

Juliana de Melo Franco<sup>1</sup>  
Hellanyo Nunes Lemos<sup>2</sup>  
Guilherme de Alencar Temoteo<sup>2</sup>  
Juliana de Campos Fraga Soares Bombonatti<sup>3</sup>  
Ana Christina Bonato Figueiredo Martinelli<sup>4</sup>  
Lidiany Karla Azevedo Rodrigues<sup>5</sup>  
Sérgio Lima Santiago<sup>5</sup>  
Ranulfo Gianordoli Neto<sup>6</sup>

**Reshaping of peg-shaped lateral incisors: case report**

## **Reanatomização de incisivos laterais conóides: relato de caso**

*Abstract | To solve esthetic problems in the restorative Dentistry has become a bigger challenge as the requirement level of the patients, they search solutions to rescue the natural appearance of teeth and your compatibility with the gingival tissue, basic elements for Esthetic Dentistry. Situations left as less important in the past, in nowadays must be considered in order to the acceptance of the restorative work. The article describes a clinical case of esthetic correction of peg-shaped lateral incisors that used to contribute to a disharmonious smile.*

*Key-words | Incisor. Composite Resin. Esthetic.*

**RESUMO** | A solução de problemas estéticos na Odontologia restauradora tem se tornado um desafio cada vez maior devido ao elevado nível de exigência dos pacientes, que buscam soluções para resgatar a condição de naturalidade dos dentes e sua compatibilidade com o tecido gengival, requisitos básicos da Odontologia estética. Situações que antes passavam despercebidas, hoje são pré-requisitos para a aceitação do trabalho restaurador. Neste caso é apresentado o relato da correção estética de incisivos laterais conóides, por meio do emprego da técnica direta, com a utilização de resina composta, para a obtenção de um sorriso harmônico.

**Palavras-chave** | Incisivo. Resinas compostas. Estética.

<sup>1</sup>Mestranda em Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

<sup>2</sup>Acadêmico do Curso de Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – FFOE/UFC

<sup>3</sup>Doutora, professora da disciplina Dentística, da Universidade Paranaense– UNIPA

<sup>4</sup>Doutora, clínica privada

<sup>5</sup>Doutor, professor da Disciplina Dentística, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará- FFOE/UFC

<sup>6</sup>Doutor, professor adjunto da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

## Introdução |

O enfoque da Odontologia tradicional, que há mais de um século era restaurar dentes cariados, está mudando para o tratamento de dentes saudáveis<sup>7,8,18,14</sup>. Apesar de a Odontologia sempre ter estado ciente da importância da estética dental, recentemente, a mídia, os pacientes e um grupo bastante expressivo de profissionais têm dado maior destaque a esse ramo da profissão<sup>12,15,16</sup>. Dessa forma, alguns pacientes, apesar de se encontrarem saudáveis, do ponto de vista biológico, podem apresentar comprometimento da aparência do sorriso acarretando, muitas vezes, em variações no comportamento psicológico, desde uma leve timidez até uma introspecção total. Portanto, qualquer fator estético que interfira em suas relações pessoais ou sociais deve, sempre que possível, ser corrigido<sup>4,10,14</sup>.

Dentre os fatores que podem interferir na estética do sorriso, encontram-se as anomalias dentárias, que podem ser classificadas em anomalias de número, tamanho, estrutura e forma<sup>4,7,11,12,13,14,18,19</sup>. O incisivo lateral conóide é uma alteração de desenvolvimento relacionada com o tamanho dos dentes, classificada como microdontia isolada<sup>17,19</sup>.

Os incisivos conóides acometem cerca de 1,03% da população, incidem indistintamente em ambos os lados da arcada dentária<sup>13,14</sup>. Normalmente são unilaterais e mais comuns no gênero feminino<sup>4,14</sup>. O incisivo lateral superior mostra-se o dente mais freqüentemente afetado por essa alteração<sup>2,19</sup>.

Para a resolução desses casos, pode ser indicada a confecção de coroas totais e/ou facetas de porcelana. Apesar de seu bom resultado estético e funcional, são condutas consideradas bastante invasivas, promovendo um desgaste acentuado da estrutura dentária sadia<sup>6,13,18</sup>.

O desenvolvimento de novas técnicas e materiais restauradores utilizados para atender a essa nova demanda de mercado tem possibilitado uma ampliação nas opções de tratamento que podem melhorar a aparência natural dos dentes, de maneira simples, rápida, econômica e conservativa<sup>6,7,10,11,12,15,18</sup>.

Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo relatar o caso de um paciente com os incisivos laterais superiores com morfologia conóide, onde uma abordagem restauradora com resina composta foi empregada para remodelação estética<sup>5,14,18</sup>.

## Relato de Caso |

Paciente J.D.G.R., leucoderma, 27 anos, gênero feminino, compareceu à clínica de Dentística do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, relatando: “Tenho dois dentes pequenos que me incomodam?”. No exame clínico, foi constatada a presença de dois incisivos laterais

conóides, dentes 12 e 22 (Figura 1).

O paciente consentiu o tratamento e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido anexado ao seu prontuário.

Na primeira sessão, foi realizado o planejamento, tendo como primeiro passo a moldagem com alginato e posterior obtenção do modelo de estudo. Nessa fase, decidiu-se pela reanatomização dos laterais conóides, tornando-os dentro dos limites da proporção áurea, com o emprego da técnica do enceramento e confecção de guia de acetato para facilitar a reconstituição com resina (Figura 2).

Previamente ao procedimento restaurador, foi realizada a profilaxia com pedra-pomes e água para seleção da cor da resina. Após a escolha de cor, com o auxílio da escala Vita, pequenas porções de resina das cores escolhidas foram fotopolimerizadas por 20 segundos na superfície vestibular dos dentes, sem condicionamento prévio, para aferição da cor com os dentes úmidos. As cores escolhidas para os dentes foram A2 para esmalte e A2-O para dentina.

Posteriormente, realizou-se o isolamento absoluto com dique de borracha. Em seguida, foi feita a asperização com ponta diamantada tronco-cônica em alta rotação em todas as faces dos dentes conóides que receberiam acréscimos de resina (Figura 3).

Iniciou-se o procedimento restaurador com a aplicação do ácido fosfórico a 37% por 30 segundos (Figura 4) e tempo de lavagem de 60 segundos. O sistema adesivo – Single Bond (3M) – foi aplicado conforme as instruções do fabricante (Figura 5).

A inserção da resina composta (Charisma-Kulzer) foi feita de forma incremental e iniciada pelo incisivo lateral superior esquerdo. Primeiramente, utilizando o guia de acetato, a resina de corpo opaca foi acomodada com espátula de Thompson, para definição da largura mesiodistal dos dentes (Figuras 6 e 7). Vale ressaltar que o emprego desse artefato diminui a quantidade de excessos de resina composta durante a reconstituição da forma dentária, reduzindo os procedimentos de acabamento e, desse modo, diminuindo o tempo operatório. Usando a resina para esmalte (A2), a anatomia dentária foi complementada, restabelecendo-se o contato proximal e as ameias cervical e incisal (Figura 8). Cada incremento, de aproximadamente 2mm, foi fotopolimerizado por 40 segundos.

A seqüência operatória da restauração do incisivo lateral direito foi similar à do esquerdo. Devido ao posicionamento desse dente, foi empregado o afastador mecânico de Ivory para criação do espaço necessário para a correta devolução da forma e adequação satisfatória do perfil de emergência.

Os excessos grosseiros foram removidos com lâmina de bisturi nº 12 e tiras de lixa de papel nas proximais. O uso de brocas multilaminadas complementou o acabamento



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

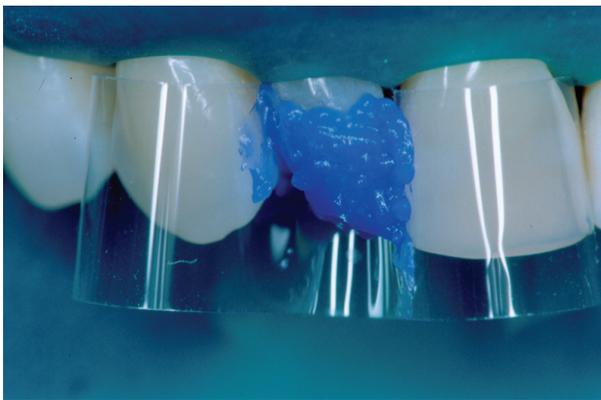


Figura 5

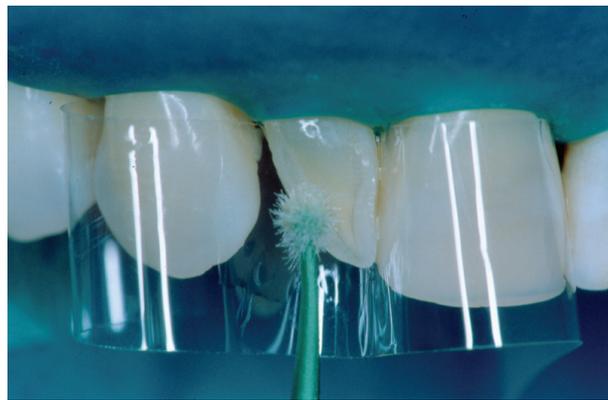


Figura 6



Figura 7



Figura 8

após o ajuste oclusal das áreas demarcadas pelo papel carbono. O polimento inicial foi realizado na mesma sessão com borrachas abrasivas de silicone – sistema Enhance (Dentsply). Após sete dias, o polimento final foi realizado com discos abrasivos de granulação fina com partículas de óxido de alumínio – Sof-lex (3M) – pasta diamantada com disco de feltro, a fim de proporcionar brilho e lisura às restaurações, de tal forma que se conseguisse um aspecto similar à textura do esmalte adjacente (Figuras 9 e 10).



Figura 9



Figura 10

## Discussão |

A Odontologia vem passando por transformações que devem atender aos conceitos de estética impostos por pacientes e cirurgiões-dentistas. Novos materiais e técnicas restauradoras são constantemente desenvolvidos de acordo com valores e exigências da sociedade<sup>1,3,6,8</sup>.

Os pacientes demonstram cada vez maior cuidado com a aparência do seu sorriso<sup>13,19</sup> e os efeitos psicológicos positivos da melhoria da aparência, freqüentemente, contribuem para aguçar a auto-estima do paciente, fazendo com que os procedimentos estéticos conservativos sejam particularmente recompensadores<sup>12,13,14</sup>. Nessas circunstâncias, o cirurgião-dentista deve ser capaz de confeccionar restaurações e reconstruções estéticas imperceptíveis que satisfaçam os anseios do paciente, pois o conceito de estética é bastante pessoal e varia de acordo com a região, época e cultura em que se vive<sup>6,7,14,16</sup>.

A Odontologia estética não é atribuição exclusiva de especialistas, também está presente na prática diária do clínico geral<sup>13</sup>. Porém, para um resultado final satisfatório, além de ser necessária habilidade técnica, alguns elementos artísticos devem ser considerados para indicação e execução do tratamento ideal, pois todo dentista deve realizar um procedimento restaurador o mais próximo possível da dentição natural<sup>9</sup>. Os procedimentos estéticos requerem observação, paciência e aplicação meticulosa das técnicas e protocolos existentes<sup>3</sup>.

Os arcos dentários e seus segmentos estão sujeitos aos

mesmos processos perceptivos como qualquer coisa que é visualizada ou percebida. Dessa forma, é importante que o clínico geral entenda os princípios visuais a fim de eliminar a confusão e o conflito de algumas regras dentárias e aplicar com confiança os princípios estéticos, reconstruindo sorrisos esteticamente agradáveis<sup>9</sup>.

Um adequado exame clínico e um bom planejamento, levando-se em conta os anseios do paciente e o seu conceito de estética, devem ser realizados previamente à seleção da técnica operatória.

Em frente a novos conceitos na Odontologia, as reanatomizações diretas em resina composta possuem algumas vantagens, quando comparadas com coroas totais ou laminados de porcelana<sup>3</sup>. O resultado é praticamente imediato, necessita de poucas sessões clínicas, economizando tempo; e o seu custo é baixo, economizando encargos com laboratório. Além disso, restaurações adesivas diretas permitem a conservação do tecido dentário e são procedimentos reversíveis, possibilitando, se necessário, optar-se por outros mais invasivos<sup>6,14,19</sup>.

## Conclusão |

O emprego de sistemas restauradores adesivos diretos é uma opção viável para a reanatomização de incisivos laterais conóides, por permitirem um procedimento altamente conservativo, com desgaste mínimo de estrutura dentária, devolvendo ao paciente a estética e a harmonia do sorriso.

## Referências |

- 1 Adept Report: esthetic treatment planning.1992.8 p.
- 2 Alvesalo L, Portin P. The inheritance pattern of missing peg-shaped, and strongly mesio-distally reduced upper lateral incisors. *Dental Aktieselskabel* 1969; 18(6): 563-75.
- 3 Aranha ACC, Marchi GM. Restaurações adesivas diretas com resinas composta para fechamento de diastemas e reconstrução de laterais conóides. *Rev Ibero-am Odontol Estet Dent* 2003; 2(8): 303-12.
- 4 Castello, RR. et al. Tratamento ortodôntico-restaurador combinado: um recurso nas alterações de forma dentária (relato de caso). *Rev Bras Odontol* 2002; 59(6): 386-9.
- 5 Heymann HO. The artistry of conservative esthetic dentistry. *J Am Dent Assoc* 1987; (Special Issue): 14-23, 1987.
- 6 Kalix AP et al. Reanatomização de dentes ântero-superiores. *Rev Bras Odontol* 2003; (1)18-20.
- 7 Mandarino F. et al. Possibilidades de resoluções clínicas oferecidas pelas técnicas de odontologia cosmética associada a materiais estéticos. *J Bras Odontol Clin* 1998; 2(10):12-5.
- 8 Mjor IA. Esthetic dentistry: the future. *Master of Esthetic Dentistry* 2000; 12(5): 281-3.
- 9 Mondelli J. Estética e cosmética em clínica integrada restauradora. São Paulo: Quintessence, 2003.
- 10 Mondelli RFL, Lopes LG. Estabelecimento da harmonia estética do sorriso associado às técnicas de clareamento e reanatomização dental para finalização de tratamento ortodôntico - relato de caso. *J Bras Clin Estet Odontol* 2000; 4(23): 84-9.
- 11 Morley J, Eubank J. Macroesthetic elements of smile design. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 39-45.
- 12 Omais S, Yassumoto M. Reanatomização e recontorno cosmético de dentes anteriores - relato de caso clínico. *J Bras Clin Odontol Int* 2001; 5(30): 499-502.
- 13 Pedrini D, Jardim OS, Poi WR. Transformação de dente conóide e fechamento de diastema em clínica geral. *Rev Faculd Odontol Lins* 2000; 12(1).
- 14 Plaza CAS, Pimenta IC, Serra MC. Transformação de dente comprometido esteticamente - conóide - utilizando-se resina composta. *Rev Bras Odontol* 1998; 55(4): 222-25.
- 15 Porto Neto ST. Transformação de dentes conóides: obtenção da forma, função e estética diretamente com resina composta. *J Bras Odontol Clin* 1998; 2(9): 33-36.
- 16 Qualtrough AJE, Burke FJT. A look at dental esthetics. *Quintessence International* 1994; 25(1): 7-14.
- 17 Regesi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clínico-patológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- 18 Silva SBA et al. Reconstrução de coroa com resina composta direta em dentes anteriores: relato de caso. *Rev Faculd Odontol Passo Fundo* 2003; 8(1):34-7.
- 19 Teixeira MCB et al. Transformação estética de dente conóide: relato de caso. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6(31): 230-3.

Correspondência para/Reprint request to:

**Sérgio Lima Santiago**

Rua: Bento Albuquerque, 685, apto 702, Cocó

Fortaleza-CE 60190-080

Fones: (85) 3249-4336 / 8824-2704 / 3366-8232

E-mail:sergiosantiago@yahoo.com