UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DE FEIRA DE SANTANA

CURSO DE ODONTOLOGIA

BETHANIA FERREIRA DE JESUS

JOICE SOUZA SANTOS

REANATOMIZAÇÃO ESTÉTICA EM INCISIVOS LATERAIS CONÓIDES ATRAVÉS DO USO DE RESINA COMPOSTA DIRETA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Feira de Santana - BA

2021.2

Bethania Ferreira de Jesus

Joice Souza Santos

REANATOMIZAÇÃO ESTÉTICA EM INCISIVOS LATERAIS CONÓIDES ATRAVÉS DO USO DE RESINA COMPOSTA DIRETA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana, como requisito para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientadora: Prof(a). Dra. Mona Lisa Cordeiro Asselta da Silva

Feira de Santana

2021.2

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar”.

Josué 1:9

Dedicamos esse trabalho as nossas mães guerreiras que não mediram esforços para que esse sonho se realizasse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que nos guiou e ajudou a ultrapassar todos os obstáculos que encontramos durante o curso.

As nossas famílias pela compreensão pelos momentos de ausência. E em especial aos nossos pais que mesmo ausentes fisicamente, sempre estiveram presentes em nossos corações e as nossas mães por todo carinho, cuidado e amor.

Aos nossos amigos pelo apoio e incentivo.

A nossa orientadora Dra. Mona Lisa Cordeiro com quem temos total respeito e admiração, muito obrigada por todo o conhecimento e incentivo.

Aos nossos professores Jeidson Marques e Jamilly Musse por todas as correções, que fizeram total diferença.

Aos nossos professores em geral, que foram essenciais no nosso processo de formação profissional.

Ao Ms. Felipe Queiroz, que nos ajudou com seus conhecimentos e orientações.

Aos nossos colegas de turma, com quem trocamos experiências que levaremos para o resto da vida.

E a todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO 6
ABSTRACT 6
1 INTRODUÇÃO 7
2 REVISÃO DE LITERATURA 8
2.1 A IMPORTÂNCIA DE UM SORRISO HARMÔNICO 8
2.2 ETIOLOGIA E PREVALÊNCIA DO DENTE CONÓIDE 9
2.3 TRATAMENTO POSSÍVEIS PARA DENTE CONÓIDE 10
2.4 REANATOMIZAÇÃO DENTAL EM RESINA COMPOSTA PELA TÉCNICA DIRETA 11
3 RELATO DO CASO 15
4 DISCUSSÃO 20
5 CONCLUSÃO 24
REFERÊNCIAS 24
ANEXOS 29

RESUMO

A presença de dentes conóides podem impactar de forma negativa a vida do indivíduo, já que cada vez mais estão em busca pelo sorriso perfeito. Os dentes considerados ideais pela sociedade são os que são claros, alinhados e com tamanho proporcional. Variadas são as opções de tratamento para os laterais conóides, dentre eles, os laminados cerâmicos e restauração com resina composta pela técnica direta e indireta. Devido ao avanço dos materiais restauradores adesivos diretos e das técnicas restauradoras, é possível realizar a reanatomização dos dentes conóides de forma eficaz e minimamente invasiva. O objetivo do presente artigo foi descrever a técnica restauradora de estratificação direta em resinas compostas para reabilitação estética de incisivos laterais conóides. A princípio foi realizado 3 sessões de clareamento de consultório e clareamento caseiro supervisionado por 20 dias, para que pudesse chegar na cor ideal. Após, iniciou-se o caso clínico com reanatomização nas unidades 12 e 22 com resina composta pela técnica direta. Os incisivos centrais 11 e 21 também tiveram pequenos incrementos do material restaurador para distribuição de tamanho. Para realização do procedimento foi utilizado a resina de esmalte cor BL XL enamel da empress direct para confecção da face palatina, para dentina cor B1B da resina filtek Z350 XT- 3M, e esmalte cor BL XL enamel da resina empress direct para última camada. O tratamento foi eficiente e alcançou as expectativas do paciente.

Palavras-chaves: resinas compostas, dente conóide, anormalidades dentárias.

ABSTRACT

The presence of conoid teeth can negatively impact the individual's life, as they are increasingly looking for the perfect smile. The teeth considered ideal by society are those that are clear, aligned and proportionately sized. There are several treatment options for the conoid sides, among them, ceramic laminates and restoration with composite resin using the direct and indirect technique. Due to the advancement of direct adhesive restorative materials and restorative techniques, it is possible to perform the reanatomization of conoid teeth in an effective and minimally invasive way. The aim of this article was to describe the restorative technique of direct layering in composite resins for the aesthetic rehabilitation of conoid lateral incisors. Initially, 3 sessions of in-office bleaching and supervised at-home bleaching were performed for 20 days, so that the ideal color could be reached. Afterwards, the clinical case began with reanatomization in units 12 and 22 with composite resin using the direct technique. Central incisors 11 and 21 also had small increments of restorative material for size distribution. To carry out the procedure, enamel resin color BL XL enamel from empress direct was used for making the palatal surface, for dentin color B1B from filtek resin Z350 XT-3M, and enamel color BL XL enamel from empress direct resin for the last layer. The treatment was efficient and met the patient's expectations.

Keywords: Composite resins, conoid tooth, tooth abnormalities.

1 INTRODUÇÃO

Um sorriso harmônico tem grande importância na estética facial, estando relacionado com a autoestima, o psicológico e autoaceitação do indivíduo. O padrão de beleza atual está sob influência de uma cultura consumista e influenciada pela mídia, no qual o indivíduo é melhor aceito na sociedade se apresentar dentes com simetria adequada, alinhados nos arcos e de coloração mais clara. As deformidades no tamanho, forma, cor, posição dos dentes, presença de diastemas e dentes conóides têm um impacto, não apenas na harmonia da estética dental, mas também de toda a face, na autoestima dos pacientes e podem ser fatores restritivos para as relações sociais (VERONEZI et al., 2017).

A busca por procedimento estético vem aumentando cada dia mais, qualquer desconforto, irregularidade com o sorriso ou talvez só pela vontade de melhorar a estética, muitas pessoas procuram o tratamento odontológico. Com isso, a odontologia encontra-se em um avanço contínuo, não só contribuindo para a manutenção da saúde bucal, mas também disponibilizando recursos associados a aspectos estéticos, funcionais e biológicos (CABRAL, 2016).

O incisivo lateral conóide é um exemplo de anomalia de tamanho, classificada como microdontia isolada (FRANCO et al., 2008). A microdontia é uma variante caracterizada por alterações histológicas no decorrer da formação do esmalte, tornando o dente proporcionalmente menor, no sentido mésio-distais desencadeadas pela mineralização apenas do lobo médio do dente e apresentando-se como uma coroa em forma de cone (SCZEPANIK, 2010).

Considera-se essa anomalia dentária viável para o restabelecimento estético, mostrando-se dessa forma a indicação para a reanatomização, buscando alcançar resultados positivos em relação à sua aparência (CUNHA et al., 2013).

A presença de dentes conóides encontra-se fora dos padrões de normalidade por geralmente ser associados a diastemas, dando aspecto de sorriso infantilizado (SÁ; LIMA; TUÑAS, 2019). Nos casos de correção anatômica de dentes conóides, deve-se saber que a técnica restauradora precisa assegurar forma, função e estética, a fim de proporcionar um resultado satisfatório e com durabilidade (TEIXEIRA et al., 2003). Para se obter um resultado satisfatório, em alguns casos, há necessidade de um planejamento estético funcional envolvendo a integração de diversas especialidades odontológicas tais como: periodontia, ortodontia e dentística

(VERONEZI et al., 2017).

Inúmeras são as opções de tratamento para os dentes conóides, desde as mais invasivas, com alto custo e que necessite de preparo da estrutura dentária, como a confecção de coroas unitárias ou facetas de porcelanas. E as mais conservadoras que são as restaurações com resina composta pela técnica direta, que não precisa de desgastes, tem reanatomização rápida e custo relativamente baixo, sendo está a mais indicada para o tratamento (OLIVEIRA; MIGUEL; MAGALHÃES, 2021).

O tratamento restaurador direto utilizando resina composta tem como características a simplicidade, a efetividade e a praticidade. São excelentes para a reanatomização de dentes anteriores, reabilitando e reproduzindo a forma e tamanho. Este procedimento representa uma alternativa simples e eficaz na recuperação de uma aparência mais harmônica, adequando o sorriso aos padrões estéticos desejáveis (COSTA et al., 2012).

Assim, o objetivo do presente artigo foi descrever a técnica restauradora de estratificação direta em resinas compostas para reabilitação estética de incisivos laterais conóides.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Antigamente, o tratamento odontológico de rotina envolvendo escavação de carie dentaria e defeitos dentários eram solucionados através de restaurações de amálgama ou até mesmo por meio de exodontias, mas atualmente com a implantação de políticas públicas de saúde, a odontologia preventiva apareceu, e com isso surgiu o crescimento pela busca do sorriso estético e harmonioso (SPEAR, 2007).

Segundo Arqoub e Al-khateeb (2011), a sociedade moderna dá grande ênfase a beleza facial, fazendo com que os tratamentos estéticos sejam cada vez mais prioridade das abordagens ou especialidades odontológicas. Desse modo, os indivíduos buscam por um sorriso harmônico e atraente que, além de proporcionarem satisfação pessoal, lhes permitem o bem-estar no meio social em que vivem.

2.1 A IMPORTÂNCIA DE UM SORRISO HARMÔNICO

A busca por um sorriso harmônico e perfeito vem tendo um aumento bastante significativo, pois está intimamente relacionado a fatores sociais, culturais e

psicológicos do indivíduo. Dessa forma, pacientes têm manifestado o desejo de obter restaurações com materiais na cor e forma naturais pelo fato de que dentes claros, alinhados e contornados, fazem parte do padrão de beleza imposto pela sociedade (NETTO; WERNECK, 2011).

A estética do sorriso é definida pelos dentes, que são emoldurados pelos lábios, pelo contorno das gengivas e pelo número de lacunas e espaços. Mais precisamente, a harmonia e simetria de um sorriso estético são determinadas pela extensão de exposição da gengiva ao sorrir, o arco do sorriso, as proporções dos dentes, a presença de desvio da linha média e mudanças na inclinação axial, corredores bucais, altura e contornos gengivais, presença de diastemas e a cor dos dentes (MCNAMARA et al., 2008;ZAWAWI et al., 2013).

O aprimoramento de procedimentos que visam melhorar o sorriso tem se tornado essencial com a evolução de uma sociedade cada vez mais exigente com os padrões de beleza (LOUR et al., 2009). Assim, o tratamento considerado estético, pode se transformar num elemento facilitador na busca pela felicidade, restabelecendo a autoestima ao satisfazer as expectativas de um paciente específico, desde que associe beleza e função, permeados pelo bom senso do operador (MONDELLI et al., 2003).

2.2 ETIOLOGIA E PREVALÊNCIA DO DENTE CONÓIDE

Segundo Barros (2013) os motivos responsáveis pela ocorrência da microdontia ainda se encontram indefinidos, porém entende-se que as anomalias de tamanho ocorrem no decorrer da fase de morfodiferenciação do desenvolvimento dos dentes. Diversas deformidades dentarias são ocasionadas por mutações no desenvolvimento normal dos genes. Estão envolvidos na etiologia complexa da microdontia, os fatores ambientais e genéticos (BARGALE et al., 2011).

Os aspectos genéticos na etiologia dessa anomalia, são resultantes de um gene autossômico dominante, que provoca a mineralização somente do lóbulo médio dos incisivos laterais, apresentando diâmetro mesiodistal reduzido com uma coroa em formato de cone e uma raiz geralmente com seu comprimento normal (SANTOS et al., 2009).

Alguns estudos com gêmeos monozigóticos, têm demonstrado que há uma predisposição genética e hereditária na etiologia das anomalias dentárias em relação

a número, forma e tamanho. Os gêmeos monozigóticos possuem os códigos genéticos idênticos, por isso a alta concordância para uma determinada irregularidade, diferentemente dos gêmeos homozigotos que não apresentam do mesmo genótipo (GARIB et al., 2010).

A morfologia do dente é predominantemente definida por condições genéticas, porém há outros motivos para a ocorrência da microdontia, que por exemplo são os fatores ambientais, como trauma, radiação, medicamentos citotóxicos, ou complicações pulpares nos dentes durante o seu desenvolvimento (KOCH et al.,2009).

Segundo Teixeira et al. (2003) a prevalência de incisivos laterais conóides na população oscilam entre 1 e 2%. Não existe predominância de sua incidência de um lado da arcada sobre o outro, geralmente são unilaterais, mas não exclui a possibilidade de ser bilaterais, o dente mais afetado por essa anomalia é o incisivo lateral superior e é mais comum nas mulheres do que nos homens.

Essa anormalidade possui maior incidência na dentição permanente, e na população mundial é de um para cada 55 indivíduos (1,8%), o sexo feminino é o mais afetado com percentual de (1,35) (ANDRADE, 2021).

Hua et al. (2013) realizaram uma meta-analise que teve como finalidade conseguir mais informações sobre a prevalência de incisivos laterais conóides superiores e suas associações com raça, tipo de população e sexo. Dessa forma, teve como resultados a prevalência geral de incisivos laterias conoides de 1,8%, sendo que a taxa de ocorrência foi maior em mongolóides (3,1%), do que em negros (1,5%) e brancos (1,3%), e em pacientes ortodônticos (2,7%) do que na população geral (1,6%) .As mulheres eram 1,35 vezes mais prováveis do que os homens. A porcentagem de prevalência de incisivos laterais conoides superiores unilaterais (0,8%) e bilaterais foram aproximadamente o mesmo. No entanto, entre os incisivos laterais conoides unilaterais, o lado esquerdo (0,4%) foi o dobro mais comum do que o lado direito (0,2%).

2.3 TRATAMENTO POSSÍVEIS PARA DENTE CONÓIDE

Várias são as queixas pela estética do sorriso, dentre elas existem as anomalias de forma, tamanho e posição. Microdontia na região ântero-superior levanta problemas estéticos, uma vez que vai provocar diastemas interdentários (BOJ et al., 2004). A reanatomização dental pode ser a solução dessa queixa, trazendo

resultados estéticos bastante satisfatórios. Com a evolução da odontologia restauradora estética, os dentes são capazes de serem remodelados e esculpidos atendendo a exigência do paciente (RODRIGUE; ARGOLO; CAVALCANTI, 2014).

Dentes mais claros e sorriso harmonioso são requisitos estéticos mais comuns para os pacientes. Com o desenvolvimento de materiais restauradores e sistemas adesivos, já é possível corrigir as alterações dentárias com pouco ou nenhum desgaste do tecido saudável (BERGOLI et al., 2009).

No tratamento dos incisivos laterais conóides há vários fatores a serem considerados que dependem das expectativas do paciente, bem como os conhecimentos do cirurgião-dentista. Para planejar adequadamente um trabalho restaurador, é preciso ter um vasto conhecimento teórico a respeito do que deve ser avaliado, conhecendo os parâmetros necessários e assim podendo discernir os pontos a serem melhorados (KYRILLOS et al., 2012).

Os incisivos laterais conóides possuem diversas possibilidades de tratamento, desde os mais agressivos como por exemplo a extração e instalação de uma prótese fixa ou implante dentário, ou até mesmo o movimento ortodôntico do canino para o espaço do incisivo lateral com reanomatização, laminados cerâmicos e os menos invasivos, que são as técnicas de restaurações com resina indireta e direta. Nas indiretas o paciente precisa comparecer ao consultório por mais vezes, é necessário desgaste e existe o envolvimento de um protesista, o que faz com que o tratamento tenha um custo alto. E a restauração pela técnica direta com resina composta que é a opção mais indicada por não necessitar de desgaste dentário, é reversível, e possui bom custo-benefício (BARROS, 2013).

2.4 REANATOMIZAÇÃO DENTAL EM RESINA COMPOSTA PELA TÉCNICA DIRETA

Muitas vezes a escolha do tratamento mais apropriado para dentes anteriores é uma decisão difícil. Fatores clínicos e técnicos desempenham um papel importante na escolha da opção de tratamento que melhor se adequa ao paciente e aos profissionais. Devido a ampla variedade de materiais restauradores e aos numerosos produtos similares oferecidos por diferentes fabricantes, alguns profissionais menos experientes podem encontrar dificuldades em tomar decisões de tratamento (CARDOSO et al., 2008), visto que um planejamento e anamnese adequada pode ajudar muito nessa decisão.

Para Quintela et al. (2004), a grande preocupação na Odontologia era encontrar um material restaurador que reestabelecesse a função do elemento dentário, tivesse adequada resistência à abrasão, biocompatibilidade e reprodução da cor natural dos dentes. A evolução dos materiais restauradores, na busca desses requisitos, começou com o surgimento das primeiras resinas autopolimerizáveis em 1934.

As resinas compostas estão cada vez mais sendo escolhidas como opção para tratamento restaurador, e a principal razão disso é pela sua biocompatibilidade, reversibilidade, estabilidade de cor e estão apresentando avanço em suas propriedades mecânicas e ópticas (SOARES, 2020).

Para o uso bem-sucedido de resinas compostas é essencial o conhecimento da anatomia dentaria, cor e propriedades ópticas e físicas dos materiais, assim permitem que o os cirurgiões-dentistas alcancem alta qualidade (DIETSCHI; FAHL, 2016).

O tratamento na reanatomização de forma, tamanho dental e diastemas associados aos incisivos laterais conóides utilizando resina composta pela técnica direta é uma solução pratica, simples e eficaz. Essa técnica permite a conservação de estrutura dentaria, menor tempo de tratamento e pode ser revertido com acréscimo ou diminuição do material restaurador se caso necessário (CUNHA et al., 2013).

Segundo Berwanger et al. (2016) a técnica direta de resina composta se sobressai em razão a sua ótima longetividade e por devolver função. O entendimento da técnica de estratificação e de suas indicações, proporcionou a evolução de técnicas restauradoras que favorecem resultados estéticos muito próximo aos aspectos naturais da estrutura dentaria.

São vários os benefícios da utilização de facetas diretas em resina composta, tais como: rapidez, por requerer apenas uma sessão, baixo custo em comparação a outras opções de tratamento, baixa condutibilidade térmica, habitualmente podem ser realizadas sem preparo dentário, dispensam etapas de laboratório, não invasiva e não requerem de provisórios (SILVA, 2005). Outra vantagem da técnica direta é do resultado ser diretamente proporcional à habilidade e ao conhecido do profissional que estiver executando o procedimento (HIGASHI et al., 2006).

Veronezie e colaboradores (2017) indicam que embora as restaurações de resina composta ter longevidade e boas propriedades mecânicas, elas apresentam algumas desvantagens como: baixa resistência a fratura e ao desgaste em cavidades amplas, contração de polimerização, e dificuldade de reconstruir margens proximais

livres.

O maior problema que caracteriza todos os materiais à base de resina polimerizável, na visão de Salvatore Sauro, é a contração volumétrica, e como consequência o estresse gerado na interface entre dente e adesivo/resina. É conhecido que contração excessiva ou descontrolada de resinas pode levar à formação de fendas e consequentemente microinfiltração. Outra desvantagem das resinas compostas é sua durabilidade. Adicionalmente, algumas restaurações de resina podem degradar (especialmente em casos de erros operatórios), desgastando relativamente rápido e apresentando alteração de cor se a técnica adequada é empregada, não há desvantagens em sua utilização (FRANÇA, 2016).

Com o aperfeiçoamento das resinas compostas, as técnicas restauradoras também foram sendo aprimoradas com proposito de alcançar uma melhor combinação entre a cor da restauração e do tecido dental. As técnicas de estratificação buscam melhorar resultados, utilizando diferentes camadas e tipos de resinas compostas para reproduzir o esmalte e a dentina, fazendo com que as restaurações sejam imperceptíveis (ASLAM et al., 2016).

Segundo Hiratra, Ampassan e Liu (2001) a estética dentária possui “quatro dimensões”, as propriedades ópticas primárias (matiz, croma e valor) -integradas no conceito de cor, propriedade ópticas secundárias (fluorescência, opalescência, transtucidez e opacidade), iridescência e brilho de superfície.

O matiz é determinado pelo comprimento de onda da luz refletida pelos dentes. O matiz se caracteriza na diferenciação dos grupos de cores, diferenciando as resinas compostas em A (marrom), B (amarelo), C (cinza) e D (vermelho/alaranjado). O croma é definido como a saturação de um determinado matiz, ou o quanto de pigmento foi incorporado a este matiz. Simplificando, seria o quão forte ou fraca é uma determinada cor, sendo identificado em resinas compostas pela numeração gradual, seguindo a escala VITA (Vident), de 1 a 4. Já o valor pode ser constatado na quantidade de preto e branco incorporado ao elemento, sendo a quantidade de iluminação que estará presente na cor (HIRATRA; AMPASSAN; LIU, 2001).

A luz negra, presente principalmente em casas noturnas, e a radiação ultravioleta proveniente do Sol, tem a capacidade de estimular uma forma de luminescência chamada fluorescência. A fluorescência natural dos tecidos dentários é uma componente importante que deve estar reproduzida nas restaurações de resinas compostas e que confere à restauração vitalidade e luminosidade (BUSATO et al.,

2006).

De acordo com Correia, Oliveira e Silva (2005) a opalescência é um efeito luminoso que se produz quando a luz se dispersa e refracta nos microcristais e nas substâncias coloidais da superfície do dente. Manifesta-se principalmente na reflexão de luz azul do bordo incisal e no registo de um tom alaranjado no colo dos dentes.

De acordo com Maranha (2017) As resinas compostas, de modo geral, podem ser classificadas de acordo com a sua composição, no que diz respeito principalmente ao tamanho médio das partículas inorgânicas. Essas partículas são responsáveis por muitas modificações, como: Reforço, redução da contração de polimerização, radiopacidade do material, diminuição da absorção de água, controle da viscosidade e manipulação do material, diminuição da contração de polimerização e da expansão térmica. Com relação ao tamanho médio das partículas, as resinas compostas podem ser classificadas como: Microparticuladas, Híbridas, Microhíbridas, Nanoparticuladas e Nanohibridas.

A nanotecnologia é a aplicação tecnológica em escala nanómetrica de 0,1 a 100 nanômetros. O conteúdo de partículas nanométricas diminui a contração de polimerização e promove uma lisura superficial bastante satisfatória. As resinas que empregam a nanotecnologia são distribuídas no mercado de dois tipos: As resinas nanoparticuladas cuja composição envolve apenas partículas de proporções nanometricas; e as nano-hibridas, que possuem nanoparticuladas na sua fórmula (SILVA et al., 2008).

Pra auxiliar no plano de tratamento de restaurações com resina composta pela técnica direta é feito o uso do ensaio restaurador como guia, pois garante que o procedimento restaurador seja bem sucedido, tendo uma visualização do provável resultado final. As vantagens que o ensaio apresenta, são: demonstração de várias opções de tratamento; menos risco biológico, funcional e estético; simulação do resultado estético e capacidade de identificar erros de translucidez e valor, permitindo assim a correção das espessuras das massas de esmalte (CARDOSO et al2011).

Quando utilizados os sistemas adesivos sobre o esmalte condicionado com ácidos fosfóricos entre 32% a 40% há um resultado de uma resistência de união maior e mais duradora do que em dentina, pelo fato do condicionamento ácido proporcionar retenção micromecânica na superfície do esmalte (PRABHU et al., 2015).

No esmalte, o condicionamento com ácido fosfórico promove a desmineralização deste substrato e a, consequente, criação de microporosidades.

Posteriormente, estas são preenchidas pelos monômeros resinosos hidrofóbicos contidos no adesivo, formando os tags resinosos, que auxiliam na retenção micromecânica da restauração. Uma vez que o esmalte é um substrato homogêneo, a técnica do condicionamento ácido cria uma superfície ideal para a adesão, tornando-a duradoura e confiável (ARINELLI, 2016).

Os sistemas adesivos são materiais responsáveis pela união entre os substratos dentais e o material restaurador, e possuem grande variedade, sendo considerados como : convencionais de 2 e 3 passos – que necessitam a aplicação prévia do ácido fosfórico; Os autocondicionantes de 1 e 2 passos- que não precisam da utilização previa do ácido, pois já possuem um primer acídico; E os universais – que podem ser empregados pela técnica convencional ou a autocondicionante. Dentre elas, o sistema adesivo de 3 passos convencional é considerado padrão-ouro, proporcionando uma camada hibrida ideal (SANTOS; MENDES, 2018). De acordo com Arinelli et al. (2016) nos sistemas adesivos de três passos, o primer e adesivo são aplicados separadamente, enquanto que nos sistemas de dois passos, primer e adesivo encontram-se em um único frasco.

A fotopolimerização é um fator definitivo nas propriedades mecânicas das resinas compostas, sendo que uma incompleta polimerização pode indicar, desgaste elevado, baixa resistência a fratura, baixa microdureza e sensibilidade pós-operatória. Entretanto, uma polimerização rápida pode aumentar o estresse de contração, e isso traz consequências grave a integridade marginal da restauração (BUSATO, 2005).

É de suma importância que cirurgião-dentista compreenda os princípios dos sistemas adesivos, da composição de diferentes resinas compostas e da técnica a ser utilizada, já que a uma diversidade dos materiais restauradores disponível no mercado. Além de diagnosticar e planejar o caso corretamente, a fim de garantir o sucesso funcional e estético do tratamento (ARÁUJO et al., 2019).

3 RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 26 anos de idade, procurou a clínica odontológica, localizada na cidade de Feira de Santana-BA, por motivo de insatisfação com a estética do sorriso atual. A mesma relatou incomodo com os espaços entre os dentes, pelo tamanho e pela cor amarelada que todos os dentes apresentavam. Com o exame clínico observou-se a presença de dentes conóides nas unidades 12 e 22. Para obter o tamanho, forma, cor e o completo fechamento dos espaços entres os

dentes o plano de tratamento teve início com o clareamento dental de consultório e caseiro para atingir a cor desejada e posteriormente restauração direta de resina composta nas unidades 12 e 22. Ao observar que os incisivos laterais ficariam muito largos aumentando somente eles, foi proposto o acréscimo de resina composta nas distais dos incisivos centrais 11 e 21 para distribuição de tamanho.

Foram realizadas três sessões de clareamento de consultório, de 45 minutos cada, com peróxido de hidrogênio a 38% (Potenza bianco H202) e 20 dias de clareamento caseiro supervisionado, com peróxido de carbamida 22% (Whiteness simple-FGM) usado com a plaquinha que foi feita na primeira sessão de consultório, onde houve alteração da cor B2 para A1, segundo a escala de vitapan classical.

Alguns dias após a finalização do clareamento dental, foi feito incrementos estratégicos nos incisivos centrais e a reanomatização dos incisivos laterais conóides, através do uso de resina composta pela técnica direta.

Incialmente foi realizado o ensaio restaurador para decidir o formato e tamanho dos dentes (Figura 1). Após o ensaio pronto foi confeccionado a barreira palatina utilizando silicona de adição para ser utilizado como guia no momento das restaurações. Em seguida, iniciou-se o desgaste da resina composta antiga presente nas unidades 12 e 22 (Figura 2).

Figura 1 – Ensaio restaurador

Figura 2- Unidades 12 e 22 sem resina composta antiga

Logo depois, foi selecionada as resinas para serem utilizadas nas facetas diretas. A estratificação das restaurações foi realizada uma a uma para cada dente e feito o isolamento absoluto modificado. Posteriormente, com ácido fosfórico a 37% da maquira**,** foi aplicado nos dentes 11,12,21 e 22 por 30 segundos (Figura 3), seguido de lavagem com água e jato de ar para secar. O sistema adesivo de escolha foi o Clearfil SE Bond- Kuraray**,** sendo aplicado com auxílio de pincel microbrush da própria marca (Figura 4) e depois fotopolimerização por 20 segundos.

Figura 3- Condicionamento ácido por 30 segundos em esmalte

Figura 4- Aplicação do adesivo bond

Já com os dentes preparados e escolhido a cor foi feito a aplicação de uma camada fina de resina de esmalte cor BL XL Enamel- Empress direct, na guia de silicone e em seguida a guia foi colocada nos dentes e realizada a fotoativação por 20 segundos , obtendo-se então a face palatina das unidades 11,12,21 e 22 (Figura 6).

Figura 6- Face palatina confeccionada

Após a confecção da face palatina, foi colocado a resina de dentina com a cor B1B da Filtek Z350 XT-3M (Figura 7) e para finalização da restauração, foi recoberta com resina de esmalte na cor BL XL Enamel da empress direct (Figura 8). Para remoção dos excessos proximais, foi utilizada uma fita de poliéster e para evitar a união dos elementos vizinhos, utilizou-se fita para isolamento. Os incrementos foram ativados por 20 segundos cada com o fotopolimerizador Valo Cordless Ultradent.

Figura 7- Dentes 11,12,21 e 22 com resina de dentina

Figura 8- Dentes 11,12,21 e 22 tomando forma com resinas de dentina e esmalte

Após a remoção do isolamento foi iniciado a fase de acabamento e polimento com: 1° disco extragrosso (Optidisc – kerr), 2° Broca multilaminada FG para sulco principal, 3° Pontas de borracha siliconada com água, flexiCups e flexiPoints nas granulações média (azul) e extrafina (rosa)- Cosmedent, 4°Feltro (Diamond flex-FGM) com pasta de polimento (Enamelize), 5° Feltro (Diamond flex-FGM) sem pasta. (Figura 9).

Figura 9- Resultado final (com acabamento e polimento)

Figura 10- Resultado final após 7 dias

4 DISCUSSÃO

A relação harmônica entre, face, lábios, gengiva e dentes estão intimamente relacionados a estética do sorriso. Giuriato (2014) relatou que a diminuição da autoestima pode ser resultado de uma desarmonia estética dos dentes, além disso pode ser fator etiológico de problemas psicológicos e comportamentais. No caso clínico presente, a paciente apresentava nos incisivos laterais superiores, dentes conóides e demostrava constrangimento ao sorrir, o que dificultada a interação social.

As alterações de desenvolvimento da coroa dental está dentro das causas que podem interferir na estética do sorriso (FRANCO et al., 2008), e os fatores como microdontia (dentes conóides) são incompatíveis com os dentes adjacentes devido ao tamanho e a forma, além de poder apresentar dificuldades funcionais (NEVILLE et al., 2011).

O tratamento restaurador de incisivos laterais conoides por laminados cerâmicos, é uma opção que apresenta suas vantagens pela sua biocompatibilidade, resistência, menos susceptíveis ao desgaste, estabilidade de cor, preparo conservador quando comparado com preparo de coroas totais. Elas oferecem propriedades ópticas e biomecânicas que têm semelhanças com as características do esmalte natural (BARROSO; MEI, 2014). Porém, possuem algumas desvantagens como a chance de sentir sensibilidade dentária, necessidade de desgaste de tecido sadio, preparo irreversível, exige um tempo de trabalho longo e custo mais elevado para o paciente (AQUINO et al., 2009).

Segundo Oliveira (2018) os laminados cerâmicos possuem vantagens sobre as facetas de resina composta, em relação a durabilidade maior da cor, resistência mecânica, maior longevidade clínica. Contudo, a sua propriedade estrutural depende não apenas da microestrutura da cerâmica, mas também dos procedimentos laboratoriais e clínicos, durante a confecção e instalação.

As resinas indiretas são produzidas em laboratório, por isso apresentam um ótimo resultado estético pois permitem maior inclusão de detalhes anatômicos, melhora nas propriedades mecânicas e no acabamento e polimento (BLANCO et al., 2012).

Angeletaki et al. (2016) descreveram que apesar das restaurações pela técnica indireta terem maior resistência, melhores características mecânicas e físicas, essa técnica tem como desvantagens o fato de precisar de desgaste mais extenso, o custo

ser alto, além do tratamento não ser feito em uma única sessão. Já as restaurações de resina composta direta é uma ótima opção de tratamento reabilitador especialmente em correção estética envolvendo dentes saudáveis, é minimamente invasivo, tem número limitado de sessões e custo mais baixo, sendo a técnica escolhida para esse caso clínico (MAKINO; NAITO, 2011).

Segundo Gaião et al. (2019) o procedimento restaurador deve ser escolhido pelo profissional de acordo com cada caso clínico. Por se tratar de uma unidade íntegra sem perda das estruturas dentárias, a reanatomização de dentes conóides pela técnica direta é uma excelente escolha. Já para Angeletaki et al. (2016) dependendo da quantidade de estrutura dentária a técnica direta tem desvantagens na diminuição da resistência e contração de polimerização.

O tratamento de escolha para o caso clínico exposto foi a reanatomização estética por meio da restauração com resina composta pela técnica direta, por possuir mais vantagens do que desvantagens ao paciente.

Campos e colaboradores (2015), publicaram um caso clínico de reanatomização dos incisivos laterais conóides. Indicaram que a composição atual dos compósitos apresenta excelência nas características mecânicas e estéticas, concedendo durabilidade satisfatória. Porém, a avaliação dos movimentos excursivos é bastante importante, pois uma equilibrada oclusão com funcionamento das guias de desoclusão é primordial para manutenção de uma adequada longevidade da restauração.

Frese et al. (2013) realizaram um estudo de acompanhamento durante 5 anos sobre as restaurações diretas de resina composta para recontorno de dentes anteriores, o resultado foi de 84,6% na taxa de sobrevivência destas restaurações, apresentando um excelente desempenho clínico. E na taxa de sobrevivência funcional foi de 100%, notando-se a facilidade de reparo destas restaurações.

Para Gadonski (2018) os fatores intrínsecos e extrínsecos podem influenciar na longevidade dos procedimentos restauradores realizados com resina composta. Os fatores intrínsecos estão associados aos próprios compósitos da resina. Os fatores extrínsecos estão relacionados as bebidas alcoólicas, nicotina, corantes e alimentos ácidos. Então, para uma maior vida da restauração estética, menor deve ser a exposição a esses fatores.

As propriedades físicas e mecânicas da resina composta é similar as estruturas dentárias, além disso, as resinas compostas apresentam ótimo custo-benefício

(OQUENDO; BREA; DAVID, 2011), sendo duráveis e estéticas, sendo restaurações fortemente aderidas a estrutura dental, principalmente quando confeccionadas em esmalte dentário (SUNDFELD et al., 2012). Nesse caso clínico a resina escolhida foi com material nanopartículadas em sua composição, por possuir alta resistência mecânica a fratura e ao desgaste, melhor brilho, menor contração de polimerização, melhor lisura, comportamento óptico favorável, melhor estabilidade de cor, além do desgaste diminuído (SOUZA et al., 2010).

Baratieri e colaboradores (2010) descreveram uma técnica para dentes que possuem alteração de cor ou algum problema de formato e/ou posição, a técnica indicava uma moldagem previa de silicona de condensação ou adição. Logo depois denominada de matriz-guia, matriz palatina ou muralha de silicona, que tem como objetivo reproduzir a face palatina das unidades dentais anteriores que apresentam contatos e guias oclusais satisfatórias, favorecendo posterior ajuste estético e funcional. Nesse caso clínico foi utilizado o guia de silicona como meio facilitador, essa guia foi obtida após o ensaio restaurador. Inúmeras são suas vantagens, além de diminuir o tempo clinico, o uso dessa técnica facilita a inserção da resina, possibilita a estratificação com diversas cores e faz com que a superfície palatina reproduzida no ensaio restaurador seja transferida facilmente ao elemento dentário conoide através da guia em posição enquanto a polimerização.

A técnica restauradora direta pode ser perfeiçoada com clareamento dental previamente às restaurações. Às técnicas de clareamento em dentes vitais apresentam vantagens de bons resultados e conservação da estrutura dentaria, porém o profissional deve escolher corretamente o agente e a técnica para o tratamento (ALENCAR et al., 2014). Para que haja o estabelecimento final da cor e a remoção de oxigênio do interior dos tecidos dentários é necessário após a finalização do clareamento, aguardar um tempo de dez a quinze dias, para que o tratamento restaurador seja executado (DURAND; JUNIOR; MAIA, 2008).

É de suma importância que o profissional tenha domínio para um adequado planejamento e execução do tratamento restaurador estético, já que no mercado há disponíveis inúmeras marcas comerciais de resinas compostas, tendo variações no matiz, croma, valor, opacidade e translucides (HOLANDA, SIMÕES, KHALILI, 2006).

5 CONCLUSÃO

A reanatomização estética dos incisivos laterais conóides possuem várias formas de tratamento e o cirurgião-dentista precisa realizar um correto diagnostico e planejamento clinico, além de respeitar os anseios e expectativas da paciente, para assim obter o sucesso no tratamento reabilitador. No presente caso clínico foi necessário a terapia estética de clareamento dental seguido por restaurações diretas de resina composta. O uso de resinas compostas diretas é um meio viável, pois tem como vantagens a ausência de desgaste dental, tempo clínico e bom custo-benefício. O ensaio restaurador é um excelente meio para prever o resultado com maior segurança na reanatomização de dentes conóides, sendo colaborador para seleção de cor e as espessuras das massas. O procedimento realizado mudou o sorriso da paciente, elevando sua autoestima e deixando-a satisfeita.

REFERÊNCIAS

ABU ARQOUN, S.H; AL-KHATEEB, S.N. Perception of facial profile attractiveness of different antero-posterior and vertical proportions. **Eur J Orthod,** v. 33, n. 1, p. 103-111, 2011.

ALENCAR, M.S et al. Reestablishment of esthetics with minimum thickness veneers: A one-year follow-up case report. **Quintessence Int**, v. 45, n. 7, p. 593-97, 2014.

ANDRADE, J.I. Reanomatização de dentes conoides: revisão de literatura. **Monografia do curso de odontologia- Centro universitário AGES**, Parapiranga, 2021.

ANGELETAKI, F. et al. Direct versus indirect inlay/onlay composite restorations in posterior teeth. A systematic review and metaanalysis. **J Dent,** v. 53, p. 12-21, 2016.

ARINELLI, A.M.D et al. Sistemas adesivos atuais. **Rev. bras. odontol**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 3, p. 242-246, 2016.

ASLAM, A et al. Layers to a beautiful smile: Composite Resin Stratification. **Pakistan Oral & Dental Journal**, v. 36, n. 2, p. 335-340, 2016.

AQUINO, A.P.T. et al. Facetas de porcelana: solução estética e funcional. **Clínica International Journal of Brazilian Dentistry**, v. 5, n. 2, p. 142-52, 2009.

ARÁUJO, I. D.T et al. Reabilitacao estética anterior com resina composta: Relato de caso. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n.1, p. 89-101, 2019.

BARATIERI, L. N. **Odontologia Restauradora: Fundamentos e técnicas**. 1 ed. São Paulo: Santos, p. 757, 2010.

BARGALE, S.D; KIRAN, S.D.P. Non- syndromic occurrence of true generalized microdontia with mandibular mesiodens – a rare case. **Bargale and Kiran Head & Face Medicine**, v. 7, n. 19, 2011.

BARROS, A. C. R. L. F. **Microdontia e opções de tratamento.** 2013. Monografia (mestre em medicina dentária) Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, 2013.

BARROSO, I.V.R; MEI, R.M.S. Reabilitação de agenesias dentárias e dente conoide-relato de caso clinico. **Interbio**, v. 8, n.2, p.60-67, 2014.

BERGOLI, C.D. et al. Fechamento de Diastema utilizando a técnica de enceramento e moldagem com silicona: acompanhamento de dois anos. **Int J Dent**, v. 8, n 3, p.167-171, 2009.

BERWANGER, C. et al. Fechamento De Diastema Com Resina Composta Direta. **Rev assoc paul cir dent**, v. 70, n. 3, p. 317- 322, 2016.

BLANCO, P.C. et al. Restauração de Dentes Conóides com Resina Indireta: Relato de Caso. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 14, n. 4, p. 257-261, 2012.

BUSATO, A.L.S. et al. Comparação de fluorescência entre resinas compostas resturadoras e a estrutura dental higida -in vivo. **Revista Odontológica de Araçatuba,** v.27, n.2, p.142-147, 2006.

BUSATO, A.L.S. Métodos de Fotopolimerização. **Stomatos,** v. 13, n. 24, p. 45-52, 2007.

CABRAL, L. et. al. Fechamento de diastemas em incisivos laterais conóides: relato de caso. **Revista Gestão e Saúde,** v.14, n. 2, p. 28-32, 2016.

CAMPOS, P. R. B. et al., Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. **Rev Odonto**, Passo Fundo, v. 20, n. 2, p.227-231, 2015.

CARDOSO, P.C. et al. Restabelecimento estético funcional com laminados cerâmicos. **ROBRAC**. v. 20, n. 52, p. 88-93, 2011.

CARDOSO, RM. et. al. Aplicação clínica das resinas de nanotecnologia. **Odontol Clin Cient,** v. 7, n.4, p. 357-62, 2008.

CORREIA, A; OLIVEIRA, M. A; SILVA, M. J. Conceitos de Estratificação nas Restaurações de Dentes Anteriores com Resinas Compostas. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial,** v. 46, n. 3, p. 171-178, 2005.

COSTA, P.X. et. al. Otimização estética em dentes conóides: Relato de caso clínico. **Revista Eletrônica da UNIVAG,** v, 7, p. 46-55, 2012.

CUNHA, C.T.C, et al. Incisivos Laterais Conóides: Otimização Estética Através do Uso de Resina Composta Direta. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde,** v. 15, n. 4, p. 307-10, 2013.

DIETSCHI, D; FAHL, N, JR. Shading concepts and layering techniques to master direct anterior composite restorations: an update. **Br Dent J**, v.221, n.12, p. 765-771, 2016.

DURAND, L.B; JUNIOR, S.N; MAIA, H.P. Recontorno cosmético e restaurações adesivas diretas para correção de desarmonias estéticas. **Clin Int J Braz Dent**., v. 4, n. 2, p. 144-52, 2008.

FRANÇA, S. Odontologia restauradora na era adesiva. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, São Paulo, v.70, n.3, 2016.

FRANCO, J. M. et. al. Reanatomização de incisivos laterais conóides: relato de caso. **Rev Odontol**, v. 10, n. 2, p.64-68, 2008.

FRESE, C et al. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a 5-year follow-up. **J Dent**, v. 41, n. 11, p. 979-85, 2013.

GADONSKI, A. P. et al. Avaliação do efeito cromático em resinas compostas nanoparticuladas submetidas a solução café. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 47, n. 3, p. 137-142, 2018.

GAIÃO, U et al. Clinical Steps for Restoration of Fractured Anterior Teeth: Color Protocol with Non-VITA Scale. **Case Rep Dent**, p.1-8 2019.

GARIB, D. G. et al. Anomalias dentárias associadas: o ortodontista decodificando a genética que rege os distúrbios de desenvolvimento dentário. **Dental Press J. Orthod**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 138-157, 2010.

GIURIATO, J.B. Estética em odontologia: Percepções de acadêmicos de odontologia e pacientes. **Dissertação (mestrado)- Programa de de pós-graduação em ciências odontológicas.** São Paulo, 2014.

HIGASHI, C. et al. **Planejamentos estéticos em dentes anteriores** p. 146, 2006.

HIRATRA, R; AMPESSAN, R.L; LIU, J. Reconstrução de Dentes Anteriores com Resinas Compostas - Uma Seqüência de Escolha e Aplicação de Resinas. **JBC-Jornal Brasileiro de clínica & estética em odontologia**, v.5, n. 25, p.15-25, 2001.

HOLANDA, D. B. V; SIMÕES, D. M. S; KHALILI, J. B. Recontorno cosmético em dentes anteriores superiores: relato de caso clínico. R. **Dental Press Estét**, v. 3, n. 1, p. 49-58, 2006.

HUA, F. et al. Prevalence of peg-shaped maxillary permanent lateral incisors: A meta-analysis. **American Journal Of Orthodontics And Dentofacial Orthopedics**, Wuhan, v. 144, n. 1, p.97-109, 2013.

KOCH, G. et al. **Tooth development and disturbances in number and shape of teeth. (Ed.). Pediatric Dentistry.** 2ªEdition. Oxford, WileyBlakwellO, p. 183-196, 2009.

KYRILLOS, M; MOREIRA, M; CALICCHIO, L. **Arquitetura do sorriso**. São Paulo: Quintessence, 2013.

LOUR, R.L; GALAZZI, D.R; MOSCON, R.M. Proporção áurea no restabelecimento de um sorriso harmonioso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.11, n. 2, p. 49-54, 2009.

MAKINO, M; NAITO, T. Direct Composite Buildup can be a Treatment Option to Improve Tooth Shape Irregularity, **J Evid Based Dent Pract**, v. 11, n. 3, p. 149- 150, 2011.

MARANHA, O.G. Revisão sistemática da literatura sobre o uso de resinas compostas. 2017. 26 f. **Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista**, Araçatuba, 2017.

MCNAMARA, L. et al. Contribuições dos tecidos duros e moles para a estética do sorriso posado em pacientes em crescimento que procuram tratamento ortodôntico. **Am J Orthod Dentofac Orthop,** v. 133, p. 491–499, 2008.

MONDELLI, J. **Estética e cosmética em clínica integrada restauradora.** 1ª ed. São Paulo: Santos, 2003.

NETTO, L.C; WERNECK, D. Resolução estética de dentes anteriores. **Revista Dentística on line,** n. 22, p. 5- 8, 2011.

NEVILLE, B. W et. al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3 ed. São Paulo: Elsevier, 2011.

OLIVEIRA, B.F; MIGUEL, J.G; MAGALHÃES, A.P.R. Restauração estética de dentes conóides associada ao recontorno gengival em paciente jovem: relato de caso. **Rev Odontol Bras Central,** v. 30, n. 89, p. 64-82, 2021.

OLIVEIRA, F. P. Vantagens e limitações do uso das lentes de contato dental: revisão de literatura. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Faculdade Maria Milza**, Bahia, 2018.

OQUENDO, A; BREA, L; DAVID, S. Diastema: Correction of excessive spaces in the esthetic zone. **Dent Clin**, v. 55, n. 2, p. 265-81, 2011.

PRABHU, R. et al. Clinical evaluation of direct composite restoration done for midline diastema closure - long-term study**. J Pharm Bioallied Sci**, v. 7, n. 2, p. 559-562, 2015.

QUINTELA, B.L.B et al. Resinas condensáveis: relato de um caso clínico. **Sitientibus**, Feira de Santana, v. 30, p. 65-172, 2004.

RODRIGUE, S. D.R, ARGOLO, S., CAVALCANTI, A., Reanatomização dental com resina composta - Relato de Caso. **Revista Bahiana de Odontologia**, v.5, n.3, p.182-192, 2014.

SÁ, T.L.T; LIMA, L. S.R; TUÑAS, I.T.C. Esthetic transformation of conoid lateral incisors with composite resin and digital planning. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 76, n.1, p.1-8,2019.

SANTOS, A.C.R; MENDES, T.O. Sistemas adesivos resinosos: uma revisão de literatura. **Trabalho de conclusão de curso odontologia- Universidade de Uberaba**, 2018.

SANTOS, A.P.P, et al. First report of bilateral supernumerary teeth associated with both primary and permanent maxillary canines. **Journal of Oral Science**, vol. 51, n. 1, p. 145-150, 2009.

SCZEPANIK, F. S. C. Abordagem restauradora estética de um incisivo lateral permanente superior portador de microdontia. **TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2010.

SILVA, J.M.F et al. Resinas compostas: estágio atual e perspectivas. **Revista Odon to,** v. 16, n. 32, p.98-104, 2008.

SILVA, S. Facetas diretas de resina composta Versus Facetas indirectas em porcelana. **Monografia para a obtenção da Especialidade em Dentística Restauradora. Florianópolis: Escola de Aperfeiçoamento Profissional-ABO-SC**, 2005.

SOARES, P.V. et al. Resinas compostas nos últimos 10 anos - revisão da literatura. Parte 6: longevidade. **J Clin Dent Res,** v 17, n. 1, p. 58-70, 2020.

SOUZA, S. J. B et al. Cirurgia Plástica Periodontal Para Correção de Sorriso Gengival Associada à Restaurações em Resina Composta: Relato de Caso Clínico. Rev. **OdontolBras Central**. v. 19, n. 51, p. 362-366, 2010.

SPEAR, F.M; KOKICH, V.G. A Multidisciplinary Approach to Esthetic Dentistry. **Dent Clin North Am**, v. 51, n. 2, p. 487-505, 2007.

SUNDFELD, R.H.; MACHADO, L.S.; OLIVEIRA, F.G.; SANTOS, E.A.; LUGATO, I.C.P.T., Conservative reconstruction of the smile by orthodontic, bleaching, and restorative procedures. **Eur J Den**t, v. 6, n. 1, p. 105-9, 2012.

TEIXEIRA, M. C. B. et. al., Transformação Estética de Dente Conóide: Relato de Caso. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 31, p.230-233, 2003.

VERONEZI, M. C. et al. Remodelação estética de dentes conoides: tratamento multidisciplinar. **Revista Digital da Academia Paraense de Odontologia**, Belém, v. 1, n. 1, p.35- 40, maio. 2017.

ZAWAWI, K.H et al. Efeito da posição dos lábios e exposição gengival no sorriso e na estética percebidos por estudantes universitários com diferentes níveis de escolaridade. **Clin Cosmet Investig Dent,** v. 5, p. 77–80, 2013.

ANEXOS

UNEF

AUTORIZAÇÃO PARA DEFESA

Declaro, a partir desta data, que eu, Mona Lisa Cordeiro Assetta da Silva autorizo a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso do (a, os, as) discente (s) Bethania Ferreira de Jesus e Joice Souza Santos, intitulado Reanomatização estética em incisivos laterais conóides através do uso de resina composta direta: relato de caso clínico produzido como requisito parcial para conclusão do curso de graduação de Odontologia desta Instituição.

Feira de Santana, 07 / 12 / 21

Mona Lisa Cordeiro Assetta da Silva
Assinatura do Orientador(a)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RELATO DE CASO

Pesquisador responsável: Dra. Mona Lisa Cordeiro Asselta da Silva

Pesquisador assistente: Bethania Ferreira de Jesus e Joice Souza Santos

Telefones de Contato: (75) 9 91292208/ (75) 992317850

Endereço:
Edifício Icone Tower. Av. Getúlio vargas, 792, 6° andar, sala 606.

A Sra Joice Souza Santos está sendo consultado (a) no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos e imagens fotográficas de seu caso clínico que se encontram em sua ficha de prontuário odontológico para finalidades científicas, apresentação em congressos ou publicação do caso em revista científica como "Relato de caso". Nosso objetivo será o de discutir as características de sua anomalia dentária (dentes conóides) em meio científico, em função das particularidades de apresentação de sua anomalia, metodologia de diagnóstico e tratamento utilizado. Com benefícios de reanatomização estética e funcionalidade dos dentes conóides. A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelos médicos assistentes e pesquisadores. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida à Sra.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer

momento poderei solicitar novas informações. Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

CONSENTIMENTO

Declaro que li e entendi a informação contida acima e que todas as dúvidas foram esclarecidas.

Desta forma, eu _____ concordo em participar deste estudo.

_____

Assinatura do voluntário

Feira de Santana-BA, ___/ ___/ _____