

RESTAURAÇÃO COM FACETAS DIRECTAS EM RESINA COMPOSTA

BRUNO PEREIRA DA SILVA*, CARLOS MAURÍCIO FREITAS*,
EUNICE VIRGÍNIA CARRILHO**

RESUMO

A evolução das propriedades físicas das resinas compostas e das suas forças de adesão a diversos substratos, permitiu alargar as suas indicações, nomeadamente à realização de facetas directas com resina composta.

No presente trabalho, os autores descrevem as técnicas clínicas de execução de facetas directas com resina composta, com a apresentação de um caso clínico, bem como as respectivas indicações, vantagens e limitações deste tipo de tratamento.

Assim as facetas directas com resina composta apresentam-se como um tratamento conservador, económico, cujos resultados estéticos são muito satisfatórios.

Palavras-chave: *estética, facetas directas, resina composta.*

ABSTRACT

The evolution of physical properties and bonding strengths of composite resin to different substrats, allowed the increase of its indications, involving the fabrication of direct resin veneers.

In this paper, the authors describe the fabrication techniques of direct resin veneers restorations, as well as its indications, advantages and limitations. This description is followed by a case report performed by the authors.

Keywords: *composite resin, direct veneers, esthetics.*

INTRODUÇÃO

A evolução dos sistemas adesivos e das resinas compostas tem proporcionado o desenvolvimento de diversas técnicas restauradoras adesivas, além de estéticas são mais conservadoras. Têm como objectivo a restauração de alterações da cor, da forma ou da posição dentária. As facetas directas com resina composta, são um exemplo destas técnicas, consistem na aplicação e escultura de

uma ou mais camadas deste material sobre a superfície dentária⁽¹⁰⁾.

Esta terapêutica permite ao médico dentista a realização de uma restauração mais conservadora com bons resultados estéticos^(1, 3, 10), quando comparada com outro tipo de restaurações. Esta técnica é também uma alternativa mais económica^(1, 3, 10) e com uma longevidade clínica muito satisfatória de aproximadamente 10 anos⁽¹⁾. Este tipo de tratamento exige não só um

* Alunos do 6º ano da Licenciatura em Medicina Dentária do DMDECF da FMUC

** Médica Dentista, Professora Auxiliar da Licenciatura em Medicina Dentária do DMDECF da FMUC

profundo conhecimento dos materiais, como também a capacidade técnica e artística para reproduzir o contorno, a forma e a correcta textura superficial dentária^(1, 3, 6, 10).

Neste trabalho, propomo-nos fazer uma descrição sumária da técnica da confecção de facetas directas em resina composta, com o recurso a uma chave de silicone.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Quadro 1 - Indicações e contra-indicações para facetas em resina composta

| INDICAÇÕES | CONTRA-INDICAÇÕES |
|---|--|
| Dentes com alteração de cor | Dentes muito escuros |
| Dentes com pequena giroversão ou alteração de posicionamento | Pacientes com hábitos parafuncionais |
| Dentes com fracturas amplas | |
| Dentes com amplas lesões de cárie envolvendo a face vestibular | Fumadores ou pacientes que ingiram frequentemente substâncias corantes |
| Dentes com amplas lesões cervicais | Dentes muito vestibularizados |
| Dentes conóides | |
| Dentes com uma ou mais restaurações deficientes envolvendo significativamente a face vestibular | Dentes com uma giroversão demasiado acentuada e/ou apinhamento |
| Dentes hipoplásicos | |
| Dentes com alteração de cor e/ou morfologia superficial por fluorose | |
| Dentes que necessitam de transformação da forma coronária | |
| Dentes com defeitos localizados ou com descoloração intrínseca da face vestibular | |
| Dentes que necessitam de redução ou de encerramento de diastema | |
| Dentes que necessitam de alongamento da coroa | |
| Quando não há condições financeiras para optar por um procedimento indirecto | |

in Dentística Estética e Clínica

VANTAGENS E DESVANTAGENS

O tratamento com facetas directas em resina composta apresenta, como qualquer terapêutica, algumas vantagens e desvantagens (quadro 2).

Quadro 2: Vantagens e desvantagens das facetas directas em resina composta

| VANTAGENS | DESVANTAGENS E LIMITAÇÕES |
|---|--|
| Pouco ou mesmo nenhum desgaste do dente a restaurar | Depende da capacidade técnica do médico dentista |
| Menor tempo de execução relativamente à técnica directa | Dificuldade em disfarçar um fundo muito escurecido |
| Não necessita da confecção de coroa/faceta provisória | Menor resistência ao desgaste comparadas com facetas em porcelana [*] |
| Não requer a execução de impressões | Menor estabilidade de cor comparadas com facetas em porcelana [*] |
| Menor custo comparativamente à técnica indirecta | |
| Facilidade de preparação | |

in Dentística Estética e Clínica

PLANO DE TRATAMENTO

O planeamento constitui uma etapa fundamental e de grande importância na realização de facetas directas em resina composta. Nesta fase devemos ter em conta as indicações deste tipo de restaurações, a exigência estética, a causa de alterações de cor, caso ela exista, e a sua evolução cronológica.

Devem ser tomadas em conta as expectativas do paciente e do médico dentista quanto ao resultado estético. O profissional deve conhecer as limitações estéticas do material restaurador, o paciente deve estar consciente que as resinas compostas falham especialmente em: fumadores; consumidores de café e alimentos ricos em corantes; pacientes com má higiene e com elevada actividade de cárie. Quanto à expectativa do operador e do paciente relativas à durabilidade, este tipo de restaurações pode ter um tempo de vida útil ilimitado, mas têm habitualmente um tempo médio de vida de 10 anos⁽¹⁾. Não deve ser esquecido que a durabilidade depende especialmente de factores relativos ao paciente, como por exemplo higiene oral, dieta, parafunções e forças mastigatórias.

Deve ser analisada a qualidade das restaurações existentes nos dentes sujeitos a facetas, como também a necessidade de um espigão ou núcleo fundido nos dentes tratados endodonticamente. Os espigões de fibra de vidro e carbono constituem as melhores alternativas⁽²⁾.

Os modelos de estudo e as fotografias são meios auxiliares muito úteis para o plano de tratamento.

Deve ser considerado se existe a intenção do paciente em branquear os dentes. Caso o pretenda, este deve ser feito antes das facetas devido à acção dos agentes branqueadores sobre as resinas compostas e devemos aguardar cerca de 2 semanas antes de realizarmos as restaurações.

ENSAIO RESTAURADOR - "MOCK-UP"⁽³⁾

O ensaio restaurador é uma etapa aconselhada não só para os operadores menos experientes, como também para que o paciente possa

visualizar o resultado provável^(1, 4). Como tal, trata-se de uma etapa cujos profissionais mais experientes podem dispensar, se bem que o paciente fica impossibilitado de poder avaliar o resultado possível⁽¹⁾. A sua realização é particularmente importante em situações de encerramento de diastemas, realinhamento por meio de facetas e ainda quando todos os dentes anteriores superiores necessitarem de facetas^(1, 10).

O ensaio deve ser feito com as mesmas resinas, com cor e espessura equivalentes a restauração final⁽¹⁾.

O ensaio restaurador pode ser facilmente retirado com uma sonda ou escavador, uma vez que não foi realizado condicionamento ácido⁽¹⁾.

PREPARAÇÃO DO DENTE

A preparação de uma faceta directa pode ser feita com vários tipos de brocas diamantadas: esféricas e tronco-cónicas com ponta arredondada a alta rotação com refrigeração^(1, 3, 5, 7) (Fig. 1).

A preparação depende de vários factores: a) grau de escurecimento; b) inclinação lingual e vestibular do dente; c) tipo de dente e localização na arcada; d) presença de diastemas; f) existência de apinhamento dentário; g) presença de desgastes na superfície vestibular; h) altura da linha do sorriso; i) extensão da fractura em caso de dentes fracturados;

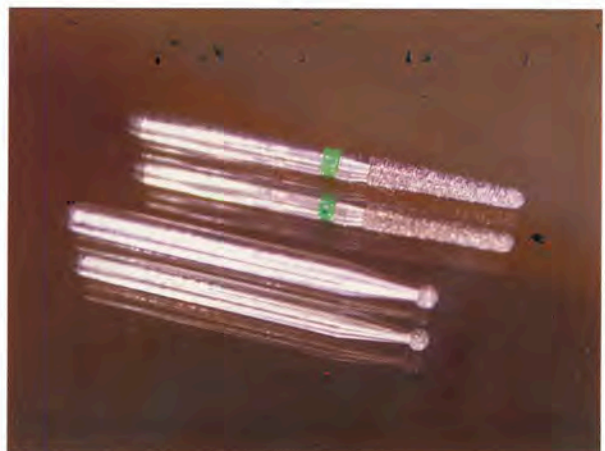


Fig.1 – Conjunto de brocas para a preparação para facetas. Broca tronco-cónica ponta arredondada e broca esférica.

CASO CLÍNICO

Um paciente de 40 anos, sexo feminino e de raça caucasiana recorreu à consulta de Dentistaria Operatória do Departamento de Medicina Dentária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para reabilitação estética antero-superior. Previamente, efectuou-se a substituição das restaurações classes III mesial e distal do dente 11, classe III mesial do dente 21, classe IV mesial do dente 12 e classe IV distal do dente 22 devido à sua má adaptação e infiltração por cárie. Recorreu-se a uma resina composta micro-híbrida cor A3 (Herculite® XRV-Kerr). Estes dentes apresentavam alteração da cor devido ao tratamento endodóntico a que tinham sido submetidos. Foi realizado um enceramento de diagnóstico com uma resina composta, uma vez que se pretendia a alteração da forma e localização do bordo incisal do bloco incisivo superior. A partir do enceramento de diagnóstico foi confeccionada uma chave de silicone com um silicone de elevada viscosidade – "putty" – (President® Coltène Whaledent). A técnica da chave apresenta vantagens uma vez que permite reproduzir a forma, a localização da face palatina e do bordo incisal dos dentes a restaurar, para além de permitir uma considerável economia de tempo.

1. Profilaxia

Foi realizada a profilaxia recorrendo a uma pasta abrasiva e tiras abrasivas inter-proximais. Esta poder-se-ia ter realizado com jacto de bicarbonato de sódio.

2. Selecção da cor

A escolha da cor (A2) foi realizada previamente à substituição das restaurações, segundo a escala VITA®. Esta selecção deve ser feita antes do isolamento dentário (Fig.4). Este facto é especialmente importante se for usado isolamento absoluto uma vez que além de não permitir uma visão global da harmonia dento-facial do paciente, provoca uma desidratação tornando o dente um pouco mais claro. Não é adequada a escolha de cor nestas

condições. A cor deve ser avaliada respeitando a ordem: matiz; croma; valor. Atenção especial deve ser dada à divisão imaginária no terço cervical, médio e incisal do dente e às respectivas particularidades cromáticas.

Frequentemente, os autores referem os melhores horários do dia, e as posições em que o paciente deve estar em relação à orientação solar para favorecer a escolha da cor. Apesar de ser verdade, não corresponde à realidade da maioria das situações clínicas, e não é um impedimento para se obterem resultados estéticos. Basta que o médico-dentista desenvolva uma capacidade de observação nas condições de iluminação em que frequentemente trabalha. Todavia, recomenda-se uma luz que simule a luz natural e adicionalmente pede-se a opinião da(o) assistente.



Fig.2 – Escolha da cor (A2) com a escala VITA



Fig.3 – Visão frontal das restaurações mal adaptadas e com infiltração marginal em todo bloco incisivo



Fig. 4 – Visão frontal após a remoção das restaurações mal adaptadas e infiltradas e dos tecidos cariados.



Fig. 5 – Visão frontal após restauração com resina composta micohíbrida (Herculite XRV® - Kerr®), com a respectiva adaptação da matriz de silicone

3. Verificação dos contactos oclusais

A verificação dos contactos oclusais foi realizada uma vez que se pretendia fazer um alongamento dos dentes. Foram registados os contactos em cêntrica e movimentos excursivos.

4. Preparação dentária

Com isolamento relativo e auxílio de um fio de retracção gengival, foi realizada uma canaleta de orientação em forma de ferradura, desde a região cervical supra-gengival até à região incisal, passando por proximal em mesial e distal (Fig.5). Foi executada até uma

profundidade equivalente a metade da espessura da parte activa da broca seleccionada. A seguir, realizou-se uma canaleta central orientadora no sentido cervico-incisal, tendo em conta a convexidade própria do dente(Fig.6).



Fig. 6 – Broca esférica posicionada na região cervical para execução da canaleta orientadora do desgaste.



Fig. 7 – Visão frontal das canaletas de orientação

O passo seguinte consistiu no desgaste da superfície dentária limitada pelas canaletas (Fig. 7). Começou-se pelo desgaste da metade distal, após o qual se observou o dente de perfil e por incisal para se avaliar a profundidade da preparação nas diferentes regiões, tendo-se uma noção mais efectiva do desgaste realizado. Concluiu-se depois a preparação da metade mesial, com a observação novamente do dente em todos os ângulos possíveis, dando especial atenção à área dinâmica de visibilidade.

5. Isolamento do campo operatório

É muito importante a obtenção de um campo de trabalho perfeitamente seco e livre de humidade. Foi utilizado isolamento relativo, com o auxílio de fios de retracção, rolos de algodão e aspirador de saliva eficaz.

6. Prova da matriz

A matriz foi colocada na sua posição para avaliar a presença de qualquer tipo de interferência com os dispositivos de isolamento. Verificou-se ainda se realizava o recobrimento de toda a área da preparação (Fig. 8).



Fig.8 – Prova da matriz

7. Limpeza da preparação

A limpeza da preparação foi realizada com pasta de pedra-pomes e uma taça de borracha, de seguida lavada com jacto de ar/água e seca com ar.

8. Aplicação do sistema adesivo

Para a aplicação do sistema adesivo foi colocada uma matriz de celulose nos espaços inter-proximais, previamente ao condicionamento ácido. Utilizou-se ácido fosfórico a 37% aplicado além das margens da preparação durante 15 segundos, seguido de uma lavagem com jacto de ar/água durante 30 segundos⁽³⁾ (Fig. 9). De seguida, o esmalte foi seco com suaves jactos de ar. Passou-se à aplicação do sistema adesivo respeitando as recomendações do fabricante (Fig. 10). Secou-se com um suave jacto de ar para se obter uma distribuição mais

uniforme do adesivo e a evaporação do diluente. Finalizou-se com a fotopolimerização⁽³⁾. Após a colocação do sistema adesivo as matrizes de celulose foram retiradas.



Fig. 9 – Condicionamento ácido com ácido ortofosfórico 37%(Etchant Scotchbond 3M® - 3M®)



Fig. 10 – Aplicação de sistema adesivo (Prime & Bond NT®- Dentsply®)

9. Inserção e polimerização da resina composta

Escolhemos uma resina composta micro-particulada (Durafil VS®) cor A2.

A manipulação desta resina deve ser realizada com bastante cuidado para facilitar a sua colocação sobre a superfície dentária e evitar a sua contaminação ou incorporação de bolhas de ar. Foi usada uma espátula metálica mais rígida para a remover da seringa, e, com uma espátula mais flexível foi colocada resina sobre o dente, realizando-se com esta uma escultura inicial

(Fig. 11). Esta etapa foi complementada com o auxílio de um pincel, devido à maior facilidade em se obter películas finas e sem bolhas de ar na resina composta⁽³⁾ (Fig. 12). O pincel foi humedecido com álcool, tendo sido o excesso removido com gaze, antes da utilização sobre a resina⁽³⁾. Esse procedimento foi repetido a cada contacto do pincel com o material restaurador⁽³⁾.



Fig. 11 – Inserção da resina composta microparticulada (Durafil VS®) pela técnica da matriz de silicone



Fig. 12 – Inserção da resina composta com auxílio de um pincel da Ivoclar®

Cada incremento de resina composta foi polimerizado pelo menos trinta segundos.

Por fim, efectuou-se uma fotopolimerização de sessenta segundos com uma ponta de luz a abranger toda a face vestibular do dente^(1, 3, 5).

10. Ajuste oclusal

Foi realizado o ajuste oclusal uma vez que se alterou a forma e localização do bordo incisal dos dentes restaurados. Com a ajuda de papel de articulação, foram pesquisadas interferências em relação cêntrica e movimentos excursivos (Fig. 13-15).



Fig. 13 – Verificação de existência de interferências em protrusão



Fig. 14 – Verificação de existência de interferências em laterotrusão direita



Fig. 15 – Verificação de existência de interferências em laterotrusão esquerda

11. Acabamento e polimento

Foram removidos em primeiro lugar os excessos do sistema adesivo e da resina localizados nas regiões cervical e proximal, com o auxílio de uma broca cônica diamantada

de grão fino. Concluiu-se, de seguida, a definição da forma da faceta em harmonia com os dentes vizinhos e o tecido gengival, utilizando uma ponta diamantada de grão fino em alta rotação com movimentos suaves e intermitentes, sem refrigeração, para melhor visualização da quantidade de compósito a ser removido, bem como da interface dente/restauração (Fig. 16). O polimento foi efectuado com discos abrasivos Sof-Lex pop-on[®] (3M/ESPE[®]) em ordem decrescente de abrasividade, estabelecendo a convexidade da área proximal e da face vestibular com definição da dimensão final da restauração (Fig. 17). Para o acabamento e polimento das faces proximais recorreu-se ao uso de tiras de lixa, executando movimentos em forma de "S" (Fig. 18).

O polimento final foi efectuado utilizando pontas siliconizadas e pasta para polimento, conferindo o brilho e mantendo uma textura superficial suave.



Fig. 16 – Acabamento da forma com broca diamantada de grão fino



Fig. 17 – Polimento com discos abrasivos Sof-Lex pop-on^{3M}



Fig. 18 – Acabamento/polimento com tiras de lixa - Hawe Neos Dental[®]

Após o polimento final, deve posicionar-se novamente o isolamento absoluto e a resina composta deve ser polimerizada por 60 segundos. Assim eleva-se a temperatura interna da mesma, contribuindo para um melhor desempenho ao longo dos anos⁽⁷⁾. Evitam-se alterações nas tonalidades das cores e certifica-se, assim, que as camadas superficiais da resina, após o desgaste exercido pelo acabamento e polimento, estão completamente polimerizadas (Fig. 19). Deve-se ainda, de seguida, aplicar um selante de superfície para eliminar porosidades superficiais e pequenas fendas na resina, originadas pelo acabamento e polimento da mesma, promovendo uma maior resistência da superfície ao desgaste⁽⁷⁾.



Fig. 19 – Fotopolimerização após acabamento

DISCUSSÃO

A restauração com facetas directas em resina composta constituem uma opção válida de tratamento sempre que se respeitam as suas indicações.

No caso clínico descrito, a paciente estava descontente com o seu sorriso, nomeadamente com o grau de escurecimento que o bloco incisivo superior apresentava. O comprimento cervico-incisal dos caninos, mais curto do que o dos incisivos laterais, é um dos motivos da falta de harmonia do sorriso que, no entanto, não se pode alterar por coronoplastia devido à existência de uma coroa metalo-cerâmica a nível do 23 O branqueamento interno destes dentes não resolvia totalmente a situação, uma vez que apresentava várias restaurações de classes III e IV com infiltração marginal e má adaptação. Assim, as facetas directas em resina composta constituíram a opção de tratamento mais indicada, já que por motivos económicos as facetas em cerâmica não constituíam uma opção.

Existem várias técnicas para a realização de facetas directas em resina composta, com e sem a utilização de matriz. A escolha da técnica restauradora está directamente relacionada com a integridade da face vestibular, com o posicionamento do dente no arco e com a morfologia dentária. Sempre que a alteração seja apenas de cor pode-se optar pela técnica restauradora com o uso de uma matriz, facilitando significativamente a reprodução da forma e das características morfológicas superficiais que originalmente se encontravam. No entanto, a técnica restauradora mais frequentemente utilizada é a técnica sem matriz, pois na maioria das vezes encontram-se associadas alterações morfológicas e de posição^(1, 3, 5). Para a confecção da matriz pode-se usar resina acrílica ou um dispositivo termoplástico pré-fabricado. A técnica da matriz apresenta vantagens em relação à técnica sem matriz, uma vez que permite reproduzir a forma, contorno, textura e alinhamento da superfície original do dente, além de representar uma considerável

economia de tempo^(1, 3, 5). No entanto, existe outra técnica que permite obter uma chave de silicone, confeccionada a partir de um enceramento de diagnóstico, facilitando e orientando, assim, a inserção da resina composta. A confecção de um enceramento de diagnóstico está indicada sempre que pretendemos alterar a forma dos dentes e a localização do bordo incisal, ele permite-nos ter uma ideia do resultado final como também das dificuldades que poderão surgir durante a preparação dos dentes.

A técnica sem matriz apresenta-se como um desafio maior para o médico-dentista pois exige uma maior dificuldade na reprodução das características originais do dente.

Optou-se pela utilização de um ácido ortofosfórico a 37% para a realização do ataque ácido durante 15 segundos como preconiza a maioria dos autores, o sistema adesivo utilizado foi um "one-bottle" pela facilidade de aplicação que apresenta e pela eficácia clínica igualmente comprovada. Quanto à escolha da resina composta optou-se por uma resina microparticulada, pela facto de se tratar de uma zona de grande valor estético permitindo, assim, um melhor acabamento.

CONCLUSÕES

O tratamento com facetas em resina composta permite muitas vezes uma solução mais económica e conservadora do que outras opções de tratamento, como são exemplo as facetas cerâmicas ou coroas totais em cerâmica.

Os resultados estéticos obtidos com as resinas compostas actuais são muito satisfatórios (Fig. 20-21) e têm uma durabilidade igualmente aceitável, além de dispensarem uma fase laboratorial.

As facetas directas com resina composta constituem, assim, uma boa opção de tratamento, com resultados muito satisfatórios, quando são respeitadas as suas indicações e as suas limitações.



Fig.20 – Sorriso antes da realização das facetas



Fig. 21 – Sorriso após a realização das facetas directas em resina composta

REFERÊNCIAS

- 1 – Baratieri L.N. et al. "Facetas directas com resinas compostas". In: *Odontologia Restauradora Fundamentos e Possibilidades*. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda., 2001; pp 487-523.
- 2 – Baratieri L.N. e cols. Influence of post placement in the fracture resistance of endodontically treated incisors veneered with direct composite. *J Prosthet Dent*. 2000; 84(2):180-184.
- 3 – Conceição E.N. e col. "Facetas directas com resinas compostas". In: *Dentística Estética e Clínica*.
- 4 – Douglas A.T. Direct reconstruction of maxillary anterior dentition with composite resin : A case report. *Pract Periodont Aesthet Dent*. 1999;11(3):361-367
- 5 – Felipe L.A., Baratieri L.N. Direct resin composite veneers: Masking the dark prepared enamel surface. *Quintessence Int*. 2000; 31:557-562.
- 6 – Filho E.G. An innovative direct technique for resin composite veneers for teeth with color alterations. *Quintessence Int*. 1998; 29:731-735.
- 7 – Iorio P.A.C. "Preparo e restaurações com facetas estéticas". In. *Dentística Clínica - Adesiva e Estética Vol.1*. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda.,2000, pp. 234-260
- 8 – Kreulen C.M., Creugers N.H.J., Meijering A.C. Meta-analysis of anterior veneer restorations in clinical studies. *Journal of Dentistry*. 1998; 26(4):345-53
- 9 – Meijering A.C.e col. Dimensional changes during veneering procedures on discoloured teeth. *Journal of Dentistry*. 1998; 569-576
- 10 – Willhite C. Dramatic smile make overs using direct resin veneers. *Compendium of Continuing Education Dent*.1997 July;18(7):646-50.