

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ARTHUR VIEIRA MENEZES**  
**KAROLINA MARTINS DE AGUIAR**

**DENTES CONÓIDES: PROPRIEDADES E REANATOMIZAÇÃO PELA  
TÉCNICA DIRETA - RELATO DE CASO**

**VOLTA REDONDA**

**2020**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**DENTES CONÓIDES: PROPRIEDADES E REANATOMIZAÇÃO PELA  
TÉCNICA DIRETA - RELATO DE CASO**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunos: Arthur Vieira Menezes

Karolina Martins de Aguiar

Orientador: Pedro Ernesto Ribeiro Carvalho

Coorientadora: Roberta Mansur Caetano

**VOLTA REDONDA**

**2020**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

M543d Menezes, Arthur Vieira

Dentes conóides: propriedades e reanatomização pela técnica direta – relato de caso. /

Arthur Vieira Menezes; Karolina Martins de Aguiar. – Volta Redonda: UniFOA, 2020.

48 p. II

Orientador (a): Pedro Ernesto Ribeiro Carvalho

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2020.

1. Odontologia - TCC. 2. Facetas. 3. Estética - reabilitação. I. Carvalho, Pedro Ernesto Ribeiro. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



## FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de conclusão do curso intitulado: “Dentes Conóides: Propriedades e Reanatomização pela técnica direta - Relato de caso”.

Elaborado por: Arthur Vieira Menezes e Karolina Martins de Aguiar

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovado em 30 de novembro de 2020.

Banca Avaliadora:

.....  
Prof.<sup>o</sup> Doutor Pedro Ernesto Ribeiro de Carvalho

.....  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Roberta Mansur Caetano

.....  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Lívia de Paula Valente Mafra

## DEDICATÓRIA

*“Dedico este trabalho à Deus por ter me dado saúde, capacidade e a oportunidade de chegar até aqui, aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. A toda minha família, meus amigos e meu namorado que sempre estiveram presentes nessa trajetória, por todo companheirismo e incentivo. Aos meus professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado, pois sem eles esse sonho não seria possível, pela atenção e dedicação e por acreditarem em nosso potencial. Muito obrigada.”*

*Karolina Martins de Aguiar*

*“Dedico este trabalho primeiramente a Deus o maior orientador da minha vida. Ele nunca me abandonou nos momentos de necessidade. Aos meus pais, irmãos, noiva, familiares e amigos que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida. Aos meus professores por serem uma constante fonte de inspiração e motivação ao longo de todo curso. Muito obrigado.”*

*Arthur Vieira Menezes*

## **AGRADECIMENTOS**

*“Primeiramente agradeço à Deus pela oportunidade de realizar e concluir esse sonho, aos meus pais pelo incentivo, pelo apoio e pela confiança depositada em mim, ao meu namorado e aos meus amigos, que estiveram sempre ao meu lado e acreditaram na minha conquista. Aos meus professores pela dedicação e por se disponibilizarem a nos ajudar, por fazerem parte dessa etapa, pois essa conquista não seria possível sem eles, a minha dupla, pela parceria e pelo companheirismo desde sempre. Muito obrigada à todos.”*

*Karolina Martins de Aguiar*

*“A Deus pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho. Aos meus pais, irmãos, que me incentivaram nos momentos difíceis. A Tainara, pessoa com quem amo partilhar a vida. Obrigado pelo carinho, paciência e por sua capacidade de me trazer a paz na correria de cada semestre. Ao professor Pedro, por ter sido meu orientador e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade. Aos meus colegas de turma, em especial a Karolina, pelo companheirismo e pela troca de experiências. A todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho. O meu muito obrigado.”*

*Arthur Vieira Menezes*

## EPÍGRAFE

*“As dificuldades não aparecem em sua vida para destruir você, mas para ajudar-lhe a perceber seu potencial oculto. Deixe que as dificuldades saibam que você também é difícil.”*

*Avul Pacir Zainulabidin Abdul Kalam*

## RESUMO

Atualmente a odontologia vem tornando-se cada vez mais estética, dessa forma, possui um grande papel no que diz respeito à autoestima e bem estar do paciente, bem como seus efeitos psicológicos. Existem diversas anomalias que podem acometer o sorriso, entre elas as que acarretam na forma e tamanho dos dentes. Os dentes conóides, ou seja, aqueles que possuem um tamanho menor que o normal em forma de cone, são um exemplo disto. Pesquisas apontam que os mesmos afetam, principalmente, incisivos laterais, gerando um grande desconforto, visto que são dentes anteriores. Com o avanço de materiais e técnicas restauradoras é possível restabelecer a anatomia desses elementos, refletindo em um sorriso mais harmônico. O objetivo deste trabalho foi apresentar por meio de um caso clínico a reanatomização de incisivo lateral conóide, utilizando a técnica direta em resina composta, proporcionando equilíbrio e funcionalidade do sorriso. O tratamento foi realizado na Clínica Integrada do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, onde após exame clínico, avaliação radiográfica, e do modelo de estudo observou-se a presença de incisivos laterais conóides, que já haviam sido tratados anteriormente com preenchimento com resina composta, porém apresentava alteração quanto a cor e a forma. Foram realizadas sessões de clareamento e em seguida a reanatomização dos incisivos na técnica de restauração direta com resina composta, utilizando enceramento diagnóstico sobre o modelo de estudo e com o auxílio de guia de silicone para a confecção de sua anatomia. Foi possível alcançar satisfação da paciente em relação ao trabalho concluído e a transformação do sorriso após a modificação do incisivo lateral conóide, recuperando a estética dos dentes e a autoestima da paciente através de uma técnica que apresentou boa durabilidade, com mínimo desgaste de estrutura dentária, com baixo custo, em menor tempo clínico, alcançando um bom resultado estético.

Palavras-chave: Facetas; Estética; Reabilitação.

## **ABSTRACT**

Nowadays dentistry is becoming more and more aesthetic, thus, it has a great role regarding the patient's self-esteem and well-being, as well as its psychological effects. There are several anomalies that can affect the smile, including those that cause the shape and size of the teeth. Conoid teeth, those with a smaller than normal size and cone shape, are examples. Researches show that they mainly affect lateral incisors, generating great discomfort, since they are anterior teeth. With the advancement of materials and restorative techniques it is possible to reestablish the anatomy of these elements, reflecting on a more harmonious smile. The objective of this work is to present, through a clinical case, the reanatomization of a conoidal lateral incisor, using the direct technique in composite resin, providing the balance and functionality of the smile. The treatment was carried out at the Integrated Clinic of the Dentistry Course of the University Center of Volta Redonda. Centro Universitário de Volta Redonda, where after clinical examination, radiographic evaluation, and study models, the presence of conoid lateral incisors was observed, which had previously been treated. With filling with composite resin, but it presented changes in color and shape. Whitening sessions were carried out and then the incisor reanatomization in the technique of direct restoration with composite resin, using diagnostic waxing on the study model and with the aid of a silicone guide for making its anatomy. It was possible to achieve patient satisfaction in relation to the completed work and the transformation of the smile after the modification of the conoidal lateral incisor, recovering the aesthetics of the teeth and the patient's self-esteem through a technique that showed good durability, with minimal wear of dental structure, with low cost, in less clinical time, achieving a good aesthetic result.

**Keywords:** Facets; Aesthetics; Rehabilitation.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 A) Lado direito; B) Vista frontal; C) lado esquerdo .....	29
Figura 2 Modelo de estudo.....	30
Figura 3 A) Confeção das moldeiras de silicone sobre o modelo; B) Plastificação do modelo de gesso com placa de silicone; C) Moldeira de silicone sobre o modelo ....	30
Figura 4 A) Primeira sessão de clareamento de consultório; B) Resultado após primeira sessão de clareamento; C) Resultado após segunda sessão de clareamento.....	31
Figura 5 Moldeiras para clareamento .....	31
Figura 6 Realização do enceramento diagnóstico sobre o modelo de gesso .....	31
Figura 7 A) Posicionamento da guia de silicone sobre o modelo; B) Confeção da guia de silicone sobre o modelo encerado; C) Modelo de estudo com guia de silicone .....	32
Figura 8 Tomada de cor dos elementos após as sessões de clareamento.....	32
Figura 9 A) Remoção da resina anterior e preparo do elemento dentário B) Condicionamento ácido.....	33
Figura 10 A) Aplicação do sistema adesivo B) Confeção da parede palatina com o auxílio da guia de silicone; C) Aplicação de resina composta na técnica de estratificação; D) Preparo do elemento dentário; E) Inserção de resina composta e confeção da parede vestibular do elemento; F) Acabamento inicial realizado logo após a restauração com disco de lixa .....	33
Figura 11 Acabamento com disco de lixa.....	34
Figura 12 Acabamento e polimento após sete dias do procedimento restaurador....	34

Figura 13 A) Aspecto final do procedimento após acabamento e polimento das restaurações; B) Aspecto final das restaurações .....34

Figura 14 Aspecto final do sorriso .....35

Figura 15 a) Aspecto inicial do sorriso; B) Aspecto final do sorriso após a aplicação das técnicas de clareamento de consultório e caseiro e a Técnica de reanatomização direta com resina composta nos incisivos laterais conóides .....35

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CoEPs	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
DSD	Digital Smile Design
et al.	E colaboradores
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A Parecer Consubstanciado do CoEPs .....	46
--	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Morfologia dos incisivos laterais superiores e a estética facial .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Anomalias dentárias .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Princípios estéticos .....</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Diagnóstico e Planejamento - Fase laboratorial.....</b>	<b>22</b>
<b>2.5 Opções de Tratamento para incisivos laterais conóides.....</b>	<b>24</b>
<b>3 RELATO DE CASO .....</b>	<b>29</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>41</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A busca pela odontologia estética vem crescendo e atualmente tem sido parte relevante do trabalho do dentista (GOULART et al., 2018).

A crescente valorização da estética do sorriso faz com que pacientes procurem cada vez mais alternativas de tratamento para modificar e melhorar a aparência do seu sorriso (BARROS, 2013).

Dentre as formas que podem interferir na estética do sorriso estão a presença de anomalias, o desequilíbrio no tamanho, na forma, cor, posição dos dentes, presença de diastemas, entre outros. Um exemplo de alteração de tamanho e forma são os dentes conóides que constituem queixas frequentes na clínica diária, afetando não apenas a estética do sorriso e da face, mas também a autoestima, o convívio social e o perfil psicológico do paciente (FRANCO et al., 2008).

Os dentes conóides são considerados microdontias isoladas, geralmente afetando os incisivos laterais superiores onde a coroa apresenta um formato de cone e a raiz um comprimento normal. A etiologia dos incisivos laterais conóides está relacionada à herança autossômica dominante, que desencadeia apenas a mineralização do lóbulo médio dos incisivos laterais (NEVILLE et al., 2016).

Incidem normalmente em ambos os lados da arcada, podendo apresentar-se também unilateralmente. Os elementos mais afetados por essa alteração geralmente são os incisivos laterais superiores, apresentando com mais frequência no gênero feminino, e sua prevalência varia de 1 a 2% na população (ALONSO; CASERIO, 2012).

Com o avanço dos materiais e técnicas restauradoras estéticas é possível restaurar a anatomia dental proporcionando ao paciente um sorriso mais harmônico. Existem diversas opções de tratamento para o fechamento dos espaços interdentais como a ortodontia, reanatomização dos dentes com laminados cerâmicos, coroas cerâmicas, facetas de porcelana, sendo estas, alternativas de excelência estética e funcionalidade, porém, são técnicas consideradas invasivas e de alto custo.

Existe também a técnica de restauração direta com resina composta (RUSCHEL et al., 2014).

As restaurações diretas com resina composta é a técnica de primeira escolha devido ao seu baixo custo e satisfatório nível de sucesso clínico quando comparadas a outras técnicas mais invasivas, e com envolvimento da fase laboratorial (VERONEZI et al., 2017), além de ser uma técnica rápida, segura e eficaz. Para aperfeiçoar a técnica direta podem ser utilizados recursos como a confecção de modelos, do enceramento de diagnóstico e a obtenção de guias de silicone (SCZEPANIK, 2010).

Ter uma compreensão sobre os fatores etiológicos é fundamental para um diagnóstico, planejamento e tratamento adequados para alcançar bons resultados, tanto estéticos, como funcionais (RUSCHEL, 2016), e cabe ao profissional dentista estar informado e apresentar a melhor opção de tratamento para cada caso clínico, sem deixar fugir as necessidades do paciente (BARROS, 2013).

O objetivo deste trabalho, mediante relato de caso clínico, foi discorrer sobre uma modalidade técnica de reanatomização de incisivos laterais conóides superiores, com a finalidade de devolver a harmonia estética do sorriso e reabilitar sua funcionalidade, além de pontuar as principais características desta anomalia de desenvolvimento.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Morfologia dos Incisivos Laterais Superiores e Estética Facial**

Atualmente, os parâmetros estéticos ditados pela sociedade têm levado os pacientes a buscar a harmonia da face e melhorar sua aparência física. A harmonia do sorriso tem grande importância na estética facial do paciente. A estética dental interage intimamente com a estética facial e a busca por tratamentos que possam solucionar problemas de forma dentária ou alteração da cor dos dentes, tem aumentado significativamente. A evolução dos materiais e técnicas odontológicas vem substituindo o conceito de odontologia restauradora por odontologia estética, e a busca pela harmonia do sorriso e da face tem sido crescente. A estética está associada a fatores sociais e culturais (FRANCO et al., 2008; PONTONS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011; NETTO; WERNECK, 2011).

O sorriso além de ser fundamental para as expressões humanas e para comunicação nas relações interpessoais, também pode apontar o bem estar físico e mental do paciente. A aparência do sorriso influencia a imagem do indivíduo e tem um forte impacto na sua vida social; ele transmite autoconfiança quando apresenta uma estética agradável, aumentando a autoestima do paciente, porém quando apresenta alterações e uma estética desfavorável, pode gerar desconforto, timidez e problemas na comunicação (SCZEPANIK, 2010; PONTONS-MELO, FURUSE, MONDELLI, 2011).

São vários fatores que interferem na estética do sorriso. A formação dos dentes pode ser influenciada por fatores gerais de variação morfológica, como a idade, sexo, raça, biotipo e características genéticas, e os incisivos laterais superiores são os dentes que apresentam maior variação morfológica, e grande prevalência de agenesia. A prevalência de incisivos laterais conóides é relatada como sendo 0,8% a 8,4% da população (FRANCO et al., 2008; SINHORI; RAUBER; BERNARDON, 2016; NEVILLE et al., 2016).

A morfologia do incisivo lateral superior é semelhante ao incisivo central superior, porém com proporções menores. Em uma vista vestibular ele apresenta

contorno em forma de trapézio, cuja base superior correspondente à cervical, é menos larga do que a borda inferior, correspondente à incisal. A largura média méso-distal da coroa é de 7,07 mm a 7,38 mm, sendo menor que a do incisivo central superior que apresenta 9,10 mm a 9,24 mm e a do canino superior de 7,90 mm a 8,06 mm. O comprimento da coroa dental é de 9,34 a 9,55 mm, sendo também menor do que incisivo central superior de 11,69 mm e canino superior de 10,83 mm (MAGNE; GALLUCCI; BELSER, 2003). Um incisivo lateral pode ser classificado como conóide quando a largura méso-distal da região cervical for maior do que a mesma largura do bordo incisal. (HUA et. al., 2013)

Essas alterações morfológicas podem ser solucionadas, porém é necessário o conhecimento da morfologia padrão do incisivo lateral superior para o sucesso na reanatomização final do elemento. (SINHORI; RAUBER; BERNARDON, 2016).

## **2.2 Anomalias Dentárias**

As anomalias dentárias representam desvios de normalidade em um elemento dentário e podem ser de origem congênita, genética ou adquirida, sendo que as anomalias de desenvolvimento podem apresentar-se tanto de forma simples, como alterações de forma e posição dos elementos, ou como alterações mais complexas (SEABRA et al., 2008), e são classificadas quanto ao número, estrutura, forma e tamanho. Estas resultam de perturbações durante a fase de morfodiferenciação no desenvolvimento dos elementos (TEIXEIRA et al., 2003; FRANCO, et al., 2008).

Muitos fatores, de origem genética e ambiental, com etiologia, ainda não totalmente conhecida, podem influenciar e causar mutações no desenvolvimento normal dos germes dentários, podendo provocar uma microdontia dos elementos (BARROS, 2013).

A formação dos elementos dentários consiste em um processo complexo que abrange eventos celulares e moleculares altamente coordenados, resultando na formação dos elementos dentários, sendo os quais, tem a sua forma, tamanho e posição definida pela proliferação, diferenciação e apoptose de diferentes populações celulares (MAFRA et al., 2013).

É necessário entender os estágios do desenvolvimento dentário para identificar as condições normais e anormais na dentição. O desenvolvimento dos elementos dentários pode ser dividido em três fases: a fase da iniciação, a morfogênese e a histogênese. Durante a fase da iniciação surgem os lugares onde serão situados o início da formação dos germes dentários, já na fase da morfogênese, a proliferação e o movimento celular irão estabelecer a forma do dente, e durante a histogênese, a diferenciação, que se inicia durante a morfogênese, ocorre para dar origem aos tecidos dentários completamente formados. O desenvolvimento dentário depende de interações do epitélio oral com o ectomesênquima, sendo mediadas pela expressão de diversos genes, e uma falha durante este processo pode levar a uma anomalia no tamanho ou na forma dos dentes, como ocorre nos dentes conóides (MAFRA et al., 2013).

Os dentes conóides são microdontias isoladas, sendo comum o incisivo lateral superior ser mais frequentemente afetados, mas pode ocorrer também em terceiros molares, apresentando uma coroa conóide sobre uma raiz de comprimento normal, onde o diâmetro méso-distal é reduzido e as superfícies proximais convergem para a borda incisal (NEVILLE et al., 2016). Apresentam maior frequência no gênero feminino e sua prevalência varia de 1 a 2% na população (ALONSO; CASERIO, 2012).

Esta condição pode envolver todos os dentes ou ser limitada a um único dente ou a um grupo de dentes, podendo ser classificada em microdontia local, microdontia generalizada relativa, quando apresenta a presença de pequenos dentes em grandes maxilares ou microdontia generalizada verdadeira, quando todos os dentes são menores do que o tamanho normal (SEABRA et al., 2008).

A microdontia local esta frequentemente associada à hipodontia e a pacientes com desordens genéticas, sendo uma alteração autossômica dominante (NEVILLE et al., 2016).

### **2.3 Princípios Estéticos**

Os princípios estéticos estão intimamente ligados à beleza e são responsáveis por direcionar a reanatomização, bem como os tratamentos de

elementos conóides. A estética é de suma importância e está correlacionada com vários fatores, entre eles, a capacidade de socialização, que influencia diretamente em comportamentos positivos ou negativos. Seu conceito pode variar também de acordo com as diferentes culturas em que o indivíduo está inserido. (HIGASHI, et al, 2006).

Por este motivo, o planejamento deverá levar em consideração os princípios estéticos, lembrando que deve ser diferenciado em cada caso, ou seja, de acordo com cada indivíduo e variação cultural. O profissional deve se ater ao que é possível ser feito, principalmente, quando se trata das pretensões e expectativas do paciente, visto que cada indivíduo tem um conceito diferente de beleza. (FARIAS, 2007).

A evolução dos materiais odontológicos aumentou a indicação de procedimentos restauradores estéticos. Nesse contexto, as resinas compostas ocuparam posição de destaque entre os materiais restauradores para dentes anteriores, pois oferecem boa previsibilidade, longevidade e possibilidade de procedimentos mais conservadores que as restaurações indiretas (PONTONS-MELO, FURUSE, MONDELLI, 2011).

É importante salientar que o dentista ao redimensionar os elementos dentais, precisa sempre seguir referências faciais, dentais, labial e gengival, para que o resultado alcance uma condição harmônica (FREDEANI, 2006). Para se obter um resultado positivo na estética do sorriso é necessário associar a harmonia de cor, forma e o equilíbrio com as características individuais de cada paciente (NETTO, WERNECK, 2011).

Alguns critérios devem ser avaliados para determinar a harmonização do sorriso do paciente. Dentre os principais, pode-se citar a saúde gengival do paciente, fechamento interdental, o eixo dental, limites e contornos gengivais, equilíbrio do triângulo gengival, o nível de contato interdental, textura de superfície, cor, borda incisal, linha baixa do sorriso, simetria do sorriso (MIYASHITA; OLIVEIRA, 2014).

Os elementos dentários são policromáticos e é fundamental ao profissional conhecer a anatomia e o comportamento óptico dos tecidos dentais, considerando a interação entre a dentina e o esmalte o que determina essa alteração de cor (NETTO; WERNECK, 2011).

Os dentes anteriores superiores, desempenham um papel dominante na estética facial porque criam a forma facial apoiando o lábio superior. Além disso, eles cortam e rasgam alimentos, são fundamentais para uma pronúncia correta e orientam a mandíbula durante o movimento excêntrico. Assim, compreender a forma e o contorno dos dentes anteriores é importante para a obtenção de resultados estéticos e funcionais (SONG et al., 2017).

Na análise facial a linha média é uma das mais importantes, pois divide a face em dois planos, passando pela glabella e filtro labial e permite uma melhor observação sobre simetria de ambos os lados da face do paciente (MENEZES et al., 2006; MONDELLI, 2006). A linha horizontal é definida a partir da linha interpupilar, a qual é transferida para as bordas incisais e para as linhas dos zênites gengivais dos incisivos e caninos. As linhas de referência horizontal e vertical são importantes para definir o posicionamento e contorno dos pares de dentes anteriores; um lado deve ser idêntico ao outro. Assim, deve ser colocado o ponto de contato entre os incisivos centrais na linha sagital mediana, a simetria deve se repetir para os incisivos laterais e caninos. Os eixos dentais tem uma inclinação para mesial no sentido coronário, devendo ser coincidentes em relação à linha media e não paralelos (MIYASHITA; OLIVEIRA, 2014).

A face pode apresentar diversos formatos e é necessário que os dentes estejam em harmonia com o formato da face de acordo com cada paciente, que pode ser classificado como: ovóide, quadrado, retangular ou triangular, e os biotipos faciais podem apresentar também três classificações de acordo com a configuração craniofacial que se diferenciam em relação ao eixo de crescimento, podendo ser dolicofacial, onde a direção de crescimento vertical será maior que a horizontal, e é considerado como uma face alongada ou comprida e estreita; o mesofacial, que é considerado o mais harmônico e equilibrado, tendo crescimento proporcional entre os diâmetros vertical e horizontal; ou o braquifacial que apresenta um crescimento mais horizontal do que vertical e possuem uma característica de face mais curta ou quadrada (SUGUINO et al., 1996).

Os lábios também possuem uma função de grande importância para estética, auxiliando a fala e atribuindo características essenciais ao sorriso, assim como as expressões faciais. É aceito como agradável uma distância de 1 a 5 mm entre os

lábios quando os mesmos estão em repouso. A linha do sorriso também contribui para a harmonia facial e o sorriso pode ser classificado em três tipos: sorriso baixo, médio e alto, de acordo com suas características. O tipo de sorriso baixo não evidencia o tecido gengival ao contrário do sorriso alto, onde uma parte da gengiva pode ficar amostra (MONDELLI, 2006; CARVALHO, 2007).

Um sorriso ideal exhibe  $\frac{3}{4}$  da altura da coroa clínica e 2mm do contorno gengival, podendo variar de acordo com o comprimento labial do paciente, comprimento maxilar vertical, comprimento da coroa anatômica dos incisivos superiores e elevação do lábio superior no sorriso. Geralmente essa exposição é menor em homens do que em mulheres. A exposição dos elementos inferiores em repouso é rara e está associada ao suporte pobre do lábio inferior (MIYASHITA; OLIVEIRA, 2014).

Assim, pode-se classificar o sorriso como baixo, quando há exposição de menos de 75% da coroa clínica dos dentes anteriores, sem exposição do tecido gengival e sorriso médio, com a exposição de 75 a 100% dos elementos anteriores, e apenas aparecendo a gengiva interproximal. O sorriso alto mostra 100% da coroa clínica dos elementos anteriores e uma faixa significativa da gengiva (TJAN; MILLER; JOSEPHINE, 1984; SHMIDSEDER, 2011; MIYASHITA; OLIVEIRA, 2014).

A estética periodontal também é muito significativa para o restabelecimento da harmonia do sorriso e precisa ser avaliado em alguns pontos. O primeiro ponto seria a saúde do periodonto. É fundamental que o periodonto esteja livre de bolsas, sangramentos e apresente uma coloração saudável (ALVARENGA, 2018).

O contorno gengival deve ser contínuo e em restaurações que envolvam a face vestibular, o zênite gengival que nos incisivos laterais se apresenta mais distalizado. A presença da papila interdentária também é de grande importância para estética e harmonia do sorriso, devendo o profissional observar a presença de retração gengival ou a hiperplasia (SCALAR, 2003), a papila interdental é fundamental para evitar retenção de alimentos entre os dentes e a formação do *black space*, que são pontos negros que comprometem a estética do paciente. O ponto de contato interdental tem seu ponto mais baixo entre os incisivos centrais e progride de forma ascendente para distal. As papilas gengivais devem medir um

terço da altura das coroas clínicas dos dentes adjacentes (SCALAR, 2003; MIYASHITA; OLIVEIRA, 2014).

Outro fator de suma importância para o profissional analisar seria quais elementos dentários ficam aparentes ao sorrir. O ideal é que ocorra uma exposição dos incisivos centrais até os primeiros pré-molares superiores, porém, em casos clínicos onde se deseja alterar a cor dos elementos na reabilitação, é necessário, também, um envolvimento maior dos dentes posteriores. Deve se levar em consideração a idade do paciente, já que a idade pode fazer com que a linha do sorriso fique invertida, devido ao desgaste da incisal dos elementos, mostrando mais os elementos inferiores. Os tipos de contornos dentais podem apontar a idade do paciente, quando observado a presença ou ausência de desgaste na incisal. O lábio inferior e as bordas incisais dos dentes superiores devem estar simétricos, formando arcos paralelos entre si. O contorno dos incisivos centrais deve apresentar-se mais comprido, proporcionando um aspecto de jovialidade ao paciente. O contorno dos ângulos incisais é mais fechado entre os incisivos centrais, se tornando mais abertos entre os centrais e laterais, e mais abertos entre estes e os caninos. A ausência desses espaços aponta um desgaste oclusal e a sua reabertura pode devolver um rejuvenescimento ao sorriso. O corredor bucal também deve ser observado, que é o espaço existente entre a vestibular dos dentes superiores e a parte interna da mucosa oral, podendo apresentar-se como um espaço normal, amplo ou ausente (RODRIGUEZ, 2000; MADEIRA, 2007; MIYASHITA; OLIVEIRA, 2014).

Deve se considerar também a proporção áurea, que define a relação ideal da largura dos elementos e proporções dentárias. O tamanho dos elementos dentários é relevante não apenas para a estética dentária, mas também para a estética facial, sendo necessário que os dentes estejam em proporção não somente uns com os outros, mas também com a face do paciente. A proporção áurea dos elementos é aplicada nos dentes anteriores na relação de 1,618 dos incisivos centrais, 1,0 dos incisivos laterais, e 0,618 dos caninos, em uma visão frontal dos elementos. Outro método para obtenção da forma harmônica dos dentes anteriores, de fácil aplicação e grande valia em reabilitações protéticas e reanatomizações, é a proporção real, apresentada por Beaudreau, onde a dimensão méso-distal dos incisivos centrais é considerada como sendo 100%, a dos incisivos laterais 75% e a dos caninos 87%.

Estas regras devem ser analisadas de acordo com cada situação clínica (CARVALHO, 2007; MIYASHITA; OLIVEIRA, 2014; KAYA et al., 2019).

A superfície vestibular dos incisivos centrais superiores pode ser dividida nas partes cervical, média e incisal. Com base na inclinação, essas três partes determinam um grau de convexidade da superfície vestibular do dente. Alguns pesquisadores propuseram medir a espessura das restaurações entre 1/3 médio e 1/3 incisal para obter a espessura adequada dos incisivos, com valores médios propostos de 2,5 a 3,5mm. (SONG et al., 2017).

Estudos relataram que características clínicas da gengiva e do formato do dente variam de acordo com a raça, região, sexo e hábitos alimentares, sendo o formato médio dos dentes e da gengiva de acordo com a raça, e é fundamental para construção de restaurações. Muitos estudos relatam que essas características são diferentes de acordo com a raça, e podem apresentar diferenças aparentes entre indivíduos dentro da mesma raça. (SONG et al., 2017).

#### **2.4 Diagnóstico e Planejamento - Fase Laboratorial**

Uma sequência de etapas é fundamental para o tratamento e para proporcionar a confecção de um trabalho individualizado a cada paciente, etapas como a execução de um exame clínico detalhado, a utilização de radiografias, fotografias e modelos de estudo (HIGASHI et al., 2006).

A realização da moldagem, confecção de modelo de estudo e o enceramento diagnóstico permite observar as estruturas dentárias e os tecidos moles, com isso o paciente terá uma pré-visualização do resultado final do trabalho, gerando uma menor margem de erros. Através dos modelos pode-se observar o posicionamento, inclinações e as formas dos elementos dentais (CONCEIÇÃO, 2005).

Existem programas como o Digital Smile Design que analisam as referências estéticas a partir do planejamento digital e auxiliam na determinação do tamanho dos dentes e das proporções dentais, levando em consideração parâmetros faciais do paciente. O DSD é um sistema prático e fácil de usar, necessitando apenas uma única consulta clínica com um fotoprotocolo odontológico e sem equipamentos específicos. Tem como objetivo auxiliar o profissional no planejamento

personalizado de grandes reabilitações estéticas, em tratamentos multidisciplinares, fornecendo uma simulação virtual do resultado final do trabalho, otimizando o tempo de tratamento e facilitando a comunicação entre o clínico, o laboratório odontológico, e o paciente (CHARAVET et al., 2019).

Através do enceramento diagnóstico tem-se previsibilidade no tratamento; a partir dele é possível executar um ensaio restaurador seguindo o mesmo padrão da anatomia natural dos elementos. É fundamental o conhecimento e habilidade do dentista para realização da forma da anatomia dental desejada pelo paciente, a qual pode ser realizada diretamente sobre o modelo com a inserção de resina composta em áreas específicas. (CALIXTO; BANDECA; ANDRADE, 2011; HIGASHI et. al., 2006).

Nos incisivos laterais conóides com grandes necessidades de aumento, ou alterações anatômicas, o enceramento inicial e utilização da guia de silicone podem ser de grande importância. É feita uma guia com silicone de condensação a partir do modelo encerado e esse guia é utilizado como barreira palatina, importante na confecção das paredes dos elementos a serem reanatomizados (HIRATA, 2011).

A utilização da matriz de silicone nos permite uma previsibilidade quanto ao tamanho e formato dos dentes, facilitando a confecção da anatomia dos elementos, em menor tempo clínico, e possibilita a estratificação da restauração em camadas de resinas com diferentes cores e propriedades (NETTO; WERNECK, 2011).

Os materiais restauradores devem ser selecionados de acordo com a estrutura anatômica que irão substituir. As resinas compostas apresentam propriedades ópticas, como fluorescência, translucidez e opalescência, o que torna possível, por meio da técnica de estratificação, a mimetização de características naturais dos dentes, e esta técnica nos permite uma reabilitação dentária de forma não invasiva, reversível, com previsibilidade de resultado e maior facilidade de manipulação (FONSECA, 2013; BARROS, 2013).

Em um estudo feito para avaliar a utilização de matriz em restaurações de resina composta, foi relatado que este procedimento clínico não requer nenhum tipo de preparo dentário, sendo uma técnica simples e não invasiva, a adesão é inteiramente sobre o esmalte, podendo ser reversível e possibilitando a utilização de

uma técnica diferente, se necessário posteriormente. É realizado em sessão única e é considerada uma técnica com quase nenhuma contraindicação. Os resultados a longo prazo, em casos realizados utilizando essa técnica clínica, mostraram-se satisfatórios (ALONSO, CASERIO, 2012).

## **2.5 Opções de Tratamento para os Incisivos Laterais Conóides**

A alternativa de tratamento mais adequada para cada paciente vai depender de diversos fatores que devem ser levados em consideração, como o grau de motivação do paciente, o diagnóstico das estruturas faciais e dentárias, os hábitos de higiene e seu nível socioeconômico. Esses são alguns fatores importantes no momento da seleção do plano de tratamento para cada paciente (CALIXTO, BANDECA, ANDRADE, 2011).

É importante ainda que o cirurgião dentista compreenda a complexidade da composição das resinas compostas, a técnica a ser utilizada e tenha uma visão multidisciplinar para diagnosticar e planejar o caso, para conseguir sucesso funcional e estético no tratamento (ARAUJO, et al., 2019).

Com a crescente procura por tratamentos estéticos, houve crescimento também nos estudos e uma evolução dos materiais e técnicas, capazes de oferecer tratamentos estéticos menos invasivos (SCZEPANIK, 2010; SHMIDSEDER, 2011).

A técnica de restauração direta com resina composta tem sido a técnica de primeira escolha por ser uma técnica conservadora, e apresentar um nível satisfatório de sucesso clínico quando comparada com outras técnicas. A confecção das restaurações com resina composta associada à matriz de silicone representa um procedimento relativamente fácil, rápido e está ao alcance de todos os profissionais. Alguns recursos podem ser utilizados para facilitar a confecção das facetas, na técnica de restaurações diretas com resina composta; como o enceramento diagnóstico, modelos de estudo e barreiras de silicone, tendo como objetivo, otimizar o tempo clínico (PEDRINI; JARDIM; POI, 2000; NETTO; WERNECK, 2011; SCZEPANIK, 2010).

Devido a sua excelente funcionalidade e longevidade, a técnica de restauração direta com resina composta tem se destacado. Ela permite ao dentista

ter o controle e avaliar todo o procedimento, desde a seleção do material até a morfologia final e, geralmente, é feito em uma única sessão, sendo uma alternativa mais conservadora. A utilização de resinas nanohíbridas e microhíbridas permite um excelente resultado final das restaurações (SHMIDSEDER, 2011; ALONSO; CASERIO, 2012; SOWMYA et al., 2017).

O emprego de materiais com diferentes graus de translucidez, o conhecimento da técnica de estratificação e de suas indicações, possibilitou o desenvolvimento restaurador que proporcionam resultados estéticos muito próximos às características naturais da estrutura dental (WOLFF et al., 2010).

Com a evolução das resinas compostas, os antigos conceitos de indicação que limitavam seu uso em diversas situações clínicas mudaram. Essa transformação pode ser atribuída a evolução das propriedades do material, como: durabilidade, resistência a carga, estética, estabilidade de cor. O desempenho clínico também rendeu resultados favoráveis. Essas qualidades permitem uma maior conservação da estrutura dentária em comparação com os materiais restauradores indiretos (PONTOS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011).

Um estudo feito por Alonso e Caserio (2012) a longo prazo, avaliando restaurações diretas com resina composta, num total de 21, todas na região anterior, utilizando restaurações diretas de resina compostas. Destas, 20 restaurações mostraram uma boa preservação das cores e 15 preservaram bem sua forma anatômica após 4,6 a 12,5 anos.

Peumans et al. (1997) estudaram restaurações de resina composta corrigindo a forma e a posição nos elementos anteriores. Eles relataram que após cinco anos, essas restaurações mantiveram uma cor perfeita em 56% dos casos, mas apenas 20% mantiveram sua forma anatômica.

Em um estudo comparando coroas metalocerâmicas com reconstruções em resina composta, concluiu-se que, embora as resinas compostas sofressem mais fraturas, elas eram reparáveis. Neste estudo, apenas uma fratura ocorreu e foi facilmente reparada, exigindo apenas a adição de resina composta à restauração existente. Os autores acreditam que os resultados em longo prazo nos casos realizados com esta técnica clínica foram satisfatórios. (ALONSO, CASERIO, 2012).

Visto a complexidade dos materiais restauradores disponíveis no mercado, é importante que o cirurgião-dentista compreenda os princípios dos sistemas adesivos e avalie as características policromáticas do dente. A idade do paciente também deve ser levada em consideração, pois com o avanço da idade, ocorre um aumento no croma, uma diminuição no valor e, provavelmente, uma mudança no matiz. Na verdade, relatam os autores, fenômenos como desgaste, descoloração adquirida ou displásica e rachaduras ou microfraturas exigirão uma abordagem individual para o trabalho restaurador (ARAUJO et al., 2019; PONTONS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011).

De acordo com Baratieri (2010) a técnica direta deve seguir alguns passos em seu desenvolvimento: o planejamento com a realização do enceramento diagnóstico, realização da profilaxia e isolamento relativo do campo operatório, inserção do fio retrator no sulco gengival; na sequência o compósito escolhido para reprodução do esmalte palatal é inserido na guia de silicone e levado de encontro ao dente e o próximo passo é a confecção do efeito óptico do halo opaco incisal.

A estratificação de cores através do uso de resinas compostas tem a finalidade de aproximar o aspecto final da restauração à anatomia natural do dente. A grande variedade de compostos permite o uso de diferentes combinações de tonalidade, matiz, translucidez e opacidade, buscando alcançar detalhes específicos que existem na dentição natural do paciente (PONTONS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011).

Em um caso relatando uma reconstrução pós-traumática de uma coroa dentária, utilizando resina composta, os tecidos dentários da coroa do dente foram tratados mecânica e quimicamente, que consistiu em uma confecção de um bisel no esmalte para aumentar a superfície de colagem, e para conseguir a transferência gradual da resina composta para a superfície do dente e facilitar o ajuste da cor. A cor da coroa do dente depende tanto da estrutura interna como da externa; é muito complexo e nunca consiste numa única tonalidade, sendo impossível realizar a reconstrução em apenas uma tonalidade de cor. (PANDURIC; GABRIC; NEGOVETIC-MANDI 2008).

Além das restaurações de resina composta, o clareamento dental vital é necessário para aprimorar o tratamento estético, onde são utilizadas duas técnicas principais, o clareamento em consultório e o clareamento caseiro, sendo um procedimento simples, seguro e incapaz de causar grandes alterações na estrutura do esmalte e da dentina (PONTONS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011).

A técnica indireta é indicada para grandes espaços e necessidade de relativa modificação da harmonia do sorriso. A técnica indireta torna-se vantajosa devido a etapa laboratorial, onde detalhes de anatomia e acabamento podem ser melhor trabalhados quando comparados a técnica direta, além de receber outros meios de polimerização adicional que aumentam a resistência mecânica e melhoram o comportamento clínico do material. Outra grande vantagem da técnica indireta é a diminuição do tempo clínico que ela proporciona, pois a maior parte do trabalho será realizada sobre um modelo (NANDINI, 2010; HIRATA et al., 2011).

A técnica de reanatomização estética com laminados cerâmicos é a opção que proporciona melhores resultados estéticos, porém sempre houve um receio na sua utilização devido ao desgaste coronário necessário para realização dos procedimentos indiretos. Com a evolução das técnicas restauradoras e dos materiais odontológicos, é possível realizar peças protéticas com preparos cada vez menos invasivos, sendo que para obter sucesso na técnica é necessário utilizar um protocolo correto para o preparo, com espessura adequada de suporte para o laminado cerâmico e um ajuste oclusal correto da peça instalada (SOUZA, 2012).

As facetas de porcelana devolvem aos dentes características do esmalte como a elasticidade, resistência à fratura, dureza e expansão térmica, e recupera as propriedades estruturais, ópticas e biomecânicas (BARATIERI et al., 2001).

As restaurações com laminados apresentam uma longa vida clínica, e possuem características importantes como estabilidade físico-química, excelente compatibilidade biológica, resistência suficiente à compressão e abrasão, excelente reprodução das propriedades ópticas da estrutura dentária, aderência ao agente de cimento e substratos dentários, e estabilidade da cor (FARIAS-NETO et al., 2015).

O aperfeiçoamento dos sistemas cerâmicos atuais, especialmente cerâmicas prensadas reforçadas com dissilicato de lítio, possibilita a reanatomização dos

elementos sem preparação. As cerâmicas de dissilicato de lítio permitem restaurações de até 0,2 mm de espessura com maior facilidade clínica e laboratorial. Devido às melhores propriedades mecânicas, essas restaurações podem ser feitas, finalizadas, testadas e cimentadas com maior segurança (FARIAS-NETO et al., 2015).

Segundo um caso relatado por Farias-Neto (2015), em paciente com incisivos laterais superiores conóide, realizou-se a reabilitação através de facetas sem, contudo, promover desgaste no dente. Foi utilizada uma impressão com silicone de adição, polivinilsiloxano, para confeccionar as restaurações de cerâmicas. Através de informações obtidas no enceramento diagnóstico e no *mock-up*, o laboratório dentário construiu facetas de cerâmica para os incisivos laterais superiores e fragmentos de cerâmica para os caninos e incisivos centrais. Todas as restaurações foram realizadas com porcelana feldspática. Antes da cimentação, as restaurações foram avaliadas quanto à adaptação e a cor do cimento adesivo. Sem nenhum preparo dentário, as cerâmicas referentes aos incisivos centrais foram cimentados ao mesmo tempo para um posicionamento mais preciso. Na segunda fase do tratamento, fragmentos de cerâmica foram confeccionados para cobrir a exposição radicular presente nos caninos superiores. O corredor bucal do lado direito foi corrigido com as facetas e realizado um desgaste no esmalte, na face distal do canino superior direito.

### 3 RELATO DE CASO

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPs) - UniFOA, com número CAAE 37107520.9.0000.5237 e aprovado em 10/08/2020 (Anexo A).

A paciente L.Q., 21 anos, do gênero feminino, compareceu a Clínica Integrada do Curso de Odontologia do UniFOA, queixando-se da aparência estética dos dentes anteriores, quanto ao formato e a coloração dos dentes, segundo relato da paciente, já tratados anteriormente porém de forma insatisfatória.

Na primeira consulta, durante a anamnese, constatou-se presença de incisivos laterais superiores com dimensões reduzidas e em formato conóide, que já haviam sido tratados anteriormente com preenchimento com resina composta de forma insatisfatória, apresentava alteração quanto à cor e foi solicitado, também, pela paciente, a manutenção da forma e do contorno das mesmas. As restaurações haviam sido confeccionadas há oito anos, justificando a decisão de sua troca. Ao exame clínico, foram constatadas duas restaurações em resina composta com descoloração nos incisivos laterais conóides, com instabilidade de cor e escurecimento do material (Figura 1 A, B, C).



Figura 1 A) Lado direito; B) Vista frontal; C) lado esquerdo.

Após o exame clínico e radiográfico dos elementos, foi proposto para esse caso sessões de clareamento de consultório e caseiro para uniformizar a cor dos elementos dentários e em seguida realizar a tomada de cor para prosseguir com a técnica de restauração direta com resina composta para a reanatomização dos incisivos conóides.

Numa segunda sessão clínica, foi realizada a moldagem da paciente em alginato Jeltrate Plus (Dentsply Sirona, Pirassununga, Brasil) para a confecção do

modelo de estudo em gesso pedra Tipo III Herodent (Coltene, Rio de Janeiro, Brasil), e a obtenção das moldeiras de silicone de ambas as arcadas, por meio de uma plastificadora a vácuo PlastVac P7 (Bio-art Equipamentos Odontológicos Ltda., São Carlos, Brasil) com placas de silicone (Bio-art Soluções Inteligentes, São Carlos, Brasil) e, assim permitir a execução do clareamento caseiro (Figura 2 e 3 A, B, C).

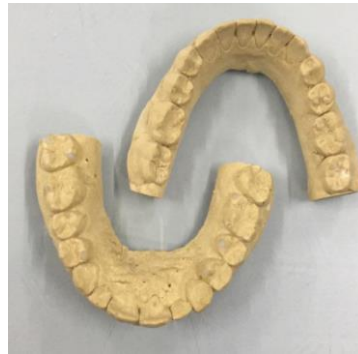


Figura 2 – Modelo de estudo

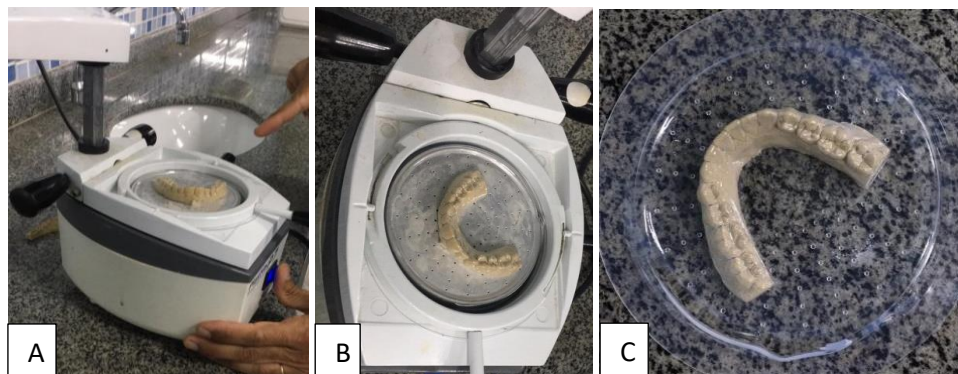


Figura 3 – A) Confeção das moldeiras de silicone sobre o modelo; B) Plastificação do modelo de gesso com placa de silicone; C) Moldeira de silicone sobre o modelo.

Na terceira consulta realizou-se a profilaxia com pedra pomes e água para a correta seleção inicial de cor dos elementos dentários, em seguida foi inserido a barreira gengival com Top Dam Blue (FGM Produtos Odontológicos, Joinville, Brasil) e realizada duas aplicações de clareamento de consultório com o agente clareador peróxido de hidrogênio a 35%, Pola Office Bulk kit (SDI, Rio de Janeiro, Brasil) (Figura 4 A, B, C).



Figura 4 – A) Primeira sessão de clareamento de consultório; B) Resultado após a primeira sessão de clareamento; C) Resultado após a segunda sessão de clareamento.

No mesmo dia, foi entregue à paciente o kit caseiro Opalescence PF 20% com o agente clareador peróxido de carbamida (Ultradent products, inc., Indaiatuba, Brasil), com as moldeiras de silicone superior e inferior e fornecida as orientações quanto a sua utilização do tratamento caseiro associado ao tratamento de consultório num período de 15 dias (Figura 5).



Figura 5 – Moldeiras para o clareamento

Enquanto isso, aguardando a fase caseira do tratamento, o modelo foi encerado, reconstruindo a anatomia dos laterais superiores, para posterior confecção de uma guia com silicone de condensação (Figura 6).



Figura 6 – Realização do enceramento diagnóstico sobre o modelo de gesso

Em seguida foi confeccionado um mock-up com silicone de condensação Speedex (Coltene, Rio de Janeiro, Brasil) e subsequente criação da guia palatina, com o objetivo de possibilitar os ajustes necessários e reproduzir fielmente a forma dos elementos anteriores conforme solicitado pela paciente (Figura 7 A, B, C).

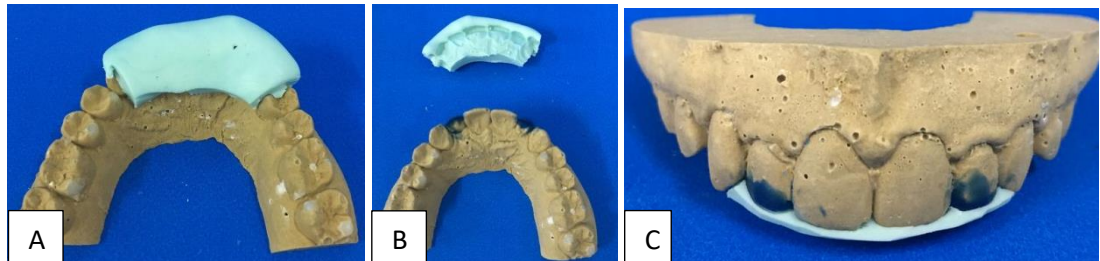


Figura 7 – A) Posicionamento da guia de silicone sobre o modelo; B) Confeção da guia de silicone sobre o modelo encerado; C) Modelo de estudo com guia de silicone.

Em uma nova consulta, após a finalização do clareamento dentário caseiro nas duas semanas pré-determinadas, foi realizada no consultório, a tomada de cor dos elementos dentários e a escolha do compósito a ser usado na restauração direta, onde foi selecionada a resina WD Z350XT (3M, Sumaré, Brasil) (Figura 8).



Figura 8 – Tomada de cor dos elementos após as sessões de clareamento

Na visita seguinte ao consultório, teve início a primeira etapa do procedimento restaurador na paciente, onde a anestesia tópica precedeu a técnica anestésica infiltrativa na região dos pré-molares, para a instalação dos grampos, diminuindo, assim, o desconforto do paciente. Posteriormente, foi realizado o isolamento absoluto do campo operatório de primeiro pré-molar superior direito até o primeiro pré-molar superior esquerdo e, em seguida, feito a remoção da resina que havia sido utilizada no tratamento anterior.

Dando continuidade ao tratamento, determinou o condicionamento dos elementos com ácido fosfórico a 37% (FGM Produtos odontológicos, Joinville, Brasil) durante 30 segundos sobre o esmalte, seguido de lavagem e secagem dos

elementos e aplicação do sistema adesivo Ambar universal, (FGM Produtos Odontológicos, Joinville, Brasil) conforme as instruções do fabricante que segue: aplicação da primeira camada numa duração de 30 segundos, com implementação de um leve jato de ar e fotoativação do material por 20 segundos; em seguida, uma segunda camada de adesivo, aplicação de um leve jato de ar e, novamente, fotoativação por 20 segundos (Figura 9 A, B).

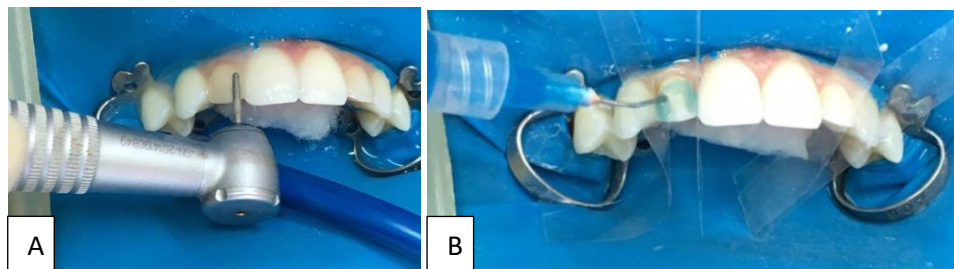


Figura 9 – A) Remoção da resina anterior e preparo do elemento dentário; B) Condicionamento ácido

Iniciou-se então a confecção da parede palatina dos incisivos laterais com resina composta utilizando a guia de silicone. A matriz de silicone foi posicionada na boca da paciente e iniciou-se a reconstrução da parede palatina dos dentes 12 e 22, com a resina WD Z350XT, servindo de suporte para inserção das outras camadas de resina, para reproduzir a dentina e o esmalte vestibular.

Posteriormente, foram aplicados incrementos de 2 milímetros de espessura da resina composta, na técnica de estratificação de cor, seguindo com fotoativação de 40 segundos a cada incremento, para a reconstrução do esmalte vestibular (Figura 10 A a F).

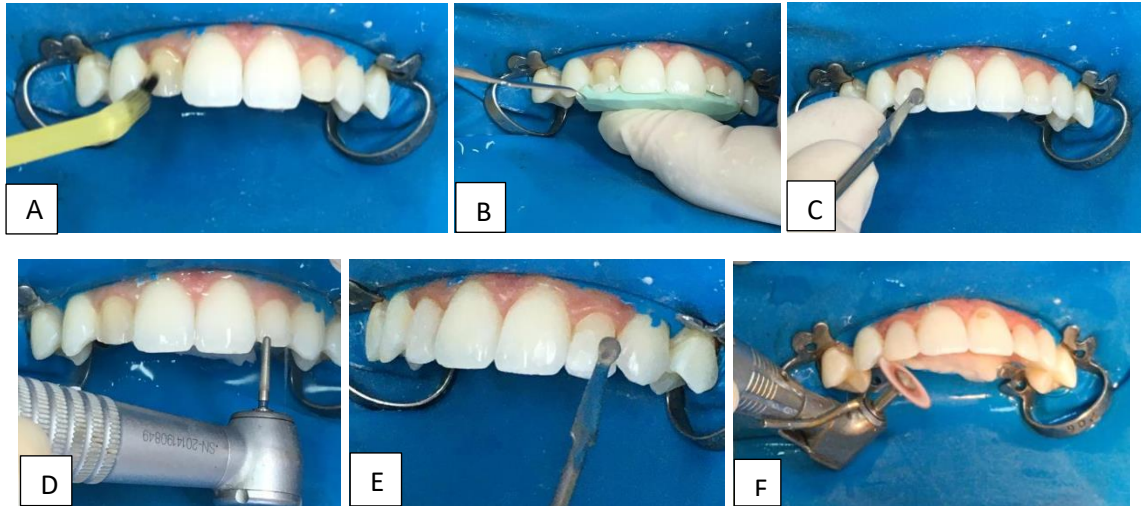


Figura 10 – A) Aplicação do sistema adesivo B) Confeção da parede palatina com o auxílio da guia de silicone; C) Aplicação de resina composta na técnica de estratificação; D) Preparo do elemento dentário; E) Inserção de resina composta e confecção da parede vestibular do elemento; F) Acabamento inicial realizado logo após a restauração com disco de lixa.



Figura 11 - Acabamento com disco de lixa

O contorno das restaurações foi reproduzido e pode ser observado na figura 12. Depois de finalizada as restaurações, os dentes foram ajustados primeiramente, com ponta diamantada de granulação fina, discos de lixa e tiras de lixa interproximais.



Figura 12 – Acabamento e polimento após sete dias do procedimento restaurador

Sete dias após o procedimento restaurador, concluiu-se o acabamento e polimento final das restaurações com discos de lixa de granulação grossa, média e fina em sequência e discos de feltro com a pasta de polimento Universal Diamond Gloss (KG Sorensen, Cotia, SP Brasil). O trabalho finalizado é visto nas figuras 13 A e B, e figura 14, após acabamento e polimento das restaurações.



Figura 13 – A) Aspecto final do procedimento após acabamento e polimento das restaurações; B) Aspecto final das restaurações



Aspecto final do sorriso



Figura 15 – A) Aspecto inicial do sorriso; B) Aspecto final do sorriso após a aplicação das técnicas de clareamento de consultório e caseiro e a Técnica de reanatomização direta com resina composta nos incisivos laterais conóides.

## 4 DISCUSSÃO

A harmonia do sorriso tem grande importância na estética facial, e tem grande influência na imagem do indivíduo, o comprometimento da estética do sorriso pode causar problemas no comportamento do paciente, na sua vida social, e em seus relacionamentos, podendo acarretar problemas de autoestima, psicológicos, funcionais entre outras disfunções como relatado (SCZEPANIK, 2010; PONTONS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011; NETTO; WERNECK, 2011). Conforme imagem do caso clínico apresentado neste trabalho, após a restauração do dente conóide, a harmonia do sorriso teve seu objetivo alcançado, em acordo com a opinião dos autores deste parágrafo.

A formação dos dentes pode ser influenciada por diversos fatores de variação morfológica e os incisivos laterais superiores são os dentes mais afetados por essa variação. (SINHORI; RAUBER; BERNARDON, 2016). A morfologia do incisivo lateral superior é semelhante ao incisivo central superior, porém com proporções menores (MAGNE; GALLUCCI; BELSER, 2003). Ele é classificado como conóide quando apresenta a largura méso-distal da região cervical maior do que a largura do bordo incisal (HUA, HE, NGAN, BOUZID, 2013; NEVILLE, et al., 2016; SINHORI; RAUBER; BERNARDON, 2016). O caso presente apresentou-se para tratamento com os incisivos laterais superiores restaurados. Em sua origem são dentes com características enumeradas por Sinhori; Rauber; Bernardon, 2016.

Se tratando da etiologia das anomalias dentárias, podem ser de origem congênita, genética ou adquirida. Apresenta de forma simples ou complexas, e são classificadas quanto ao número, estrutura, forma e tamanho (TEIXEIRA et al., 2003; SEABRA et al., 2008; MAFRA, et al. 2013). O elemento restaurado do caso clínico, apresentava-se de forma branda, o que facilitou a sua reanatomização.

Com relação à etiologia, Barros (2013), relata fatores de origem genética e ambiental, ainda desconhecida. Seabra et Al., (2008); Alonso; Caserio, (2012) e Veronezi et al., (2017) enfatizam que os dentes conóides são microdontias isoladas, sendo comum o incisivo lateral superior ser mais frequentemente afetados, podendo ocorrer também em terceiros molares. Incidem normalmente em ambos os lados da

arcada ou unilateralmente, apresentam maior frequência no gênero feminino e sua prevalência varia de 1 a 2% da população segundo Alonso; Caserio, (2012), porém outros autores relataram a prevalência do incisivo lateral conóide como sendo 0,8% a 8,4% da população (FRANCO et al., 2008; SINHORI; RAUBER; BERNARDON, 2016; NEVILLE, et al., 2016). Em concordância com a bibliografia, o gênero feminino está presente neste estudo.

No caso presente, ao ser atendida na Clínica Integrada do UniFoa, a paciente relatou já ter feito tratamento a oito anos, com resina composta. Porém os resultados obtidos não tinham sido satisfatórios. Após a anamnese, exame clínico e radiográfico constatou-se presença de incisivos laterais superiores com dimensões reduzidas e em formato conóide, que já haviam sido tratados, com preenchimento em resina composta, porém, apresentava alteração quanto à cor e foi solicitado pela paciente, a manutenção da forma e do contorno das mesmas. A dificuldade em se trabalhar com resina composta, sendo estabilidade e obtenção da cor, foram mencionadas por diversos autores (PEUMANS et al., 1997; PANDURIC; GABRIC; NEGOVETIC-MANDI, 2008; PONTONS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011).

Várias propriedades e critérios que envolvem os dentes, a face foi relatada durante a pesquisa deste trabalho e que envolve na tomada de decisão para a reanatomização de dente conóide. Além do conhecimento da anatomia e o comportamento óptico dos tecidos dentais, para redimensionar os elementos dentais, é necessário sempre se guiar por meio de referências faciais, dentais, labial e gengival (FREDEANI, 2006; NETTO, WERNECK, 2011; MIYASHITA; OLIVEIRA, 2014). A estética pode ser influenciada por diversas variáveis, como a análise facial, análise dos lábios e altura do sorriso, avaliar a saúde periodontal do paciente, o contorno gengival, zênite, corredor bucal, a proporção áurea, a forma e o contorno dos elementos. (SEGUNO et al., 1996 ; RODRIGUEZ, 2000; SCALAR, 2003; FREDEANI, 2006; MENEZES et al., 2006; MONDELLI, 2006 CARVALHO, 2007; MADEIRA, 2007; PONTONS-MELO, FURUSE, MONDELLI, 2011; NETTO, WERNECK, 2011; MIYASHITA; OLIVEIRA, 2014; SONG et al., 2017; ALVARENGA, 2018; KAYA et al., 2019).

Rodriguez et al., (2000) apontaram que o corredor bucal também é de suma importância para um sorriso natural e harmônico. Este espaço entre a vestibular dos

dentes superiores e a parte interna da mucosa oral pode ser classificada em normal, amplo ou ausente, é importante que os elementos fiquem expostos até a mesial do primeiro molar superior, porém em casos clínicos onde se deseja alterar a cor dos elementos na reabilitação, é necessário também um envolvimento maior dos dentes posteriores.

Estudos relataram que características clínicas da gengiva e do formato do dente variam de acordo com a raça, região, sexo e hábitos alimentares de cada paciente e que essas características podem apresentar diferenças aparentes entre indivíduos da mesma raça (SONG et al., 2017).

Um exame clínico detalhado, a utilização de radiografias, fotografias e modelos de estudo foram imprescindíveis para a execução do trabalho, citado também por este artigo (HIGASHI et al., 2006). Na fase laboratorial a realização da moldagem, confecção de modelo de estudo e o enceramento diagnóstico permitiu observar as estruturas, proporcionou uma pré-visualização do resultado final do trabalho, e uma menor margem de erros, relatado por este autor (CONCEIÇÃO, 2005).

O clareamento dental, também incluídos neste tratamento, pode ser necessário, segundo autores a seguir, para melhorar a estética dentária, clareando e uniformizando a cor dos demais elementos dentários, onde são utilizadas duas técnicas principais, o clareamento em consultório e o clareamento caseiro (PONTONS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011).

O enceramento diagnóstico permite ter uma previsibilidade no tratamento e a partir dele executar um ensaio restaurador seguindo o mesmo padrão da anatomia natural dos elementos (HIGASHI et. al., 2006; BARATIERI, et al. 2010; CALIXTO; BANDECA; ANDRADE, 2011). No presente caso, foi realizado sobre o modelo de estudo o enceramento diagnóstico dos incisivos laterais, de acordo com as características e necessidades da paciente, e posteriormente foi confeccionada a guia de silicone.

A utilização da matriz de silicone permite uma previsibilidade quanto ao tamanho e formato dos dentes, promovendo otimização no tempo clínico e facilitando a técnica de construção da morfologia dental e de estratificação das

resinas com diferentes cores de acordo com a estrutura dental, mimetizando características naturais dos elementos (NETTO; WERNECK, 2011; HIRATA, 2011; FONSECA, et al., 2013). Sobre o modelo encerado foi confeccionada a guia de silicone de condensação com o objetivo de possibilitar os ajustes necessários e reproduzir fielmente a forma dos elementos anteriores conforme solicitado pela paciente.

Por meio de novos estudos, a ciência tem feito grandes progressos no que tange o universo das resinas compostas, sistemas adesivos e suas técnicas de aplicação e manuseio. Tornaram-se viáveis novas metodologias mais conservadoras, que propiciam a reanatomização de um elemento dentário conóide, sem maiores desgastes, de forma direta, e em curto espaço de tempo, com um custo mais acessível alcançando a harmonia e reestruturando a função dos elementos conóides (FRANCO, et al., 2008, PEDRINI, et al. 2008).

Existem diversas formas de tratamento que podem ser utilizadas para reanatomização de incisivos laterais conóides, neste trabalho foi abordado algumas técnicas de reanatomização, como a técnica de restauração direta com resina composta, técnica de restauração indireta com resina composta, e a reanatomização utilizando laminados cerâmicos. (BARATIERI et al., 2001; SCZEPANIK, 2010; NANDINI, 2010; HIRATA et al., 2011; NETTO; WERNECK, 2011 SOUZA, 2012; FARIAS-NETO et al., 2015; RUSCHEL, et al., 2016).

A técnica de escolha utilizada neste caso foi a restauração direta com resina composta, por ser uma técnica conservadora, apresentou um nível satisfatório de sucesso clínico, utilizando materiais com propriedades que apresentam durabilidade, resistência a carga, excelente resultado estético, estabilidade de cor, e por apresentar maior conservação da estrutura dentária em um procedimento relativamente rápido e fácil, geralmente realizada em uma única sessão, tornado desnecessário etapas laboratoriais, porém sendo necessário as habilidades do profissional para o sucesso clínico das restaurações, bem como a escolha dos materiais utilizados (CONCEIÇÃO, 2007; WOLFF et al., 2010; SCZEPANIK, 2010; CALIXTO, BANDECA, ANDRADE, 2011 PONTOS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011; NETTO; WERNECK, 2011 ALONSO; CASERIO, 2012; SOWMYA et al., 2017; ARAUJO, et al., 2019). Após a tomada de cor dos elementos, foi realizada a

restauração direta com a resina composta na paciente, com o auxílio de uma matriz de silicone, foi confeccionada a parede palatina, seguindo na técnica de estratificação de cor, construindo as paredes proximais e vestibulares, concluindo o trabalho com acabamento e polimento das restaurações após sete dias do procedimento com discos de lixas e discos de feltro com pasta de polimento.

No presente caso foi possível alcançar satisfação da paciente em relação ao trabalho concluído e a transformação do sorriso após a modificação do incisivo lateral conóide. Há muitas vantagens no uso da técnica direta, contudo é importante enfatizar a importância do planejamento do tratamento, que necessita ser avaliado individualmente, considerando as peculiaridades de cada caso (CONCEIÇÃO, 2007; FARIAS, et al. 2007; PONTONS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011; ALONSO; CASERIO, 2012).

## 5 CONCLUSÃO

A reanatomização de dente conóide pode envolver além da recuperação estética do dente, também, a autoestima do paciente. Várias são as possibilidades de restauração desses elementos, e de acordo com o caso apresentado neste trabalho foi possível concluir que a técnica de reanatomização direta com resinas compostas é uma opção viável, que exige um planejamento multidisciplinar, e o conhecimento da morfologia dental assim como o conhecimento das características dos materiais, porém é possível reestabelecer a estética e funcionalidade dos incisivos laterais conóides de modo simplificado, com um procedimento altamente conservador, com ausência ou mínimo desgaste de estrutura dentária, com baixo custo, e em menor tempo clínico alcançando um resultado satisfatório quanto a estética dos elementos.

## 6 REFERÊNCIAS

- ALONSO, V.; CASERIO, M. A clinical study of direct composite full-coverage crowns: long-term results. **Operative dentistry**, Coruña, v. 37, n. 4, p. 432-441, 2012.
- ALVARENGA, D. B.; SANTANA, C. L. V.; OLIVEIRA, F. R. D. T. S.; RODRIGUES, R. D. Q. F.; RIBEIRO, R. A.; SOUSA, J. N. L. Inter-relação periodontia/dentística na correção de sorriso gengival: relato de caso clínico. **Braz J Periodontol**, Campina Grande, v. 28, n. 2, p.53-59, 2018.
- ARAÚJO, I. D. T. DE; ABRANTES, P. S.; BORGES, B. C. D.; ASSUNÇÃO, I. V. DE. Reabilitação estética anterior com resina composta: relato de caso. **Revista Ciência Plural**, Lagoa Nova, v. 5, n. 1, p. 89-101, 2019.
- BARATIERI, L. N.; JUNIOR, S. M.; ANDRADA, M. C.; VIEIRA, L. C. C.; RITTER, A. V.; CARDOSO, A. C. **Odontologia Restauradora, Fundamentos e Possibilidades**, Chile, São Paulo: Ed. Santos, 2001.
- BARATIERI, L.N. **Odontologia Restauradora: Fundamentos e técnicas**. São Paulo: Santos, 2010.
- BARROS, A.C.R.L.F. **Microdontia e opções de tratamento**. 2013. 64. f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.
- CALIXTO, L. R.; BANDECA M. C.; ANDRADE M. F. Enceramento diagnóstico-previsibilidade no tratamento estético indireto. *Revista Dental Press Estética*, Maringá, v.8, n.3, p.26-37, 2011.
- CARVALHO, B. C. F. Utilização de Imagem Digital Para Diagnóstico e Planejamento Estético. **Dental Press Estética**, Alfenas, v. 3, n. 1, 2007.
- CONCEIÇÃO, E. N.; MASOTTI, A; DILLENBURG, A; SPHOR, A; CONCEIÇÃO, A. B; STEFANI, A. **Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes**, Porto Alegre, Artmed, 2005.
- CONCEIÇÃO, E. N. **Dentística: saúde e estética**. 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 584p, 2007.
- FARIAS, B.C; GUSMÃO, E.S; FERNANDES, A.V; VALENÇA, A.S.M; MOREIRA, M.F; CIMÕES, R. Determinação dos Tipos de Sorriso. **International Journal Of Dentistry**, Recife, v.6, n. 3, p 80-3, 2 007.
- FARIAS-NETO, A; GOMES, E.M.C.F; SÁNCHEZ-AYALA, A; SÁNCHEZ-AYALA, A; Vilanova, L.S.R. Reabilitação Estética do Sorriso com Laminados de Porcelana No-Prep e Lâminas Parciais: Relatos de caso em odontologia. **Universidade Potiguar**, Natal, v.1, n.1, p 6, 2015.
- FONSECA, R.B; KASUYA, A.V.B; FAVARÃO, I.N; HONORATO, I.S.S; SANTOS, M.L; FILHO, L.C.A.Técnica de estratificação e texturização superficial de resinas

compostas em dentes anteriores – seis meses de acompanhamento. **Clínica International Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 324-332, 2013.

FRADEANI, M. Esthetic Analysis: A Systematic Approach to Prosthetic Treatment. *Esthetic Rehabilitation in Fixed Prosthodontics*. v. 1. Chicago: **Ed. Quintessence**, 2004.

FRAGA, R. C. Destística: bases biológicas e aspectos clínicos. **Destística: bases biológicas e aspectos clínicos**, Rio De Janeiro, p. 373-373, 1997.

FRANCO, J. M.; LEMOS, H.N; TEMOTEO, G. A; BOMBONATTI, J. C. F. S; MARTINELLI, A. C. B. F; RODRIGUES, L. K. A. Reanatomização de incisivos laterais conóides: relato de caso. **UFES Rev Odontol**, Espírito Santo, v. 10, n. 2, p.64–8, 2008.

GOULART, M. A; CONDESSA, A. M; HILGERT, J. B; HUGO, F. N; CELESTE, R. K. Concerns about dental aesthetics are associated with oral health related quality of life in Southern Brazilian adults. **Ciencia & saude coletiva**, Porto Alegre, v. 23, p. 3957-3964, 2018.

HIGASHI, C., GOMES, J. C., KINA, S., HIRATA, R. Odontologia Estetica - Planejamento e Técnica. **R Dental Press Estética**, Alfenas, v. 3, n. 1, p. 72-82, 2006.

HIRATA, M; KOIZUMI, H; TANOUE, N; OGINO, T; MURAKAMI M, MATSUMURA H. Influence of laboratory light sources on the wear characteristics of indirect composites. **Dent Mater J**, Uberlândia, v. 30, n.2, p.127-35, 2011.

HUA, F., HE H., NGAN P., BOUZID W. Prevalence of peg-shaped maxillary permanent lateral incisors: A meta-analysis. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, St. Louis, v.144, n.1, p. 97-109 ,2013.

KAYA, K.S; TÜRK, B. CANKATA, M; SEYHUN, N; COSKUN, B.U.C. Avaliação das medidas de análise facial pela proporção áurea. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 85, n. 4, p. 494-501, 2019.

MADEIRA, M.C. **Anatomia do Dente**. 5 ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2007.

MAFRA, R. P.; VASCONCELOS, R. G.; VASCONCELOS, M. G.; QUEIROZ, L. M. G.; BARBOZA, C. A. G. Desenvolvimento dental: aspectos morfogenéticos e relações com as anomalias dentárias do desenvolvimento. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 232, 2013.

MAGNE, P.; GALLUCCI, G. O.; BELSER, U. C. Anatomic crown width/length ratios of unworn and worn maxillary teeth in white subjects. **The Journal of prosthetic dentistry**, Geneva, v. 89, n. 5, p. 453-461, 2003.

- MENEZES F. P. F.; BARROS, C. H. O.; NORONHA, J. A. A.; MELO JÚNIOR, P. C.; CARDOSO, R. M. Avaliação Crítica do Sorriso. **International Journal of Dentistry**, Recife, v. 1, n. 1, p.14-19, 2006.
- MIYASHITA, E.; OLIVEIRA, G. G. **Odontologia estética: os desafios da clínica diária**. São Paulo: Editora Napoleão, 2014.
- MONDELLI, J. Princípios Aplicáveis aos Tratamentos Restauradores Estéticos” in: *Estética e Cosmética em clínica integrada restauradora*. **São Paulo: Editora Santos**, São Paulo, v. 6, p. 17-80, 2005.
- NANDINI S. Indirect resin composites. **J Conserv Dent**, Chennai, v.13, n.4, p.195-203, 2010.
- NETTO, L. C.; WERNECK, D. Resolução estética de dentes anteriores em única sessão com uso da matriz de silicone – Relato de caso clínico. **Revista Dentística on line**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 22, 2011.
- NEVILLE B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; CHI, A. C. *Patologia oral & maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- OLIVEIRA, R. P. **Reanatomização de incisivos laterais conóides: uma revisão de literatura**. 2019, 37p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2019.
- PANDURIC, V.; GABRIC, D.; NEGOVETIC-MANDIC, V. Reconstrução pós-traumática imediata dos incisivos superiores usando materiais de resina composta. **Traumatologia Dentária**, Zagreb, v. 24, p. 108–111, 2008.
- PEDRINI D.; JARDIM P. S.; POI, W. R. Transformação de dente conóide e fechamento de diastema em clínica geral. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins, Taubaté*, v. 12, n. 2, p. 52-6, 2000.
- PEUMANS, M; VAN MEERBEEK, B.; LAMBRECHTS, P.; VANHERLE, G. The 5-year clinical performance of direct composite additions to correct tooth form and position. **Clinical oral investigations**, Leuven, v. 1, n. 1, p. 12-18, 1997.
- RUSCHEL, V. C.; SHIBATA, S.; GRÉ, C. P.; STOLF, S. C.; MONTEIRO JÚNIOR, S. Compósitos em incisivos laterais conoides: ciência e arte. **Clínica - International Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v.12, n.1, p. 42-49, 2016.
- RODRÍGUEZ, M.; RODRÍGUEZ, M. E.; BARBERIA LEACHE, E.; DURÁN, J.; MUÑOZ, M.; VERA, V. Evolución histórica de los conceptos de belleza facial. **Revista de Ortodoncia Clínica**. p. 156-163, 2000.
- SCALAR, A. G. *Soft Tissueans Esthetic considerations in Implant Therapy*. **Quintessence Books**, USA, 2003.
- SEABRA, M.; MACHO, V.; PINTO, A.; SOARES, D.; ANDRADE, C. A importância das anomalias dentárias de desenvolvimento. **Acta Pediatrica Portuguesa**, Porto, v. 39, n. 5, p. 195-200, 2008.

SCZEPANIK, F. S. C. **Abordagem restauradora estética de um incisivo lateral permanente superior portador de microdontia**. 2010. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SHMIDSEDER, J. **Odontologia estética**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SINHORI, B. S.; RAUBER, G. B.; BERNARDON, J. K. Incisivo Lateral Superior: Buscando a Naturalidade Morfológica. **Clínica - International Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v.12, n.3, p. 252-259, 2016.

SONG, J.; LEESUNGBOK, R.; SU-JUNG, P. CHANG, S. H. AHN, S. J.; LEE, S. W.. Análise do tamanho e morfologia da coroa e formato gengival na dentição anterior superior em jovens adultos coreanos. **The Journal of advanced prosthodontics**, Republica da Coréia, v. 9, p. 315-20, 2017.

SOWMYA, K.; DWIJENDRA, K. S.; PRANITHA, V.; ROY, K. K. Esthetic Rehabilitation with Direct Composite Veneering: A Report of 2 Cases. **Case reports in dentistry**, Telangana, 2017.

SOUZA C.M., SAKAMOTO J. A.S., HIGASHI C., ANDRADE O.S., HIRATA R., GOMES J.C. Laminados cerâmicos anteriores: relato de caso clínico. **Revista Dental Press de Estética**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 70-82, 2012.

SUGUINO, R.; RAMOS, A. L.; TERADA, H. H.; FURQUIM, L. Z.; MAEDA, L.; SILVA FILHO, O. G. D. Análise Facial. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Maxilar**, Maringá, v. 1, n. 1, 1996.

TEIXEIRA, M. C. B.; MAIA, L. C.; VALENÇA, A. M. G.; MENDES, V. A. D. S. Transformação Estética de Dente Conóide: Relato de Caso. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 31, p.230-233, 2003.

TJAN, A. H. L.; MILLER, G. D.; JOSEPHINE G. P. T. Some esthetic factors in a smile. **The Journal of prosthetic dentistry**, Los Angeles, v. 51, n. 1, p. 24-28, 1984.

VERONEZI, M. C.; BRIANEZZI, L. F. F.; MODENA, K.; DE LIMA, M. S.; BERNARDI, S. E. Remodelação estética de dentes conóides - tratamento multidisciplinar. **Revista Digital APO**, Belém, v. 1, n. 1, p. 35-40, 2017.

WOLFF, D.; KRAUS, T.; SCHACH, C.; PRITSCH, M.; MENTE, J.; STAEHLE, H. J.; DING, P. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: A clinical evaluation of survival and quality parameters. **Journal of Dentistry**, Heidelberg, v. 38, n. 12, p. 1001-9, 2010.

ANEXO A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REANATOMIZAÇÃO DE INCISIVO LATERAL CONÓIDE

**Pesquisador:** Pedro Ernesto

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37107520.9.0000.5237

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO ARANHA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.268.896

#### Apresentação do Projeto:

Relato de caso de REANATOMIZAÇÃO DE INCISIVO LATERAL CONÓIDE

#### Objetivo da Pesquisa:

relato de caso de procedimento que visou Estabelecer a anatomia, a estética e a funcionalidade dos incisivos laterais conóides, e a autoestima e amor próprio do paciente, através da satisfação com o seu sorriso utilizando restauração direta com resina composta.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

foram inerentes ao processo, pois pode ocorrer infiltração na técnica mal sucedida e também a expectativa do paciente quanto ao resultado final que pode não ser satisfatório.

Benefícios:

Proporcionar melhora na auto-estima e aceitação social do paciente, melhorando sua qualidade de vida.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relato de caso.

**Endereço:** Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325  
**Bairro:** Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560  
**UF:** RJ **Município:** VOLTA REDONDA  
**Telefone:** (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 4.268.896

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Pertinentes

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela aprovação

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1610751.pdf	11/08/2020 00:34:16		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	11/08/2020 00:33:21	Pedro Ernesto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	11/08/2020 00:27:26	Pedro Ernesto	Aceito
Outros	usodeimagem.pdf	11/08/2020 00:24:39	Pedro Ernesto	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	solicitacao.pdf	11/08/2020 00:24:03	Pedro Ernesto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	11/08/2020 00:19:57	Pedro Ernesto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcl.pdf	11/08/2020 00:19:45	Pedro Ernesto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325  
**Bairro:** Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560  
**UF:** RJ **Município:** VOLTA REDONDA  
**Telefone:** (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 4.268.896

VOLTA REDONDA, 10 de Setembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Paulo Erel Alves Abrantes, nº 1325  
**Bairro:** Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços      **CEP:** 27.240-560  
**UF:** RJ      **Município:** VOLTA REDONDA  
**Telefone:** (24)3340-8400      **Fax:** (24)3340-8404      **E-mail:** coeps@foa.org.br