófica é uma dos sintomas que podem surgir em decorrência do traumatismo dental, que leva ao escurecimento da coroa do dente devido à obliteração da câmara pulpar por deposição de cálcio, devido à necrose pulpar que acontece silenciosa e lentamente, na maioria das vezes sem ser percebida, causada pela demora de deposição dos produtos cromatogênicos responsáveis por penetrarem nos túbulos dentinários promovendo a alteração de cor de dente (MANDARINO, 2003).

Para a grande maioria dos casos de escurecimento dental, o clareamento aparece como a principal opção de tratamento, devido ao seu caráter conservador e não invasivo. Esse tipo de terapêutica tem indicação nos casos de dentes com e sem vitalidade pulpar e ainda pode ser realizado no consultório pelo profissional, quanto em casa pelo paciente, supervisionado pelo cirurgião-dentista, podendo ser empregado isoladamente ou em conjunto com outros procedimentos estéticos (MANDARINO, 2003; DILLENBURG, CONCEIÇÃO, 2007).

O sucesso do branqueamento do dente depende de uma série de fatores, como: correta indicação, escolha e realização adequada da técnica, cuidados adicionais, etiologia do escurecimento, idade do paciente dentre outros (EISENBERG, 1975; BARATIERI, 2001). Contudo, há de se considerar como fatores preponderantes no sucesso, o tempo de ocorrência e o grau de escurecimento dental. Desta forma, Harrington e Natkin (1979) afirmaram que dentes com escurecimento antigo apresentam maior dificuldade em obter o efeito clareador.

Nos casos de dentes com alteração de cor que não obtiveram resultado com as técnicas de clareamento dental, uma boa opção é a confecção de

facetas estéticas que podem ser do tipo direta realizada sem etapa laboratorial; e indireta, realizada com etapa laboratorial. A escolha pelo tipo de procedimento, assim como a necessidade de preparo dentário, varia conforme a necessidade clínica e a intenção do procedimento (HIRATA, CARNIEL, 1999).

A opção pelas facetas diretas com resina composta recai sobre o fato de que utilizam materiais restauradores diretos adesivos, que restabelecem a cor natural, com máxima preservação de estrutura dentária, não requerendo nenhum tipo de preparo retentivo (CONCEIÇÃO, 2007). A utilização dessa técnica restauradora, ainda permite ao profissional controlar e avaliar o procedimento restaurador desde a seleção da cor até o estabelecimento da morfologia final, podendo ser geralmente confeccionada em uma única sessão clínica. Por requerer pouco ou até mesmo nenhum desgaste do dente, a faceta direta de resina composta representa uma alternativa restauradora menos invasiva e de menor custo em comparação com a coroa ou o laminado de porcelana (CONCEIÇÃO, 2007).

A partir daí o presente trabalho objetivou apresentar a confecção de uma faceta estética realizada com resina composta direta, como uma solução viável para o tratamento de uma unidade dental com escurecimento dental causado por calcificação distrófica pós-traumatismo.

RELATO DO CASO CLÍNICO

A paciente I. F. L. B. F., 22 anos, sexo feminino, feoderma, compareceu a Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes (UNIT) em Julho de 2008, insatisfeita com o seu sorriso em função do escurecimento da unidade 21. Durante a anamnese a paciente relatou que aos 7 anos de idade havia sofrido trauma na unidade referida durante brincadeira, durante a qual houve choque diretamente da boca contra o chão, lacerando o lábio, sem necessidade de sutura. Além disso, foi detectada mobilidade nas unidades 11 e 21, contudo não foi realizada nenhuma forma de contenção; a paciente relatou que na época foram realizadas apenas radiografias periapicais, nas quais notou-se leve espessamento do ligamento periodontal. O tratamento prescrito restringiu-

se a medicação com antibiótico, antiinflamatório e analgésico e orientação quanto à dieta que deveria ser de basicamente, consistência líquida e pastosa por certo período de tempo (a paciente não soube determinar o período).

A paciente relatou que a mobilidade nos dentes durou aproximadamente 15 dias e que ficou sendo acompanhada durante 1 ano através da realização de radiografia.

Com aproximadamente 15 anos de idade, portanto, 8 anos após o trauma, a unidade 21 começou a sofrer leve alteração de cor, que com o passar do tempo assumiu uma tonalidade amarelo-acastanhado (FIGURA 1). Radiograficamente evidencia-se discreta reabsorção radicular na unidade 21, completa calcificação do canal radicular, ausência de lesão periapical e aspecto de normalidade do ligamento periodontal (FIGURA 2).



Figura 1: Imagem mostrando a unidade 21 antes do procedimento restaurador.



Figura 2: Radiografia periapical da unidade 21 mostrando calcificação do canal radicular e reabsorção radicular.

Na tentativa de restabelecer a cor normal da unidade afetada (21) realizou-se há 2 anos o tratamento clareador com peróxido de hidrogênio, sendo que onde apenas conseguiu-se um leve clareamento da estrutura dental. O procedimento foi repetido em setembro do corrente ano, pela mesma técnica, na tentativa de evitar a necessidade de tratamento mais invasivo, contudo, o mesmo não surtiu efeito (FIGURAS: 3 e 4). A partir desse momento optou-se por realizar a confecção de uma faceta estética direta de resina composta. O procedimento iniciou com a realização da profilaxia das unidades ântero-superiores com taça de borracha e a mistura preparada com pedrapomes e água destilada. Seguindo-se pela seleção da cor. Realizada com o auxílio da escala de cores (Escala Vita-Vitaplan Classical/ Alemanha), onde foram selecionadas para o caso clínico: A1E; A2D; WD e CT (3M/ESPE).



Figura 3: Unidade 21 sendo submetida ao clareamento com peróxido de hidrogênio a 35% (Whithness HP), fase inicial de utilização: vermelho carmim.



Figura 4: Unidade 21 finalizada a sessão de clareamento dental com peróxido de hidrogênio.

Em seguida realizou-se o preparo da faceta, que se iniciou pela confecção da canaleta de orientação cervical com uma ponta diamantada nº 1012 (Kit de brocas e pontas diamantadas UNIT/KG Sorensen), sem a necessidade prévia da etapa referente à anestesia, visto que o dente não se apresentava com vitalidade pulpar (FIGURA 5). Seguiu-se pela confecção da canaleta vertical com ponta diamantada nº 4138 (KG Sorensen) a fim de orientar a redução posterior das metades distal e mesial da faceta (FIGURA 6). Então, realizou-se a redução da metade distal, tomando-se o cuidado de manter a convexidade da face vestibular da unidade, inclinado a ponta diamantada em relação aos terços: cervical, médio e incisal. Após, verificou-se a eficiência do desgaste realizado utilizando-se para isso de observação frontal, lateral e incisal com o auxílio de espelho bucal, para somente então proceder ao desgaste da metade mesial. Ressalte-se que foram mantidos os contatos proximais com os dentes vizinhos durante o preparo da faceta.

Para o desgaste da porção cervical foi realizada a proteção da gengiva com o uso do retrator cervical metálico, a fim de posicionar o limite cervical do preparo a cerca de 0,2 mm no interior do sulco gengival. Esse procedimento foi adotado pelo fato da paciente apresentar o sorriso gengival que desfavorece a manutenção do preparo cervical aquém ou no limite gengival.



Figura 5: Confeção da canaleta de orientação cervical com ponta diamantada esférica.

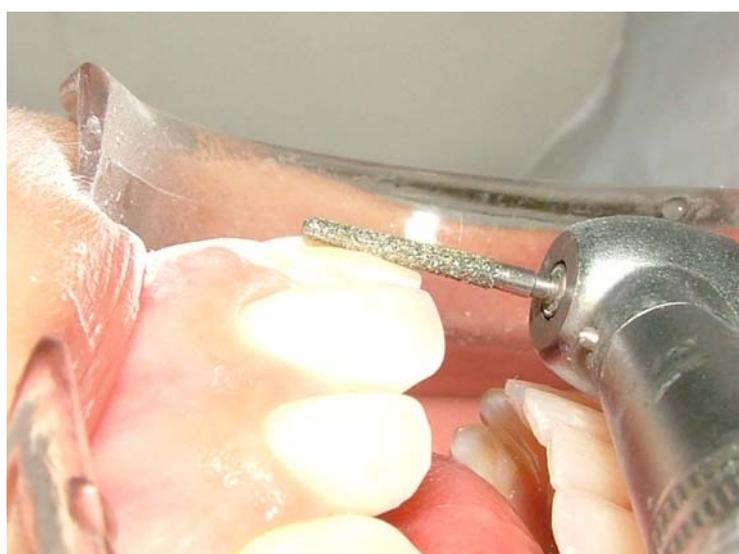


Figura 6: Confeção da canaleta de orientação vertical com ponta diamantada trocônica.

Finalizado o preparo da faceta, procedeu-se a realização do isolamento do campo operatório feito com o auxílio de afastador de lábio (Afastador Expansor Expandex Adulto - Maquira), rolos de algodão, fio retrator (Dentsply- N° 00) para o controle de fluido gengival e sugador descartável.

A etapa que se sucedeu referiu-se à confecção da restauração propriamente dita, descrita a seguir:

- Condicionamento ácido e aplicação do sistema adesivo: o condicionamento da área preparada foi realizado com ácido fosfórico a 35% (Dentsply) por 15 segundos, logo após ter sido realizada a proteção dos dentes vizinhos com matriz de poliéster (TDV) (FIGURA 7); seguindo-se pela lavagem com spray de ar/água proveniente da seringa tríplice por 20 segundos. A secagem foi feita com auxílio do papel absorvente, com a finalidade de manter a dentina ligeiramente umedecida. Logo após, com o auxílio de um pincel microbrush foi aplicado o agente adesivo convencional de passo único, Single Bond (3M/ESPE), seguindo estritamente as especificações do fabricante. A fotopolimerização (Optilight Plus - Gnatus) do adesivo por 20 segundos concluiu essa etapa.



Figura 7: Matriz de poliéster posicionada e condicionamento ácido com ácido fosfórico de toda a área preparada da unidade 21.

- Inserção da resina composta: para a realização dessa etapa optou-se pela escolha da resina composta de nanotecnologia, Filtek™ Supreme XT-Restaurador Universal (3M/ESPE), nas cores anteriormente selecionadas. Inicialmente, para mascarar a cor escurecida da dentina foi aplicada uma camada de uma resina com maior valor (WD) (FIGURA 8); seguida da aplicação de uma camada de espessura muito

fina de resina composta translúcida (CT) para simular o esmalte palatino; depois foram sendo colocadas as diferentes camadas de resinas referentes às cores selecionadas para dentina (A2D). O cuidado nessa etapa é justamente a colocação das resinas escolhidas para os terços: cervical, médio e incisal, que foi feita em um mesmo momento promovendo mistura das camadas, a fim de evitar áreas marcadas que comprometeriam o efeito estético desejado. Seguiu-se pela adaptação da resina para esmalte. Ulterior a colocação da resina para esmalte, foi feita a caracterização do terço cervical com a adaptação de uma resina composta de alto valor simulando o halo opaco observado com bastante nitidez, na região incisal do dente da paciente. Finalizou-se com a adaptação da resina de esmalte na cor (A1E) em toda a face vestibular do dente. É bastante ressaltar que todas as etapas acima descritas foram realizadas com a utilização de espátulas flexíveis para resina composta (Prisma BR – 017, 018, 019) e com pincéis de pêlo de Martha, que auxiliaram na reprodução dos detalhes presentes na estrutura dental. Cada incremento de resina inserido foi fotopolimerizado por 20 segundos (FIGURA 9).



Figura 8: Início da inserção da resina composta opacificadora (WD) para mascarar a área escurecida de dentina.



Figura 9: Fotoativação da resina composta com aparelho de luz halógena.

- Ajuste oclusal: esse passo foi realizado pelo fato de ter sido necessária a realização da faceta total com recobrimento do bordo incisal. O ajuste foi realizado com papel accufilm II preso a uma pinça Miller, respeitando os movimentos: de máxima intercuspidação, protrusão, lateralidade direita e esquerda. Os contatos prematuros presentes foram removidos e/ou suavizados com a utilização de pontas diamantadas de granulação fina (Kit de brocas e pontas diamantadas UNIT/KG Sorensen). Lembrando que a paciente estava posicionada sentada confortavelmente, sem inclinações.
- Acabamento e polimento: na mesma sessão em que foi realizada a restauração foi feita a remoção de excessos de adesivo e compósito na região cervical da restauração com lâmina de bisturi nº 12, movimentada no sentido restauração/dente. Foi utilizado também o kit de acabamento e polimento da UNIT/TDV. Em outra sessão 24hrs depois, foi realizado o polimento da unidade dental inicialmente com pontas diamantadas de granulação ultrafina (Kit de brocas e pontas diamantadas UNIT/KG Sorensen); em seguida utilizou-se as pontas de borrachas e mandril Optimize (Kit de UNIT/TDV), discos abrasivos seqüenciais Superfix (Kit de UNIT/TDV), tiras de lixa para acabamento

proximal (Kit de UNIT/TDV) e os discos de feltro empregnados (Kit de UNIT/TDV) (FIGURA 10 e 11).



Figura 10: Polimento da unidade 21 com pontas de borracha abrasiva Optimize (TDV).



Figura 11: Unidade 21 logo após a conclusão das etapas de acabamento e polimento.

DISCUSSÃO

A busca por um sorriso estético não é uma preocupação atual, já na década de 30, Charles Pincus cimentava laminados de porcelana nos dentes anteriores, através da utilização de pó adesivo para dentaduras em atores de Hollywood durante as filmagens. O inconveniente da técnica era o tempo curto

de duração dessas facetas devido à inexistência de um sistema adesivo capaz de uni-las de forma definitiva à estrutura dentária. Com o surgimento da técnica do condicionamento ácido do esmalte e mesmo da porcelana, bem como, do desenvolvimento dos sistemas adesivos, possibilitaram a utilização mais eficiente das facetas estéticas, com conseqüente aumento da sua durabilidade (CONCEIÇÃO, 2007).

Apesar da evolução das cerâmicas e da possibilidade da adesão à estrutura dentária, permanecia o grande inconveniente associado à técnica, ou seja, o seu alto custo. O problema começou a ser resolvido com o advento e melhoria das resinas compostas, especialmente as fotopolimerizáveis, que possibilitaram a confecção de facetas estéticas diretamente sobre a superfície vestibular do dente, de forma mais rápida, com maior preservação da estrutura dentária e com menor custo para o paciente (CONCEIÇÃO, 2007; JARDIM et al., 2002). Hirata (1999) e Jardim et al (2002) chamam a atenção para o fato de que a realização de facetas estéticas com resina composta pela técnica direta depende exclusivamente da habilidade artística e manual do profissional, sendo assim, é de fundamental importância que o mesmo possua o conhecimento sobre as propriedades ópticas dos materiais restauradores estéticos na determinação da cor e translucidez do material a fim de obter características ópticas ideais.

O cuidado com a correta indicação é outro ponto importante para o sucesso das facetas com resina composta. No caso clínico descrito no presente trabalho, o dente escurecido já havia sido submetido anteriormente ao clareamento dental sem sucesso, o que pode ser justificado pelo fato do escurecimento ser antigo e da presença da calcificação distrófica que dentre outras conseqüências, pode levar a obliteração dos túbulos dentinários dificultando assim a ação da substância clareadora (MANDARINO, 2003; TRAEBERT et al, 2004).

Deve-se ressaltar que o restabelecimento estético de dentes com alteração de cor representa um grande desafio aos cirurgiões-dentistas, em especial no que se refere ao prognóstico do tratamento realizado. Embora, quando comparado às técnicas restauradoras, o clareamento representa uma

excelente opção em consequência dos resultados satisfatórios e preservação das estruturas dentais, mas nem sempre esta técnica é bem sucedida. Alguns dentes podem, com o tempo, voltar a apresentar a alteração de cor, ou até mesmo não produz nenhum resultado, como ocorreu no caso descrito (HAYWOOD E HEYMANN, 1989; ASSIS, 1999, PFAU, TAVARES, HOEPPNER, 2006).

Desta forma, a confecção da faceta direta foi, então, a opção mais conservadora por se trata de alteração de cor severa em um único dente (HIRATA, CARNIEL, 1999). Nos casos onde há necessidade de realizar esse tipo de procedimento em várias unidades dentais, a escolha deverá recair sobre os laminados indiretos, devido ao tempo aumentado de cadeira, a necessidade de um sistema de resina composta estética de alta qualidade, e a possibilidade de colorações e formatos diferentes devido a inúmeras sessões que deverão ser realizadas (PEYTON, 2002; CONCEIÇÃO, 2007).

O preparo realizado na unidade afetada foi do tipo “janela” incluindo basicamente a remoção do esmalte e, suficiente, quantidade de dentina para permitir a utilização de resina opacificadora objetivando mascarar a área de dentina mais pigmentada, muito embora, o grau de escurecimento permitisse indicasse a remoção da região incisal, devido ao grau de escurecimento coronário, de acordo com a literatura (GARCIA, 1998; PEYTON, 2002). A opção pela preservação da borda incisal foi justificada pelo fato da unidade afetada apresentar-se menor em comprimento que o seu análogo, permitindo a utilização de resinas que assemelhassem as duas estruturas ao final do trabalho.

A escolha do compósito é de fundamental importância para o sucesso do procedimento restaurador. Sakai et al (2007) e Conceição (2007) afirmaram que a evolução das resinas e das propriedades adesivas dos materiais permitem a realização de restaurações com longevidade clínica em torno de 4 a 8 anos.

Caracteristicamente, dois tipos de resina compostas eram indicadas para a realização das facetas: as micro-híbridas e as microparticuladas. As primeiras pela sua resistência eram indicadas nos casos de necessidade de

alongamentos dentais ou de restabelecimento da região palatina. As microparticuladas por apresentarem lisura superficial já tinham indicação para substituírem o esmalte vestibular, uma vez que a quantidade de carga não permitia a utilização em áreas de alto estresse mastigatório (JARDIM, et al, 2002; CALHEIROS, et al, 2008; GONÇALVES, et al, 2008; HASHIMOTO, GEE, FEILZER, 2008; SADR, SHIMADAY, TAGAMI, 2008; PONGPRUEKSA, KUPHASUK, SENAWONGSE, 2008; YU, LEE, 2008). Na atualidade, já aparece outro grupo de resinas, as nanopartículas ou nanohíbridas, semelhantes em resistência às micro-híbridas antigas e com polimento superficial similar às microparticuladas que permite que as facetas sejam construídas basicamente com uma única categoria de material (CALHEIROS, et al, 2004; MASOURAS, SILIKAS, WATTS, 2008; SANTOS, et al, 2008).

O que difere na construção das facetas com as resinas modernas é justamente, a quantidade de camadas de compósitos com características ópticas diferentes para simular as características do esmalte e da dentina, (GARCIA, 1998; HOEPPNER, et al, 2003) respeitando a técnica estratificada de construção de restaurações. No presente trabalho, devido ao grau de manchamento presente, especialmente na dentina do terço cervical, houve a necessidade da utilização de uma camada de resina com alto valor; e sobre esta foram sendo adicionadas resinas para substituir a dentina e o esmalte que foram perdidos com o preparo do dente.

Deve-se lembrar que nem sempre há necessidade da utilização de várias camadas de material restaurador para a confecção de facetas com resina composta. O que irá determinar a utilização de uma ou mais camadas de compósitos é justamente, o grau de comprometimento da coroa seja por alteração de cor ou por defeito na estrutura dental (SÁ, PACOTTO, 2004). Hirata e Carniel (1999) afirmaram que em casos simples de facetas de resina composta realizada em dentes sem alteração de cor é suficiente apenas o uso de resinas translúcidas para simular o esmalte dental.

Nos casos de escurecimentos intensos na coroa dental, como no caso aqui relatado, às vezes há necessidade da utilização de opacificadores, ou seja, resinas com alto valor com capacidade de mascarar o manchamento

presente na estrutura dental. A escolha pelo opacificador adequado irá depender do grau de manchamento observado ou da característica que se pretende copiar no dente como áreas de hipocalcificações (corante branco), aumento de croma na região cervical (corantes amarelos), simulação de translucidez na região incisal dentre outras (corantes cinza e azul) (PEYTON, 2002).

Algumas vezes, durante o planejamento do caso clínico há necessidade de aumentar ou diminuir o tamanho dos dentes. Quando isso acontece pode-se fazer uso da utilização da análise estética do sorriso observando-se: forma da face, tipo de sorriso, tipo de lábio, contorno gengival, papilas interdentais, curvatura incisal, linha média dentária, alinhamento dental, inclinação axial, proporção entre os dentes, anatomia do dente, forma, tamanho, opalescência, fluorescência, textura superficial e cor (GOMES; ALBUQUERQUE, 1996; MASOTTI, CONCEIÇÃO, 2007).

Desta forma, a faceta estética é uma excelente opção para a resolução de casos clínicos de dentes com alteração de cor severa, desde que sejam observados todos os cuidados necessários referentes ao correto diagnóstico, planejamento e execução adequada dos passos clínicos da técnica restauradora por parte do profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faceta com resina composta direta é uma alternativa estética viável para o restabelecimento estético de dentes com alteração de cor. Contudo, faz-se necessário que o profissional tenha conhecimento sobre os materiais e técnicas restauradoras, a fim de conhecer a sua aplicabilidade e limitações, bem como, desenvolva destreza manual necessária a fim de reproduzir as características estéticas e funcionais da estrutura dental afetada, devolvendo assim, um sorriso agradável ao paciente e muitas vezes, restabelecendo a sua auto-estima, como foi observado com a realização do caso clínico no presente trabalho.

SOBRE OS AUTORES

Tássia Iunah Santos SOUZA: Aluna do 8º período do curso de Graduação em Odontologia da UNIT. tassia_iunah@hotmail.com

Samille Vasconcelos SANTOS: Aluna do 8º período do curso de Graduação em Odontologia da UNIT.

Cecília Cajazeiras de Araújo GÓES: Aluna do 8º período do curso de Graduação em Odontologia da UNIT.

Sandra Regina BARRETTO: Mestre em Clínica Odontológica pela FOUFBA; Professora das disciplinas: Dentística I, Clínica Integrada, Diagnóstico Estomatológico Integrado I e Estágio Supervisionado I; Coordenadora Adjunta do Curso de Odontologia da UNIT. sandra_regina@unit.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, B.R.P e ALBUQUERQUE, R.C. Clareamento de dentes despulpados pela técnica Walking Bleach. Rev. do CROMG. v. 5, n.1, jan/abr, 1999.

BROWN, C. J. The management of traumatically intruded permanent incisors in children. Dent Update v.29, n.1, p.38-44, Jan./Feb. 2002.

CALHEIROS, F. C., DARONCH, M., RUEGGERBERG, F. A., BRAGA, R. R. Influence of irradiant energy on degree of conversion, polymerization rate and shrinkage stress in an experimental resin composite system. Dental Materials, v. 24, p. 1164-1168, 2008.

CALHEIROS, F. C., SADEK, F. T., BRAGA, R. R., CARDOSO, P. E. C. Polymerization contraction stress of low-shrinkage composites and its correlation with microleakage in class V restorations. Journal of Dentistry, v. 32, p. 407-412, 2004.

CONCEIÇÃO, E. N. Faceta direta de resina composta. In: Dentística: saúde e estética, Ed. Artmed, Cap. 17, p. 356-383, 2007.

CONCEIÇÃO, E. N. Laminado Cerâmico. Dentística: saúde e estética, Ed. Artmed, c. 22, p. 478-501, 2007.

DEWHURST, S.N; MASON, C.; ROBERTS, G.J. Emergency treatment of orodental injuries. Br J Oral Maxillofac Surg, v.36, n.3, p. 165-175. Jun. 1998.

DILLEMBURG, A. L. K., CONCEIÇÃO, E. N. Clareamento Dental. *Dentística: saúde e estética*, Ed. Artmed, c. 13, p. 234-263, 2007.

EISENBERG, E. Anomalies of the teeth with stains and discolorations. *J Prev Dent*, v.2, n.1, p.7-14. Jan/Feb. 1975.

EMSHOFF, R., MOSCHEN, I., STROBL, H. Adverse outcomes of dental trauma splinting as related to displacement injury and pulpal blood flow level. *Dental Traumatology*, v. 24, p. 32-37, 2008.

GARCIA, E. F. An innovative direct technique for resin composite veneers for teeth with color alterations. *Quintessence Internacional*, v. 29, n. 11, p. 731-735, 1998.

GOMES, J. C., ALBUQUERQUE, R. C. *Odontologia Estética. Faceta estética*. São Paulo: Artes Médicas, p.103-157. 1996.

GONÇALVES, F., PFEIFER, C. S. C., MEIRA, J. B. C., BALLESTER, R. Y., LIMA, R. G., BRAGA, R. R. Polymerization stress of resin composites as a function of system compliance. *Dental Materials*, v. 24, p. 645-652, 2008.

HARRINGTON G.W; NATKIN E. External resorption associated with bleaching of pulpless teeth. *J Endod*, v.5, n.11, p.344-348. Nov. 1979.

HASHIMOTO, M., GEE, A. J., FEILZER, A. J. Polymerization contraction stress in dentin adhesives bonded to dentin and enamel. *Dental Materials*, v. 24, p. 1304-1310, 2008.

HAYWOOD, V. B.; HEYMANN, H.O e ED, DDS. M. Nightguard vital bleaching. *Quintessence Int.*, v. 20, n. 3, p. 173-6, 1989.

HIRATA, R., CARNIEL, C. Z. Solucionando alguns problemas clínicos comuns com uso de facetamento direto e indireto: uma visão ampla. *JBC*, ed. Maio, v. 3, n. 15, p. 7-17, Curitiba, 1999.

HOEPPNER, M. G., PEREIRA, S. K., NETO, E. S., CAMARGO, L. N. G. *Tratamento Estético de Dentes Com Alteração Cromática: Faceta Direta Com Resina Composta*. Publicatio UEPG. Ciências Biológicas e da Saúde, Ponta Grossa, v. 9, n. 3, p. 67-72, 2003.

JARDIM, P. S., MIRANDA, C. B., CANDIDO, M. S. M., LIMA, D. M. Análise comparativa de translucidez do esmalte e de diferentes resinas compostas microparticuladas. *Ciências Odontológicas Brasileira*, v. 5, n. 3, p. 18-24, 2002.

MACHADO, C. T., SEABRA, B. M. G., SERGUIZ, R. N. Reabilitação estética na dentística conseguida através do uso de resina composta direta. *Odontologia Clín.-Científ.*, v. 3, n. 2, p. 131-141, 2004.

MANDARINO, F. Clareamento Dental. Publicado na Internet. 2003.

MARTURELLI, R., CAVALCANTI, N. M., SAOUZA, F. B., PORTO, P. O. B., MASOTTI, A. S., CONCEIÇÃO, E. N. Princípios de Estética Aplicados à Dentística. *Dentística: saúde e estética*, Ed. Artmed, c. 15, p. 298-319, 2007.

MASOURAS, K.; SILIKAS, N.; WATTS, D. C. Correlation of filler content and elastic properties of resin-composites. *Dental Materials*, v. 24, p. 932-939, 2008.

MEIJERING, A. C., ROETERS, F. J. M., MULDER, J., CREUGERS, N. H. J. Patients' satisfaction with different types of veneer restorations. *Journal of Dentistry*, v. 25, n. 6, p. 493-497, 1997.

PEYTON, J. H. Direct restoration of anterior teeth: review of the clinical technique and case presentation. *Pract. Proced. Aesthetic Dent.*, v. 14, n. 3, p. 203-210, 2002.

PFAU, V. J. M., TAVARES, P. G., HOEPPNER, M. G. Tratamento restaurador estético de dentes com alteração de cor – relato de caso clínico. *Publicatio UEPG. Ciências biológicas e da saúde*, v. 12, p. 21-27, 2006.

PONGPRUEKSA, P., KUPHASUK, W., SENAWONGSE, P. The elastic moduli across various types of resin/dentin interfaces. *Dental Materials*, v. 24, p. 1102-1106, 2008.

SÁ, M. P. N., PASCOTTO, R. C. Faceta direta em resina composta com recurso de uma matriz de acetato – relato de caso clínico. *R. Dental Press. Estét.*, v. 1, n. 1, p. 101-111, 2004.

SADR, A., SHIMADAY, Y., LU, H., TAGAMI, J. The viscoelastic behavior of dental adhesives: A nanoindentation study. *Dental Materials*, v. 24, p. 1-7, 2008.

SAKAI, V. T., ANZAI, A., SILVA, S. M. B., SANTOS, C. F., MACHADO, M. A. A. M. Predictable esthetic treatment of fractured anterior teeth: a clinical report. *Dental Traumatology*, v. 23, p. 371-375, 2007.

SANTOS, G. B., ALTO, R. V. M., SAMPAIO, H. R. F., SILVA, E. M., FELLOWS, C. E. Light transmission on dental resin composites. *Dental Materials*, v. 24, p. 571-576, 2008.

SILVA, C. H. V. Alternativa estética para reconstrução de dentes anteriores fraturados. *Stomatos*, v. 13, n. 25, p. 123-130, 2007.

TRAEBERT, J., ALMEIDA, I. C. S., GARGHETTI, C., MARCENES, W. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 403-410, 2004.

VASCONCELLOS, R. J. H., MARZOLA, C., GENU, P. R. Trauma dental aspectos clínicos e cirúrgicos. *RO. Revista de Odontologia*, v. 6, p. 774-796, 2006.

YU, B., LEE, Y. Influence of color parameters of resin composites on their translucency. *Dental Materials*, v. 24, p. 1236-1242, 2008.