

Faceta Estética Utilizando Face Vestibular de Dentes Extraídos

Sérgio Freitas PEDROSA*
Carlos José SOARES**
Nelson Moreira FILHO***

RESUMO. Os autores apresentam um caso clínico de faceta estética utilizando face vestibular de dente extraído, relatando suas indicações e contra-indicações, descrevendo de forma detalhada os passos clínicos e analisam o resultado estético-funcional com relação a técnica feita com resina composta.

UNITERMOS: Faceta Estética; Dente Extraído; Resina Composta.

Introdução

Com a crescente necessidade de melhora nas qualidades estéticas dos trabalhos realizados pelos cirurgiões dentistas, quer seja pela maior competitividade do mercado de trabalho, quer seja pela maior cobrança por parte dos pacientes, que nos tempos atuais, estão mais esclarecidos sobre formas alternativas de tratamento que lhes tragam um resultado estético mais satisfatório, os profissionais, têm procurado materiais com melhores propriedades e novas técnicas que lhe proporcionem um maior número de opções nas formas de tratamento.

Os materiais restauradores estéticos são, atualmente, alvo de várias pesquisas, no intuito de descoberta de novos materiais ou melhoria das propriedades dos já disponíveis. A resina composta, material largamente utilizado como restaurador estético, ainda possui algumas impropriedades como: desgaste superficial, alteração da cor, MAKINSON⁸, pobre textura superficial após o acabamento e a artificialidade do resultado estético.

*Professor Adjunto - Mestre em Dentística Restauradora - Universidade Federal de Uberlândia.

**Cirurgião Dentista - Plantonista Hospital Odontológico - Universidade Federal de Uberlândia.

***Professor Titular - Mestre em Dentística Restauradora - Universidade Federal de Uberlândia.

Com base no sucesso das colagens autógenas e heterógenas BUSATO & ANTUNES²; CHOSACK & EIDELMAN³; ESBERARD et alii⁴; GABRIELLI et alii⁶; SILVA FILHO & ESBERARD⁹, e na técnica da confecção de faceta estética utilizando face vestibular de dentes extraídos FONTANA et alii⁵, foi realizado este trabalho, associando-se modificações de técnicas descritas na literatura, bem como ampliações das indicações das mesmas.

Indicações e Contra-indicações

Indicações

- Dentes com alteração de cor na face vestibular pelo tratamento endodôntico;
- Dentes transplantados que necessitem de correção estética. Em dentes supranumerários, terceiros molares e outros transplantes para a região anterior, a reconstrução estética é fundamental e pode, em muitos casos, ser efetuada por esta técnica;
- Dentes com alteração de cor por outros motivos ou que possuam alteração de forma que possibilite a retenção da faceta.

Contra-indicações

- Dentes com alteração da cor, porém, com envolvimento periodontal;

- Dentes com pouca estrutura de esmalte que não possibilite uma retenção da faceta;
- Dentes com alteração de cor onde a escolha e obtenção faceta sejam dificultadas;
- Dentes em pacientes com hábitos oclusais nocivos, como bruxismo e/ou mordida topo a topo.

A análise das indicações e contra-indicações como em vários processos restauradores consiste em um dos mais importantes passos, antes da decisão pelo tratamento bem como, um esclarecimento cuidadoso ao paciente, que deverá estar de inteiro acordo com a forma de tratamento que lhe será oferecido.

Procedimentos Técnicos

Os procedimentos aqui adotados consistem na associação da técnica de confecção da faceta estética com resina composta (preparo, escolha da cor e isolamento do campo operatório), com a técnica de colagem de dentes (adaptação dos fragmentos, procedimentos de condicionamento ácido) e passos laboratoriais (obtenção de modelos, seleção de dentes).

1. Primeira Fase: Clínica

1.1. Seleção do caso - este passo é de fundamental importância, dado ênfase à indicação e esclarecimento ao paciente, quanto ao procedimento restaurador que será realizado.

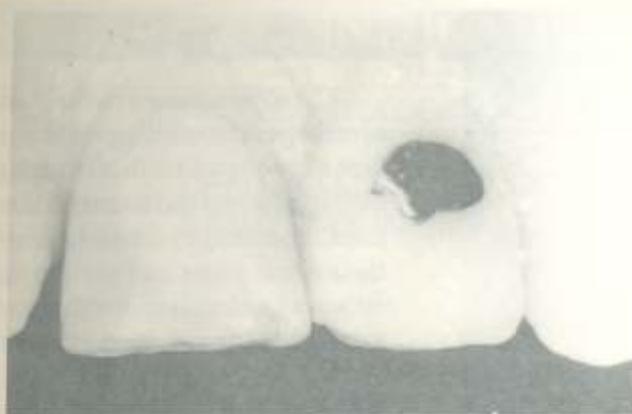


Foto nº1 - Caso selecionado: dente com restauração de resina insatisfatório, escurecimento da face vestibular.

1.2. Profilaxia - uma correta profilaxia é necessária e indispensável em todos os procedimentos restauradores, principalmente naqueles onde a escolha da cor é fundamental.

1.3. Escolha da cor - necessária para uma posterior seleção no banco de dentes. A seleção da cor é feita com auxílio de uma escala de cores (p. ex.: Dentron), a qual deverá ser anotada na ficha clínica.

1.4. Moldagem - a moldagem do arco superior e inferior para confecção do modelo de trabalho.

2. Segunda Fase Laboratorial

2.1. Obtenção do modelo de trabalho - é importante para determinar as dimensões do dente a ser restaurado, bem como a análise da oclusão.

2.2. Seleção de dentes - este passo é um dos mais difíceis. Com o auxílio da cor anotada na ficha clínica e do modelo de trabalho, seleciona-se o dente extraído, observando as dimensões mesio-distal e cérvico-incisal.

2.3. Preparo da faceta - após a escolha do dente, realiza-se o preparo da faceta. Com um lápis, demarca-se a área a ser desgastada e com pontas diamantadas nº 1014 (esférica), 2214 (torpedo) e 3118 (pera) da Sorensen, a faceta é preparada. Deve-se deixar um pequeno excesso da faceta na cervical e nas proximais para, posterior ajuste na boca do paciente. Nesta fase, a espessura da faceta pode ter aproximadamente 1,5 mm e, num ajuste posterior, chegar a 1,0 mm sempre que possível.

3. Terceira Fase: Clínica

3.1. Isolamento do campo operatório - este passo é fundamental nos procedimentos restauradores. O grampo nº 212 modificado é utilizado para que se tenha uma retração da gengiva que facilite a exposição da junção esmalte-cimento, e proporcione uma melhor adaptação da faceta.

3.2. Preparo do dente a ser restaurado - inicia-se com a realização de um sulco de orientação cervical uti-



Foto nº2 - Dente extraído, selecionado do Banco de Dentes.

lizando uma ponta diamantada nº 1014 (esférica) que possui ponta ativa com 1,4 mm de diâmetro devendo penetrar apenas 1/3 da sua espessura, tendo sempre em vista a anatomia do dente e a quantidade de esmalte disponível naquela região. Após a confecção do sulco cervical, foram confeccionados três sulcos de orientação cérvico-incisal com a ponta nº 2214 de 1,0 mm de diâmetro, penetrando apenas metade de sua espessura o que permitiria um preparo sempre em esmalte. O preparo segue o modelo de Silhueta⁷, ou seja, uma parte do dente é preparada para que se possa fazer uma análise da quantidade de desgaste, e orientar o da outra metade, respeitando-se a anatomia do dente.



Foto nº3 - Vista vestibular da Faceta preparada.



Foto nº4 - Aspecto após a colagem da Faceta.

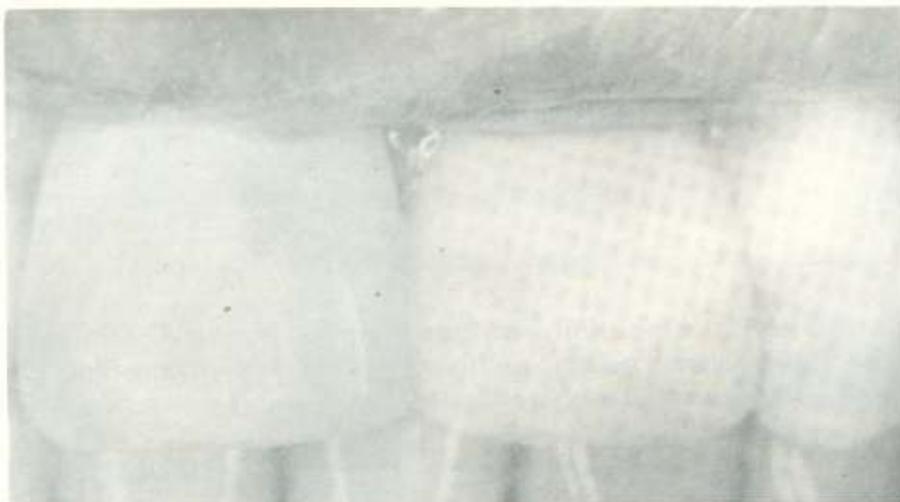


Foto nº5 - Caso Clínico após 12 meses da confecção. Observar a remoção da restauração aórica do 21 e restaurado com resina composta.

3.3. Adaptação da faceta - após o preparo ter sido realizado, a adaptação da faceta é completada conseguindo-se uma perfeita junção esmalte do dente preparado e esmalte da faceta.

3.4. Condicionamento ácido do esmalte - para se promover o condicionamento ácido os dentes vizinhos devem ser protegidos com fita matriz. O ácido fosfórico a 37%, na forma de gel, deve ser o preferido pois possibilita o controle da área a ser atacada BAHARAV et alii¹, e o tempo de aplicação deve ser de, no mínimo, 15 segundos. Lava-se com jato de ar/água de forma abundante por 30 segundos, seca-se e analisa-se o aspecto do esmalte, que deverá mostrar-se opaco e esbranquiçado. O condicionamento ácido na faceta é realizado somente na face interna, com o auxílio de pincel, por 15 segundos.

3.5. Aplicação do agente de união - aplicou-se uma fina camada do agente de união Bondlite (Kerr) na face interna da faceta e na face vestibular do dente, polimerizando-se o mesmo por 40 segundos. Se necessária a utilização de opacificador, este deve ser aplicado após o agente de união e polimerizado por 40 segundos. Uma fina camada de resina Herculite XR (Kerr) é aplicada no interior da faceta. Logo após, a faceta é levada em posição e comprimida levemente para que haja um escoamento do excesso da resina. Este

excesso é removido antes da polimerização, que deve ser efetuada por 40 segundos em cada região. Uma polimerização como reforço deve ser realizada nas proximais.

3.6. Acabamento - se necessário, o acabamento e polimento devem ser realizados após, no mínimo, 24 horas. Uma aplicação tópica de flúor antes da remoção do dique de borracha é interessante pois há, neste momento, uma desidratação do dente facilitando a absorção de flúor.

3.7. Proservação - como em todos procedimentos odontológicos, a proservação é fundamental, principalmente nesta técnica que ainda não dispõe de numerosas avaliações de seus resultados clínicos.

Conclusão

Depois de analisados os casos clínicos por nós tratados e os dados encontrados na literatura, no que se refere aos fatores estéticos e funcionais desta técnica, pode-se considerar os resultados altamente satisfatórios.

As dificuldades são aquelas pertinentes a quase todos os procedimentos restauradores onde a estética esteja envolvida. Porém, quando corretamente indicada e seguindo-se todos os passos clínicos torna-se mais uma possibilidade entre as muitas disponíveis para a restauração estética de dentes anteriores.

Summary

The authors show a clinical case of esthetic facet utilizing vestibular face of extracted tooth, discussing their indications and counterindications, describing by detailed manner their clinic paces and analyse the esthetic-juncional result with regard to technic made with composite resin.

UNITERMS: Esthetic facet; extracted tooth; composite.

Referências Bibliográficas

1. BAHARAV, H. et alii - The efficacy of liquid and gel acid etchants. *J. Prosth. Dent.*, 60 (5): 545-47, Nov. 1988.
2. BUZATO, A.L.S. & ANTUNES, M. - Colagem heterógena em dentes anteriores fraturados. *Rev. Gaúcha Odont.*, 32 (2): 137 - 140, Abr./Jun. 1984.
3. CHOSACK, A. & EIDELMAN, E. - Rehabilitation of a fratured incisor using the patient's natural crown - case report. *J. Dent. Child.*, 31: 19-21, Jan./Abr. 1964.
4. ESBERARD, R.M. et alii - Caso Clínico - Fratura coronária em dente anterior. *Rev. Ass. Paul. Cir. Cent.*, 32 (2): 130-33, Mar./Abr. 1978.
5. FONTANA, U.F. et alii - Apresentação e avaliação clínica de uma técnica de restauração de dentes anteriores com faceta de esmalte vestibular adaptadas de dentes extraídos. *Rev. Odont. Clin.*, 1 (4): 27-31, Out./Dez. 1987.
6. GABRIELLI, F. et alii - Apresentação e avaliação clínica de uma técnica de restauração, de dentes anteriores, com fragmentos adaptados de dentes extraídos. *Rev. Gaúcha Odont.*, 29 (2): 83-87, Abr./Jun. 1981.
7. JANSON, W.A. et alii - Manual de preparo de dentes com finalidade protética - Técnica da Silhueta. Bauru. Universidade de São Paulo, Faculdade de Odont. Bauru, 1986.
7. MAKINSON, O.F. - Colour changes on curing light-activated anterior restorative resing. *Aust. Dent. J.*, 34 (2): 154-9, 1989.
9. SILVA FILHO, F.P.M. & ESBERARD, R.M. - Restaurações de dentes anteriores fraturados com aproveitamento dos fragmentos. *Rev. Gaúcha Odont.*, 30 (2): 99-103, Abr./Jun., 1982.