

Visão Clínica

RESINA COMPOSTA DIRETA: UMA OPÇÃO ULTRACONSERVADORA PARA A REMODELAÇÃO DO SORRISO

Luis Gustavo Barrote Albino, Mario Gunther Jr**, Gustavo Bertholdo***, Osmar Gradinar*****

* Cirurgião-dentista, Mestre em Dentística pela Universidade Guarulhos, Especialista em Dentística, Professor convidado do curso de especialização em Dentística da ABO – Goiânia

** Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Guarulhos – clínico em tempo integral

*** Cirurgião-dentista, Mestre em Prótese Dentária, Especialista em Dentística e Implantodontia, Professor da Universidade de Cuiabá (UNIVAG)

**** Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL, Prof. Assistente do curso de Odontologia Estética Avançada do Ateliê Odontológico Dr. Luis Gustavo

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Embora as cerâmicas reinem e pareçam representar o que há de melhor em termos de tratamento restaurador, o número de diferentes tratamentos ultraconservadores continua a crescer entre os clínicos, que frequentemente optam por realizar procedimentos mais simples, que envolvam tratamentos químicos e/ou resinas compostas diretas. Assim, a filosofia da mínima intervenção deve ser sempre a primeira opção para a terapêutica de nossos pacientes, visando alcançar longevidade clínica e harmonia da íntima relação entre os dentes, lábios e demais estruturas da face. Todavia, a busca por esses padrões, impostos pelos meios de comunicação, deve conduzir o profissional a soluções racionais, individualizadas, com o objetivo de satisfazer todos os anseios e expectativas dos pacientes.

Para tal, faz-se necessário um minucioso planejamento, que envolva fotografias, para a correta análise do sorriso e guias de orientações, para nos nortear quanto à necessidade ou

não de desgaste da estrutura dental, enceramento-diagnóstico aditivo e sua prova, e *mock-up*. Todavia, a previsibilidade passa a ser um subterfúgio imprescindível para os tratamentos reabilitadores estéticos contemporâneos, o que beneficia o cirurgião-dentista e seu paciente na busca pelo sorriso ideal.

A sequência clínica selecionada demonstra o tratamento realizado em uma paciente jovem que apresentava desarranjo harmônico no complexo estético anterior, evidenciado por uma insatisfação pós-tratamento ortodôntico, com o objetivo principal de mudar o formato e a incorreta proporção dental.

Com um ano de acompanhamento, o tratamento mostrou-se totalmente estável, sem necessidade de ajustes.

Conclui-se que uma sequência lógica revertida em um protocolo sistemático de passos totalmente interdependentes é fundamental para o sucesso e a previsibilidade de todo e qualquer caso clínico.

Luis Gustavo Barrote Albino

Mestrado Acadêmico em Odontologia, UnG

Ateliê Dr. Luis Gustavo, R. Santo Elias, 383, 03086-050, Tatuapé, São Paulo, SP

clinicaluigustavo@hotmail.com





Figura 1: Foto inicial da paciente D.T., de 24 anos de idade.

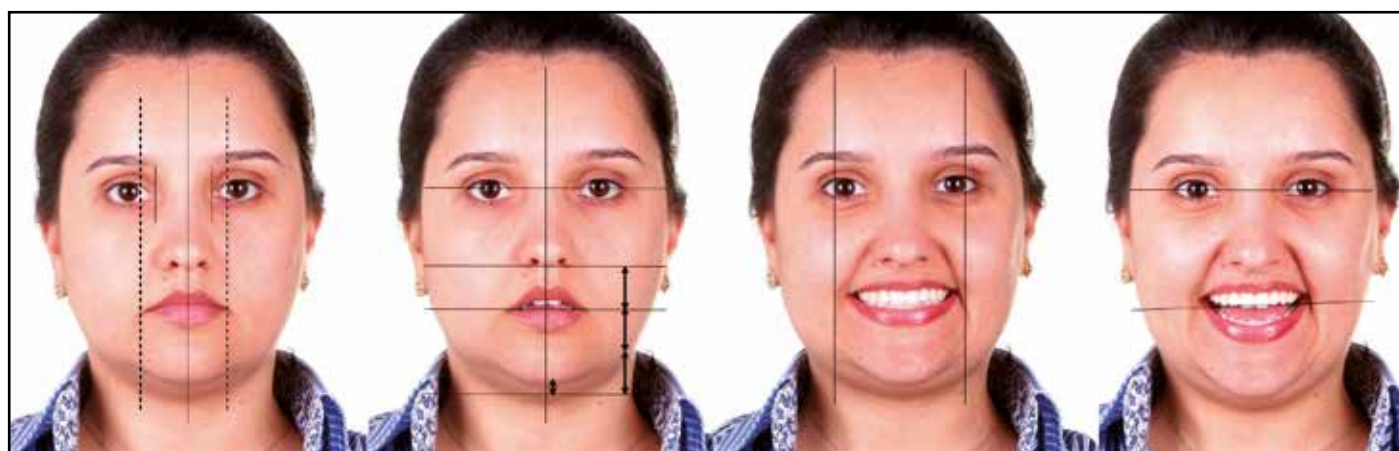


Figura 2: Análise facial para a identificação de qualquer discrepância esquelética que eventualmente possa prejudicar a qualidade do resultado final do trabalho.



Figura 3: Análise dentolabial. Observe uma linha de sorriso média evidenciada pelo aspecto antiestético da falta de convexidade do sorriso, onde os caninos encontram-se ligeiramente maiores que os incisivos centrais.



Figuras 4 e 4a: Análise dental. Vista vestibular dos dentes anterossuperiores. Além da diferença de tamanho cervicoincisor entre os incisivos centrais e os laterais, observe que há incorreta proporção entre altura e largura remetida aos quatro elementos anteriores. Observe também no diagrama abaixo pontos de contatos, zênites e eixos dentais incorretos, o que nos leva a um diagnóstico preciso na comunicação com o técnico laboratorial.

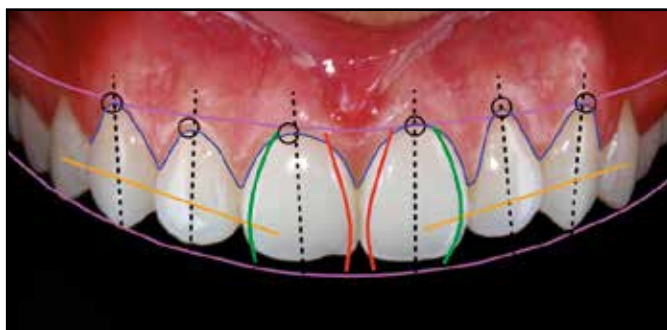


Figura 4a.



Figura 5: Enceramento-diagnóstico já com a proposição de uma nova forma.

Figura 6: Guias de orientação e matriz para confecção do mock-up.





Figura 7: *Mock-up* a partir do enceramento-diagnóstico, para a paciente avaliar as mudanças propostas. Visualização da harmonização dente-face.



Figura 8: *Mock-up* a partir do enceramento-diagnóstico, para a paciente avaliar as mudanças propostas. Visualização da harmonização dente-movimentação labial.



Figura 9: Close-up do sorriso máximo. Sorriso espontâneo, em que há ligeira separação dos dentes superiores e inferiores, observando-se, principalmente, a linha de evolução dental com a linha labial inferior.



Figura 10: Harmonização dental e gengival.



Figura 11: *Close-up* do complexo estético.



Figura 12: Comparação do hemiarco natural com o hemiarco modificado.



Figura 13: *Close-up* dentolabial.



Figura 14: *Close-up* dental.



Figura 15: *Close-up* do complexo estético, observando-se no comparativo a deficiência da proporção dental e a mudança da linha de evolução crescente no sentido posteroanterior do lado direito.



Figura 16: Posicionamento da guia vestibular identificando os espaços das áreas a serem trabalhadas com resina composta. Note que não há espaço na face vestibular do lateral 22 e na vertente distal da face vestibular do canino 23. Mesmo assim, decidiu-se fazer o trabalho sem desgaste da estrutura dental natural.



Figura 17: Isolamento absoluto modificado.



Figura 18: Guia palatina ajustada e em posição.



Figura 19: Aspecto do tecido de esmalte pós-condicionamento com ácido fosfórico a 37% por 30 s.



Figura 20: Aplicação de uma fina camada de adesivo e fotoativação por 40 s.



Figura 21: Confeção das conchas palatais com uma resina *Super Clear*.



Figuras 22 e 23: Estratificação das estruturas com resina composta, sequencialmente nas cores A1D, WD, Clear translúcente, XWE e tinta branca.



Figura 23.



Figura 24: Função brilho-contraste para evidenciar a estratificação e, logo em seguida, a finalização da camada vestibular com uma resina WB.



Figura 25: Acabamento, delimitação das arestas e dos formatos com disco de lixa de granulação grossa.



Figura 26: Confeção da textura com uma broca multilaminada de 32 lâminas.



Figura 27: Polimento com pontas siliconadas mais abrasivas, para remoção dos excessos de resina.



Figura 28: Depois das pontas abrasivas, utilizou-se uma ponta de granulação extrafina.



Figura 29: Escova de carbeto de silício para produzir autobrilho.



Figura 30: Feltro com pasta diamantada.



Figura 31: Resultado final pós-polimento.



Figura 32: Close-up do complexo estético. Observe a linha de evolução dental, o posicionamento simétrico das arestas mesiais, a predominância dos incisivos centrais, a abertura dos ângulos interincisais, o ponto de contato crescente, a proporção altura-largura e a convexidade ideal do sorriso.



Figura 33: Relação dentolabial evidenciando a exposição dental com o lábio em repouso.



Figura 34: Relação dentolabial evidenciando a exposição máxima do sorriso.

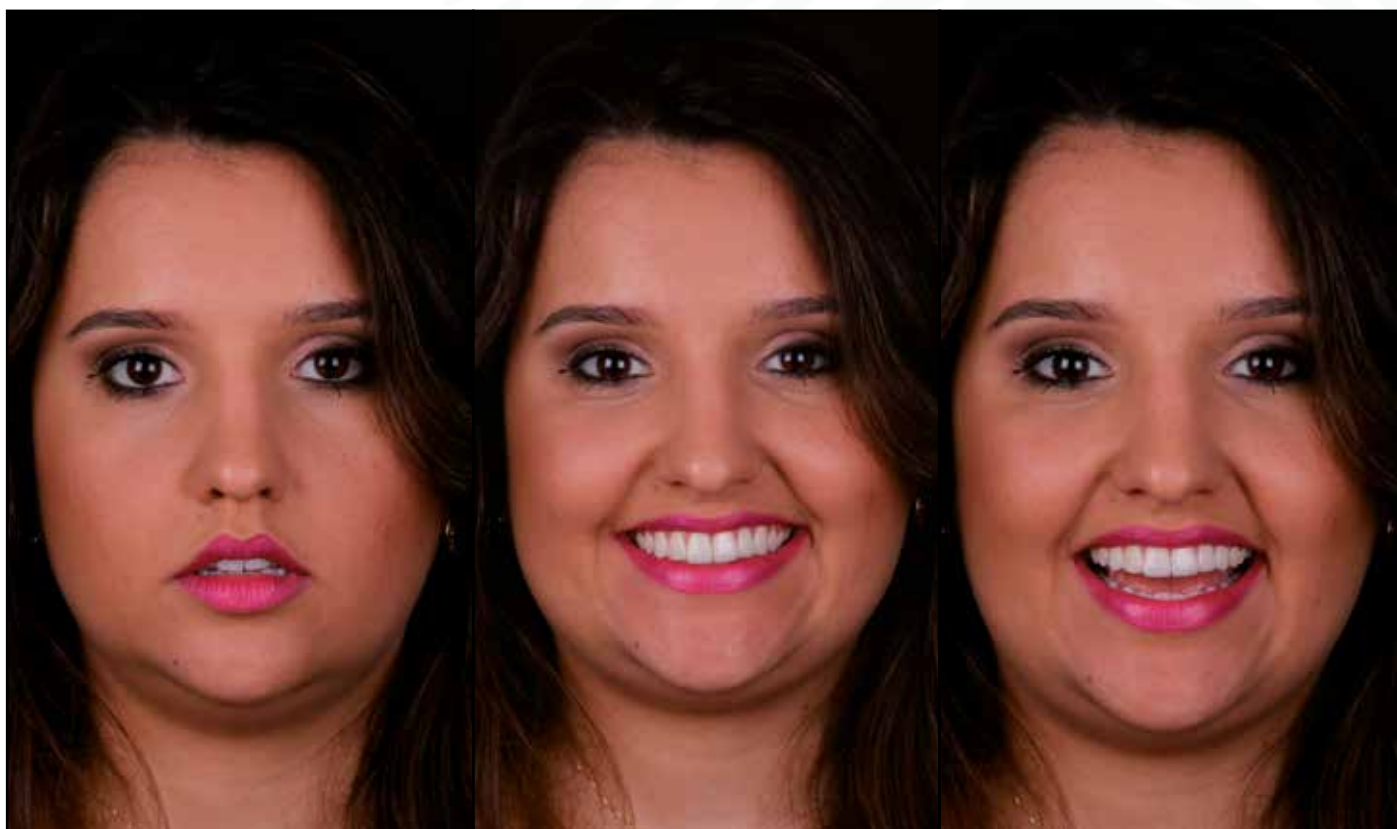


Figura 35: Relação dental com as demais estruturas da face.



Figuras 36 e 37: Fotos artísticas do conjunto, perpetuando o correto planejamento, alicerçado pela previsibilidade de se obter um caso totalmente favorável.



Figura 37.

REFERÊNCIAS

1. Albino LGB, Gradinar O, Mota GH, Remodelação do sorriso com resina composta. *Rev Clinica – International Journal of Brazilian Dentistry*. out./nov., 2012; v.8, n.4. p.470-476.
2. Dietschi D. Optimizing Smile Composition and Esthetics with Resin Composites and Other Conservative Esthetic Procedure. *The European Journal of Esthetic Dentistry* 2008; v.3, n.1, p. 274-289.
3. Ritter AV, Leonard RH, St- George AJ, Caplan DJ, Hay- wood VB. Safety and stability of nightguard vital bleaching: 9 to 12 years post-treatment. *J Esthet Restor Dent* 2002;14: 275–285.
4. Croll TP. Enamel microabrasion: Observations after 10 years. *J Am Dent Assoc* 1997; 128:45S–50S.
5. Chieche GJ, Aoshima H. O design do sorriso. Chicago: Quintessence; 2005.
6. Chieche GJ, Pinault A. Estética em próteses fixas anteriores. São Paulo: Santos; 1996.
7. Albino LGB, Gonçalves B, Souza-Junior EJ, Remodelação do sorriso com resina composta: Acompanhamento de dois anos. *Rev Clinica – International Journal of Brazilian Dentistry*. julh./set., 2012; v.8, n.3. p.272-283.
8. Fradeani M. Análise estética: uma abordagem sistemática para o tratamento protético. Chicago: Quintessence; 2006.
9. Costa CP, Pereira PNR, Gratone JM. A odontologia interdisciplinar na estética dental interior. *Clínica- Int Dent Braz Dent*. 2007 Jul-Set; 3(3):300-16.
10. Rifkin R. Facial analyses: a comprehensive approach to treatment planning in aesthetic dentistry. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 2000 Nov- Dez; 12(9):865-71.
11. Sarver DM. The face as the determinant of treatment choice. In: McNamara JA Jr, Kelly KA, editors. *Frontiers of dental and facial esthetics, craniofacial growth series*, v. 38. Ann Arbor, MI: University of Michigan; 2001. p.19-54.
12. Vellasco K, Campos I, Zouain Ferreira TRF, Basting RT. Dentística minimamente invasiva: plastica dental. *Arq Odontol*. 2006 Abr-Jun; 42(2):104-12.
13. Magne P, Belser U. Estética oral natural. In: Magne P, Belser U. *Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior: uma abordagem biomimética*. Chicago: Quintessence; 2003. p. 57-96.
14. Behle C. Placement of direct composite veneers utilizing a silicone build-up guide and intra-oral mock-up. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 2000 Abr;12(3):259-66.
15. Fahl Jr N. A polychromatic composite layering approach for solving a complex Class IV/Direct veneer/diastema combination: Part I. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2006 Nov-Dez;18(10):641-5.
16. Fahl Jr N. A polychromatic composite layering approach for solving a complex Class IV/Direct veneer/diastema combination: Part II. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2007 Jan-Feb;19(1):17-22.
17. Croll TP. Alternative methods for the use rubber dam. *Quintessence Int*. 1985 Jun;16(6):387- 92.
18. Fahl Jr N, Denehy GE, Jackson RD. Protocol for predictable restoration of anterior teeth with composite resins. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1995 Oct;7(8):13-21.
19. Dietschi D. Free hand composite resin restoration: a key to anterior Fahl Jr N. Achieving ultimate anterior esthetics with a new microhybrid composite. *Compend Contin Educ Dent Suppl*. 2000;(26):4-13.
20. Fahl Jr N. Achieving ultimate anterior esthetics with a new microhybrid composite. *Compend Contin Educ Dent Suppl*. 2000;(26):4-13.
21. Vanini L. Light and color anterior composite restorations. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1996 Sep;8(7):673-82.
22. Peyton JH. Finishing and polishing techniques: direct com posite resin restorations. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2004 May;16(4):293-8.
23. Albino LGB, Souza-Junior EJ, Gonçalves B, Rodrigues JA. Reanatomização estética de dentes anteriores com resina composta. *Rev Dicas*. julh./set., 2012; v.1, n.3. p.20-25.
24. Dietschi D. Masters of esthetic dentistry. Bright and white: Is it always right? *J Esthet Dent* 2005;17:183–190.
25. Bruschi-Alonso RC, Alonso RC, Correr GM, Alves MC, Lewgoy HR, Sinhoreti MA, et al. Reattachment of anterior fractured teeth: effect of materials and techniques on impact strength. *Dent Traumatol*. 2010 Ago;26(4):315-22.
26. Närhi TO, Tanner J, Ostela I, Narva K, Nohrström T, Tirri T, et al. Anterior Z250 resin composite restorations: one-year evaluation of clinical performance. *Clin Oral Investig*. 2003 Dec;7(4):241-3.
27. Ozel E, Kazandag MK, Soyman M, Bayirli G. Two-year follow-up of fractured anterior teeth restored with direct composite resin: report of three cases. *Dent Traumatol*. 2008 Out;24(5):589-92.
28. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vanherle G. The 5-years clinical performance of direct composite additions to correct tooth form and position.I. *Clin Oral Investig*. 1997 Feb;1(1):12-8.
29. Técnica tradicional: Ramfjord SP et al - Results following three modalities of periodontal therapy - *Journal of Periodontology*, 1975
30. Joly JC; de Carvalho PFM; da Silva RC - Reconstrução Tecidual Estética - procedimentos plásticos e regenerativos periodontais e peri-implantares, Editora Artes Médicas, 2010.