



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

THAYSA APARECIDA MUZIOL

**PROTOCOLO DE PREPAROS PARA FACETAS
DIRETAS EM RESINA COMPOSTA**

THAYSA APARECIDA MUZIOL

**PROTOCOLO DE PREPARO PARA FACETAS
DIRETAS EM RESINA COMPOSTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana de Oliveira Silva

THAYSA APARECIDA MUZIOL

**PROTOCOLO DE PREPAROS PARA FACETAS DIRETAS EM
RESINA COMPOSTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião Dentista.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana de Oliveira Silva
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Hebert Samuel Carafa Fabre
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, _____ de _____ de _____.

“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, ao meu pai Amaury e minha mãe Maria Ines.”

AGRADECIMENTO

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária.

Aos meus pais, Maria Ines Muziol e Amaury Muziol, pelo amor, incentivo e apoio incondicional nos momentos mais difíceis.

Ao meu namorado, Pedro Pacheco, por sua compreensão, carinho e apoio. Por me incentivar a melhorar sempre e fazer com que eu acreditasse em mim.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Adriana de Oliveira Silva, por toda a paciência, disposição e aprendizado que me proporcionou, aonde irei levar para a minha vida profissional.

Aos meus amigos, principalmente Jamili El Kadri, Júlio Cezar Minatel e Paula Chechin, que serviram como apoio em todos os momentos que precisei, e que participaram ativamente de todo meu crescimento ao longo do curso. Levarei comigo todas as histórias e alegrias que passamos juntos. Quero levar essa amizade por toda vida.

Agradeço em especial aos meus pacientes, pela confiança depositada em minhas mãos, tornando meu aprendizado e aprimoramento possível.

Enfim, o agradecimento vai a todos que contribuíram direta ou indiretamente para meu aprendizado ao longo do curso de Odontologia. Desde os funcionários, professores e amigos que vou lembrar sempre com muito carinho e admiração.

“Vamos viver nossos sonhos, temos tão pouco tempo...”
Charlie Brown Jr.

MUZIOL, T. A. **Protocolo de preparos para facetas diretas em resina composta.** 2017. 40 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

A reabilitação estética de dentes anterossuperiores com facetas diretas em resina composta vem se tornando cada vez mais popular devido, principalmente, a conservação de estrutura dental e um excelente resultado estético. As indicações, contraindicações clínicas, vantagens, desvantagens e técnica restauradora para esse tipo de tratamento têm sido amplamente discutidas na literatura, no entanto, poucas orientações sobre a técnica para os preparos cavitários são apresentadas. Considerando que essa etapa é fundamental para um prognóstico restaurador favorável, este trabalho tem como objetivo apresentar um protocolo simplificado para o preparo de facetas diretas utilizando uma sequência lógica de procedimentos por etapas inter-relacionadas. O presente estudo foi realizado por meio de pesquisa de artigos e livros publicados entre os anos de 1991 e 2016. Para tal, foram utilizadas as bases de dados PubMed, Medline, Google Acadêmico, portal de periódicos CAPES e Sistema de Bibliotecas da Universidade Estadual de Londrina. Os estudos apontaram que as facetas são indicadas principalmente para solucionar problemas de cor e forma, sendo que os preparos devem ser o mais conservador possível levando em consideração a posição do dente no arco dental, o alinhamento, a forma e a quantidade de material restaurador que será necessário para mimetizar os dentes. Dentes escurecidos e manchados são um desafio a parte, pois o preparo e restauração exigem avaliação específica quanto as condições do remanescente dentário e escolha do material restaurador. Pode-se concluir que a utilização de um protocolo de preparo permite a racionalização dos procedimentos e auxilia a melhor adaptação do plano de tratamento à realidade clínica e que a utilização de meios que orientem o profissional na obtenção de resultados estéticos satisfatórios e previsíveis é sempre interessante.

Palavras-chave: Facetas dentárias, Preparo do dente, Tratamento conservador, Estética.

MUZIOL, T. A. **Protocol of preparations for direct facets in compound resin.**
2017. 40 fls. Work Completion of course (Diploma in Dentistry) - State University of Londrina, Londrina, 2017.

ABSTRACT

The anterosuperior teeth's aesthetic rehabilitation with direct veneers in dental composite resin has become increasingly more popular mainly due to the dental structure's conservation and an excellent aesthetic result. The clinical indications and contraindications, advantages, disadvantages and restorative technique for this category of treatment has been richly discussed in the literature, however, a few orientations about the technique for the cavity preparations are introduced. Considering that this stage is essential for a favorable restorative prognosis, this thesis aims to present a simplified protocol for the preparation of direct veneers using a logical sequence of procedures by interrelated stages. The present study was accomplished through research of articles and published books between the years of 1991 and 2016. For such, the databases used were from PubMed, Medline, Scholar Google, Portal de Periódicos CAPE (Brazilian Federal Agency for Support and Evaluation of Graduate Education's website) e Sistema de Bibliotecas da Universidade Estadual de Londrina (UEL's library system). The studies have pointed out that the veneers are specially indicated to solve color and shape problems being that the preparations must be as conservative as possible taking into account the tooth's position in the dental arch, the alignment, the shape and the amount of restorative material which will be needed to mimic the teeth. Darkened and stained teeth are a challenge alone, since the preparation and restoration require specific evaluation of the remaining dental conditions and the choice of the restorative material. It can be concluded that the usage of a preparation protocol allows a rationalization of the procedures and aids the best adaptation of the treatment plan to the clinic reality and that the use of the means that guide the professional in obtaining the predictable and desired aesthetic results is always interesting.

Key words: Dental verneers, Tooth preparation, Conservative treatment, Esthetics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquematização envolvendo a profundidade do preparo dentário e as alterações de cor.	27
Figura 2 – Planejamento do caso clínico.....	30
Figura 3 – Delimitação do preparo dentário.....	30
Figura 4 – Preparo dentário em forma de "ferradura".....	31
Figura 5 – Vista proximal do término do preparo dentário.....	31
Figura 6 – Planos anatômicos da superfície vestibular.....	31
Figura 7 – Confeção das canaletas vestibulares.....	32
Figura 8 – Confeção da canaleta central.....	32
Figura 9 – Confeção da canaleta incisal.....	33
Figura 10 – Após a confeção das canaletas de orientação.....	33
Figura 11 – União das canaletas de orientação.....	33
Figura 12 – Preparo pronto para faceta direta.....	34
Figura 13 – Protocolo de preparo dentário para facetas diretas em resina composta. Imagens cedidas pela Prof. ^a Dr. ^a Adriana de Oliveira Silva da Universidade Estadual de Londrina.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PROPOSIÇÃO.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4 DESENVOLVIMENTO.....	25
4.1 Classificação.....	25
4.2 Vantagens.....	27
4.3 Desvantagens.....	28
4.4 Indicações.....	28
4.5 Contraindicações/Limitações.....	29
4.6 Técnica de preparo.....	29
5 DISCUSSÃO	35
6 CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

As facetas diretas em resina composta são uma opção de tratamento para alterações estéticas de tamanho, forma e cor dos dentes anteriores. Antigamente era pouco utilizada, pois os materiais adesivos e restauradores não possuíam a mesma qualidade funcional e estética dos materiais atuais. Nessa época, para resolver tais alterações eram utilizados procedimentos mais radicais como as coroas de jaqueta, onde havia maior desgaste dentário e um custo elevado. (ARCARI et al, 1991)

Hoje, a técnica restauradora com facetas diretas é um procedimento satisfatório, amplamente aceito entre profissionais e pacientes por se tratar de uma conduta mais conservadora e com menor custo. Porém, alguns cuidados devem ser tomados antes da decisão final de realizar este procedimento. Além da preocupação com os materiais adesivos e restauradores utilizados, o profissional deverá estar ciente de fatores como: Indicações e contraindicações clínicas do procedimento, vantagens e desvantagens que o tratamento com facetas diretas em resina composta pode resultar, a técnica utilizada para preparo do desgaste dentário, a técnica restauradora e contar com a habilidade manual e senso estético do profissional. Alguns autores sugerem que o profissional esclareça todas as dúvidas do paciente antes de realizar o procedimento, pois o mesmo deve estar ciente das implicações que o tratamento pode trazer, como: durabilidade do material restaurador e visão estética do resultado final. Para que profissional e paciente analisem os pontos que devem ser ajustados, apresentando um tratamento satisfatório, o profissional pode optar por realizar uma “faceta diagnóstica” onde não há condicionamento ácido, o que facilita a remoção da mesma do elemento dental. (ARCARI et al, 1991; BARATIERI et al, 1992; BARATIERI et al, 2001; BARATIERI et al, 2010; TORRES et al, 2013)

Antes de se realizar o procedimento de facetas diretas em resina composta, o profissional deverá estar atento para que seja um procedimento conservador. Com isso, os autores recomendam que o profissional tente alternativas de procedimentos como clareamento dental ou microabrasão como primeira tentativa de tratamento para dentes com alteração de cor. Caso haja falha na primeira tentativa de procedimento o profissional poderá cogitar a execução de faceta direta em resina composta. (ARCARI et al, 1991; JUNIOR et al, 1999; ARANHA et al, 2003;

CARDOSO et al, 2011; TORRES et al, 2013)

Uma das etapas mais importantes para se obter uma faceta direta em resina composta satisfatória é o preparo dentário. Nessa etapa o conhecimento do profissional sobre a indicação do procedimento é imprescritível, pois cada caso clínico pode apresentar uma profundidade do preparo ou até mesmo não haver nenhum desgaste dentário como, por exemplo, em fechamento de diastemas. (BARATIERI et al, 2001; HOEPPNER et al, 2003)

A profundidade do preparo deverá preferencialmente ficar retido somente em esmalte, principalmente tratando-se de dentes com vitalidade pulpar, mas alguns preparos necessitam ser estendidos até a dentina para que crie um espaço onde o material restaurador consiga camuflar o fundo escuro do dente. O preparo pode-se estender para região subgengival ou ficar aquém da região da margem gengival livre, isso dependerá de fatores como: idade do paciente, linha alta do sorriso, comprometimento estético, etc. O preparo nas margens proximais também podem sofrer alterações de profundidade devido aos fatores de alteração de cor, podendo ser estendida até a região da área de contato. A localização da margem incisal depende de fatores como o grau de escurecimento do dente, da necessidade de alongamento, da presença de estrutura dental sadia na região e sua função incisiva. (BARATIERI et al, 2001)

Mesmo sendo uma técnica considerada conservadora as facetas diretas em resina composta, podem apresentar um desgaste considerável, principalmente nos casos de alteração de cor, onde muitas vezes uma fina camada de resina não consegue encobrir a alteração cromática, por isso à profundidade do preparo deve ser maior. Com tudo, a faceta direta em resina composta é um procedimento de custo/benefício aceitável para paciente e profissional. E para que o resultado final seja de excelência deve haver uma junção de fatores como à habilidade e conhecimento do profissional juntamente com a colaboração do paciente quanto a seus hábitos. (BARATIERI et al, 2001; CONCEIÇÃO et al, 2005)

Considerando que na literatura encontramos muitos artigos de “antes e depois” e que a etapa de preparos cavitários é pouco discutida, vislumbrou-se a possibilidade de pesquisar e desenvolver um protocolo de preparo ilustrado com o passo a passo de procedimentos que permitam a racionalização das etapas e auxiliem o estudante de odontologia no aprendizado da técnica e o profissional na adaptação do plano de tratamento à realidade clínica

2 PROPOSIÇÃO

Este trabalho consiste em uma revisão de literatura sobre as facetas diretas em resina composta, com ênfase no seu procedimento de preparo apresentado por um protocolo, com a finalidade de estabelecer um passo a passo o procedimento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo ARCARI et al (1991) rotineiramente se tem falado das complicações em restaurar dentes anteriores com implicação na cor e estrutura. Os defeitos de cor podem ser caracterizados por manchas causadas por tetraciclina, flúor, envelhecimento dos dentes, necrose pulpar. E os defeitos morfológicos são consequências de cárie, trauma e fatores genéticos. No passado, o tratamento mais utilizado nessas situações clínicas eram as coroas de jaqueta, uma conduta clínica radical por se tratar de um grande desgaste além do custo elevado. Alguns estudos têm sido realizados sobre as facetas diretas e indiretas, com o objetivo de possibilitar um tratamento mais conservador e criando novas alternativas com restaurações estéticas, funcionais e com um menor desgaste dental. Em comparação com as facetas indiretas, as facetas diretas tem a vantagem de abranger um maior numero de profissionais, além de seu custo menor. O objetivo do artigo foi apresentar uma técnica direta de confecção de facetas em resina composta, incluindo: Indicações, contraindicações, vantagens e desvantagens sobre as demais técnicas restauradoras.

BARATIERI et al (1992) sugeriram ao profissional averiguar todas as formas de tratamento mais conservadoras para dentes anteriores, antes de tomar a decisão final de um tratamento com facetas. O paciente deverá estar ciente das vantagens e desvantagens do procedimento, bem como suas dificuldades em alcançar a cor e textura desejada. Após a escolha final do tratamento ser a faceta direta de resina composta, o profissional deverá seguir algumas fases começando pela seleção das cores e tipos de resinas compostas, onde os autores aconselharam preferencialmente a utilização de resinas microparticuladas e polimerizáveis a luz visível. Seguidamente o preparo é um passo fundamental, onde o profissional devesse antes de desgastar, ficar atento aos detalhes anatômicos da superfície vestibular. O desgaste deverá preferencialmente se conter em esmalte, porém em casos de dentes com maior grau de alteração de cor pode ser estendido até a dentina. Portanto, a profundidade do desgaste dependerá do grau de escurecimento do dente, sua posição em relação aos dentes adjacentes e do tipo de faceta empregada. O preparo deverá ser iniciado com pontas diamantadas esféricas nº1011/1012 em alta rotação realizando uma canaleta de orientação na margem

gingival que por razões estéticas deverá ser estendido subgingivamente 0,2 mm com um término em chanfrado, apenas metade da ponta ativa da broca deverá penetrar no esmalte. Dando sequência ao preparo, um degaste com broca tronco-cônica com extremidade arredondada deverá desgastar os três planos que apresentam os dentes anteriores na face vestibular, sendo gengival, corpo e incisal. O autor indicou a técnica da silhueta para facilitar o degaste, após a realização das canaletas cervical e central em três planos, deverá então proceder ao degaste da metade distal e logo após da metade mesial, devendo ficar aquém do contato proximal e a margem incisal na crista do rebordo incisal.

GOMES et al (1996) relataram que o método de confecção de faceta estética mais utilizada era a faceta em resina composta, mesmo sendo um método que exige habilidade do profissional, possui qualidades como: necessidade de uma sessão, o dentista monitora o tamanho e forma do dente, custo reduzido, reparo mais fácil, mais fácil encobrimento da alteração de cor com ajuda de um opacificador, isento de etapas laboratoriais, degaste dentário mais conservador que facetas indiretas. Porém, também há suas desvantagens como: grande habilidade manual do profissional, menor resistência em comparação às facetas de porcelana, menor estabilidade de cor e maior tempo clínico.

MONDELLI et al (1998) sugerem para técnica de preparo a utilização da técnica em silhueta. Nessa situação o profissional delimita com um lápis todo o término periférico que será realizado na face vestibular, e com a ponta diamantada esférica nº1012 ou nº2 procede-se uma canaleta em esmalte com profundidade de 0,2 mm a no máximo 0,6 mm. Posteriormente com uma ponta diamantada tronco-cônica nº 2135 ou nº170L executa-se dois sulcos de orientação no sentido gengivo-incisal, com a mesma profundidade descrita anteriormente, sendo um no centro da face vestibular e o outro próximo à aresta distal, acompanhando a inclinação da superfície vestibular. Em seguida, realizar o degaste com a broca nº2135, movimentando-a do sulco de orientação central até o sulco de orientação distal, o mesmo movimento deve ser realizado com a broca no sentido mesio-vestibular do dente. Segundo os autores, o preparo terminado em chanfrado possibilita uma melhor adaptação e integridade marginal da faceta e também propicia espessura vestibular de resina sem sobrecontorno exagerado na região cervical. A extensão do preparo subgingival deveser utilizada principalmente em casos de pacientes com lesões subgingivais, dentes com alto grau de alteração de cor e linha do sorriso alta.

O acabamento do preparo e da terminação em chanfrado poderá ser feito com as brocas de ponta diamantada de granulação fina nº2135F ou com broca multilaminada nº7664. Para MONDELLI, esse preparo apresenta características como a redução da face vestibular acompanhando sua inclinação, limite cervical sendo subgingival com até 0,5 mm, extensão gengival envolvendo metade da distancia vestibulo-lingual e forma de chanfrado como terminação do preparo.

BARATIERI et al (1998) ao descreverem sobre as indicações de facetas diretas em resina compostas, não aconselham esse método em caso de reabilitação de todos os dentes anteriores, apenas em um ou dois elementos dentais, nessa situação clínica indica facetas indiretas. Porém caso o profissional insista em usar essa técnica em mais dentes, deverá começar pelos dois incisivos centrais na mesma sessão, para que a largura não fique maior que 80% do comprimento. Para um preparo adequado esteticamente, biologicamente e funcionalmente, o profissional deverá ter um entendimento importante sobre estática de visibilidade e área dinâmica de visibilidade. Além disso, a profundidade do preparo depende de fatores como grau de alteração de cor do dente e limites do término gengival, proximal e incisal. A profundidade do preparo em dentes sem alteração de cor poderá ser mínimo ou não haver nenhum dependendo da posição do dente. Nos casos de severa alteração de cor a profundidade do preparo deverá ser maior a fim de abrigar maior espessura de compósito para encobrir o fundo escuro da superfície dental. Os autores explicaram que os limites de um preparo dependem de outros fatores como: altura da linha do sorriso, grau de escurecimento do dente, exigências do paciente quanto à estética, inclinação do dente para lingual, localização dos contatos proximais, forma e amplitude das ameias vestibulares, função incisiva e necessidade de alongamento dos dentes. Os autores consideraram então que mesmo com algumas dificuldades encontradas no uso de resinas compostas elas podem ser uma alternativa mais acessível, rápida, segura e reversível. Mesmo não sendo restaurações definitivas, as facetas diretas de resina compostas podem ser uma opção satisfatória, dependendo das habilidades do profissional e da colaboração do paciente.

JÚNIOR et al (1999) argumentaram que o clareamento dental é um procedimento mais conservador em dentes com comprometimento estético de cor, porém temos que considerar o dente como um todo, e a faceta proporciona uma harmonia entre cor, textura, forma e função. Os autores indicaram que o término do

preparo termine dentro do sulco gengival, para esconder a margem do preparo já que se trata de um procedimento estético. O sulco que delimitará o preparo inicial cervical é feito com broca Nº 1016, iniciando no nível da margem gengival de mesial até distal. Sulcos de orientação com profundidade mínima deverão ser criados com a broca diamantada Nº4138 nos dois planos da vestibular, sendo um no plano cervical paralelo ao longo eixo do dente, envolvendo 1/3 da face e o outro inclinado para incisal, respeitando a borda incisal. Com a mesma broca os sulcos deverão ser unidos tendo cautela com a convexidade da face vestibular. Nas faces proximais o desgaste deve ser aprofundado, para encobrir o término do preparo, apenas zelando para que não atinja os contatos proximais.

BARATIERI et al (2001) recomendaram dividir os dentes que receberão a faceta direta em dois tipos: os dentes sem alteração de cor e os dentes com alteração de cor elevada. Independente do tipo de alteração deverá ser considerado a profundidade e limites gengival, proximal, incisal. Observando também área de contato proximal, área de subcontato e área de subcontato proximal. O profissional precisa ficar atento à profundidade do preparo. Preferencialmente o preparo deverá ficar retido somente em esmalte principalmente tratando-se de dentes com vitalidade pulpar, mas alguns preparos necessitam ser estendidos até a dentina para que crie um espaço onde o material restaurador consiga camuflar o fundo escuro do dente. BARATIERI indicou desgaste de 0,4 mm na região cervical e 0,5 mm na região do terço médio e incisal, para dentes sem alteração de cor. O preparo em dentes com alteração de cor é mais acentuado, sendo em média 0,5 mm na região cervical e 0,7 mm nas regiões dos terços médios e incisal, nesta situação caso o dente apresente inclinação para a lingual este desgaste poderá ser menos profundo. Para determinar os limites das margens gengival, proximais e incisal é necessário estar atento aos aspectos como: grau de escurecimento, altura da linha do sorriso, exigências do paciente quanto a estética, inclinação do dente, localização dos contatos proximais, formas das ameias vestibulares, dimensão da fratura (caso houver), função incisiva e necessidade de alongamento do dente. Quando possível, a margem gengival deverá estar aquém da margem livre da gengiva, dessa maneira ficará fora do sulco gengival, comprometendo em alguns casos a estética, porém com algumas vantagens relevantes bem como; favorecendo o isolamento do campo operatório contribuindo com a possibilidade de menor contaminação, permite melhor acesso para acabamento e polimento, diminui os riscos de lesão do tecido gengival, retira a

possibilidade de invasão do espaço biológico, proporciona ao paciente melhor efetivação da higiene, permite ao profissional avaliar a integridade da margem durante as consultas de controle, diminuí o risco de exposição da dentina na região cervical.

ARANHA, MITSUI e MARCHI (2003) publicaram um artigo relatando um caso clínico, onde foi realizado o procedimento de facetas diretas de resina composta como alternativa de tratamento de alterações estéticas para dentes anteriores. O caso clínico apresentou paciente R.L., 12 anos, acompanhado de sua mãe que relatou o descontentamento de seu filho perante a coloração dos incisivos laterais superiores. Após exame clínico foi constatado nos elementos 12 e 22 manchas brancas e marrons com cavidade. Após este diagnóstico o plano de tratamento realizado foi uma microabrasão com pasta abrasiva à base de ácido clorídrico visando à remoção das manchas sem desgaste excessivo do esmalte dental. Após este procedimento foi aplicado sobre a superfície fluoreto de sódio a 2% neutro durante 4 minutos, O procedimento foi realizado nos dois incisivos laterais superiores durante três sessões, no final da terceira sessão só foi constatado um clareamento superficial das manchas, visto que elas estavam não somente superficial como também em dentina. Um tratamento prévio com microabrasão não apresentou resultados satisfatórios nem para o paciente e nem para o profissional, em razão das manchas no esmalte dental serem profundas. Por essa razão definiram realizar o procedimento de faceta direta em resina composta nos dois incisivos laterais superiores. Para o procedimento de faceta direta, após, seleção das cores de resina, profilaxia e isolamento do campo operatório com dique de borracha, o preparo foi realizado com uma ponta diamantada nº2135 confeccionando canaletas verticais profundas, respeitando a convexidade da face vestibular. Posteriormente o condicionamento ácido foi realizado por 15 segundos com ácido fosfórico a 35%, lavado pelo mesmo tempo, e aplicado duas camadas consecutivas do sistema adesivo Single Bond, fotopolimerizada por 10 segundos. Em seguida, foram aplicadas as resinas híbridas nas cores A1 e A2 na região média/incisal, e resina microparticulada Durafil nas cores A1 e A2 em todo terço cervical, médio e região incisal. Logo após a fase restauradora, foi feito acabamento com pontas diamantadas F e FF, pontas multilaminadas. E o polimento da restauração com discos abrasivos Sof-Lex e pontas de borrachas associadas à pasta diamantada, obtendo o brilho adequado da restauração. Os autores discutem que o procedimento

de microabrasão é adequado para retirar manchas, porém desde que elas estejam superficiais em esmalte. Caso contrário às facetas diretas de resina composta são uma opção satisfatória, ainda mais associados a materiais adesivos de ótima qualidade.

HOEPPNER et al (2003) publicaram um artigo relatando um caso clínico com o intuito de discutir o procedimento de facetas diretas em resina composta como uma opção de tratamento para dentes tratados endodonticamente e com alteração cromática. O caso clínico apresentou paciente C.S.A, 42 anos, sexo feminino. Paciente relatou que após tratamento endodôntico do incisivo central superior esquerdo houve escurecimento e já haviam sido empregadas por três vezes técnicas clareadoras, porém o resultado estético obtido não era mantido por muito tempo. Após constatar radiograficamente que o tratamento endodôntico estava ideal, foi definido como plano de tratamento o procedimento de faceta direta em resina composta. Inicialmente foram escolhidas as cores de resina, profilaxia e isolamento relativo para confecção de uma restauração de diagnóstico, para avaliar as cores selecionadas. Após confirmação das resinas escolhidas, realizou-se o isolamento absoluto e desgaste vestibular com pontas diamantadas 2135 (1ª, 2ª e 3ª série), respeitando a convexidade da face vestibular e a extensão proximal. Após o preparo finalizado, a superfície foi condicionada e aplicada sistema adesivo e realizada sua fotopolimerização. Antes da inserção de resina composta, foi aplicado cimento resinoso de cor branca com a intenção de opacificar a dentina escurecida. Então a resina foi inserida no preparo com múltiplos incrementos com auxílio de espátulas e pinceis dando forma e contorno para o dente e logo após fotopolimerizada. Com finalização da etapa restauradora o acabamento foi realizado com lâmina de bisturi nº 12, tiras e discos de lixa. O polimento foi executado na sessão seguinte com auxílio de discos de lixa em granulação menor. Para os autores o procedimento de facetas diretas com resina composta pode ser uma alternativa favorável quando se trata de casos clínicos de alteração de cor. Porém para que esse procedimento seja satisfatório, necessita de grande habilidade por parte do profissional além de conhecimento das propriedades dos materiais estéticos adesivos utilizados.

MONDELLI et al (2004) preconizaram o preparo feito pela técnica da silhueta, onde com um lápis deverá ser delimitado o término periférico do preparo a ser realizado na face vestibular que em média ficará 0,5 mm subgengival. Recomenda-se broca esférica nº 2 ou 1012, para executar uma canaleta em esmalte com

profundidade mínima de 0,6 mm acompanhando a delimitação anterior. Já com a broca diamantada tronco-cônica nº 2135 ou 1170L realiza-se dois sulcos no sentido gengivoincisor com profundidade de 0,2 a 0,6 mm, acompanhando a inclinação da face vestibular. A broca tronco-cônica é colocada no sulco central e levada a desgastar até o sulco de orientação distovestibular, e o mesmo deve ser feito do sulco de orientação central para o sulco de orientação mesiovestibular, sempre acompanhando a convexidade da face vestibular. O preparo quando terminado em chanfrado, proporciona uma espessura de resina adequada sem sobrecontorno exagerado e adquire melhor adaptação e integridade marginal da faceta. O acabamento para esse tipo de preparo poderá ser realizado com ponta diamantada de granulação fina nº 2135F ou brocas multilaminadas de numeração 7664.

NICOLÓ et al (2004) preconizaram a realização de condutas prévias antes do procedimento de facetas diretas com resina composta, como por exemplo a substituição de restaurações antigas deficientes ou clareamento dos dentes antes de realizar o preparo. Anteriormente a realização do preparo deverá ser feito um mapeamento de cores e texturas do dente, mantendo-o umedecido, para selecionar as cores e tipos de resinas compostas adequadas ao caso. O preparo deverá ser realizado com orientação de sulcos, isso facilita principalmente profissionais sem muita experiência. O primeiro sulco a ser confeccionado é para delimitação da margem gengival com utilização de brocas diamantadas esféricas nº 1012 ou 1014 da KG, onde apenas metade da ponta ativa deverá desgastar a superfície dental, obtendo término em chanfro. O desgaste no sentido proximal segue os ângulos axiais mesial e distal sem interferir nos contatos proximais, sua profundidade depende do grau de alteração de cor do dente. Posteriormente sulcos de orientação para definição da profundidade do preparo são realizados podendo ser horizontais (brocas nº 4141 ou nº4142 em forma de roda) ou verticais (técnica da silhueta), seguidos de desgaste com uma broca diamantada cilíndrica nº3145 para união dos sulcos formados, não podendo descuidar da convexidade da face vestibular.

CONCEIÇÃO et al (2005) discutiram a utilização de compósitos diretos em dentes anteriores, incluindo fatores como indicações, decisão clínica de como e onde utiliza-los e um protocolo clínico. As indicações de restauração com compósitos em dentes anteriores são variáveis, vão desde cavidades classe III e V causadas por lesões de cárie, à fraturas, lesões não cariosas na região cervical, dentes com alteração de cor, substituição de restaurações antigas, reduzir ou fechar

diastemas, dentes com alteração de forma e/ou tamanho, corrigir posição de um ou mais dentes anteriores, colar fragmento dental, reestabelecer guia canino ou guia anterior. A rapidez em obter resultados estéticos, o menor custo comparado com restaurações cerâmicas e a técnica conservadora, são fatores vantajosos para indicação de compósitos diretos em dentes anteriores. Porém o profissional deverá estar ciente que os compósitos podem ter algumas desvantagens como o manchamento marginal, perda de brilho, fraturas e sensibilidade pós-operatória devido a sua contração de polimerização.

CONCEIÇÃO et al (2007) apresentaram uma classificação para as facetas diretas de resina composta, separando por extensão da faceta (parcial, total ou total com recobrimento incisal), cor do dente (sem alteração de cor, com moderada alteração de cor, com acentuada alteração de cor), profundidade do preparo (sem desgaste, desgaste em esmalte, desgaste em esmalte/dentina), técnica restauradora (com ou sem matriz). Os autores estimulam que antes de realizar o procedimento o profissional deverá avaliar o paciente e formar seu diagnóstico de acordo com alguns dados como a expectativa do paciente perante o resultado estético e sua durabilidade, hábito nocivos (fumar, ingerir corantes, roer unha, etc), colaboração quanto a higiene oral e saúde periodontal, oclusão, condição do elemento dental e morfologia gengival. Logo após seu preciso diagnóstico o profissional necessitará fazer a seleção da técnica do preparo, que envolve extensão e profundidade do desgaste que por sua vez dependerá principalmente do grau de alteração de cor do dente. A seleção da técnica restauradora dependerá da integridade da face vestibular, sendo empregado ou não o uso da matriz. Em seguida a seleção da resina composta e corantes ou agentes opacificadores, resulta da habilidade do profissional em potencializar o resultado estético das resinas.

FRANCO et al (2008) apresentaram um relato de caso clínico sobre a reanatomização de incisivos laterais conóides. Onde o paciente J.D.R.G, 27 anos, leucoderma, gênero feminino, reclamando que tinha dois dentes “pequenos” que incomodavam muito. No exame clínico foi constatado presença de dois incisivos laterais superiores (12 e 22) conóides. Na primeira sessão foi realizado o planejamento, seguido de moldagem com alginato para confecção do modelo. Posteriormente foi optado pela técnica de enceramento e confecção de guia de acetato para facilitar a reconstrução com resina. As cores selecionadas de resina foram A2 para esmalte e A2-O para dentina. Após o isolamento absoluto, uma

asperização com ponta diamantada tronco-cônica foi realizada em todas as faces dos dentes conóides que receberiam a resina. Aplicou-se ácido fosfórico a 37% por 30 segundos e lavagem por 60 segundos, seguidos da aplicação do sistema adesivo. A inserção de resina composta foi feita de forma incremental, cada incremento de aproximadamente 2 mm foi fotopolimerizado por 40 segundos. Os excessos foram removidos com lâmina de bisturi nº 12 e o acabamento foi realizado com pontas multilaminadas. O polimento inicial foi executado na mesma sessão com borrachas abrasivas de silicone e após sete dias um novo polimento foi procedido com discos abrasivos de granulação fina com partículas de óxido de alumínio, pasta diamantada com discos de feltro a fim de proporcionar brilho e lisura, para conseguir assemelhar a textura natural do esmalte. A reanatomização direta com resina composta tem vantagens como o resultado imediato e poucas sessões clínicas o que economiza tempo e seu custo é menor quando comparado a restaurações indiretas. As facetas diretas são uma possibilidade viável para a reanatomização de dentes, já que além das vantagens anteriormente citadas, elas apresentam mínimo desgaste de estrutura dentária, o que faz com que seja um procedimento conservativo.

BARATIERI et al (2010) apresentaram uma simulação de dentes anteriores com restaurações múltiplas insatisfatórias, sendo esta uma indicação de facetas diretas em resina composta. Neste caso o profissional tem inteira responsabilidade por recriar cor, forma e textura do dente, tendo apenas como referência o dente adjacente. Como o dente não apresentava alteração de cor, o preparo teve menor profundidade, sendo mais conservador, onde por sua vez não necessitou de camadas de resinas espessas para encobrir a alteração de cor. O preparo seguiu a seguinte sequência: execução das canaletas marginais e sulcos longitudinais, desgaste da estrutura vestibular, aprimoramento do término, extensão intrassucular em direção às faces proximais para conseguir esconder as margens do preparo durante a visualização.

CHIMELI et al (2011) publicaram um relato de caso clínico, onde utilizam a técnica de faceta direta de resina composta como alternativa de tratamento para o fechamento de diastemas. Os autores citam que antigamente as únicas alternativas para esta situação clínica eram a ortodontia e as próteses fixas. Porém muitos pacientes não aceitam muito bem o tratamento ortodôntico por ser de longo prazo e desconfortável. E as próteses fixas já não são mais indicadas em dentes hígidos

devido ao grande desgaste realizado. O caso clínico relatou sobre o paciente do sexo masculino, 20 anos, queixando dos “espaços” existentes entre os dentes anteriores superiores. Para melhor resultado satisfatório foi realizado previamente clareamento caseiro com peróxido de hidrogênio a 7,5%. O paciente também apresentava manchas brancas nas faces vestibulares dos dentes anteriores de etiologia desconhecida, foi então realizado o procedimento de microabrasão com ácido clorídrico a 6% e carbeto de silício, a técnica foi repetida por cinco vezes e então foi aplicado flúor neutro por 1 minuto. Uma matriz feita de silicone de adição foi confeccionada a partir do enceramento diagnóstico e com uma lâmina de bisturi nº 15 foi removida a porção vestibular do molde obtido. Posteriormente ao isolamento relativo do campo operatório, o condicionamento de ácido fosfórico a 37% por 30 segundos e lavagem com spray água-ar foi realizado pelo mesmo período, seguidos de aplicação do sistema adesivo, jatos de ar para eliminação do solvente e sua fotopolimerização por 20 segundos. A resina utilizada para reproduzir o esmalte foi a microhíbrida especial para dentes clareados. Nessa etapa clínica a resina foi preenchida na matriz de silicona, levada ao dente e polimerizada para reproduzir a face palatina, o restante da resina inserida foi acomodada com auxílio de pinceis e tira de poliéster. A oclusão foi verificada e o acabamento inicial realizado com ponta diamantada. Em outra sessão foi realizado o acabamento e polimento final com tiras de lixas para resina na interproximal, discos polidores e pastas para polimento associados com disco de feltro de diferentes granulações para a face vestibular e palatina. Após seis meses um controle foi feito e o paciente apresentava a restauração satisfatória. Os autores concluíram que o procedimento de facetas diretas de resina composta é uma opção de tratamento satisfatória se indicada corretamente. Uma de suas principais vantagens é a preservação da estrutura dental e simplicidade da técnica.

CARDOSO et al (2011) publicaram um artigo onde comparou-se dois tipos de tratamento reabilitador para dentes com alteração de cor. No primeiro foi definido um protocolo clínico restaurador com facetas diretas em resina composta para dentes não vitais e com restaurações antigas deficientes e o segundo utiliza técnica de clareamento para dentes vitais escurecidos.

O caso clínico apresentado foi da paciente R.R., 33 anos, gênero feminino, que apresentava restaurações deficientes classe IV nos elementos 11 e 21 com escurecimento, restaurações deficientes na forma classe III nos elementos 12 e 22 e

dentes 13 e 23 naturalmente escurecidos e vestibularizados. Para tratamento dos elementos dentais 11, 21, 12 e 22 foram realizadas facetas diretas de resina composta. Logo após a restauração do elemento 11, 21, 12 e 22, os elementos 13 e 23 ficaram bem evidentes devido ao seu escurecimento. Então foi realizado o clareamento dental profissional, foi aplicado o agente clareador Whitniss HP Maxx (FGM, Brasil) à base de peróxido de hidrogênio a 35%. Os autores concluíram com esse artigo que seguindo alguns protocolos restauradores consagrados e alinhando isso ao conhecimento e domínio dos materiais restauradores, podem-se conseguir resultados estéticos extremamente satisfatórios.

TORRES et al (2013) citaram várias vantagens de se executar uma faceta direta com resina composta, entre elas está o custo baixo, maior conservação dentária e menor tempo clínico onde o procedimento de facetas diretas com resina composta podem ser realizados em apenas uma única sessão. Porém ainda sofre com algumas desvantagens como: depender da habilidade estética do profissional, o que pode demandar um tempo maior de clínica, risco de fraturas caso seja colocada em situações de estresse, aparecimento de bolhas na resina. Suas indicações são dentes anteriores com forma e/ou tamanho fora do comum. E dentes com alteração de cor, porém nestes casos o autor avisa que deve ser feito primeiro a tentativa de clareamento, para que não haja desgastes desnecessários no dente. A dimensão do preparo em facetas diretas depende de questões tais como: forma e posicionamento do dente, intensidade da alteração de cor caso houver e região do dente, podendo ser um preparo feito em esmalte ou esmalte e dentina. Os autores apresentaram uma sequência de preparo onde sulcos e canaletas de orientação devem ser feitos para delimitar a profundidade do preparo. O preparo se dá inicialmente com uma ponta diamantada esférica executando um sulco de orientação periférico cervical, onde forma um desenho em forma de ferradura contornando toda a margem gengival. A seguir, o desgaste é estendido para as ameias mesial, central, distal e incisal da superfície vestibular, o tamanho dessa extensão dependerá da etiologia do dente para realização da faceta, caso ele tenha grande alteração de cor, sua extensão para proximal será maior, podendo até invadir os contatos proximais, a fim de não exibir a linha de união entre material restaurador e dente.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 CLASSIFICAÇÃO

A realização de facetas diretas utilizando técnicas com resina composta está se tornando cada vez mais popular, devido à conservação de estrutura dental que possibilita e um excelente resultado estético. (ARCARI et al, 1991; BARATIERI et al, 2001)

As facetas diretas podem ser classificadas por:

- Extensão da faceta (parcial, total ou total com recobrimento incisal)
- Cor do dente (sem alteração de cor, moderada alteração de cor e severa alteração de cor)
- Profundidade do preparo (sem desgaste, desgaste em esmalte e desgaste em esmalte/dentina)
- Técnica restauradora (com ou sem matriz).

Em comparação com as facetas indiretas, são uma alternativa mais econômica e com durabilidade estimada em 10 anos. (BARATIERI et al, 2001; CONCEIÇÃO et al, 2007)

Para executar um procedimento de facetas diretas, é de grande importância seu planejamento, mesmo para os profissionais mais habilidosos e experientes. O profissional deverá notar se a faceta direta é possível na situação clínica, o tempo gasto para executá-la, seus materiais disponíveis (compósitos, corante, opacificador) e isolamento do campo operatório. O paciente deve estar bem esclarecido sobre o procedimento, principalmente sobre as expectativas que ele tem sobre o tratamento restaurador, deve estar ciente do resultado estético, durabilidade da restauração, mesmo que este fator dependa parcialmente do próprio paciente, como seus hábitos. Por isso, alguns autores indicam executar uma “faceta diagnóstica”, onde o trabalho restaurador é realizado sem o condicionamento ácido prévio, sendo de fácil remoção. Com isso, paciente e profissional poderão fazer os ajustes necessários para que o resultado final seja satisfatório (ARCARI et al, 1991; BARATIERI et al, 1992; BARATIERI et al, 1998; BARATIERI et al, 2001; BARATIERI et al, 2010; TORRES et al, 2013)

Geralmente esse tipo de restauração não interfere na função dos dentes, porém, caso isso ocorra, deve ser feita uma avaliação, se esta restauração restituirá a função ou se será necessário uma restauração indireta. Pode haver necessidade de cirurgia para ganhar acesso à margem ou aumentar coroa clínica. Utilização de modelos de estudo e fotografias podem ajudar na expectativa do paciente com o resultado. Caso o paciente tenha intenção de fazer clareamento dos demais dentes, isso deve ser realizado antes do procedimento de facetas em resina composta, pois a mesma não é clareada pelos agentes clareadores. (ARACARI et al, 1991; BARATIERI et al, 2001; NICOLÓ et al, 2004)

Recomenda-se que os dentes que receberão a faceta direta sejam divididos em dois tipos: os dentes sem alteração de cor e os dentes com alteração de cor elevada. O preparo de facetas diretas em dentes sem alteração de cor, geralmente é raso e com limites bem definidos através de linhas de término em chanfrado. Em algumas situações poderá acontecer de não ser necessário fazer o preparo, pois não há alteração de cor e nem inclinação do dente para lingual como, por exemplo, no fechamento de diastemas. No entanto outras vezes ele poderá ser apenas um desgaste na região proximal e gengival onde é indicado para casos de redução, fechamento de diastemas ou melhorar incisivos laterais conóides. (BARATIERI et al, 1998; BARATIERI et al, 2001; CONCEIÇÃO et al, 2007; FRANCO et al, 2008; CHIMELI et al, 2011)

O preparo para facetas diretas em dentes com grande alteração de cor obedece aos mesmos princípios analisados nos preparos para dentes sem alteração de cor, porém a resina quando aplicada em finas camadas não é capaz de encobrir a coloração alterada do dente, em função disto passa a ser necessário um preparo com profundidade que possibilite uma espessura do material suficiente para mascarar a cor escura do fundo, dando um aspecto estético mais agradável ao dente. Baratieri et al (2015) apresentaram um esquema onde o grau de profundidade do preparo altera a cor do material restaurador (Figura 1).

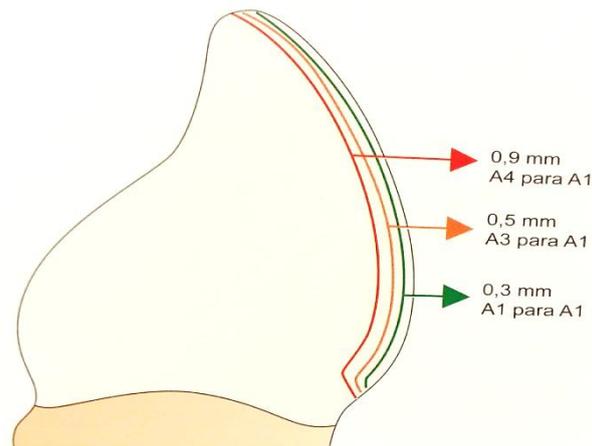


Fig 1. Esquemática envolvendo a profundidade do preparo dentário e as alterações de cor. (BARATIERI et al, 2015)

Porém antes de qualquer procedimento é preciso analisar as causas do escurecimento, pois dependendo do que possa ter sido a causa, poderá haver reincidência e com o tempo escurecer novamente. Portanto esse fator pode ser uma condição para determinar a profundidade do preparo. Caso haja dúvidas na etiologia do escurecimento aconselha-se um ligeiro aprofundamento do preparo e unir com uma técnica de opacificação estratificada. Outro fator determinante do desgaste vestibular é a espessura do esmalte que varia sendo mais delgado na região cervical e mais espesso na região incisal. (ARCARI et al, 1991; BARATIERI et al, 2001; ARANHA et al, 2003; HOEPPNER et al, 2003; CARDOSO et al, 2011; TORRES et al, 2013)

4.2 VANTAGENS

- Requer uma única consulta;
- O cirurgião-dentista controla cor e forma do dente;
- O custo para o paciente é reduzido
- O reparo é mais fácil, geralmente rápido, seguro e eficaz;
- Pode ser utilizado um opacificador para facilitar o mascaramento de dentes escurecidos;
- Dispensa etapas laboratoriais
- Não necessita de moldagem ou provisório;
- Preparo cavitário geralmente mais conservador que para facetas indiretas.

(GOMES et al, 1996; BARATIERI et al, 1998; JÚNIOR et al, 1999; BARATIERI et al, 2001; CONCEIÇÃO et al, 2005; CONCEIÇÃO et al, 2007; TORRES et al, 2013)

4.3 DESVANTAGENS

- Exige grande habilidade manual e senso estético do cirurgião-dentista;
- São menos resistentes que as facetas de porcelana; pode haver a formação de bolhas e/ou lascamento da resina;
- Tem menor estabilidade de cor que as facetas de porcelana; perda de brilho, manchamento marginal;
- Em alguns casos ocorre sensibilidade pós-operatória;
- Maior tempo clínico do profissional.

(GOMES et al, 1996; BARATIERI et al, 1998; JÚNIOR et al, 1999; BARATIERI et al, 2001; CONCEIÇÃO et al, 2005; CONCEIÇÃO et al, 2007; TORRES et al, 2013)

4.4 INDICAÇÕES

As facetas diretas de resinas compostas são uma alternativa bastante viável. Dentes cariados ou com várias restaurações insatisfatórias são bem solucionados com o emprego de facetas. O paciente deve ser esclarecido das alternativas que se dispõe, para se utilizar a mais adequada. Dentes escuros, os quais não respondem a tratamentos clareadores, tem nas facetas uma alternativa de tratamento. O que deve ter em mente ao se deparar com estes casos clínicos é a dificuldade de se opacificar tais dentes. Dentes com defeitos congênitos como microdontia, dentes conóides, bem como pacientes portadores de diastemas, podem ser solucionados através de facetas diretas que algumas vezes não precisam de preparo cavitário, o que deve ser bem analisado para não correr o risco de se obter uma restauração com sobrecontorno. Neste caso, o sucesso na obtenção de estética é mais simples, devido ao fato da não necessidade do uso de opacificadores, proporcionando um dente com uma translucidez mais adequada. As facetas estéticas também se constituem em uma excelente alternativa, quando contraindicado o uso de coroas metalocerâmicas em pacientes jovens, devido ao desenvolvimento radicular

incompleto, câmaras pulpares volumosas ou em caso de erupção ainda não completa. (GOMES et al, 1996; BARATIERI et al, 2001; CONCEIÇÃO et al, 2005; TORRES et al, 2013)

4.5 CONTRAINDICAÇÕES/LIMITAÇÕES

Alguns fatores se não contraindicam, limitam a indicação de facetas diretas. Em casos de dentes vestibularizados, onde na tentativa de se corrigir tal problema, há necessidade de um desgaste excessivo. Pacientes que apresentam problemas oclusais, como portadores de hábitos parafuncionais, oclusão topo a topo ou bruxismo, contraindicam a construção de facetas estéticas e tornam seu prognóstico mais duvidoso. Dentes excessivamente apinhados são difíceis de serem preparados, sendo mais adequado indicar um tratamento ortodôntico prévio. (GOMES et al, 1996; BARATIERI et al, 2001)

4.6 TÉCNICA DE PREPARO

Antes de se iniciar o preparo do dente para faceta, alguns fatores devem ser levados em consideração. Alguns profissionais defendem a eliminação do preparo cavitário para facetas, enfatizando a reversibilidade do procedimento e o pouco tempo clínico gasto. No nosso entendimento, a não ser em casos bem selecionados, o preparo é imprescritível, pois apresenta as seguintes vantagens:

- Permite o contorno adequado do dente, não permitindo os excessos;
- Torna as margens das facetas mais espessas, diminuindo o índice de fraturas;
- Possibilita uma espessura do material restaurador, que permite o mascaramento de manchas.

A profundidade do preparo cavitário é de 0,5 a 1,0 mm, o que pode variar dependendo basicamente, de três fatores:

- Grau de escurecimento apresentado pelo dente;
- Posição que o dente ocupa na arcada;
- Tamanho e forma do dente.

Em dentes com grau de escurecimento mais avançado, a profundidade do

preparo é maior, sendo na maioria das vezes executado em dentina. Uma tentativa de clareamento deve ser sempre considerada. Em relação, a dentes pequenos como os dentes conóides e dentes lingualizados, o preparo deve ser mais delgado, sendo importante para determinar as margens da nossa restauração. (MONDELI et al, 1998; BARATIERI et al, 1998; BARATIERI et al, 2001, TORRES et al, 2013)

Para planejamento do caso clínico deve ser considerado as indicações, contraindicações clínicas, vantagens, desvantagens e técnica restauradora para esse tipo de tratamento. As facetas são indicadas principalmente para solucionar problemas de cor e forma (Figura 2).



Fig. 2 Planejamento do caso clínico.

O preparo cavitário propriamente dito começa com o emprego da ponta esférica diamantada 1012 ou 1014 com uma inclinação de 45°, delimitando as margens do preparo da faceta (Figura 3).

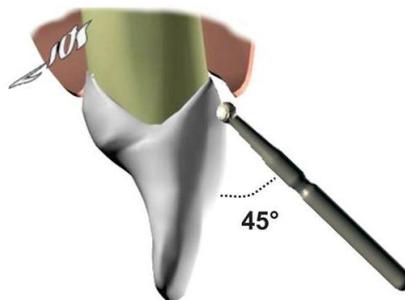


Fig. 3 Delimitação do preparo dentário.

A ponta diamantada deve margear gengiva e depois a região proximal do dente, não rompendo o ponto de contato proximal. Deixando o preparo em formato de “ferradura”. O término do preparo deve ser em chanfrado, pode ser subgengival ou supragengival, dependendo do caso clínico e a preferência do profissional (Figura 4).



Fig. 4 Preparo dentário em forma de "ferradura".

É importante delimitar corretamente as margens do preparo para que estas não se tornem visíveis e conseqüentemente antiestéticas. É necessária a proteção dos dentes vizinhos com uma matriz-metálica, para evitar o risco de desgastes acidentais. Após a delimitação de todo preparo dentário pode ser utilizado um fio retrator para melhorar a visualização do término do preparo (Figura 5).

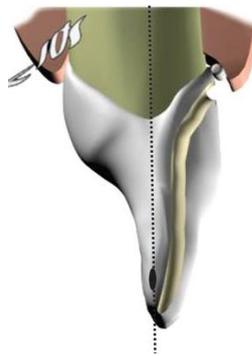


Fig 5. Vista proximal do término do preparo dentário.

Devem-se reconhecer os planos anatômicos da superfície vestibular dos dentes anteriores: gengival, médio e incisal. Isso ajudará o cirurgião dentista a fazer os desgastes nas inclinações corretas para que isto facilite a restauração e evite um resultado antiestético (Figura 6).

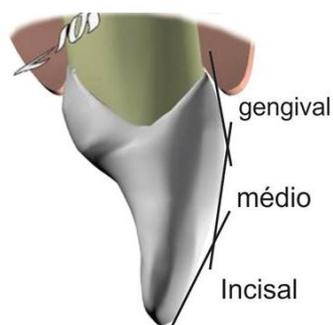


Fig 6. Planos anatômicos da superfície vestibular.

Após toda delimitação do preparo dentário, deve ser confeccionado as canaletas vestibulares de orientação que servirão como referência para a profundidade do preparo e regularização do desgaste dentário. Essas canaletas podem ser confeccionadas utilizando brocas aneladas 4141 ou 4142 KG Sorensen ou brocas diamantadas tronco-cônicas 2135 KG (Figura 7).

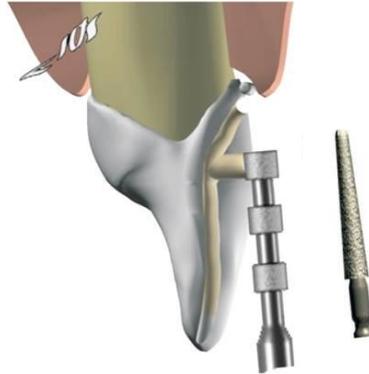


Fig 7. Confeção das canaletas vestibulares.

Após a confecção das canaletas vestibulares deve ser realizada a confecção da canaleta central, seguindo o mesmo raciocínio da canaleta vestibular (Figura 8).

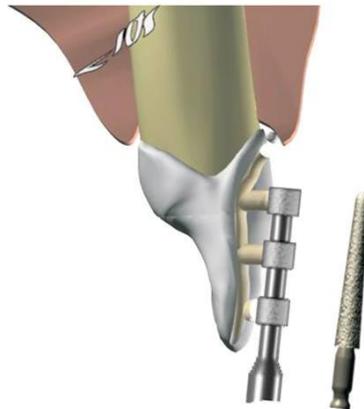


Fig. 8 Confeção da canaleta central.

Em seguida a confecção da canaleta incisal; sendo a canaleta confeccionada uma de cada vez, sempre acompanhando o contorno vestibular do dente, seguindo suas inclinações (Figura 9).

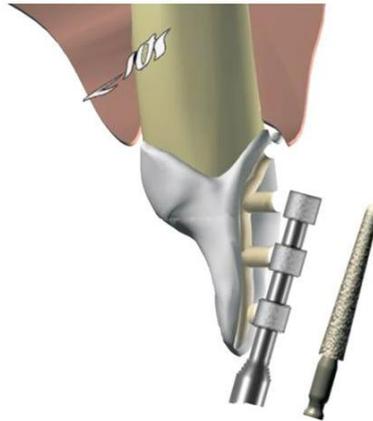


Fig 9. Confeção da canaleta incisal.

Neste momento o dente deve apresentar a sua superfície vestibular composta por quatro ilhas de esmalte, podendo ser elas em vertical ou horizontal dependendo do tipo de broca utilizado (aneladas ou tronco-cônicas). (Figura 10)

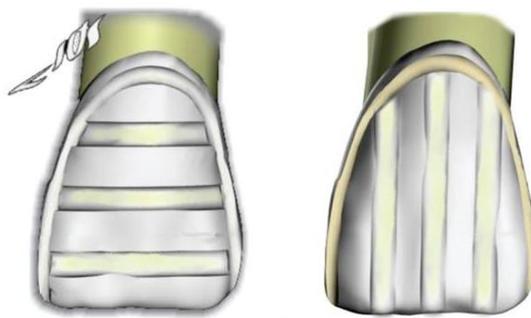


Fig 10. Após a confecção das canaletas de orientação.

Com a ponta diamantada 2135 ou 4138 KG, unem-se as canaletas de orientação. Nunca se deve esquecer que a ponta diamantada deve acompanhar o contorno vestibular do dente, que não é plano e sim convexo (Figura 11).



Fig 11. União das canaletas de orientação.

O preparo para facetas diretas não deve apresentar envolvimento incisal, e, portanto, nessa etapa já temos o preparo concluído (Figura 12).

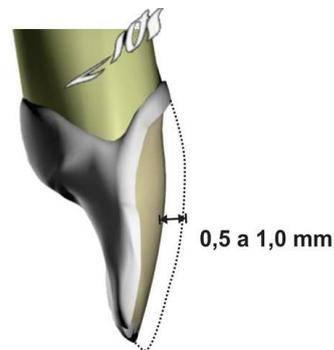


Fig 12. Preparo pronto para faceta direta.

(ARCARI et al, 1991; BARATIERI et al, 1992; MONDELLI et al, 1998; BARATIERI et al, 1998; JÚNIOR et al, 1999; BARATIERI et al, 2001; MONDELLI et al, 2004; NICOLÓ et al, 2004; CONCEIÇÃO et al, 2007; BARATIERI et al, 2010; TORRES et al, 2013)

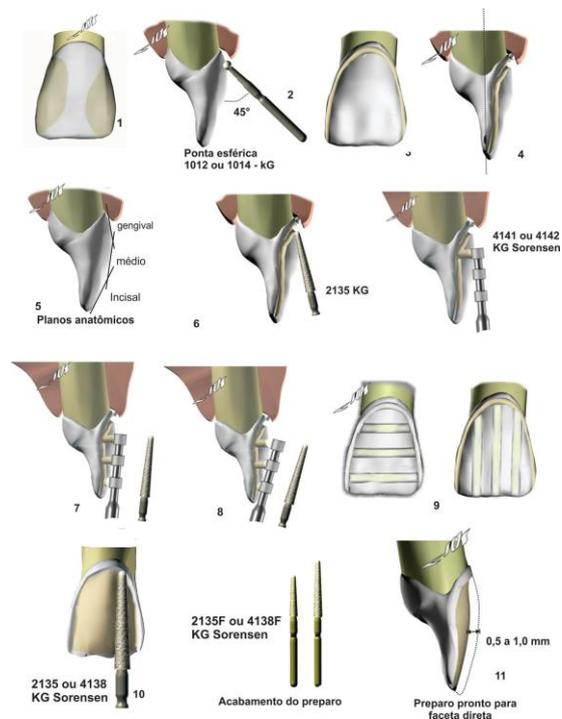


Fig 13. Protocolo de preparo dentário para facetas diretas em resina composta. Imagens cedidas pela Prof.^a Dr.^a Adriana de Oliveira Silva da Universidade Estadual de Londrina.

5 DISCUSSÃO

A realização de facetas diretas utilizando técnicas com resina composta está se tornando cada vez mais popular, devido à conservação de estrutura dental que a faceta direta possibilita e um excelente resultado estético. (BARATIERI et al, 2001)

Para executar um procedimento de facetas diretas, é de grande importância seu planejamento, mesmo para os profissionais mais habilidosos e experientes. O profissional deverá notar se a faceta direta é possível na situação clínica, o tempo gasto para executá-la, seus materiais disponíveis (compósitos, corantes, opacificador, etc) e isolamento do campo operatório. (BARATIERI et al, 2001)

ARCARI et al (1991) e BARATIERI et al (1992) aconselharam o profissional a averiguar todas as formas de tratamento mais conservadoras para dentes anteriores antes de tomar a decisão final de um tratamento com facetas. Posteriormente BARATIERI et al (1998) não recomendaram o método de facetas diretas em caso de reabilitação de todos os dentes anteriores, apenas um ou dois elementos dentais, nessa situação clínica eles indicam facetas indiretas, mas caso o profissional insista em utilizar a técnica de facetas diretas em mais dentes, deverá começar pelos dois incisivos centrais na mesma sessão, para que a largura não fique maior que 80% do comprimento.

JÚNIOR et al (1999) argumentaram que o clareamento dental é um procedimento mais conservador em dentes com comprometimento estético de cor, porém temos que considerar o dente como um todo, e a faceta proporciona uma harmonia entre cor, textura, forma e função. Já NICOLÓ et al (2004) preconizaram a realização de condutas prévias antes do procedimento de facetas diretas com resina composta, como por exemplo a substituição de restaurações antigas deficientes ou clareamento dos dentes antes de realizar o preparo.

Antes da realização de qualquer desgaste no dente, o profissional deverá estar ciente que a face vestibular dos dentes anterossuperiores é composta por inclinações, que devem ser seguidas conforme o desgaste dentário, isso implicará em um melhor resultado estético final, pois facilita na técnica restauradora. (BARATIERI et al, 2001)

BARATIERI et al (2001) recomendaram dividir os dentes que receberão faceta direta em dois tipos: os dentes sem alteração de cor e os dentes com alteração de cor elevada. Independente do tipo de alteração deve ser considerado a profundidade

e limites gengival, proximal e incisal.

Características como o alinhamento, inclinação dental e alteração de cor devem ser consideradas. BARATIERI et al (2001) ressaltaram que tem preferência pelas pontas diamantadas número 1011, 1012, 1013 para delimitação do preparo e pela ponta tronco-cônica com extremidade arredondada número 2135 para confecção das canaletas de orientação. TORRES et al (2013) também indicam brocas de pontas diamantadas e tronco-cônicas, porém recomendam as brocas aneladas 4141 ou 4142 KG Sorensen para delimitar a profundidade do desgaste durante a realização de um preparo, por se tratar de uma broca autolimitante. O que diferencia na utilização de uma broca anelada ou uma broca tronco-cônica, será a direção das canaletas de orientação, que podem ficar horizontais com as brocas aneladas ou verticais com as brocas tronco-cônicas.

BARATIERI et al (1992), MONDELLI et al (1998), NICOLÓ et al (2004), MONDELLI et al (2004) recomendam o preparo feito pela técnica da silhueta e terminado em chanfrado onde proporciona uma espessura de resina adequada sem sobrecontorno exagerado e adquire melhor adaptação e integridade marginal da faceta. A técnica da silhueta é uma técnica didática que facilita a definição da anatomia do preparo utilizando pontas diamantadas específicas conseguindo uma forma apropriada e que coincide com a anatomia destas. Porém como utilizamos a técnica das canaletas de orientação, não aplicamos a técnica da silhueta.

BARATIERI et al (2001) compreenderam que em alguns casos a margem gengival poderá ficar aquém da margem livre da gengiva, resultando em algumas vantagens como: favorecer o isolamento do campo operatório contribuindo com a possibilidade de menor contaminação, permite melhor acesso para acabamento e polimento, diminui os riscos de lesão do tecido gengival, retira a possibilidade de invasão do espaço biológico, proporciona ao paciente melhor efetivação da higiene, mesmo que esta fase do procedimento possa comprometer a estética.

Já outros autores como MONDELLI et al (1998), JÚNIOR et al (1999) e MONDELLI et al (2004) defendem que o término do preparo seja de 0,2 mm a 0,5 mm subgengival, para esconder a margem do preparo, já que se trata de um procedimento estético, sendo assim evitando o aparecimento da interface dente/restauração, principalmente em pacientes com exigência estética e linha do sorriso alta.

Nos desgastes das margens proximais, é com frequência que ocorrem os

erros, para que isso não ocorra é necessário ficar atento a localização e desenho da linha proximal. A localização da margem incisal depende de fatores como o grau de escurecimento do dente, necessidade de alongamento, presença de estrutura dental sadia na região e sua função incisiva. (BARATIERI et al, 2001; ARCARI et al, 1991)

O profissional precisa ficar atento à profundidade do preparo. Preferencialmente o preparo dentário deverá ficar somente em esmalte principalmente tratando-se de dentes com vitalidade pulpar, mas alguns preparos necessitam ser estendidos até a dentina para que crie um espaço onde o material restaurador consiga camuflar o fundo escuro do dente. (ARCARI et al, 1991; BARATIERI et al, 2001)

6 CONCLUSÃO

Baseando-se na revisão de literatura realizada conclui-se que a faceta direta em resina composta vem se tornando popular, devido a fatores como conservação de estrutura dental, excelente resultado estético e um baixo custo quando comparado à facetas indiretas.

O cirurgião dentista tem um papel fundamental na elaboração desses casos. Porém, para que isso ocorra, o diagnóstico e planejamento devem ser feitos com cautela observando os aspectos de cada realidade clínica. Uma das etapas mais importantes para que o profissional alcance esses fatores de sucesso que uma faceta direta em resina composta pode proporcionar é o preparo dentário e com isso, pode-se concluir que a utilização de um protocolo de preparo permite a racionalização dos procedimentos e auxilia no aprendizado da técnica, na melhor adaptação do plano de tratamento à realidade clínica e que a utilização de meios que orientem o profissional na obtenção de resultados estéticos satisfatórios e previsíveis é sempre interessante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARANHA, Ana Cecília Corrêa. MITSUI, Fabio Hiroyuki Ogata. MARCHI, Giselle Maria. **Facetas diretas em resina composta pós-microabrasão – Relato de caso clínico.** J Bras Dent Estet, Curitiba, v.2, n.5, p.72-78, jan./mar. 2003.
- ARCARI, GM, AMD, BARATIERI, LN; SOUSA, CN; CHAIN, MC. **Facetas estéticas com resinas compostas.** Revista Gaúcha Odonto. 39: 103-108, 1991.
- BARATIERI, Luiz Narciso. Et al. **Dentística: procedimentos Preventivos e Restauradores.** Editora Santos. 2ª Ed. 1992. Cap 13. Pág 444 a 463.
- BARATIERI, Luiz Narciso. Et al. **Estética: Restaurações Adesivas Diretas em Dentes Posteriores.** Editora Santos. 2ª Ed. 1998. Cap 8. Pág 265 a 312.
- BARATIERI, Luiz Narciso. Et al. **Odontologia Restauradora - Fundamentos e possibilidades.** 1ª Edição. Editora Santos. 2001.
- BARATIERI, Luiz Narciso. Et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades.** 2ª Ed. 2015. Cap 15. Pag 627.
- BARATIERI, Luiz Narciso; JUNIOR, Sylvio Monteiro; DE MELO, Tiago Spezia. Et al. **Odontologia Restauradora – Fundamentos e técnicas.** Edição 1ª. Editora Santos. 2010. pág 309 a 318.
- CARDOSO, Paula C. Et al. **Facetas Diretas de Resina Composta e Clareamento Dental: Estratégias para Dentes Escurecidos.** Revista Odontol Bras Central. 2011. Goiânia –GO. Pág 341 a 347.
- CHIMELI, Talita Baumgratz Cachapuz. Et al. **Revista Dentística on line –** www.ufsm.br/dentisticaonline ISSN 1518-4889 – ano 10, número 20, jan/mar 2011.
- CONCEIÇÃO, Ewerton Nocchi. Et al. **Restaurações estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes.** 1ª Ed. Artmed Editora. 2005. Cap 6. Pag 144 a 173.
- CONCEIÇÃO, Ewerton Nocchi. Et al. **Dentística: Saúde e estética.** Editora Artmed. 2ª Ed. 2007. Cap 17. Pág 358 a 383.
- FRANCO, Juliana de Melo. Et al. **Reanatomização de incisivos laterais conóides: relato de caso.** 2008; 10(2):64-68. UFES. Rev Odontol.
- GOMES, João Carlos. Et al. **Odontologia estética – Restaurações adesivas Indiretas.** 1ª Ed. 1996. 104 pag.
- HOEPPNER, Márcio Grama. PEREIRA, Stella Kossatz. NETO, Ervino Siebel. DE CAMARGO, Luiz Newmar Gomes. Publ. UEPG. **Ci. Biol. Saúde.** Ponta Grossa, 9 (3/4): 67-72, set./dez. 2003.
- JÚNIOR, João Galan. NAMEN, Fátima M. Et al. **Odontologia integrada:**

Atualização multidisciplinar para o clínico e o especialista. Editora Pedro Pinheiro Ltda. 1ª Ed. 1999. Cap 4. Pág 93 a 106.

MONDELLI, José. Et al. **Dentística: Procedimentos pré-clínicos.** Editorial Premier. 1ª Ed. 1998. Cap 31. Pág 253 a 258.

MONDELLI, José. Et al. **Dentística – procedimentos Pré-clínicos.** São Paulo-SP. Editora Santos. 3ª Edição. 2004.

NICOLÓ, Rebeca Di. BORGES, Alexandre Luis Souto. DE MELLO, Elson Brade. **Estética para o clínico geral.** Editora Artes médicas Ltda. 1ª Edição. 2004. Cap 5. Pág 181 a 191.

TORRES, Carlos Rocha Gomes. Et al. **Odontologia restauradora estética e funcional: princípios para a prática clínica.** 1ª Ed. Santos Editora. 2013. Cap 17. Pág 667 a 683.