



Reanatomização de incisivo lateral conóide em odontopediatria: relato de caso

Diogo Silveira, Verônica Oliveira Dias, Edwaldo de Souza Barbosa Junior

Introdução

O enfoque da Odontologia tradicional que há mais de um século era restaurar dentes cariados, está mudando para o tratamento de dentes saudáveis [4, 10]. 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 [9]. Dentre os fatores que podem interferir na estética do sorriso, encontram-se as anomalias dentárias, anomalias de número, tamanho, estrutura e forma [11]. Dentes conóides são considerados na dentição normal, uma microdontia isolada, sendo o incisivo lateral superior o mais frequentemente afetado. A coroa apresenta-se sob a forma de cone e a raiz comumente com seu comprimento normal [5]. Os incisivos conóides acometem cerca de 1,03% da população, incidindo indistintamente em ambos os lados da arcada dentária [8]. Normalmente são unilaterais com uma maior prevalência em mulheres e maior incidência na dentição permanente. Essa anomalia é resultante de uma herança autossômica dominante que desencadeia a mineralização apenas do lóbulo médio dos incisivos laterais [6].

Existem várias alternativas de resolução estética e funcional para os dentes conóides. As confecções de coroas totais unitárias ou facetas de porcelana são alternativas em que a excelência estética e funcional está presente [3]. Entretanto, não são consideradas técnicas minimamente invasivas e apresentam alto custo [1]. Uma solução simples, efetiva e minimamente invasiva de tratamento dessas desarmonias de forma e tamanho dental e dos diastemas ligados aos incisivos laterais conóides, é o tratamento restaurador adesivo direto. É cada vez mais frequente os profissionais realizarem o tratamento de dentes conóides por meio da reanatomização ou plástica dental. Além de ser uma técnica dita minimamente invasiva, apresenta menor tempo de tratamento, e possibilidade de reversibilidade se necessário. No entanto, a restauração de um elemento dental só deverá ser considerada bem sucedida se obedecer a princípios mecânicos, biológicos, estéticos e funcionais; e a recuperação estética do sorriso compreende vários procedimentos que põem à prova o profissional, principalmente porque exige além de conhecimentos técnico-científicos, um senso artístico e habilidade manual a fim de reproduzir os detalhes anatômicos fundamentais para a reprodução da forma anatômica dos dentes o mais natural possível [9].

Material e métodos

A metodologia aplicada neste trabalho foi uma revisão bibliográfica com 10 artigos científicos nas bases de dados Scielo, Bireme, Google Acadêmico, utilizando como limite temporal, o período dos anos de 2002 a 2013. As palavras chaves utilizadas foram dentes conóides, reanatomização, odontopediatria, dentes anteriores com anomalia. Para realização do caso clínico, teve a participação de uma paciente de 10 anos de idade, gênero feminino, melanoderma, da clínica odontológica da UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros.

Realizou-se o exame clínico, diagnosticando a presença de um incisivo lateral permanente direito conóide (12) (Figura 1 e 2). Considerando a fase de crescimento e desenvolvimento craniofacial, o tratamento dessa paciente buscou o restabelecimento da simetria e manutenção da harmonia dos seus arcos dentários. Assim, o planejamento constituiu-se na transformação estética e funcional do dente conóide em incisivo lateral. Após o estabelecimento do plano de tratamento este foi explicado à mãe, que assinou o termo de consentimento livre e esclarecido autorizando o tratamento da paciente.

Como etapa inicial foi realizada moldagem do arco superior com material de impressão alginato (Avagel® - Dentsply) para obtenção modelo de estudo com gesso pedra (Herodent®, Coltene) (Figura 3). Sobre este, realizou-se o enceramento diagnóstico do dente 12 (Figura 4). Em seguida, confeccionou-se uma guia com silicóna de condensação (Optosil®, Heraeus) a partir do modelo de estudo encerado (Figura 5). Este por sua vez auxilia o profissional durante a restauração, pois o guia é recortado e a sua parte palatina reproduz fielmente essa face do dente, e permite delimitar precisamente a porção incisal confeccionada durante o enceramento na fase laboratorial (Figura 6).

Para a transformação estética e funcional do dente em questão foi realizada uma profilaxia prévia, seguido da seleção de cor da resina composta a ser utilizada. Um incremento de resina composta de cor compatível com o dente a ser restaurado foi inserido na face vestibular do dente conóide e fotopolimerizado por 20 segundos. Para a seleção de cor, procedeu-se a asperização do esmalte do dente conóide com broca diamantada 3195 F (KG Sorensen) em baixa rotação com uso de um adaptador e o isolamento absoluto modificado do campo operatório com aplicação de barreira



gingival (TopDam FGM). Realizou-se em seguida a prova da guia de silicone (Figura 7 e 8). O esmalte dental foi condicionado com ácido orto-fosfórico a 37% (Biodinâmica) por 30 segundos, seguido de lavagem abundante com água, fez-se a remoção do excesso de umidade com jato de ar e aplicação do adesivo (Magic Bond®, Coltene) de acordo com as recomendações do fabricante. Inicialmente um incremento de resina composta Prisma APH - A2 (Dentsply), para esmalte, foi inserido sobre a guia de silicone, na área correspondente ao esmalte palatino do elemento dental 12, e fotopolimerizado por 20 segundos. Após a reconstituição do esmalte palatino, foram inseridos incrementos de resina APH -OA2 correspondendo à dentina e fotopolimerizada por 20 segundos; e aplicação do pigmento branco opaco de cor 0,5 (Opak Angelus) para reproduzir as manchas brancas no bordo incisal e parte do terço médio com auxílio de um pincel fino nº 00/402 (Condor) e fotopolimerizado por 40 segundos. Sobre esse opaco aplicou-se uma última camada de resina para esmalte (A2) e fotopolimerizado por 20 segundos. A remoção dos excessos foi realizada com auxílio de uma lâmina de bisturi nº 12. Na sessão seguinte realizou-se o polimento final com discos de lixa Sof-Lex Pop on (3M, Espe) e kit de polimento Viking (KG, Sorensen), obtendo uma superfície lisa e brilhante (Figura 10).

Resultados e Discussão

O conceito de estética para o homem é muito subjetivo. Está relacionado à beleza e harmonia e depende de fatores sociais, culturais, psicológicos e de época, que podem mudar este conceito [3].

A integridade dos dentes e das arcadas é de importância fundamental para a manutenção da oclusão, fonética e bem estar psicoemocional dos pacientes. Cada uma dessas funções pode ser afetada pela existência de alterações nos dentes anteriores, como as causadas pelas malformações dentárias [7]. Para conseguir alcançar um resultado harmônico, lança-se mão da cosmética, que está relacionada às técnicas, materiais e cor [2, 3]. A partir de procedimentos adesivos, técnicas de clareamento dentário e remodelação cosmética, juntamente com conhecimentos de Ortodontia, Periodontia e Oclusão, é possível modificar forma, cor, tamanho e posição dos dentes [3]. Frente aos conceitos atuais de estética e aos avanços da odontologia adesiva, pode-se realizar reanatomizações dentárias de forma conservadora, sem a necessidade de preparos invasivos ou retenções adicionais. O tratamento restaurador adesivo direto representa uma solução simples, efetiva e notadamente minimamente invasiva de tratamento dessas desarmonias, além de permitir menor tempo de tratamento, o que é importante na Odontopediatria, e possibilidade reversibilidade quando necessário [7].

Conclusão

Através da utilização de resinas compostas em uma guia de sílica para restabelecer o contorno e a forma torna-se mais fácil, eficaz, com um baixo custo, resolução em menor tempo e possibilidade de reajuste posterior da restauração estética. A correta seleção da cor, contorno e textura superficial do elemento dentário, a manutenção da saúde bucal e a integridade da forma do arco são fundamentais para que se tenha o equilíbrio do sistema estomatognático, restabelecendo uma estética favorável e autoestima da criança.

Referências

- [1] BLANK, J. T. **Case selection criteria and a simplified technique for placing and finishing direct composite veneers.** *Compend Contin Educ Dent.* 2002; 13(9): 10-7.
- [2] MANDARINO F. **Cosmética em restaurações estéticas.** Disponível em http://www.forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/este_cosm/este_cosm.html, 2003.
- [3] MONDELLI, J. **Estética e cosmética em clínica integrada restauradora.** São Paulo: Quintessence, 2003.
- [4] MORLEY J.; EUBANK, J. **Macroesthetic elements of smile design.** *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 39-45.
- [5] NAKAMURA, T.; NAKAMURA, T.; OHYAMA, T.; WAKABAYASHI, K. **Ceramic restorations of anterior teeth without proximal reduction: a case report.** *Quintessence Int.* 2003; 34(10): 752-5.
- [6] NEVILLE, B. W.; ALLEN, C. M.; DAMM, D. D. **Patologia oral & maxilofacial.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 50-103.
- [7] OMAIS, S.; YASSUMOTO, L. M.; **Reanatomização e recontorno cosmético de dentes anteriores: relato de caso.** *JBC Clin Odontol Int.* 2001; 5(30): 499-502.
- [8] PEDRINI, D.; JARDIM, O. S.; POI, W. R. **Transformação de dente conóide e fechamento de diastema em clínica geral.** *Rev Unimep.* 2000; 1(2): 52-6.
- [9] PLAZA, C. A. S.; PIMENTA, I. C.; SERRA, M. C. **Transformação de dente comprometido esteticamente - conóide - utilizando-se resina composta.** *Rev Bras Odontol* 1998; 55(4): 222-25.
- [10] SILVA, S. B. A, *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.
- [11] TEIXEIRA, M. C. B.; MAIA, L. C.; VALENÇA, A. M. G.; MENDES, V. A. **Transformação estética de dentes conóides: relato de caso.** *JBP J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6(31): 230-3.



Figura 1 e 2. Dente conóide em incisivo lateral.



Figura 3 e 4. Obtenção modelo de estudo com gesso pedra e enceramento diagnóstico.

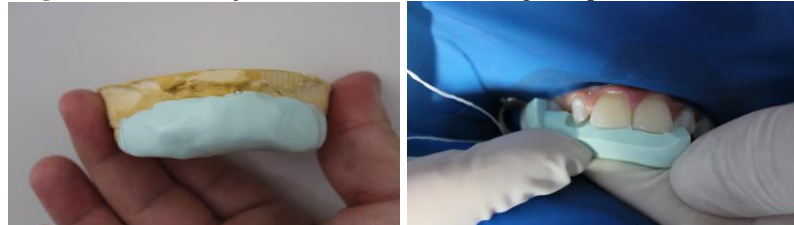


Figura 5 e 6. Confeção de uma guia com silicona de condensação a partir do modelo de estudo encerado.

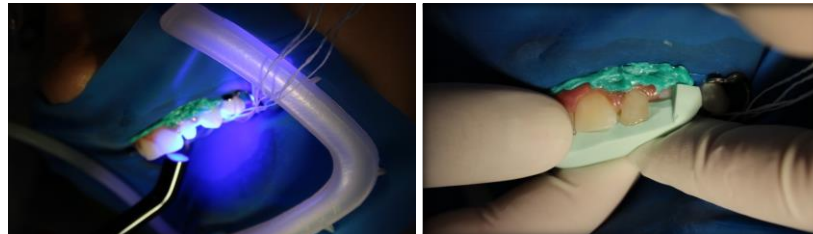


Figura 7 e 8. Confeção de resina composta.



Figura 9. Sorriso antes.

Figura 10. Sorriso depois da restauração.