

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CLEIRIANE SOUTO FERRAZ

ÉVANY DOS SANTOS ALMEIDA

REANATOMIZAÇÃO DE DENTE CONÓIDE NA  
RECUPERAÇÃO DA HARMONIA DO SORRISO:  
RELATO DE CASO

Aracaju

2020

CLEIRIANE SOUTO FERRAZ  
ÉVANY DOS SANTOS ALMEIDA

REANATOMIZAÇÃO DE DENTE CONÓIDE NA  
RECUPERAÇÃO DA HARMONIA DO SORRISO:  
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.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> MSC. Vanessa dos Santos Viana

Aracaju

2020

CLEIRIANE SOUTO FERRAZ  
ÉVANY DOS SANTOS ALMEIDA

REANATOMIZAÇÃO DE DENTE CONÓIDE NA  
RECUPERAÇÃO DA HARMONIA DO SORRISO:  
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 em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

*Prof. Orientador:* \_\_\_\_\_

---

1º Examinador: \_\_\_\_\_

---

2º Examinador: \_\_\_\_\_

## **AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC**

Eu, Vanessa dos Santos Viana orientadora das discentes Cleiriane Souto Ferraz e Évany dos Santos Almeida atesto que o trabalho intitulado: **“REANATOMIZAÇÃO DE DENTE CONÓIDE NA RECUPERAÇÃO DA HARMONIA DO SORRISO: 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: Vanessa dos Santos Viana**

# REANATOMIZAÇÃO DE DENTE CONÓIDE NA RECUPERAÇÃO DA HARMONIA DO SORRISO: RELATO DE CASO

Cleiriane Souto Ferraz<sup>a</sup>, Évany dos Santos Almeida<sup>a</sup>, Vanessa dos Santos Viana<sup>b</sup>

<sup>(a)</sup>Graduandos em Odontologia – Universidade Tiradentes; <sup>(b)</sup>Msc. Professora do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.

---

## Resumo

Na busca pela estética facial o Cirurgião-dentista possui um importante papel, visto que, alterações nos elementos dentais influenciam a aparência do sorriso e trazem diversos efeitos psicológicos. Na juventude, quando alterações dentárias chamam a atenção por seus aspectos negativos, passam a abranger níveis sociais e de autoestima, afetando a qualidade de vida. Dentre as alterações dentais mais comuns em clínica, estão as anomalias de forma, tamanho, número e cor. Nos casos de discrepância de forma e tamanho, os dentes conóides tem grande prevalência e várias técnicas de tratamento podem ser indicadas. O objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico de incisivo lateral conóide superior em paciente jovem, utilizando como alternativa de tratamento, restauração direta em resina composta. Como resultado, o uso da resina composta, pela técnica direta, proporcionou ótimas propriedades ópticas-mecânicas, possível reversibilidade, obtendo-se um sorriso mais estético e harmônico, restabelecendo a autoconfiança perdida e promovendo melhoria em suas interações sociais.

*Palavras-chave:* Estética dentária; autoestima; anormalidade dentária; dentística operatória.

## Abstract

In the search for facial aesthetics, the surgeon-dentist has an important role, since that, changes in the dental elements influence the appearance of the smile and bring several psychological effects. In youth, when dental changes call attention to their negative aspects, they start to cover social levels and self-esteem, affecting the quality of life. Among the most common dental changes in the clinic are anomalies in shape, size, number and color. In cases of discrepancy in shape and size, the conoid teeth are highly prevalent and several treatment techniques can be indicated. The objective of this study was to report a clinical case of lateral incisor conoid in a young patient, using direct restoration in composite resin as an alternative treatment. As a result, the use of composite resin, by the direct technique, offers excellent optical-mechanical characteristics, possible reversibility, obtaining a more aesthetic and harmonic smile, restoring lost self-confidence and promoting improvement in your social interactions.

*Keywords:* Esthetics, dental; self esteem; tooth abnormalities; dentistry, operative.

---

## 1. Introdução

O sorriso caracteriza-se como uma forma única e imprescindível na composição estética dento-facial de um indivíduo, tornando-o um segmento muito importante na influência da harmonia facial, promovendo um sentimento de autoafirmação e elevando a autoestima. Na vivência de uma era contemporânea, a beleza de um sorriso esteticamente agradável é muito exigida pela sociedade e se apresenta com dentes em proporções adequadas, bem alinhados nos arcos e com tons mais claros. Consequentemente, deformidades no sorriso, adquiridas ou congênitas, discrepâncias no tamanho, forma, cor, posição, presença de diastema e dentes conóides, podem causar um impacto na simetria da face e ocasionar barreiras frente às relações sociais (LOBATO *et al.*, 2019; CARDOSO *et al.*, 2008; VERONEZI *et al.*, 2017).

Interferências estéticas no sorriso podem impactar em diversas questões psicológicas, onde o indivíduo mesmo se encontrando em um estado de saúde adequado, do ponto de vista biológico, podem ocasionar problemas no seu desenvolvimento que vão desde uma leve timidez e tentativa de disfarçar seu problema cobrindo a boca durante a fala, até introversão total e baixa autoestima (FEITOSA *et al.*, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2017). Nesse sentido, na odontopediatria é crescente a preocupação dos pais quanto ao comportamento dos filhos por conta da aparência do sorriso no meio social (TEIXEIRA *et al.*, 2003).

Em relação à saúde oral, suas implicações podem interferir na percepção corporal, e em consequência na autoestima e autoimagem. Ambas se diferem, sendo a primeira a avaliação que o indivíduo tem de si mesmo, e quando esse valor se encontra diminuído, sentimentos de incapacidade, apatia, desânimo podem atingir quadros de ansiedade, angústia e medo. Enquanto a segunda, a autoimagem, é a descrição que o indivíduo faz de si, estando ambas sob influência das percepções externas. Assim, uma saúde oral debilitada pode originar sentimentos de constrangimento até ansiedade, impactando na qualidade de vida de crianças e adolescentes (VALENTE *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Na juventude, ocorrem os processos de construção da identidade e várias mudanças físicas, intelectuais e emocionais. Segundo Cavalcanti (1988), a fase do crescimento biopsicossocial acontece da infância à fase adulta e para que seja uma

experiência equilibrada, deve haver o crescimento biológico, sociocultural e psicológico. Em meio a essas transformações é através de estereótipos culturais, vivências do meio social e também de seus próprios anseios e fantasias que a imagem de si mesmo é formada. Sendo a face uma região corporal bastante exposta, os dentes geralmente se tornam uma característica decisiva na formulação dos julgamentos, onde o comprometimento da estética oral pode prejudicar a autoimagem, perdendo a autoestima, qualidade de vida e interferindo nos relacionamentos pessoais (ELIAS *et al.*, 2001).

As anomalias dentárias são um dos fatores que podem interferir na estética dental, e podem ser classificadas em anomalias de forma, número, tamanho e estrutura (NEVILLE, 2004). Podem também ser classificadas como hereditárias, onde as alterações e diferenciação das células ocorrem e são perceptíveis antes ou após o nascimento; congênitas, onde existe a alteração na composição e/ou função do órgão afetado durante a formação intrauterina; ou adquiridas onde as modificações pelos fatores etiológicos acontecem na fase de desenvolvimento e/ou formação pós-natal (LIMA *et al.*, 2017).

Entre essas alterações, há os dentes conóides, que são uma anomalia de forma e tamanho caracterizada por uma coroa sob a forma de cone e a raiz geralmente com seu comprimento normal, sendo considerada uma microdontia isolada, que por conta de seu tamanho dental diminuído podem ocasionar diastemas como consequência (CAMPOS *et al.*, 2015). Acredita-se que a microdontia ocorra durante o estágio de morfodiferenciação dos dentes, porém, os fatores para isso continuam desconhecidos, sendo a provável causa uma proliferação anormal durante a fase de broto na odontogênese (LIMA *et al.*, 2017). Tem sido associada uma herança autossômica a esta anomalia, que é notada com maior frequência nos casos de dentes com alta incidência de agenesia, sendo por alguns estudos, relacionada a uma manifestação fenotípica de um gene anodôntico com ação incompleta (COSTA *et al.*, 2012; ALVARES *et al.*, 2002). Comumente, os dentes conóides acometem 8,4% em meninos e 6,5% em meninas, e especificamente os incisivos cerca de 1,03% da população, com maior prevalência no incisivo lateral superior, na dentição permanente e no hemiarco superior direito (RIBEIRO *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2012).

Existem muitas alternativas de procedimentos que podem ser indicados para os pacientes que possuem espaços interdentais e/ou dentes conóides - como ortodontia, reanatomização dos dentes com coroas cerâmicas, facetas de cerâmicas ou restaurações diretas utilizando resinas compostas (JEPSON *et al.*, 2003). As técnicas mais invasivas como coroas totais ou laminados cerâmicos podem necessitar de desgastes e possuem alto custo quando comparado ao tratamento restaurador direto e por isso não são muito indicadas. A técnica adesiva direta que é classificada como uma técnica menos invasiva, a qual necessita de um leve ou nenhum desgaste dental de estrutura sadia, é reversível, realizada em um menor tempo clínico e possui características excelentes que confere as restaurações ótimos princípios mecânicos, biológicos, estéticos e funcionais e que vão além do conhecimento teórico-científico, exigindo assim do profissional habilidades técnicas e artísticas para reproduzir a morfologia dos dentes com aspectos naturais. Além disso, é de suma importância que as restaurações com resina composta devam possibilitar uma oclusão balanceada, resistência, durabilidade e estética (BLANCO *et al.*, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2012).

O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de reanatomização de dentes conóides em incisivos laterais superiores em paciente odontopediátrico, através do emprego de resinas compostas restauradoras.

## 2. Relato do Caso Clínico

Paciente infantil, I.I.F, 11 anos de idade, gênero feminino, feoderma, durante atividade de saúde bucal em sua escola, relatou a seguinte queixa: “Tia, esse dente é menor que os outros, ele não cresceu”, (*sic*). Ao observar a cavidade oral notou-se que os incisivos laterais superiores eram conóides, e em conversa com a mesma percebeu-se o quanto ela era insatisfeita e tinha vergonha do seu sorriso. Ao entrar em contato com a mãe, que também se mostrou descontente e relatou que anteriormente já havia procurado um cirurgião-dentista na unidade básica de saúde para descobrir o que havia de errado com os dentes da filha que eram menores que os demais, notando que sua filha não se sentia à vontade ao sorrir. A paciente foi convidada para comparecer a clínica odontológica da Unit para dar prosseguimento ao caso.

Durante a anamnese a mãe relatou não ter apresentado nenhuma alteração ou problema durante a gestação e a paciente se encontrava em estado de saúde adequado. Ao exame extraoral foram observadas pequenas máculas melanóticas na região mentual (FIGURA 1), sem nenhuma alteração da normalidade.

Figura 1 - Fotografia extraoral.



**Fonte:** Caso clínico pesquisado

No exame intra oral constatou-se que a paciente se encontrava em estágio de dentição mista, apresentava diastema interincisivos e desproporção de altura-largura nos incisivos laterais superiores permanentes, as demais unidades encontravam-se

hígidas (FIGURA 2). Com intuito de melhorar a estética e autoestima foi proposto reanatomizar os dentes conóides nas unidades 22 e 12 com o uso de restaurações diretas em resina composta.

Figura 2 - Aspecto clínico inicial. A: Vista lateral direita. B: Vista frontal. C: Lateral esquerda.



**Fonte:** Caso clínico pesquisado

Contudo, considerando as fases do crescimento crânio-facial e seu desenvolvimento, foi necessário realizar um planejamento cauteloso, com poucos incrementos de resina composta na região mesio-distal dos incisivos laterais, para posteriormente, não faltar espaço no arco dentário para as unidades em processo de erupção. Assim, o procedimento seria conduzido com mais segurança reestabelecendo a harmonia da arcada dentária.

Para o planejamento do caso, foi solicitada radiografia panorâmica, observando a fase de crescimento e desenvolvimento da dentição que se encontrava no período intertransitório, em processo de esfoliação da unidade dentaria 63 e erupção das unidades dentarias 13 e 23. Não sendo, no momento, indicado para o seu caso, o fechamento do diastema presente, pois geralmente o espaço tende a diminuir com o desenvolvimento da oclusão e erupção dos caninos, devendo haver o acompanhamento para que caso contrário haja o tratamento ortodôntico adequado.

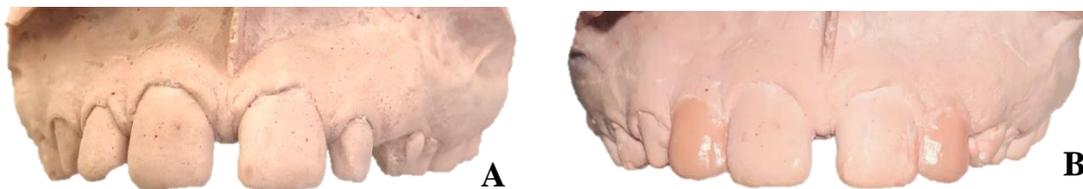
Após planejamento do procedimento foi explicado à mãe da paciente todos os procedimentos que seriam realizados, assinado o plano de tratamento e termo de consentimento de imagem esclarecido, autorizando o tratamento, a divulgação e a publicação deste relato de caso clínico.

Na primeira sessão clínica, foi realizada a moldagem com alginato da arcada superior e inferior para obtenção dos modelos de estudo com gesso especial e

registro oclusal com cera 7, que serviram para análise da oclusão e de possíveis sobrecargas existentes.

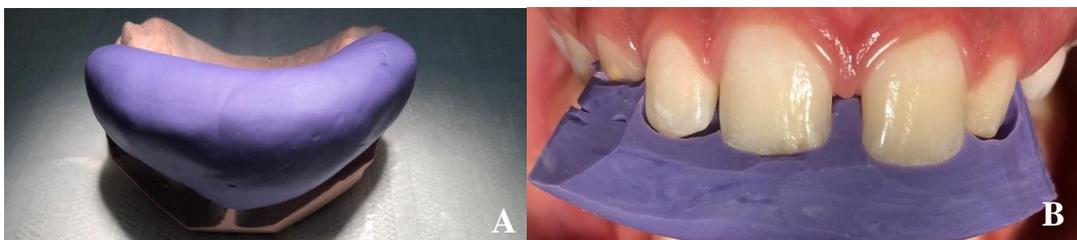
No modelo confeccionado foi realizado enceramento diagnóstico com cera nas unidades 12 e 22 (FIGURA 3), permitindo avaliar as formas e proporções das restaurações e fornecer a provável aparência final ao paciente. A partir deste modelo encerado foi confeccionada uma guia com silicone de condensação (FIGURA 4), realizando uma incisão no guia com lâmina de bisturi nº 12 para adaptação palatina que irá auxiliar a execução das restaurações por conformar a anatomia dental planejada no enceramento da face palatina delimitando proporção e porção incisal na primeira camada incrementada da resina.

Figura 3 - A: Aspecto inicial do modelo. B: Modelo encerado.



**Fonte:** Caso clínico pesquisado

Figura 4 - A: Confeção da guia. B: Prova do guia no paciente.



**Fonte:** Caso clínico pesquisado

Na segunda sessão clínica foi realizada a seleção de cor da resina, com o auxílio da escala Vita, previamente a profilaxia na boca completa, com os dentes ainda úmidos, em luz natural, e utilizando a técnica da “bolinha” pequenos incrementos de resina composta foram colocados na face vestibular dos dentes 11 e 21, com cores de diferentes cromas e fotopolimerizados por 60 segundos, sem condicionamento ácido e adesivo prévio, as cores escolhidas foram EA2, DA2 e EA1 (FIGURA 5).

Figura 5 - Incrementos de resina composta EA2, DA2 e EA1 na UD 11.



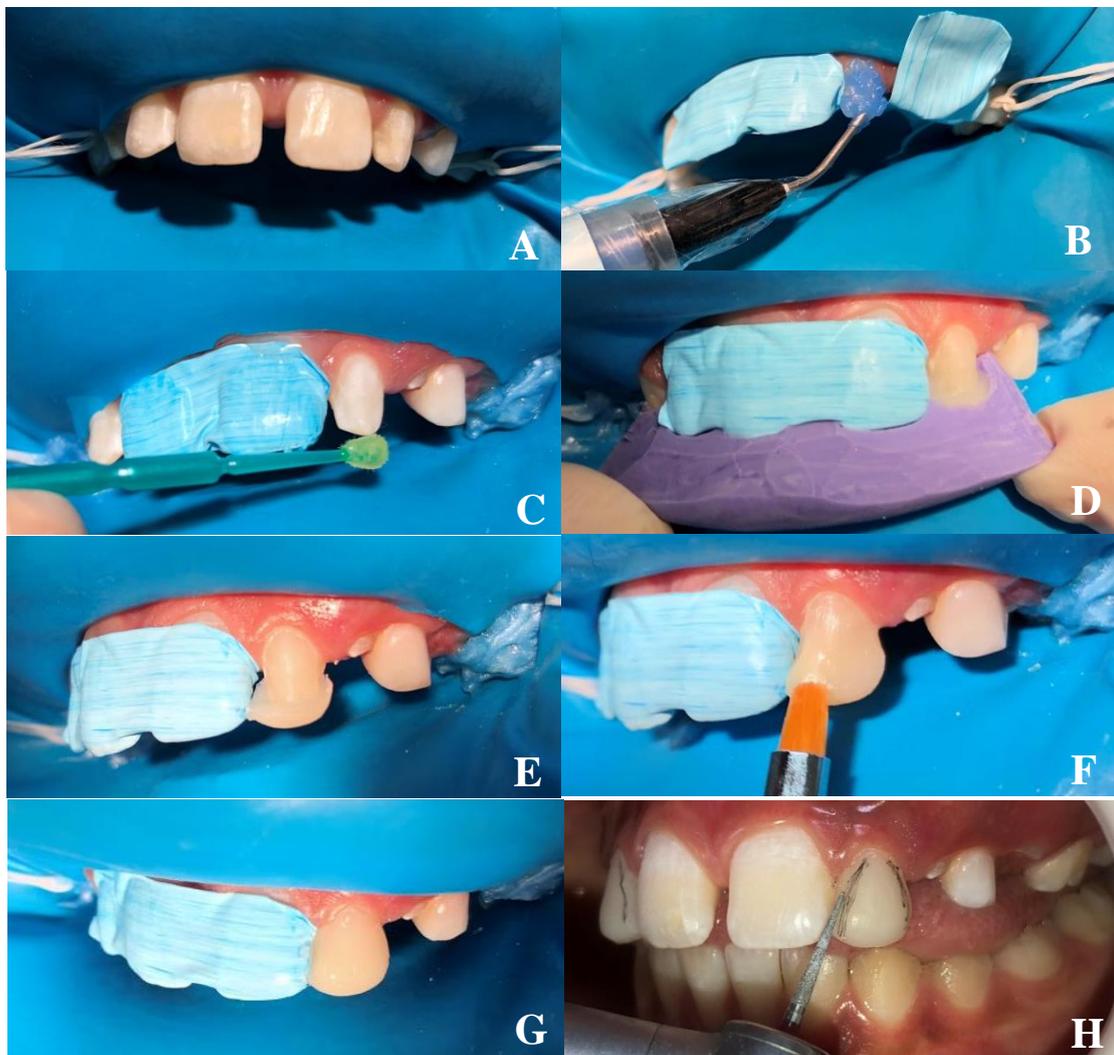
**Fonte:** Caso clínico pesquisado

Foi iniciado o procedimento com profilaxia apenas nas unidades 12 e 22, a seguir, realizou-se o isolamento modificado, com amarras e barreira gengival nos molares, conferindo maior estabilidade e adaptação na arcada dentária (FIGURA 6 - A). Então, foi realizada a prova da guia de silicone para verificar a adaptação nos dentes. Na sequência, foi utilizada fita veda-rosca para proteger os dentes adjacentes aos conóides da ação do ácido fosfórico 37% e adesivo. As faces proximais, vestibulares e parcialmente a superfície palatinal foram condicionadas com ácido fosfórico 37% por 30 segundos (FIGURA 5 - B), com lavagem abundante com água durante o dobro de tempo do condicionamento, removendo excessos com leve jato de ar e bolinha de algodão estéril, depois aplicação com pincel *microbrush* do adesivo (FIGURA 6 - C), seguindo recomendação do fabricante, em toda superfície do esmalte condicionada, leve jato de ar para evaporação dos solventes e aplicação da segunda camada do adesivo, e então fotopolimerização por 60 segundos. Em seguida, um incremento de resina composta EA2 foi inserido na guia de silicone e levada ao encontro do dente (FIGURA 6 - D), depois que observamos completo contato da superfície dental ao incremento, fotopolimerizamos por 60 segundos. Logo após a remoção da guia, com a parede palatina do esmalte confeccionada (FIGURA 6 - E), foi incrementada resina DA2 com auxílio das espátulas e pincel fino nº 00/402 (FIGURA 6 - F), sendo então fotopolimerizado por 60 segundos. Para concluir a restauração a última camada de resina EA1 foi inserida obedecendo à forma e contorno da anatomia dentária, em seguida fotopolimerização por 60 segundos (FIGURA 6 - G).

Ao final do procedimento foi realizado acabamento imediato com pontas diamantadas finas e ultrafinas 2200F, 2200FF e 3168F para remoção dos excessos (FIGURA 6 - H), e com papel carbono foi avaliado, em movimentos de protrusão e

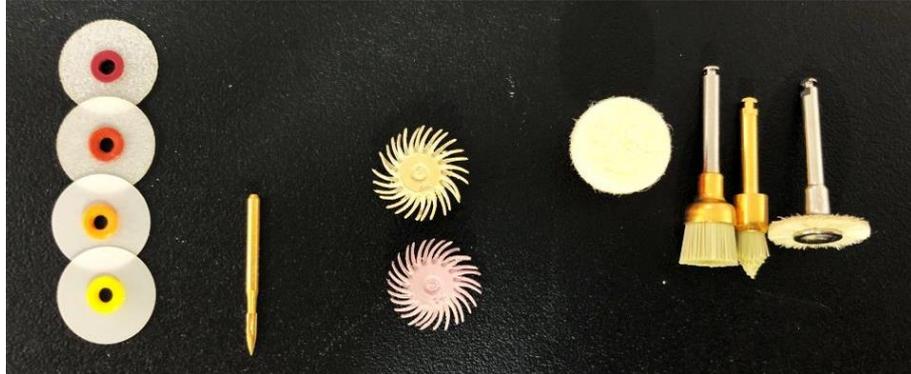
lateralidade, a oclusão da paciente, e se o tamanho estava adequado e sem interferência oclusal. O acabamento e polimento final foram realizados na semana seguinte, com discos abrasivos de granulação média e fina, broca multilaminada, tira de lixa, disco diamantado espiral, escova de carbetto de silício em taça e cônica, pasta diamantada e escova de pelo de cabra (FIGURA 7), conferindo lisura brilho e durabilidade à restauração.

Figura 6 - A: Isolamento modificado com amarras nos molares. B: Condicionamento ácido da unidade 22 com fita veda rosca para proteção. C: Utilização do adesivo com *microbrush*. D: Incremento de resina EA2 inserida na guia e levada ao dente. E: Incremento após fotopolimerização e guia removido. F: Uso do pincel fino nº 00/402. G: Aspecto após fotopolimerização. H: Acabamento imediato.



Fonte: Caso clínico pesquisado

Figura 7 - Discos espirais, broca multilaminada, tira de lixa, disco diamantado espiral, escova de carbeto de silício em taça e cônica e escova de pelo de cabra, utilizados para acabamento e polimento.



**Fonte:** Caso clínico pesquisado

Após a conclusão do procedimento, a paciente relatou estar muito feliz e satisfeita com o resultado, o que segundo sua mãe, tem a feito sorrir constantemente desde o termino do tratamento restaurador. Sua mãe demonstrou ainda estar emocionada e agradeceu a todo o momento pela mudança evidente em seu sorriso. Algo que antes a deixava retraída e inibida (FIGURA 8), mas que agora tem a tornado mais confiante e segura ao falar e se expressar com os demais em seu meio social. Assim, a recuperação da estética dental significou uma melhora não só na harmonia do seu sorriso, mas em saúde a todo seu sistema estomatognático, e restabeleceu fatores de sua autoimagem perdida, melhorando sua qualidade de vida (FIGURA 9).

Figura 8: Aspecto inicial. A: Vista frontal. B: Vista lateral direita. C: Vista lateral esquerda.



**Fonte:** Caso clínico pesquisado

Figura 9: Aspecto final após tratamento. A: Vista Frontal. B: Vista lateral direita. C: Vista lateral esquerda.



**Fonte:** Caso clínico pesquisado

### 3. Discussão

No conceito estético de um indivíduo o segmento dentofacial é importante, e influenciado pela aparência dos dentes, onde o sorriso belo configura-o dentro do padrão estético, que deve possuir beleza e simetria, sendo os dentes superiores anteriores os que na maioria, assumem essa influência (MENEZES *et al.*, 2013; FRANCISCHONE, 2005). O conceito estético é subjetivo e pessoal, dependendo da cultura, região e época em que as pessoas vivem e é considerado um fator variável. Saúde e estética estão intimamente relacionados, e uma maior relevância vem sendo dada aos tratamentos estéticos de dentes sadios, tornando-se cada vez mais comum a procura de pacientes a tratamento odontológico para correções de imperfeições dentárias, para transformar a aparência do sorriso, restabelecendo função, bem estar e autoestima (SILVEIRA *et al.*, 2017; PLAZA *et al.*, 1998). No presente caso clínico a paciente não estava satisfeita com a forma e tamanho dos seus dentes incisivos laterais superiores, eles e as demais unidades da cavidade oral apresentavam-se saudáveis, entretanto, a paciente tinha vergonha de sorrir e falar em público, tornando-se uma pessoa tímida, o que interferia na sua vida social e pessoal, justificando a intervenção com o tratamento restaurador.

Inúmeros fatores podem afetar negativamente e influenciar a harmonia do sorriso, dentre elas destacam-se as anomalias dentárias de tamanho, forma, posição, cor e textura. Especificamente, as anomalias de tamanho e estrutura, os dentes conóides são considerados na dentição normal uma microdontia isolada, sendo o incisivo lateral superior o mais frequentemente afetado. A coroa apresenta-se em forma de cone e a raiz geralmente tem o comprimento normal. Os incisivos conóides acometem cerca de 1,0 % da população, normalmente são unilaterais com maior prevalência no gênero feminino (KURESKI *et al.*, 2018; SÁ *et al.*, 2019). Os incisivos laterais conóides ocorrem com certa frequência, pois se encontram em locais de fusão dos processos faciais, considerando ser uma grande área de risco embriológico (PLAZA *et al.*, 1998). Corroborando com o caso, pois a paciente apresentava os incisivos laterais conóides, bilateral, na arcada superior e do gênero feminino.

Os dentes incisivos laterais conóides são a anomalia de forma mais comum em pacientes com diastemas interincisais. Os diastemas podem ser definidos como a inexistência de ponto de contato entre os dentes, causando desconforto estético, hábitos parafuncionais e desorganização na correta oclusão. Devido ao seu tamanho reduzido, os incisivos laterais conóides geram a migração ou inclinação dos incisivos centrais, ocasionando diastema. Durante a dentição decídua, os diastemas são considerados dentro da normalidade e conferem melhor prognóstico no alinhamento dentário e na erupção dos permanentes. Ainda que persistam, em condições normais, a força de erupção dos caninos permanentes tende a corrigi-los. Assim, diastemas amplos devem ser fechados precocemente apenas quando existem hábitos de sucção ou se o espaço entre incisivos permanentes e caninos decíduos é insuficiente para a irrupção dos incisivos laterais. Posteriormente, as opções de tratamentos para fechamento do diastema incluem: restaurações direta e indireta, tratamento ortodôntico e associações das técnicas dependendo do número e espaço existentes na arcada (JUNIOR *et al.*, 2016; MENEZES *et al.*, 2013). No caso em questão, a paciente apresentava diastema entre os incisivos centrais e encontrava-se em fase de dentição mista, o que significa que, ao finalizar a esfoliação dos dentes decíduos e erupção dos permanentes, o espaço interincisivos, normalmente, tende a diminuir. Com isso, foi optado por aguardar esse período e preservar o caso para um possível planejamento progresso de tratamento ortodôntico.

De acordo com a literatura, a experiência do Cirurgião-Dentista, a idade do paciente bem como suas expectativas, devem ser consideradas na escolha do tratamento para os casos de incisivos laterais conóides (ITTIPURIPHAT; LEEVAILOJ, 2013; AGUIRRE; NOBORIKAWA, 2015). Durante o planejamento, algumas ferramentas podem ser utilizadas, como softwares digitais e o enceramento diagnóstico. O enceramento simula o resultado final do tratamento. Permitindo ao profissional estudar o caso e realizar possíveis modificações necessárias, além de permitir confeccionar guias que irão conduzir o tratamento estético, e a realização de *mock up*, onde o paciente poderá visualiza-lo previamente (VERONEZI *et al.*, 2017). Concordando com a literatura, o enceramento diagnóstico foi utilizado para o planejamento do caso relatado, sendo de grande importância no alcance das expectativas da paciente, tendo em vista a suas queixas e anseios, permitindo com

a visualização do modelo encerado, a possibilidade de opinar sobre os resultados desejados. Com uso dessa ferramenta, também foi possível a confecção da guia de silicone, de grande valor na condução da técnica restauradora.

Existem muitas alternativas de procedimentos que podem ser indicados para os pacientes que possuem espaços interdentais e/ou dentes conóides - como ortodontia, reanatomização dos dentes com coroas cerâmicas, facetas de cerâmicas ou restaurações diretas utilizando resinas compostas. Uma das alternativas de tratamento é por meio de prótese dentária. Coroas em cerâmica apresentam resultados estéticos excelentes e longevidade. Em contrapartida, se faz necessário o desgaste da estrutura dental sadia, fazendo assim ser uma opção menos conservadora. Com a evolução das cerâmicas odontológicas o uso de laminados cerâmicos com espessura de 0,3 a 1 mm para reanatomizar os dentes. As facetas em cerâmica são consideradas minimamente invasivas, já que é possível adapta-las sobre o dente com mínimo ou nenhum desgaste. A retenção depende essencialmente da cimentação adesiva e requer maior tempo clínico, já que depende de um laboratório, então os laminados cerâmicos têm indicação limitada e ainda possuem custo elevado (BARATIERE *et al.*, 2014; RADZ, 2011; JEPSON *et al.*, 2003).

Com o avanço tecnológico das resinas compostas e sistemas adesivos é permitido lançar mão do seu uso direto, tornando o procedimento mais conservador, já que reduzem a necessidade de desgastes e preparos cavitários, apresentam ótimas propriedades ópticas e mecânicas, o que confere naturalidade a restauração, beleza e longevidade que pode ser mantida com re-polimentos (VERONEZI *et al.*, 2017; CENTOLA *et al.*, 2000; BARATIERE *et al.*, 2014). Como afirma Figueiredo (2008) a reanatomização com resinas compostas é a que apresenta a melhor relação custo-benefício, visto ser um procedimento passível de ajustes posteriores, permitindo perfeito controle da reabilitação realizada, além de permitir a máxima preservação tecidual. No caso clínico relatado, por se tratar de uma criança, um planejamento minucioso foi realizado e com isso foi optado o uso da resina composta, visto que dentre as vantagens do uso da técnica direta em odontopediatria, estão o menor tempo operatório, conservação do tecido dental e reversibilidade.

#### **4. Considerações Finais**

Os incisivos laterais conóides ocasionam um aspecto desarmônico ao sorriso, proporcionando baixa autoestima e dificuldade de socialização. A intervenção estética odontológica é uma excelente alternativa para transformar o sorriso e reintegrar o indivíduo à sociedade. A escolha da técnica direta de resina composta em odontopediatria proporcionou um menor tempo clínico, possibilidade de reajuste posterior à restauração e ótimas propriedades ópticas-mecânicas, favorecendo a integridade dos arcos e equilíbrio do sistema estomatognático.

## 5. Referências Bibliográficas

1. AGUIRRE, L., NOBORIKAWA, A. Use of direct bonding restorations for the treatment of dental agenesis and conoid lateral incisors. **Revista Operatória Dental y Biomateriales**, Guadalajara, v. 4, n. 1, p. 24-33, abr, 2015.
2. ALVARES, L. C., TAVANO, O. Anomalias dentárias do complexo maxilo-mandibular. IN: **Curso de Radiologia em Odontologia**. 4ª ed. São Paulo: Ed Santos. Parte V p.190-205, 2002.
3. BARATIERI, L.N., JUNIOR, S.M. **Odontologia restauradora: fundamentos & técnicas**, Santos- SP, v. 2, p. 804, 2010.
4. BLANCO, P. C., VELOSO, C. de B. S., MONTEIRO, A. M. de A., SILVA, S. M. de A. e. Restauração de dentes conóides com resina indireta: relato de caso. **UNOPAR. Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 14, n. 4, 257-61, 2012.
5. CAMPOS, P. R. B. de., AMARAL, D., SILVA, M. A. C. da., BARRETO, S. C., PEREIRA, G. D. da S., PRADO, M. do. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. **RFO**, v. 20, n. 2, p. 227-231. Passo Fundo, 2015.
6. CARDOSO, R. M, MAIA, G. H. S., MELO, C.A., GUIMARÃES, R. P., MENEZES, F. P. F. Aplicação clínica das resinas de nanotecnologia. **Odontol Clin Cient**, 2008; 7(4):357-62.
7. CAVALCANTI, R. C. Adolescência. In: VITIELLO, N. **Adolescência hoje**, p. 5-27. São Paulo: Roca, 1988.
8. CENTOLA, A. L. B., NASCIMENTO, T. N. do., GIRALDI, K. C. F. De M. Reanatomização: procedimento utilizado para reabilitação da estética: relato de casos clínicos. **JBC Estet Odonto**, v. 4, n. 19, p. 42-5, 2000.
9. COSTA, P. X. da., PRUDENTE, H. T., ALMEIDA, I. M. A., LIMA, G. da S., MOI, G. P. Otimização estética em dentes conóides: relato de caso clínico. **Revista Eletrônica do UNIVAG**, n. 7, 2012.

10. ELIAS, M. S., CANO, M. A. T., JUNIOR, W. M., FERRIANI, M. das G. C. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de ribeirão preto. **Rev. latino-americana enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 88-95. Ribeirão Preto, 2001.
11. FEITOSA, D. A. de S., DANTAS, D. C. R. E., GUÊNES, G. M. T., RIBEIRO, A. I. A. M., CAVALCANTI, A. L., BRAZ, R. Percepção de pacientes e acadêmicos de odontologia sobre estética facial e dentária. **RFO**, v. 14, n. 1, p. 23-26, 2009.
12. FRANCISCHONE, ANA CAROLINA. **Prevalência das proporções áurea e estéticas dos dentes ântero-superiores e respectivos segmentos dentários relacionados com a largura do sorriso em indivíduos com oclusão normal**. Bauru, 2005. 81p.;il.
13. ITTIPURIPHAT, I., LEEVAILOJ, C. Anterior space management: interdisciplinary concepts. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 25, n. 1, p. 16–30. 2013.
14. JEPSON, N. J., NOHL, F. S., CARTER, N. E., GILLGRASS, T. J., MEECHAN, J. G., HOBSON, R. S., NUNN, J. H. The interdisciplinary management of hypodontia: restorative dentistry. **British dental journal**, v. 194, n. 6. Março, 2003.
15. JUNIOR, N. C. C., GUERINO, P., MEZOMO, M. B., Diastemas interincisais superiores - revisão acerca da etiologia, tratamento e estabilidade em longo prazo. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 17, n. 1, p. 95-109, 2016.
16. KURESKI, P. V., SANTIN, G. C., CASOLA, H. D., COSTA, J. V. da., FRANZIN, L. C. da S. Incisivos laterais conóides: restabelecendo a harmonia do sorriso. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 55, n. S3, p. 203-210, dez, 2018.
17. LIMA, I. H., ANDRADE, C. E. de S., SILVA, I. V. dos S. S., VASCONCELOS, M. G., VASCONCELOS, R. G. As principais alterações dentárias de desenvolvimento. **SALUSVITA**, v. 36, n. 2, p. 533-563. Bauru, 2017.
18. LOBATO, M. F., ISAAC, S. Z., HILGERT, L. A., BARDELOTTO, C. Reanatomização de dente conóide com resina composta por meio de técnica de aplicação simplificada. **Revista Naval de Odontologia**, volume 46, número 1, 2009.

19. MENEZES, M. S., CARVALHO, E. L. A., SILVA, F. P., REIS, G. R., BORGES, M. G. Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: Relato de caso clínico. **Rev Odontol Bras Central**, v. 24, n. 68, 2015.
20. NEVILLE, B.W. Anomalias dentárias. In: ALLEN C.M., DAMM D.D., NEVILLE, B.W. **Patologia oral e maxilofacial**, 2ª ed, p. 50-103. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
21. OLIVEIRA, J. A. G. de., CUNHA, V. de P. P. da., FAJARDO, R. S., REZENDE, M. C. R. A. Clareamento dentário x autoestima x autoimagem. **Arch Health Invest**, v. 3, n. 2. 2014.
22. PLAZA, C. A. S., PIMENTA, I. C., SERRA, M. C. Transformação de dente comprometido esteticamente – conóide – utilizando-se resina composta. **RBO - Rio de Janeiro** vol. 55, n. 4, p. 222-225, 1998.
23. RADZ, G.M. **Minimum thickness anterior porcelain restorations**. Dent Clin North Am. 2011 Apr; 55(2):353-70, ix.
24. RIBEIRO, S. M. M., MENDES, S. M. A., ARAUJO, J. L. N. Restabelecimento estético e funcional de incisivo conóide através da integração Ortodontia-Dentística. **RDAPO: Revista Digital da Academia Paraense de Odontologia**, v.1, n.2. Belém-PA, 2017.
25. SÁ, T. L. T., LIMA, R. L. S., TUÑAS, I. T. C. Esthetic transformation of conoid lateral incisors with composite resin and digital planning. **Rev. Bras. Odontol**, 2019.
26. SILVEIRA, D., CAMPOS, C. da C., SOUTO, K. V., XAVIER, I. S., JUNIOR, E. de S. B., DIAS, V. O. Reanatomização de incisivo lateral conóide em odontopediatria: relato de caso. **Revista Intercâmbio**, vol. VIII, p. 250, 2017.
27. TEIXEIRA, M. C. B., MAIA, L. C., VALENÇA, A. M. G., MENDES, V. A. dos S. Transformação estética de dente conóide: relato de caso. **JPB - J Bras Odontopediatria Odontol Bebê**, v.6, n.31, p.230-233. Curitiba, 2003.
28. VALENTE, A. A. S. **Qualidade de vida autoestima, autoimagem, e percepções de saúde oral em crianças e adolescentes**. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária). Faculdade de Medicina Dentária. Junho, 2013.

29. VERONEZI, M. C., BRIANEZZI, L. F. de F., MODENA, K., de LIMA, M. S., & BERNADI, S. E. Remodelação estética de dentes conóides: tratamento multidisciplinar. **RDAPPO: Revista Digital da Academia Paraense de Odontologia** Belém-PA, v.1, n.1, maio, 2017.

Anexo 1-

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGEM/ DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (PÔSTER E TRABALHOS ACADÊMICOS) PACIENTES MENORES DE IDADE OU DEPENDENTES

Eu, M. [redacted], RG nº 3.028.005-2 residente à rua/avenida Rua 1, nº 700, Bairro Rosa Elze, na cidade de São Cristóvão, estado de SE, por meio desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSINTO que sejam realizadas fotografias, vídeos e outros tipos de imagens sobre o caso clínico do MENOR J. [redacted], idade 11 anos, RG 3.711.254.6, CPF [redacted], que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Essas imagens serão realizadas na Universidade Tiradentes (UNIT), pelos alunos da Disciplina de Estágio Supervisionado Infantil I, sob a responsabilidade dos professores Janineia dos Santos Ziani.

Consinto que essas imagens, bem como as informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob a minha responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que possa fazer com que o paciente seja reconhecido. Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, histopatológicos e outros, sejam divulgados e utilizados.

Esse consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Esse consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas imagens e também compreendi que o aluno/professor/instituição acima discriminado, que atende o menor e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição das imagens nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não nessas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em continuar com o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Aracaju, 03 de fevereiro de 20 20.

[redacted]

Assinatura do responsável pelo paciente.

CPF: [redacted]

RG: 3.028.005-2

[signature]

Assinatura do profissional responsável

CPF: [redacted]

RG: 1304995