

OTIMIZAÇÃO ESTÉTICA EM DENTES CONÓIDES: RELATO DE CASO CLÍNICO

Patrícia Xavier da Costa¹,
 Humberto Teles Prudente²,
 Igor Marcelo Alves Almeida²,
 Giana da Silveira Lima³
 Gisele Pedroso Moi^{4*}.

RESUMO

As discrepâncias de forma e tamanho dental são alterações comuns da dentição humana que podem interferir de forma significativa na harmonia do sorriso. Assim, o objetivo deste artigo foi relatar o caso clínico de reabilitação funcional e estética de um adolescente portador de incisivos laterais superiores conóides na dentição mista. Este procedimento minimamente invasivo além de ser passível de ajustes posteriores, permite o perfeito controle da reabilitação realizada e possibilita o restabelecimento simultâneo da estética e auto-estima do paciente.

Palavras – Chave: Dente conóide, resinas compostas; estética dentária; sorriso.

ABSTRACT

Peg-shape and size teeth alterations are common abnormalities of the human dentition and they can disharmony of the smile. Thus, the purpose of this article was to report the clinical case of esthetic rehabilitation of a teenager with peg-shape lateral incisors in the permanent dentition. This minimally invasive procedure rehabilitation permits further adjustment and presents an important psychological impact on recovery of patient's self-esteem.

Key-words: Peg-shape tooth, resin composite; dental esthetics; smile.

¹Especialista em Odontopediatria – ABO/ MT.

Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares – UNIRARAS/SP.

Professora do Curso de Especialização em Odontopediatria – ABO/MT.

Professora do Curso de Graduação em Odontologia – UNIVAG – Centro Universitário/MT

² Curso de Graduação em Odontologia – UNIVAG – Centro Universitário/MT

³Mestre em Odontologia – FO. UFPEL/RS.

Doutora em Odontologia – FO. UFPEL/RS.

Coordenadora do Curso de Odontologia do UNIVAG – Centro Universitário/MT.

⁴Especialista em Odontopediatria – ABO/ MT.

Especialista em Gerenciamento de Cidades – FAAP/SP.

Mestre em Clínicas Odontológicas – FO. UFRGS/RS.

Doutora em Odontologia – FOP. UNICAMP/SP.

Coordenadora do Curso de Especialização em Odontopediatria – ABO/MT.

Professora do Curso de Odontologia – UNIVAG – Centro Universitário/MT.

* Autor correspondente: Prof. Dra. Gisele Pedroso Moi, Avenida Dom Orlando Chaves, n.º 2.655. Bairro Cristo Rei. 78118-900 – Várzea Grande, MT – Brasil. Tel/Fax: +55-65- 36886082. e-mail: gisele.moi@univag.com.br

INTRODUÇÃO

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 [NEVILLE, 2004]. A presença de dentes conóides no segmento anterior da boca apresenta-se como um dos problemas que interferem negativamente na harmonia do sorriso [OMAIS e YASSUMOTO, 2001]. Dentes conóides são considerados, na dentição normal, uma microdontia isolada, já que na maioria das vezes o incisivo lateral superior é mais frequentemente afetado. A coroa apresenta-se sob a forma de cone e a raiz comumente com seu comprimento normal [NEVILLE, 2004].

Os dentes conóides acometem aproximadamente 8,4% da população [ALVESALO e PORTIN, 1969], sendo mais prevalente em mulheres [WU e FENG, 2005] e apresentando maior incidência na dentição permanente [OOSHIMA *et al.*, 1996] e no hemiarco superior esquerdo [KOOK, PARK e SAMEISHIMA, 2003]. Esta anomalia dentária é resultante de uma herança autossômica dominante [ALVESALO e PORTIN, 1969] que desencadeia a mineralização apenas do lóbulo médio dos incisivos laterais [MEHOTRA, SAIMBI e JHA, 1992]. Alvesalo e Portin (1969) concluíram que tanto os incisivos laterais conóides quanto as agenesias são diferentes expressões de um mesmo gene autossômico dominante.

A presença desta anomalia dentária no segmento anterior da boca apresenta-se como um dos fatores que interferem negativamente na harmonia do sorriso [SANTOS *et al.*, 2009]. Estes possuem uma significativa diminuição de massa (estrutura) dentária, principalmente no sentido méso-distal, fazendo com que estejam entre os maiores responsáveis pela presença de diastemas na região ântero-superior [MONDELLI, PEREIRA e MONDELLI, 2003]. Por serem mais estreitos que o normal é comum também que eles permitam a migração distal dos incisivos centrais superiores e conseqüentemente a formação de um diastema entre os mesmos, já que maioria das vezes não existe ponto de contato entre estes e os incisivos laterais conóides. Além disso, os incisivos laterais conóides podem ainda apresentar angulações méso-distais ou vestibulo-linguais e giroversões na tentativa de preencher o espaço interdental [BOSELLI e PASCOTTO, 2007].

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

ISSN 1980-7341

que a excelência estética e funcional está presente [NAKAMURA *et al.*, 2003]. Entretanto, não são consideradas técnicas minimamente invasivas e apresentam alto custo [BLANK, 2002]. Uma solução simples, efetiva e notavelmente minimamente invasiva de tratamento destas desarmonias de forma e tamanho dental e dos diastemas ligados aos incisivos laterais conóides, é o tratamento restaurador adesivo direto.

É cada vez mais freqüente os profissionais realizarem o tratamento de dentes conóides por meio da reanatomização ou plástica dental [TEIXEIRA, VALENÇA e MAIA, 2003]. Além de ser uma técnica dita minimamente invasiva, apresenta menor tempo de tratamento, e possibilidade reversibilidade deste se necessário [BOSELLI e PASCOTTO, 2007].

Assim, o objetivo deste artigo foi relatar o caso clínico de reabilitação funcional e estética de adolescente portador de incisivos laterais superiores conóides na dentição permanente.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente, 12 anos de idade, gênero masculino, feoderma, procurou a clínica odontológica do UNIVAG – Centro Universitário para fazer tratamento dentário. Após a realização do exame clínico e radiográfico (figuras 1A – 1B), foi diagnosticado que o paciente apresentava-se cárie inativo com gengivite, em fase de dentição mista com a presença de incisivos laterais permanentes direito e esquerdo conóides (12 e 22). Instituiu-se então, a realização prévia do tratamento periodontal seguido de acompanhamento semanal das condições gengivais. Além disso, considerando a fase de crescimento e desenvolvimento crânio-facial, o tratamento deste paciente buscou o restabelecimento da simetria e manutenção da harmonia dos seus arcos dentários. Assim, o planejamento constituiu-se também na transformação estética e funcional dos dentes conóides em incisivos laterais. Após o estabelecimento do plano de tratamento este foi explicado à mãe, que assinou o termo de consentimento livre e esclarecido autorizando o tratamento, assim como a divulgação e a publicação deste relato de caso clínico.

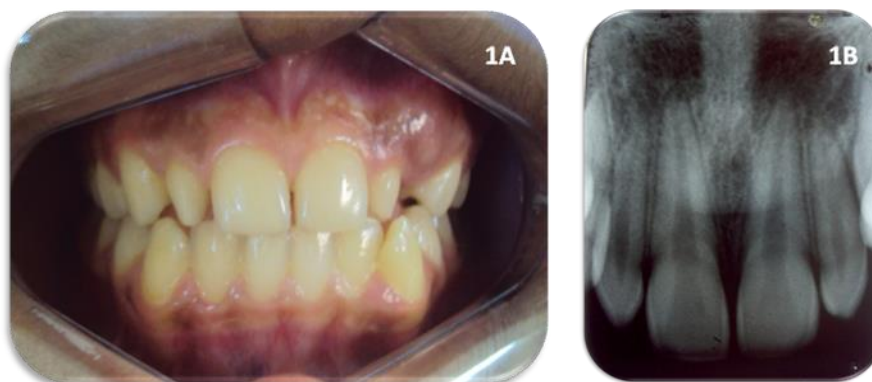


Figura 1. Aspecto clínico (A) e radiográfico (B) inicial dos dentes 12 e 22 conóides, localizados na região ântero-superior da maxila.

Foi realizada moldagem do arco superior com material de impressão alginato (Jeltrate® - Dentsply) para obtenção modelo de estudo (Durone®, Dentsply, Milford). Sobre este se realizou o enceramento diagnóstico dos dentes 12 e 22 (figuras 2A – 2B). Isso permitiu a observação e a definição da forma e contorno final da restauração. Após aprovação do paciente e seu responsável, foi confeccionado um guia de silicóna de adição (Optosil® Comfort, Heraeus) a partir do modelo de estudo encerado (figuras 2C – 2E). Este por sua vez auxilia o profissional durante a restauração, pois o guia é recortado e a parte palatina do guia reproduz fielmente essa face do dente assim como delimita precisamente a porção incisal confeccionada durante o enceramento na fase laboratorial (figura 2F).

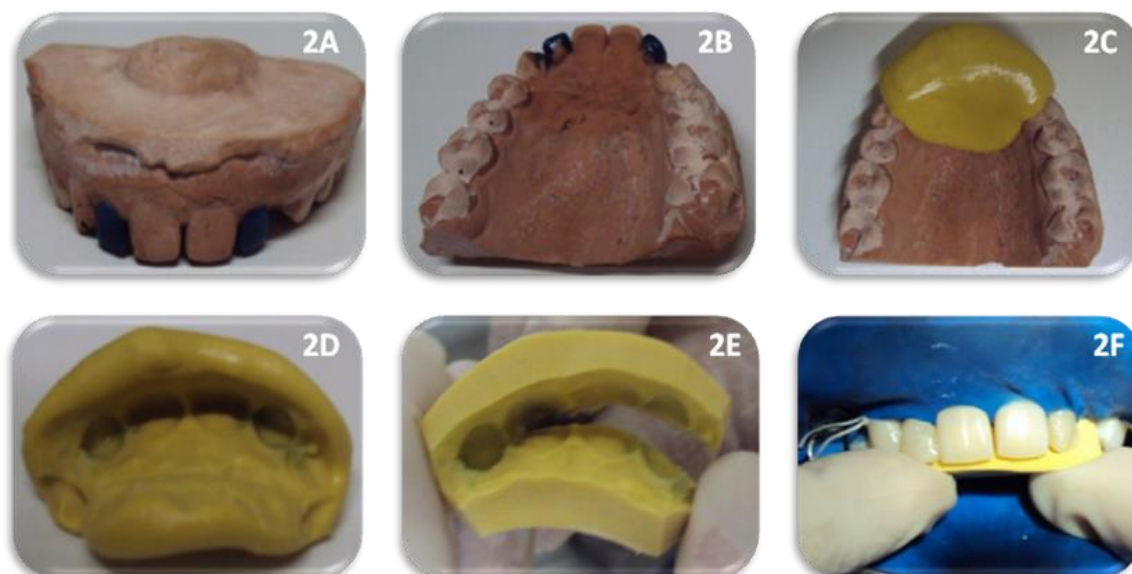


Figura 2. Enceramento diagnóstico (A e B) e confecção da guia de silicone de adição (Optosil® Comfort, Heraeus) que auxilia o profissional durante a etapa restauradora (C e D). Recorte da guia com lâmina de bisturi (E) e prova da guia (F), previamente ao procedimento restaurador.

Para a transformação estética e funcional dos dentes em questão foi realizada uma profilaxia previa, seguida da seleção de cor da resina composta a ser utilizada. Para tanto, um incremento de resina composta de cor compatível com os dentes a serem restaurados foi inserido na face vestibular dos dentes conóides e fotopolimerizado por 20 segundos. A luz do refletor foi desligada para que a cor natural dos dentes finalmente pudesse ser identificada, possibilitando assim a seleção da cor ideal de resina composta a ser utilizada. Após a seleção de cor, procedeu-se com o isolamento absoluto do campo operatório e preparo do esmalte dos dentes conóide (12 e 22) com broca diamantada 2068 (KG, Sorensen) para adequar sua anatomia no arco dental (figuras 3A e 3D), possibilitando assim seu restabelecimento funcional e estético. Em seguida, foi realizada a prova da guia de silicone de adição (Optosil® Comfort, Heraeus) nos dentes 12 e 22 (figuras 3F e 3I) para a confecção da guia palatina (FELIPE *et al.*, 2005).

O esmalte dental dos elementos conóides foi condicionado com ácido fosfórico a 35% (3M, ESPE) por 15 segundos [21] (figuras 3B e 3E), seguido de lavagem abundante com água pelo mesmo período de tempo do condicionamento (figuras 3C e 3F), remoção do excesso de umidade com auxílio de bolinha de algodão e aplicação do adesivo Single Bond (3M, ESPE), de acordo com as orientações do fabricante (figuras 3D e 3G).



Figura 3. Preparo do esmalte do dente 12 e 22 conóides com broca diamantada 2068 (KG, Sorensen) para adequar sua anatomia no arco dental, possibilitando assim seu restabelecimento anatômico, funcional e estético (3A e 3G). Condicionamento ácido 35% durante 15 segundos (3B e 3H); lavagem por 15 segundos (3C e 3I); aplicação do sistema adesivo convencional Single Bond (3M/ESPE) e polimerização, conforme as instruções do fabricante (3D – 3E e 3J – 3L); inserção de uma fina camada de resina composta Durafill VS A1-Esmalte (Heraeus, Kulzer) sobre a guia de silicone de adição, na área correspondente ao esmalte palatino (3F e 3I); para reconstruir a dentina e esmalte foram utilizados respectivamente incrementos de resina composta Durafill VS A1-Esmalte (Heraeus, Kulzer) e Tetric Ceram A1-Dentina (Ivoclar, Vivadent), sendo que cada incremento fotopolimerizado por 20 segundos (3F); aspecto final imediato da reconstrução estética-funcional após ajuste oclusal dos dentes 12 e 22 (3N – 3P).

Inicialmente um incremento de resina composta Durafill VS A1-Esmalte (Heraeus, Kulzer) foi inserido sobre a guia de silicone, na área correspondente ao esmalte palatino do elemento dental 22. A guia de silicone de adição (Optosil® Comfort, Heraeus) foi posicionada cuidadosamente, buscando-se um perfeito contato da resina com a superfície dentária possibilitando uma adequada anatomia palatina (figuras 3F e 3I). Este incremento foi então fotopolimerizado por 20 segundos. Estando o esmalte palatino reconstituído com o auxílio da guia, uma segunda camada de resina composta Tetric Ceram A1-Dentina (Ivoclar, Vivadent) foi inserida por incrementos para reconstituir a dentina artificial, sendo fotopolimerizada por 20 segundos após a inserção de cada incremento. As últimas camadas de resina composta Durafill VS A1-Esmalte (Heraeus, Kulzer) foram inseridas para reproduzir o esmalte e adaptadas sobre a estrutura dental com o auxílio de um pincel nº 2 e 3 (Brushes, Cosmedent), e posteriormente fotopolimerizadas durante 20 segundos. A remoção dos excessos foi realizada com auxílio de uma lâmina de bisturi nº 12 e com os discos de lixa Sof-Lex Pop on (3M, Espe). O mesmo protocolo restaurador foi empregado para a reanatomização funcional e estética do elemento dental 12. A relação oclusal dos dentes reconstruídos foi avaliada utilizando uma tira de carbono (Accufilm, Parkell) durante a oclusão cêntrica e movimentos látero-protusivos (figuras 3J e 3L). Na sessão seguinte realizou-se o polimento final com discos de lixa Sof-Lex Pop on (3M, Espe) e borrachas abrasivas (Enhance, Microdont), obtendo uma superfície lisa e brilhosa (figuras 4A – 4F). Ao término da transformação estética e funcional dos elementos conóides (12 e 22), o paciente foi encaminhado para avaliação ortodôntica e recebeu instruções de higiene bucal e manutenção da saúde oral.

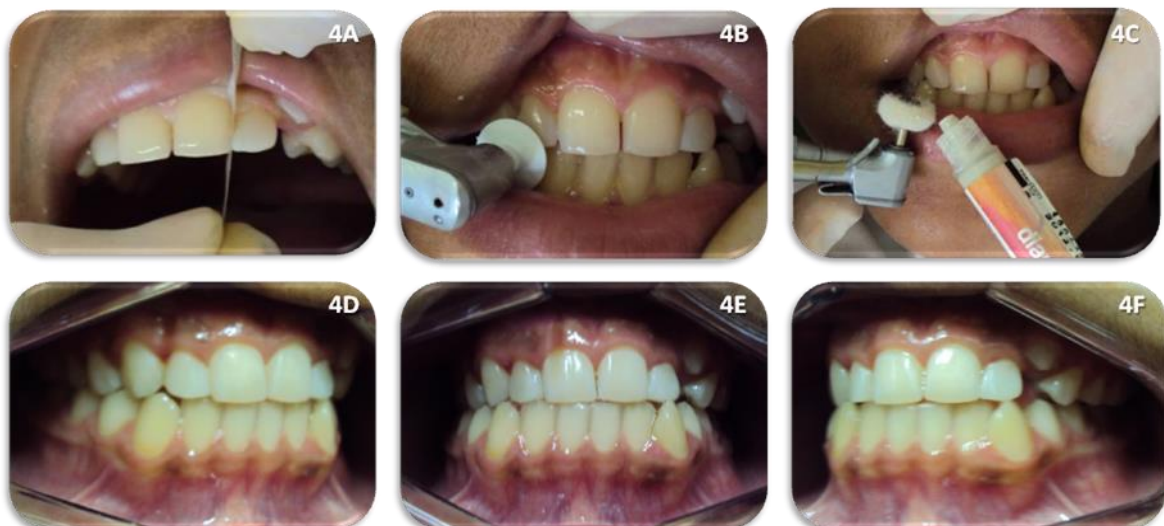


Figura 4. Aspecto clínico final dos dentes 12 e 22: vista lateral direita (4A), vista frontal (4B) e vista lateral esquerda (4C).

DISCUSSÃO

A integridade dos dentes e das arcadas é de importância fundamental para a manutenção da oclusão, estética, fonética e bem estar psicoemocional dos pacientes [MATTUELLA *et al.*, 2007] e cada uma dessas funções pode ser afetada pela existência de alterações nos dentes anteriores, como as causadas pelas malformações dentárias [OMAIIS e YASSUMOTO, 2001].

O avanço tecnológico das resinas compostas e dos sistemas adesivos permite que os profissionais utilizem cada vez mais as técnicas de mínima intervenção [MOUNT e NGO, 2000]. Assim, a transformação estética e funcional através destes materiais permite que a harmonia e forma dos elementos dentais possam ser restabelecidas [GONDO, ARAÚJO-JÚNIOR e BARATIERI, 2005]. Além disso, o uso do guia de silicone de adição [FELLIPE *et al.*, 2005] para a realização do procedimento restaurador possibilita a otimização do tempo clínico, fato que deveria ser considerado na clínica pediátrica.

Embora existam várias alternativas de resolução estética e funcional para os dentes conóides, a reanatomização dentária ou plástica dental por meio do uso desses materiais restauradores diretos permite devolver aos dentes que apresentam comprometimento estético, como os conóides, a harmonia da forma e função [PEDRINI, JARDIM e POI, 2000]. O tratamento restaurador adesivo direto representa uma solução simples, efetiva e notavelmente minimamente invasiva de tratamento destas desarmonias. Pois, além de ser uma técnica dita minimamente invasiva, apresenta menor tempo de tratamento, e possibilidade reversibilidade deste se necessário [BOSELLI e PASCOTTO, 2007].

Assim, uma boa noção de harmonia e estética aliado ao conhecimento científico da técnica a ser empregada, confere ao profissional grandes possibilidades de devolver aos dentes o seu contorno, sua cor e sua textura [HEYMANN, 1987]. Portanto, é de extrema importância também, que o profissional tenha conhecimento das propriedades físicas e mecânicas das resinas compostas e dos sistemas adesivos, a fim de associá-las à uma perfeita estética da técnica e, assim, obter a tão almejada harmonia do sorriso [OMAIIS e YASSUMOTO, 2001]. Além disso, na análise e no planejamento do tratamento estético é imprescindível que se estabeleça uma boa comunicação entre profissional, paciente e responsável, a fim de que o sucesso clínico seja alcançado. Isso faz com que os procedimentos

estéticos conservadores sejam particularmente recompensadores para o paciente [MORI e CARDOZO, 2004].

As remodelações cosméticas, utilizando-se resina direta, são alternativas econômicas, rápidas, eficientes para diversas situações e passíveis de ajustes posteriores. Possibilitando perfeito controle da reabilitação através da preservação, além de permitir a preservação do tecido dentário. O tratamento resulta em transformação imediata do sorriso, possuindo influência positiva na saúde emocional e auto-estima do paciente. Porém, deve-se sempre levar em consideração que os elementos dentários são figuras tridimensionais complexas, que se relacionam com gengiva, lábios e face. Além disso, a remodelação dentária deve ser feita segundo regras oclusais, a fim de se obter funcionalidade [HOLANDA, SIMÕES e KHALILI, 2006].

CONCLUSÃO

Apesar das diversas técnicas propostas para o tratamento dos dentes conóides, a transformação estética e funcional desses dentes irrompidos no arco dental permitiu um tratamento minimamente invasivo. As resinas compostas, com o auxílio de um guia de silicona é um meio fácil, eficaz e de baixo custo para a reanatomização dos dentes conóides. O planejamento clínico entre o profissional e o paciente é importante para o sucesso da reabilitação. Além disso, este procedimento é passível de ajustes posteriores, permitindo o perfeito controle da reabilitação realizada, e possibilita o restabelecimento simultâneo estético-funcional e da auto-estima do adolescente. Entretanto, o tratamento não deve se limitar exclusivamente à técnica restauradora. Sendo fundamental a manutenção da saúde bucal e da integridade da forma do arco, para que se tenha equilíbrio do sistema estomatognático, assim também como uma estética favorável.

REFERÊNCIAS

- ALVESALO L, PORTIN P. *The inheritance pattern of missing, peg-shaped and strongly mesio-distally reduced upper lateral incisor*. Acta Odontol Scand. 1969; 27(3):563-573.
- BLANK JT. CASE SELECTION CRITERIA AND A SIMPLIFIED TECHNIQUE FOR PLACING AND FINISHING DIRECT COMPOSITE VENEERS. Compend Contin Educ Dent. 2002; 13(9): 10-17.
- BOSELLI G, PASCOTTO RC. Incisivos Laterais Conóides: Diagnóstico, Planejamento e Tratamento Restaurador Direto. R Dental Press Estét. 2007; 4(2):111-117.

ISSN 1980-7341

- FELLIPE LA, MONTEIRO-JÚNIOR S; DE ANDRADA CA, CERQUEIRA A, RITTER AV. *Clinical strategies for sucess in proximoincisoral composite restorations. part II: application techinique.* J Esthete Restor Dent. 2005;17(1):11-21.
- GONDO R, ARAUJO-JÚNIOR EM, BARATIERI LN. *Restaurações diretas de resina composta em dentes anteriores fraturados.* Int J B Dent.2005; 1(1):20-28.
- HEYMANN HO. *The artistry of conservative esthetic dentistry.* J. Am. Dent. Assoc. 1987; spec. 14E-23E.
- HOLANDA DBV, SIMÕES DMS E KHALILI JB. *Recontorno cosmético em dentes anteriores superiores: relato de caso clínico.* R Dental Press Estét. 2006; 3(1): 49-58.
- KOOK YA, PARK S, SAMESHIMA GT. *Peg-shaped and small lateral incisors not at higher risk for root resorption.* Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2003; 123(3):253-258.
- MATTUELLA LGM, FRASCA LCF, BERNARDI L, MOI GP, FOSSATI ACM, ARAUJO FB. *Tooth Supported Prosthetic Rehabilitation in a 5-year-old Child with Early Childhood Caries.* J Clin Pediatr Dent. 2007;31(3):173-176.
- MEHOTRA KK, SAIMBI CS, JHA T. *Microdontic maxillary lateral incisor: Case report.* J. Clin. Ped. Dent.1992; 16:19-28.
- MONDELLI JJ, PEREIRA MA, MONDELLI RFL. *Etiologia e tratamento dos diastemas dentários.* Biodonto. 2003; 3(1): 11-111.
- MORI AT, CARDOZO HF. *Expectativas com relação aos resultados estéticos nos tratamentos odontológicos.* Rev Paulista de Odontol. 2004; 26(2): 12-16.
- MOUNT GJ, NGO H. *Minimal intervention: a new concept for operative dentistry.* Quintessence Int. 2000; 31:527-33.
- NAKAMURA T, NAKAMURA T, OHYAMA T, WAKABAYASHI K. *Ceramic restorations of anterior teeth without proximal reduction: a case report.* Quintessence Int. 2003; 34(10): 752-725.
- NEVILLE BW. *Anomalias dentárias.* In: Allen CM, Damm DD, Neville BW. Patologia oral e maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 50-103.
- OMAIS S, YASSUMOTO LM. *Reanatomização e recontorno cosmético de dentes anteriores: relato de caso.* JBC Clin Odontol Int. 2001; 5(30): 499-502.
- OOSHIMA T, ISHIDA R, MISHIMA K, SOBUE S. *The prevalence of developmental anomalies of teeth and their association with tooth size in the primary and permanent dentitions of 1650 Japanese children.* Int J Paediatr Dent. 1996; 6(2):87-94.
- PEDRINI D, JARDIM OS, POI WR. *Transformação de dente conóide e fechamento de diastema em clínica geral.* Rev Unimep. 2000; 1(2): 52-56.
- SANTOS APP, AMMARI MM, MOLITERNO LFM, CAPELLI-JÚNIOR J. *First report of bilateral supernumerary teeth associated with both primary and permanent maxillary canines.* J Oral Sci. 2009; 51(1):145-50.
- TEIXEIRA MCB, VALENÇA AMG, MAIA LC. *Transformação estética de dente conóide: relato de caso.* JBP J Bras Odontop. 2003; 6(31): 230-233.
- VAN MEERBEEK B, PEUMANS M, VERSCHUEREN M, GLADYS S, BRAEM M, LAMBRECHTS P, VANHERLE G. *Clinical status of ten dentin adhesive systems.* J Dent Res. 1994; 73(11):1690-1702.
- WU H, FENG HL. *A survey of number and morphology anomalies in permanent teeth of 6453 youths between 17 to 21 years old.* Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2005; 40(6):489-490.