

UNIVERSIDADE TIRADENTES  
CURSO DE ODONTOLOGIA

RESTAURAÇÕES COM FACETAS COMO TRATAMENTO CONSERVADOR  
ALTERNATIVO ÀS COROAS TOTAIS NO RESTABELECIMENTO ESTÉTICO-  
FUNCIONAL DE DENTES ANTERIORES

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

Aluna: Ann Frank Oliveira Santos

Orientador: Celso de Barros

Aracaju/SE

Maio/2010

# ANN FRANK OLIVEIRA SANTOS

## RESTAURAÇÕES COM FACETAS COMO TRATAMENTO CONSERVADOR ALTERNATIVO ÀS COROAS TOTAIS NO RESTABELECIMENTO ESTÉTICO- FUNCIONAL DE DENTES ANTERIORES

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

APROVADA EM \_\_/\_\_/\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

CELSO DE BARROS

ORIENTADOR / PRESIDENTE DA BANCA

CARLA PORTO

---

1º EXAMINADOR

MARIA AUXILIADORA

---

2º EXAMINADOR

*“ A formosura da alma se reflete  
no corpo.”*

*Autor Desconhecido*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dá muita saúde e coragem para poder chegar ao fim dessa jornada.

Muito obrigada a meus filhos Pedro e João. Isso tudo é pra vocês.

Agradeço a meus pais Frankin e Maricelia por me dá a vida.

A meu companheiro, Erasmo por aguentar meus momentos de estresse.

Aos meus professores que vou levar de cada, um pouco dos seus ensinamentos. Em especial professor Celso de Barros. E todos os outros que contribuíram para essa conquista.

A todos os funcionários da clinica que colaboraram muito para da conta de toda minha correria. Dona Flor, Dalton, Rita, Taty, Claudio e todos os outros.

Aos meus colegas, Isaac, Paulo Vitor, Taciara, Rafa, Kaynara, Sheron, Glorinha, Larissa e Renata. Muito obrigada, queria tê-los conhecido antes, mas nunca é tarde para fazer bons amigos.

Aos meus irmãos, pelas constantes palavras de otimismo.

E obrigada a Santa Rita de Cássia, por interceder por mim todos os momentos que à chamava.

Vou levar de cada um momentos, palavras e gestos, pelo resto da minha vida. Obrigada a Todos!

## **RESUMO**

Atualmente, os dentes anteriores têm tido importância decisiva na estética facial. O emprego de facetas para modificar a cor, forma, textura de superfície, comprimento e alinhamento de um ou vários dentes, reduzir ou fechar diastemas, restaurar dentes fraturados entre outros tipos de problemas que afetam a aparência do sorriso, tem se tornado uma alternativa real e significativa. O presente estudo tem o objetivo de abordar, por meio de uma revisão de literatura, o uso de facetas como procedimento restaurador conservador alternativo às restaurações convencionais com coroas totais, na tentativa de restabelecer a harmonia dento-facial dos pacientes, característica muito exigida atualmente na odontologia. As resinas compostas são utilizadas para a técnica direta. Entretanto, problemas como dificuldades em se obter lisura de superfície, abrasão através de agentes químicos e mecânicos e alterações de cor, a médio prazo, levam a um fracasso estético destas restaurações. O método indireto é feito não somente com as resinas acrílicas ou compostas como também com as porcelanas. Esta técnica confere à faceta maior resistência, melhor estabilidade de cor e, por ser fabricada extra-oralmente, uma melhor visualização e detalhamento a sua confecção. Porém, o sucesso do tratamento depende de um planejamento adequado, conhecimento das propriedades e limitações do material escolhido, assim como do domínio da técnica e da relação com o técnico de laboratório.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Facetas, resina composta, porcelana, restaurações.

## **ABSTRACT**

Currently, anterior teeth have been having importance in facial aesthetics. The use of laminates to change color, shape, surface texture, length and alignment of one or more teeth and all kinds of problems that affect the appearance of a smile, has become a real and significant alternative the present. Study aims to approach, through a literature review, the use of laminates conservative alternative restorative procedure to conventional restorations with dental crowns in an attempt to restore the teeth-facial harmony of the patients, characteristic that is nowadays very required in the dentistry. The composite are used for the direct technique. However, problems such as difficulties to have smoothness of surface abrasion by chemical and mechanical and color changes in the medium term, it leads these esthetic restorations to a failure. The indirect method is not only made with acrylic resins or composite but also with porcelain. This technique gives to the laminate increased strength, improved color stability, and being manufactured extra-orally, a better view and a detail to the process. However, the successful of treatment depends on adequate planning, knowledge of the properties and limitations of the material as well the mastery of technique and the relationship with the laboratory technician.

## **KEYWORDS**

Laminates, composite, ceramic, restorations.

## INTRODUÇÃO

A estética do sorriso é uma das áreas mais procuradas nos consultórios nos dias de hoje. Um sorriso bonito, com dentes alinhados e claros pode elevar a auto-estima dos pacientes, melhorando seu convívio social (CORTEZ et al., 2009). Diante disto, a estética na odontologia vem se tornando um desafio cada vez maior para o clínico geral (CASTRO et al. 2000), uma vez que os dentes anteriores têm uma importância decisiva na estética facial e, em função disto, são extremamente valorizados pelos pacientes que desejam clarear e melhorar a forma, o tamanho ou a posição de seus dentes (CORTEZ et al., 2009).

Devido à valorização que, atualmente, tanto o profissional quanto os pacientes dão à manutenção da integridade dos dentes, existe um forte questionamento quanto à necessidade de desgastá-los significativamente para promover uma melhor estética (CORTEZ et al., 2009) dos dentes que chamamos vitais tem sinais radiográficos de problemas periapicais após 10 anos, em média (SOUZA et al., 2002). Isso demonstra a importância da introdução das técnicas de facetamento, substituindo técnicas mais invasivas em dentes anteriores, com diversas alternativas para uma mudança do sorriso (COSTA et al., 2007).

A restauração dos dentes anteriores com facetas caracteriza-se por ser procedimento primariamente estético e capaz de proporcionar a preservação de estrutura dental sadia em comparação com as coroas totais metalocerâmicas ou as coroas de cerâmica pura (SOUZA et al., 2006). Comparadas com coroas totais, as facetas estéticas, tanto na técnica direta quanto na indireta, apresentam algumas grandes vantagens: menor redução de estrutura dental; preservam estrutura dental e protegem a polpa; qualidade estética superior; maior resistência à abrasão; biocompatibilidade com os tecidos periodontais; preparo dental mais fácil; menor tempo gasto na clínica (SOUZA et al., 2002). Segundo Silva e Souza et al. (1995), as facetas podem ser indicadas numa abordagem clínica quando surgirem problemas de forma,

posição e alinhamento, simetria e proporção, textura superficial e cor, e cárie (SOUZA et al., 2002). Suas indicações permitem que o sorriso possa ser modificado de forma rápida e conservadora e com grande previsibilidade de sucesso a longo prazo (COSTA et al., 2007). Isto as faz tornarem uma variedade de restauração cada vez mais apreciada (HERMESKEIL, 1999).

A variedade de materiais restauradores hoje disponíveis para uso em Odontologia é extremamente grande e cada vez mais especializada para aplicações específicas (SANTOS, 2001). Isto se deve em função do desenvolvimento da técnica do condicionamento ácido do esmalte e das resinas compostas com o BISGMA, que novas perspectivas surgiram em relação aos procedimentos estéticos adesivos e conseqüentemente também em relação às facetas de resina e porcelana (CORTEZ et al., 2009). A evolução dos adesivos dentinários, das resinas compostas, das porcelanas reforçadas e, principalmente, dos conceitos estéticos, cosméticos e de ilusão de óptica tornaram o emprego das facetas uma verdadeira arte que chama a atenção de estudiosos e clínicos (BISPO, 2009).

O aumento da procura por tratamento estético pelos pacientes associado ao desenvolvimento tecnológico dos sistemas adesivos, compósitos resinosos e cerâmicas odontológicas possibilitaram aos cirurgiões-dentistas a reabilitação de dentes em desarmonia no sorriso por meio de tratamentos extremamente conservadores e duradouros (MAGNE et al., 2005, PENA et al., 2009). O emprego de facetas para modificar a cor, forma, textura de superfície, comprimento e alinhamento de um ou vários dentes, reduzir ou fechar diastemas, restaurar dentes fraturados entre outros tipos de problemas que afetam a aparência do sorriso, tem se tornado uma alternativa real e significativa na última década (MASSING et al., 2006). No entanto, frente aos diversos materiais e técnicas atualmente presentes no mercado para uso estético em odontologia, o mais difícil é saber como indicar e como usá-los (CASTRO et al., 2000). Neste contexto, o presente estudo tem o objetivo de abordar, por meio de uma revisão de literatura, o uso de facetas como



procedimento restaurador conservador alternativo às restaurações convencionais com coroas totais, na tentativa de restabelecer a harmonia dento-facial dos pacientes, característica muito exigida atualmente na odontologia.

## REVISÃO DE LITERATURA

A beleza de um sorriso está intimamente relacionada às relações harmônicas entre dentes, gengivas, lábios e face. A forma, a cor, a proporção, a textura da superfície e sulcos de desenvolvimento dos dentes constituem elementos fundamentais para a obtenção de um sorriso harmônico. No entanto, nenhum dos elementos que compõem a harmonia do sorriso pode, isoladamente, representar sua condição estética (MASSING et al., 2006).

O conceito de Odontologia restauradora atual preconiza que, para qualquer tipo de procedimento, o profissional deve sempre optar pelo tratamento mais conservador. O emprego de facetas laminadas, para restaurar dentes malformados, mal posicionados, que apresentam cor alterada ou outro tipo de problema que pode prejudicar a aparência do sorriso, tem sido uma alternativa real e pertinente na última década. Para isto, o estabelecimento de um plano de tratamento deverá ser traçado após o estudo prévio das possibilidades de tratamento existentes e cabíveis num determinado caso. Suas vantagens e desvantagens deverão ser discutidas com o paciente, e sua possibilidade de execução, com o técnico de laboratório (COSTA et al., 2007).

Dunn em 1994 descreve uma série de fatores que devem ser considerados para o estabelecimento de um planejamento mais adequado, entre eles: idade do paciente; quantidade de estrutura dentária disponível a ser restaurada; higiene oral; risco de carie; oclusão; habilidade profissional; apoio laboratorial e relação custo x efetividade. No planejamento deve haver interação entre clínico, paciente e técnico de prótese, os quais podem elaborar um planejamento estético com segurança, através do encerramento de diagnóstico (COSTA et al., 2007), cuja importância está na determinação do desgaste da estrutura dental, assim podendo acompanhar e estabelecer o desgaste pelo acompanhamento das guias de silicone (MAGNE, 1999).

Além da comunicação com o técnico em prótese dentária, uma conduta multidisciplinar envolvendo as áreas de dentística e periodontia pode ser empregada no planejamento para obter um sorriso final agradável e alguns fatores como linha de sorriso, arquitetura gengival, tamanho de coroa clínica, forma dos dentes, posição dos dentes e cor foram considerados. Estes fatores reunidos têm um papel importante para se alcançar um tratamento com aspecto natural (PENA et al., 2009). A obtenção de modelos de estudo das arcadas superior e inferior também permite visualização tridimensional dos dentes e dos tecidos adjacentes. Por meio dos modelos podem ser observados detalhes gengivais, posicionamento inclinações, formas dentais assim como as relações dos dentes em conjunto e com seus antagonistas (COSTA et al., 2007). Protocolo composto por fotografias, radiografias, modelos de estudo e enceramento diagnóstico, acompanhado de ensaio restaurador também pode compor um planejamento integrado. (PENA et al., 2009).

Trabalhos retrospectivos com acompanhamento de até dez anos apresentam resultados efetivos com restaurações estéticas com facetas (PENA et al., 2009). A faceta estética é uma modalidade de tratamento odontológico que, na maioria dos casos, requer desgaste mínimo da estrutura dentária remanescente e está indicada em casos de alterações de estrutura, cor, forma ou posição dentária (MASSING et al., 2006). São definidas como restaurações parciais que visam recobrir as superfícies vestibulo-proximais e, eventualmente, incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores; quando 2/3 ou mais da estrutura esta comprometida, procurando corrigir discrepância de cor, forma, textura, função e posicionamento dos elementos na arcada dentária. Podem ser divididas quanto à confecção em: diretas em resina composta (RC), semi-diretas (RC) e indiretas (RC/ porcelana) (BISPO, 2009).

As facetas representam um tratamento muito adequado para efetuar correções funcionais em esmalte defeituoso, para remediar fraturas de ângulos, diastemas, pequenos erros de posição dos dentes, deformidades e descolorações (HERMESKEIL, 1999). Segundo Silva e Souza et al. (1995), as

facetadas podem ser indicadas em abordagem clínica quando surgirem problemas de: forma; posição e alinhamento; simetria e proporção; textura superficial e cor; carie.

Há poucos anos, era difícil recuperar a estética e a função de dentes anteriores fraturados, com alteração de cor ou forma através do mínimo desgaste da estrutura dentária remanescente. Entre os métodos, encontram-se as facetadas, que podem ser diretas, quando são executadas pelo profissional diretamente na boca do paciente, sendo normalmente empregadas resinas compostas; ou indiretas, que são produzidas em laboratório dental sobre um modelo de trabalho, podendo ser tanto de resina composta quanto de porcelana (TEIXEIRA & NASCIMENTO, 2003). Para estas, a técnica de moldagem e o material utilizado são muito importantes, sendo a nitidez da reprodução do término do preparo fundamental para a seqüência do trabalho (SIQUEIRA et al., 2009).

Dentes anteriores com alterações de forma e cor podem ser facilmente transformados por meio de resinas compostas diretas, tendo como vantagem o menor número de sessões clínicas e baixo custo. Entretanto, para dentes escurecidos ou que necessitam de restaurações extensas, os laminados e coroas cerâmicas são mais indicados, visto que apresentam maior resistência ao desgaste e a forças mastigatórias quando cimentadas, além de estabilidade de cor. Como as restaurações são produzidas fora da cavidade, apresentam ainda como vantagem a possibilidade de se obter maior estética pela melhor facilidade de escultura pelo técnico em prótese, que pode trabalhar ainda com a opacidade e translucidez da cerâmica odontológica (PENA et al., 2009). Esta última apresenta algumas vantagens em relação às resinas compostas, tais como: boa estabilidade de cor, textura de superfície similar ao esmalte dental, compatibilidade com o periodonto, além de poder ser empregada na superfície palatal para estabelecer a guia anterior (AQUINO et al., 2008).

Matsumoto et al. (1996) salientaram que, em uma reabilitação oral, os dentes anteriores são os primeiros a serem confeccionados para satisfazer as

necessidades estéticas e fonéticas do paciente, bem como estabilizar a mandíbula na posição de relação cêntrica. A ausência de guia anterior pode causar problemas ao sistema mastigatório e ocasionar contatos posteriores durante os movimentos mandibulares excêntricos. O estabelecimento da guia anterior, teoricamente, reduz o tempo para desocclusão dos dentes posteriores durante os movimentos excursivos interrompendo as atividades musculares excessivas, conseqüentemente, resolvendo inúmeros casos de síndrome crônica de dor – disfunção. O estabelecimento de um bom guia anterior proporciona o equilíbrio do sistema neuromuscular e da articulação têmporo-mandibular (ATM), além de conferir ao tratamento maior durabilidade e estabilidade (FÁVERO & VIEIRA, 2006). As facetas cerâmicas podem ainda ser empregadas como auxiliar em determinados tratamentos oclusais, para estabelecer guias de desocclusão, bem como na recuperação estética de coroas protéticas preexistentes cuja face vestibular esteja gasta, manchada ou fraturada. (AQUINO et al., 2008).

Dentre as indicações da confecção das facetas de resina composta estão alterações de cor, forma, textura da superfície vestibular de dentes aparentes, cujas soluções mais conservadoras como o clareamento dentário e as restaurações convencionais de classe III, IV e V de BLACK; já foram tentadas sem o sucesso almejado. Nas contra-indicações podemos citar: alto risco de carie, uma higiene oral precária, um enfraquecimento desmedido do remanescente, má posição dentária, escurecimento demasiado, gengivite e periodontites; e ainda, desarranjos oclusais (BISPO, 2006).

As facetas mereceram lugar de destaque como opção restauradora, quando Simonsem e Calamia (1987) descreveram o condicionamento das porcelanas com ácido fluorídrico com o mesmo propósito que utilizava o condicionamento ácido no esmalte dental. A partir desses estudos, as facetas laminadas de porcelana ganharam atenção como um importante recurso estético, em função da possibilidade de adesão entre o esmalte e facetas laminadas de porcelana condicionadas em sua fase interna com ácido

hidrofluorídrico. Um fator que contribuiu para a ampliação das indicações das restaurações indiretas em porcelana foi o desenvolvimento de sistemas adesivos de fixação, por meio dos quais a superfície interna da restauração de porcelana e a superfície dentária permanecem unidas de forma mecânica e química (CASTRO et al., 2000). Apresentam menos sorpção de água e a resistência ao desgaste superior (SOUZA et al., 2002).

Devido aos avanços dos sistemas adesivos, através da possibilidade de condicionamento ácido da porcelana, com os agentes de cimentação e com as técnicas de silanização, o clínico possui um respaldo maior para estabelecer um resultado estético satisfatório com segurança e durabilidade. Facetas confeccionadas em porcelana, quando submetidas a condicionamento com ácido fluorídrico e silanizada, combinadas com um sistema adesivo e um cimento resinoso, possuem excelente força de união e boa resistência à fratura (COSTA et al., 2007).

Haga & Nakazawa (1995) priorizam oito indicações para facetas laminas em porcelana: cáries; microdontia, dentes cônicos, dentes malformados; dentes de cor alterada por restaurações; dentes descoloridos pela desvitalização; dentes de cor alterada por medicamentos (tetraciclina, flúor); dentes com abrasão ou atrição; tratamento protético de pacientes jovens com dentição permanente.

As restaurações de cerâmica são as que melhor reproduzem a estrutura dental no que diz respeito aos efeitos ópticos de reflexão de luz, translucidez, textura e forma e, apresentam durabilidade satisfatória e resistência à degradação e descoloração. Entretanto, apesar de ser um material com muitas qualidades, apresenta algumas considerações (AQUINO et al., 2008). As propriedades mecânicas das cerâmicas são inferiores às dos metais em alguns aspectos, como por exemplo: as cerâmicas são reconhecidamente frágeis, ou seja, suportam forças compressivas, mas resistem muito pouco a forças de

tração, por serem essencialmente vítreas e por não permitirem deformação maior que 0,1%, o que limita suas indicações (DO VALLE et al., 2010).

Uma contra-indicação para os sistemas totalmente cerâmicos quase absolutos na literatura, e unânime entre os fabricantes, relaciona-se com os pacientes que apresentam hábitos para funcionais, como os bruxômanos, sendo que a indicação principal para a reconstrução protética nestes pacientes ainda é o sistema metalocerâmico. Esses pacientes, durante a atividade para funcional, desenvolvem forças oclusais elevadas e oblíquas, originando tensões de cisalhamento que podem tanto provocar o deslocamento da peça protética quanto levar a fraturas catastróficas (FÁVERO & VIEIRA, 2006).

Como relatado, a faceta estética é uma modalidade de tratamento odontológico que, na maioria dos casos, requer desgaste mínimo da estrutura dentária (MASSING et al., 2006). A literatura descreve várias técnicas de preparo, no entanto, os princípios são sempre os mesmos e compreendem a preservação máxima das estruturas dentais sadias (SIQUEIRA & VIEIRA, 2009).

O preparo do dente para receber uma faceta de porcelana é uma das etapas mais críticas e exige do profissional muito treinamento prévio; devem-se seguir as características de preparos de facetas de cerâmica, como preconizado por Hirata et al. (2000).

Devido à natureza frável da cerâmica, ela necessita para seu melhor desempenho de um adequado preparo dental, com ângulos internos arredondados, expulsividade média de 10 a 15 graus, além de um adequado agente de cimentação que promova adesão à cerâmica e ao dente (TEIXEIRA & NASCIMENTO, 2003). As características do preparo para facetas de resina composta devem seguir a forma externa do elemento preparado com redução axial de 0,6mm, podendo o mesmo ser colocado subgingivalmente se o comprometimento estético assim o exigir. Cuidado adicional deve ser

ministrado na extensão vestibulo-proximal para que regiões não envolvidas no preparo possam causar efeitos não-estéticos. O preparo para a faceta de porcelana segue os mesmos preceitos estabelecidos para preparos para resina composta, no entanto, soma-se a redução da borda incisal de 1mm e a extensão do término em chanfrado envolvendo a face palatina (BISPO, 2009).

Segundo Galan Júnior 1999, quando uma grande destruição da borda incisal está presente, deve-se optar pela técnica indireta, por esta apresentar maior durabilidade, menos desgaste e menor manchamento. Embora esta seja complexa, onde o subpreparo e a falta de nitidez das margens são as falhas mais comuns, quando se restaura a espessura do esmalte original usando a porcelana como substituto, o dente recupera suas propriedades estruturais, ópticas e biomecânicas originais (MASSING et al., 2006).

Na busca da excelência em odontologia restauradora, mais que o avanço dos materiais odontológicos e técnica, o principal fator para o sucesso é filosofia conjunta de trabalho entre o cirurgião-dentista e o técnico em prótese dental (PENA et al., 2009). Esta filosofia se torna ainda mais imprescindível em casos que envolvam a estética e onde somente poucos dentes serão reabilitados.



## DISCUSSÃO

Com o advento de novos materiais restauradores estéticos, há de se considerar que atualmente existem alternativas inovadoras de tratamento para dentes anteriores (BENETTI et al., 2003), na tentativa de mudança do sorriso (MASSING et al., 2006). Para isto, a odontologia moderna tem lançado mão cada vez maior das técnicas de facetamento, sejam elas diretamente na boca ou sobre modelos refratários (SOUZA et al., 2002).

As resinas compostas são utilizadas para a técnica direta (BISPO, 2009). Entretanto, problemas com dificuldades em obter-se lisura de superfície, abrasão através de agentes químicos e mecânicos e alterações de cor, a médio prazo, levam a um fracasso estético destas restaurações (CASTRO et al., 2000). O método indireto é feito não somente com as resinas acrílicas ou compostas como também com as porcelanas. Esta técnica confere à faceta maior resistência, melhor estabilidade de cor e, por ser fabricada extra-oralmente, uma melhor visualização e detalhamento a sua confecção (SOUZA et al., 2002).

Em relação às facetas diretas de resina composta – as mais confeccionadas pelo clínico geral - as de porcelana apresentam maior custo e também maior longevidade, o que equilibra a relação custo x efetividade. Por outro lado, a menor durabilidade das facetas indiretas em resina composta em relação às de porcelana, torna essa relação menos vantajosa (CASTRO et al., 2000).

As facetas diretas têm vantagens de serem realizadas através de um procedimento mais centralizado, em uma única sessão, apesar de longa, com um custo mais baixo para o paciente e com um resultado diretamente proporcional à capacidade de habilidade prática do operador (SOUZA et al., 2002). Além disto, o facetamento direto com resina composta, em alguns casos, é realizado sobre a própria superfície de esmalte, o que faz com que

seja desnecessário o desgaste do elemento dental. Apresentam, ainda, facilidade de se fazer reparos e ajustes (AQUINO et al., 2008).

Apesar de produzirem resultados extremamente satisfatórios, quando bem indicadas e realizadas, apresentam desvantagens em relação à técnica indireta por apresentarem menor resistência e estabilidade de cor (BARATIERI et al., 1992; SANTOS 2001, PEREIRA et al., 2003. Maxiner et al. (2001) relataram como principais causas de descoloração das resinas o tempo de permanência na cavidade bucal, o grau de polimerização, a técnica de fotopolimerização, o acabamento, polimento, contato imediato com substâncias corantes e acúmulo de placa bacteriana (COSTA et al., 2007). Por outro lado, a literatura ainda é controversa em relação ao protocolo de cimentação ideal das restaurações indiretas, pois segundo alguns autores, a fotoativação do adesivo previamente, (AQUINO et al., 2008), o que pode favorecer adesão da placa bacteriana. Ainda assim, é preciso considerar que, em muitos casos, a utilização de restaurações indiretas, que requerem um desgaste planejado e controlado, pode ser muito mais efetiva, em função, estética e durabilidade (COSTA et al., 2007) .

Estudos conduzidos por Reeh & Ross (1994) demonstraram uma recuperação de 76%-88% da rigidez coronal após a colocação de faceta de resina composta. Por outro lado, foi demonstrada que a rigidez da coroa pode ser recuperada até 100% quando a faceta de porcelana for utilizada como substituta do esmalte (AQUINO et al., 2009). Estas também se mostram mais estáveis do que as facetas de resina composta. Comparativamente, as resinas compostas apresentam características de dureza e resiliência semelhantes às da dentina, enquanto as cerâmicas reproduzem as propriedades do esmalte (COSTA et al., 2007).

Em essência, a execução de uma faceta de porcelana consiste na “substituição” da porção visível do esmalte por uma cerâmica que é fortemente

unida à superfície dental, proporcionando propriedades ópticas, mecânicas e biológicas semelhantes às do esmalte natural. (AQUINO et al., 2009).

Grandes esforços têm sido feitos na tentativa de tornar as facetas laminadas de porcelana materiais restauradores ideais, apesar da persistência de problemas com sua friabilidade e baixa resistência à tração. Após um estudo de dois anos comparando facetas laminadas de resina e de porcelana, (CASTRO et al., 2000) encontraram resultados semelhantes aos de Calamia (1985) em relação ao alto sucesso das facetas laminadas de porcelana.

Muitos clínicos e pacientes têm buscado resultados estéticos nas facetas laminadas de porcelana. Quando criteriosamente indicadas, confeccionadas e cimentadas, elas podem se tornar uma nova opção estética ao alcance do clínico geral (CASTRO et al., 2000). O índice de sucesso das facetas de porcelana alcança 95% em cinco anos e a possibilidade de execução com um desgaste dental mínimo, representando uma alternativa conservadora como tratamento restaurador e estético, nos últimos anos (MASSING et al., 2006). No entanto, não existe um único material cerâmico que possa ser indicado em todas as situações clínicas. O sucesso com essa modalidade de prótese depende da seleção do sistema cerâmico, da técnica de confecção e do sistema de cimentação de acordo com as situações clínicas e de características relacionadas ao paciente (PENA et al., 2009). Procedimentos complicados na cimentação adesiva, dificuldades de reparo e em modificar a cor representam algumas desvantagens a serem observadas (SOUZA et al., 2002).

Tipo da oclusão, desenho do preparo, presença de restaurações, tipo do substrato remanescente para adesão e sistema adesivo selecionado são variáveis que contribuem para um maior sucesso clínico a longo prazo, ou seja, o correto diagnóstico bem como seleção de materiais restauradores adequados são fundamentais para o sucesso (PENA et al., 2009).

Para a realização da técnica de facetas de porcelana, é necessário que o profissional tenha um adequado domínio da técnica, realizar um diagnóstico minucioso, indicando de maneira correta esta opção. Somado a isso, o trabalho laboratorial deve ser executado por um técnico capacitado, que tenha domínio da técnica e dos materiais a serem utilizados, assim como noções de estética, para que, por meio de um bom relacionamento e troca de informações com o profissional, proporcione adequado resultado estético e funcional (MASSING et al., 2006).

Torna-se importante salientar que para a obtenção de resultados estéticos e funcionais satisfatórios utilizando facetas de porcelana, o profissional deve reconhecer as necessidades individuais do paciente, conhecer os limites da indicação desta opção, ter domínio da técnica de preparo e compreender os princípios básicos de adesão (MASSING et al., 2006).

Em relação à técnica de preparo, os autores de um modo geral não apresentam um consenso quanto às espessuras de desgaste vestibular. Dessa forma, é possível encontrar variações de 0,2 mm a 2,0 mm, bem como para a confecção ou não do sobrepasso palatino (COSTA et al., 2007). Por isso, o planejamento é, provavelmente, uma das etapas mais importantes (AQUINO et al., 2008). Portanto, segundo Aquino et al., 2008, o mock-up é imprescindível para confirmação do diagnóstico e também, para avaliação do protótipo do planejamento, pois leva os possíveis acertos e erros. O autor ressalta ainda a importância de se fazer minucioso planejamento, para se alcançar sucesso no tratamento e a satisfazer o paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a revisão de literatura abordada, constatamos que a importância estética dos tempos atuais, com a excelente evolução dos materiais dentários, atrelada aos conceitos de prevenção e conservadorismo, tornou a utilização de facetas como tratamento restaurador alternativo bastante satisfatório, tanto funcionalmente, quanto em termos de estética, quando corretamente indicada.

Constatamos, ainda, que as facetas de porcelana são indicadas para as mesmas situações das facetas de resina (modificação de cor, forma, textura de superfície, comprimento e alinhamento dos dentes). Entretanto, as cerâmicas apresentam vantagens em relação à resina composta devido a suas excelentes propriedades mecânicas e ópticas, pois conferem excelente comportamento clínico, exemplificado pela sua estabilidade de cor, durabilidade, apesar da dificuldade de reparo e baixa resistência à tração. O conhecimento aprofundado das características, propriedades e limitações do material, e o domínio das técnicas e dos procedimentos cosméticos são fatores que devem ser cuidadosamente avaliados pelo profissional antes da efetivação do plano de tratamento.

A seleção entre uma ou outra técnica (direta ou indireta) dependerá da habilidade do profissional, da escolha do paciente após conhecer as vantagens e desvantagens pertinentes a cada material, do grau de exigência estética e da disponibilidade de recursos financeiros do paciente.

## **SOBRE OS AUTORES**

Ann Frank Oliveira Santos: Aluna regularmente matriculada no 8º período do curso de odontologia da Universidade Tiradentes, [annodonto@hotmail.com](mailto:annodonto@hotmail.com)

Celso de Barros: Doutor em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP; Mestre em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP; professor adjunto da Universidade Federal de Sergipe na disciplina de Processos Patológicos Gerais e Professor Titular da Universidade Tadenets nas disciplinas de Estágio Supervisionado I e Reabilitação Oral Protética III.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO APT.; CARDOSO PC.; RODRIGUES MB.; TAKANO AE.; PORFIRIO W.; Facetas de porcelana: solução estética e funcional. **Revista Ibero-americanos de Odontologia Estética & Dentística**, n.4, v.14, p. 103-204, 2003

BENETTI AR.; MIRANDA CB.; AMORE R.; PAGANI C.; Facetas indiretas em porcelana – alternativa estética. **JBD j. Bras dentística & estética**, v.2, n.7, p.186-194, jun-set., 2003.

BISPO LB.; Facetas estéticas: status da arte. **Revista dentística on line**, v.8, n.18, jan/mar, 2009.

CALAMIA, J.R. Etched porcelain veneers: the current state of the art. **Quintessence Int.**, v.16, n.1, p.5-12, Jan. 1985.

CASTRO JCM.; ARANEGA A.; CASSEBE KB.; POI WR.; Facetas laminadas em porcelana: uma opção estética para o clínico geral. **Faculdade de Odontologia de Lins/ UNIMEP** 12(1 e 2) jan/dez. 2000.

CORTEZ LR.; LUNARDI F.; MENDROT R.; FONSECA M.; CHIBEBE JÚNIOR J.; Facetas laminadas de porcelana – do preparo a cimentação em um único dia. **XVIII Grupo Brasileiro de Professores de Dentística**, 2009.

COSTA ES.; CLAVIJO VGR.; ANDRADE MF.; Harmonização do sorriso com restaurações adesivas de porcelana. **Rev Assoc Paul Cir Dent**; v.61, n.3, p. 205-10,.2007.

DO VALLE AL.; MARTINS LM.; CHIDIAC-TAWIL R.; PIMENTEL GHD.; RODRIGUES AGS.; RAMOS MB.; LORENZONI FC.; Sistemas cerâmicos

atuais: revisão de literatura. **Rev.. Dental press estét**, Maringá, v.7, n.1, p.106-117, jan/fev/mar. 2010.

DUNN, J. Direct composite or bonded porcelain : a clinical choice for anterior aesthetics. **J. Calif. Dent. Ass.**, v.22, n.4, p.73-83, 1994.

FÁVERO CAS.; VIEIRA D.; Recuperação da dimensão vertical do oclusão através da placa adesiva estética de Vieira e reabilitação oral. **Só técnicas estéticas**, v.2, n.4, p.126-32, 1 trimestre 2006.

GALAN JÚNIOR, J; NAMEN, FM. Dentística restauradora : **o essencial para o clínico**. São Paulo: Santos, 1998.

HAGA, M.; NAKAZAWA, A.. **Técnicas para confecção de Facetas Laminadas de Porcelana**. 1ª ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1995.

HERMESKEIL BJ.; Carillas de cerâmica: estéticas y funcionales. **Labor-dental**, v.2, n.7, p.08-09, 1999.

HIRATA R *et al* Alternativas clinicas de sistemas de resinas compostas laboratoriais. Quando e como usar? **J Bras Clin Estet Odontol**, Curitiba, v.4, n.9, p.13-21, Jan/fev, 2000.

MAGNE P.; MAGNE M.; Treatment of extended anterior crown fractures using Type III A bonded porcelain restorations. **J Calif Dent Assoc**, v.33, p.387-96, 2005

MASSING NG.; BELLATO LB.; MAGAGNIN C.; SILVA SBA da.; BUSATO ALS.; BARBOSA AN. Facetas estéticas em porcelana. **Revista Ibero-americana de Odontologia estética & dentística** v.5, n.18, p.136-141, 2006.



MATSUMOTO, W.; SANTOS, L.P.R.; NOVAIS, P.M.R. O papel funcional do guia anterior na reabilitação oral. **RBO**, v.53, n.4, p.2-5, 1996

PENA CE.; VIOTTI RG.; FERREIRA LA.; RODRIGUES JÁ.; REIS AF.; Reabilitação estética de dentes anteriores com restaurações cerâmicas adesivas. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.63, n.4, p.280-7, 2009.

REEH E.S.; ROSS G.K.; Tooth stiffness with composite veneers: A strain gauge and finite element evaluation. **Dent Mater**, v. 10, p.247-252, 1994

SANTOS TR.; Prótese fixa- Sem metal/ sem fibra – resina de 4ª geração – cristobal plus fase laboratorial. **PCL**, Curitiba, v.3, n.15, p.408-412, set/out, 2001.

SILVA e SOUZA JR.; MH *et al.* Facetas laminadas em porcelana **Rev Maxi Odonto**, v.1, n.6, p.17-50, Nov/dez, 1995.

SIMONSEN, RJ & CALAMIA, JR Tensile bond strength of etched porcelain. **J. Dent. Res**, v.1,n.154, p.24-29 Mar, 1987.

SIQUEIRA TE.; VIEIRA D. Preparos dentários para coroas metal free. **Só técnicas estéticas**. v.5, n.4, p.114- 20, 1º trimestre 2009.

SOUZA EM.; SILVA e SOUZA JR MH.; LOPES FAM.; OSTERNACK FHR.; Facetas estéticas indiretas em porcelana. **JBD**, Curitiba, v.1, n,3, p.256-262, jun/set, 2002.

TEIXEIRA HM., NASCIMENTO ABL do., Reabilitação da estética com facetas indiretas de porcelana. **J Bras Dent Estét**, Curitiba, v.2, n.7, p.219-23, jun/set, 2003.