

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DENTÍSTICA**

**CARIN CRISTIANE MEYER DA SILVA**

**FACETA DE RESINA COMPOSTA COMO ALTERNATIVA ESTÉTICA EM  
DENTE COM ALTERAÇÃO DE FORMA PELA PRESENÇA DE CÚSPIDE  
TALÃO: RELATO DE CASO**

**PORTO ALEGRE  
2011**

CARIN CRISTIANE MEYER DA SILVA

**FACETA DE RESINA COMPOSTA COMO ALTERNATIVA ESTÉTICA EM  
DENTE COM ALTERAÇÃO DE FORMA PELA PRESENÇA DE CÚSPIDE  
TALÃO: RELATO DE CASO**

*RESIN COMPOSITE VENEER LIKE AESTHETIC ALTERNATIVE IN TOOTH WITH CHANGE FORM  
BY THE PRESENCE OF TALON CUSP: CASE REPORT*

TRABALHO  
APRESENTADO À FACULDADE  
DE ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO  
GRANDE DO SUL COMO  
REQUISITO BÁSICO PARA A  
CONCLUSÃO DO CURSO DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM  
DENTÍSTICA. ESTE TRABALHO  
ESTÁ DE ACORDO COM AS  
NORMAS DA REVISTA ESTÉTICA  
PARA FUTURA PUBLICAÇÃO.

**ORIENTADOR:** PROF. AURÉLIO SALAVERY

PORTO ALEGRE  
2011

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer aos professores da especialização de dentística em especial aos professores Juliana, Aurélio e Rafael por passarem seus conhecimentos que hoje contribuem para que eu possa dar mais esse passo em minha caminhada. Obrigada pelo auxílio, incentivo e amizade!

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho aos meus pais pela educação que me deram. Ao meu marido Ricardo e aos meus filhos Lucas e Gustavo pela compreensão que sempre tiveram pelos momentos que me ausentei da companhia deles para atingir minha meta e por estarem sempre ao meu lado me apoiando e acreditando em meu trabalho. Amo vocês!

## **RESUMO**

Este trabalho relata a presença de uma cúspide talão na palatina de um incisivo central superior, que ocasionou uma depressão vertical na face vestibular comprometendo a estética desse dente e a harmonia do sorriso. O tratamento de escolha foi a confecção de uma faceta de resina composta, que pode ser uma ótima opção para a resolução de casos com alteração morfológica principalmente em pacientes jovens e em situações que necessitem pouco desgaste da estrutura dental.

Para a confecção das facetas o profissional além de estabelecer um correto diagnóstico e traçar um plano de tratamento deve também possuir conhecimento teórico, experiência clínica, habilidade manual e sensibilidade na escolha de resinas que criem o policromatismo da estrutura dental garantindo assim resultados previsíveis e satisfatórios.

**PALAVRAS CHAVE:** Cúspide talão, Restauração estética, Faceta de resina composta.

## **ABSTRACT**

This paper reports the presence of a talon cusp on the lingual surface of a maxillary central incisor which caused a vertical depression on the buccal, compromising the aesthetics and harmony of this tooth smile. The treatment of choice was the making of a resin composite veneer, which can be a great option for the resolution of cases with morphological changes, especially in young patients and in situations requiring low wear of the tooth structure.

To make the veneers, the professional as well as establishing a correct diagnosis and outline a treatment plan should also have theoretical knowledge, clinical experience, manual dexterity and sensitivity in the choice of resins that recreate the polychrome of the tooth structure thus ensuring predictable and satisfactory results.

**KEYWORDS:** Talon cusp, Aesthetic restoration, Resin composite veneer

## SUMÁRIO

	Páginas:
1. INTRODUÇÃO.....	08
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	09
3. RELATO DE CASO.....	13
4. DISCUSSÃO.....	25
5. CONCLUSÃO.....	27
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	28

## INTRODUÇÃO

As anomalias dentárias de desenvolvimento podem manifestar-se como alterações de tamanho, posição ou forma dos dentes propiciando desarmonia e prejudicando a estética do sorriso<sup>1</sup>.

Cúspide talão é uma anomalia dental rara que se apresenta principalmente nos incisivos superiores. Morfologicamente, essa anomalia se manifesta como uma cúspide acessória bem definida que se estende a partir da junção cimento-esmalte ou região do cingulo e segue em direção ao bordo incisal. A alteração pode causar vários problemas clínicos, entre eles problemas estéticos<sup>2</sup>. O tratamento para a cúspide talão varia conforme o caso e deve ser o mais conservador possível.

Várias são as alternativas de abordagem clínica dos problemas relacionados a anomalias dentárias<sup>3</sup>, mas com a evolução da odontologia adesiva e dos materiais restauradores diretos, há a possibilidade de soluções estéticas com a intensão de corrigir alterações de cor, textura, forma, tamanho e posição com uma maior previsibilidade e com resultado final natural e harmonioso<sup>4</sup>.

As facetas diretas de resina composta consiste na aplicação e escultura de uma ou mais camadas desse material sobre a superfície dentária. Sua realização permite ao profissional controlar e avaliar o procedimento restaurador desde a seleção da cor até o estabelecimento da morfologia final, e por requerer pouco ou até mesmo nenhum desgaste do tecido dentário<sup>5</sup>, esse tipo de procedimento representa uma alternativa restauradora mais conservadora e que possibilita um ótimo resultado estético.

Esse trabalho tem por objetivo restaurar a condição estética com a mínima intervenção através da confecção de faceta de resina composta em dentes que apresentem alteração de forma.



## REVISÃO DA LITERATURA

Cúspide Talão é uma anomalia rara<sup>2</sup> de etiologia inconclusa. Acredita-se que seja uma alteração de origem multifatorial que inclui fatores genéticos e ambientais<sup>2,6,7,8</sup>. Conforme alguns autores a cúspide talão ocorre inicialmente na odontogênese, ou seja, durante o estágio de morfodiferenciação. Isso pode ocorrer como um resultado da dobra externa das células do epitélio interno do esmalte (precursores dos ameloblastos) e uma hiperplasia transitória focal da papila dental mesenquimal.<sup>2,6,7,9,10,11</sup>

Essa alteração pode ser vista em ambas dentições<sup>8</sup> apresentando-se com mais frequência na dentição permanente<sup>2,7,10</sup>.

Os dentes mais afetados são os incisivos podendo ser identificado unilateral, bilateral ou em casos múltiplos<sup>7,8</sup>, nas faces vestibular ou palatina-lingual<sup>8</sup> nas arcadas superior e inferior, sendo mais frequente na maxila.

A anomalia apresenta-se como uma cúspide acessória que se projeta na superfície lingual ou vestibular de um dente e estende-se pelo menos metade da distância da junção cimento-esmalte até a borda incisal<sup>7</sup>. Mas devido a variações e para se ter um critério de diagnóstico a cúspide talão pode ser classificada em 3 tipos<sup>12</sup>.

Tipo 1 (Talão) refere-se à estrutura que se projeta da face palatina do dente e que estende-se pelo menos da metade da distância da junção cimento-esmalte até a borda incisal.

Tipo 2 (Semitalão) é uma cúspide adicional com 1 mm ou mais de comprimento e que se estende menos da metade da junção cimento-esmalte até a borda incisal.

Tipo 3 (Traço/talão) é um cingulo alargado e proeminente.

Cúspide talão geralmente é composta de esmalte e dentina com variação na extensão do tecido pulpar<sup>2,6</sup>.

Alguns problemas clínicos como: cáries, interferência oclusal, irritação na língua durante a fala e mastigação, fratura acidental da cúspide (podendo ocorrer exposição pulpar) e comprometimento estético podem se desenvolver pela presença da alteração morfológica<sup>2,7,8,11</sup>. E o tratamento para cúspide talão depende de sua extensão, localização e complicação que apresenta<sup>2,7,8</sup>.

Facetas de resina composta podem ser uma ótima alternativa de tratamento e são frequentemente usadas e com sucesso para a correção de pequenos defeitos estéticos de dentes anteriores com forma e cor desagradáveis, bem como falta de alinhamento<sup>13</sup> que prejudiquem o equilíbrio estético e funcional<sup>5,14</sup>.

As facetas diretas foram introduzidas no final dos anos 70 e início dos anos 80 e desapontaram devido a pobre estabilidade de cor, retenção do polimento e pelo grande desgaste<sup>15</sup>. Mas com o advento dos sistemas adesivos e a melhoria na qualidade e gama de cores das resinas compostas, hoje é possível realizar procedimentos diretos obtendo resultados extremamente satisfatórios.

Na odontologia cosmética as facetas estéticas destacam-se e apresentam vantagens incontestáveis dentro das possibilidades restauradoras<sup>16</sup> tais como: Permite ao profissional controlar e avaliar o procedimento restaurador desde a seleção da cor até o estabelecimento da morfologia final, geralmente necessitam apenas uma sessão clínica, é um procedimento de maior conservação pela menor necessidade de desgaste do tecido dental e apresentam custo inferior aos dos tratamentos indiretos<sup>5,17</sup>.

Previamente ao preparo dental para a confecção de facetas é necessário a realização de enceramento diagnóstico, que representa a forma mais criativa e interativa do tratamento, pois permite a visualização tridimensional e direta da forma anatômica original devolvida a estrutura a ser trabalhada e visualização do objetivo final do caso clínico<sup>18</sup>.

As facetas de resina de composta são confeccionadas conforme os itens de classificação: **Extensão:** Parcial (amplas áreas na face vestibular), total (toda a área vestibular) ou total com recobrimento incisal (restauração de toda a face vestibular incluindo redução do bordo incisal e envolvimento parcial da face palatina); **Profundidade:** Sem desgaste dental, com desgaste em esmalte ou com desgaste em esmalte e dentina; **Coloração:** Sem alteração de cor, com moderada alteração de cor ou com acentuada alteração de cor; **Técnica restauradora:** Sem matriz (depende diretamente da habilidade do profissional para a reprodução da forma e morfologia dentária), com matriz (matriz de resina acrílica é confeccionada antes do desgaste da face vestibular com o objetivo de facilitar a reprodução da forma e as características morfológicas superficiais na restauração final)<sup>5</sup>.

Com os itens de classificação selecionados, a confecção das facetas são iniciadas com um preparo na superfície vestibular (quando necessário), com a execução de canaletas marginais delimitando assim as margens do preparo e sulcos longitudinais

onde será definido a profundidade do preparo, respeitando-se os planos de inclinação dos terços cervical, médio e incisal da face vestibular. Após são feitos desgastes restantes da porção vestibular com o objetivo de unir os sulcos e canaletas produzidos anteriormente desenvolvendo assim uma uniformidade de desgaste ao longo de todo o preparo. Se a margem gengival do preparo for posicionada dentro do sulco gengival a fim de mascarar a interface dente restauração e mascarar defeitos de cor entre faceta e o remanescente é necessário à utilização de um fio retrator para o afastamento mecânico da gengiva no sentido apical e para o controle do fluido crevicular. Outra etapa importante é a extensão em direção aos dentes adjacentes e aos contatos proximais onde o preparo deve ser estendido até que as margens fiquem totalmente ocultas em qualquer que seja a posição do observador. Para isso na região de subcontato proximal é necessário levar o preparo em uma extensão no sentido palatal com os dentes adjacentes devidamente protegidos para evitar serem desgastados. Concluída a etapa do preparo é necessário a realização de um refinamento que procura gerar uma superfície lisa e sem irregularidades. Nessa etapa também é definida a profundidade final do preparo<sup>18</sup>.

Com a finalização do preparo o campo operatório é isolado de forma absoluta ou relativa com a utilização de fio retrator e afastador labial. Passa-se então para os procedimentos adesivos onde a hibridização dos tecidos dentais é realizado de acordo com o protocolo recomendado para o sistema escolhido<sup>19</sup>.

A aplicação da resina composta sobre o dente preparado ocorre de acordo com a seleção de diferentes cores e é de extrema importância que o profissional apresente conhecimentos básicos sobre o uso desse material, para ser capaz de recriar o policromatismo intrínseco e extrínseco da estrutura dental, reproduzindo na restauração, tanto quanto possível, as propriedades ópticas e anatômicas do dente natural<sup>20</sup>.

O acabamento inicial é realizado logo após o término da restauração e tem como objetivo a remoção de excessos de resina e material adesivo, definição da anatomia primária do dente e realização de ajustes necessários para o conforto do paciente. Em outra sessão com os dentes reidratados e a confirmação da cor selecionada o acabamento deve ser refinado definindo a forma da faceta e a área plana<sup>19</sup>. A texturização compreende a confecção de sulcos e depressões sutis favorecendo uma maior reflexão de luz dando uma maior naturalidade ao dente<sup>5</sup>.

O polimento é a última etapa do procedimento restaurado e tem por objetivo o refinamento, a lisura superficial e o brilho que levam a uma maior reflexão de luz e, conseqüentemente uma aparência mais natural a faceta confeccionada<sup>21</sup>. Os

procedimentos de polimento devem sempre ser realizados, pois uma restauração bem polida contribui para o conforto do paciente, garante saúde periodontal e durabilidade da restauração.

## RELATO DE CASO

Paciente G.G H, 16 anos de idade, sexo feminino, procurou a clínica de especialização de dentística da UFRGS por estar insatisfeita com a cor de seus dentes e com a deformidade na vestibular do incisivo central superior esquerdo o qual causava desarmonia em seu sorriso. (fig. 01)



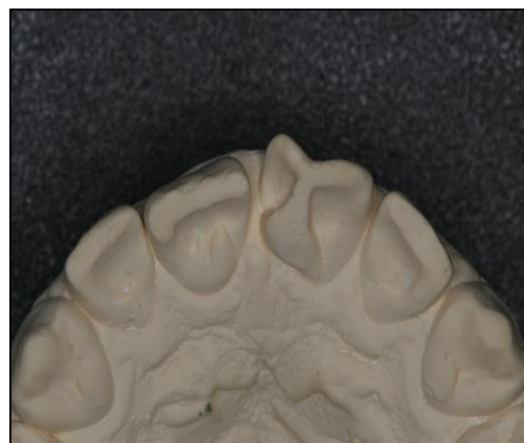
(Fig. 01) - *Vista frontal dos dentes ântero-superiores da paciente*

Após exame clínico, radiográfico e a anamnese da paciente verificou-se o desenvolvimento de uma depressão vertical ao longo eixo do elemento 21, projeção de cúspide palatina em forma de “Y” que estendia-se da região do cíngulo até a borda incisal e formação de sulco na mesial da cúspide. Pela localização e extensão da proeminência palatina diagnosticou-se cúspide talão tipo 1. Também se observou fratura no bordo incisal do elemento 22. Os demais dentes apresentavam-se hígidos. Para a reparação da depressão e melhora na cor dos dentes optou-se pelo tratamento clareador de consultório associado com o tratamento clareador caseiro, reanatomização do elemento 21 através de faceta de resina composta (pela idade da paciente, pela necessidade de pouco desgaste e por ser um tratamento mais conservador) e reconstrução do bordo incisal do elemento 22.

Foram obtidas então as fotografias e moldagem das arcadas superior e inferior com alginato (Geltrade Plus Dentisply) para confecção dos modelos de estudo e um melhor planejamento do tratamento. (fig. 02, 03)



*(Fig. 02) - Modelo de estudo vista vestibular*



*(Fig. 03) Modelo de estudo vista palatina*

Inicialmente para a realização do tratamento clareador de consultório, registrou-se a cor dos dentes da paciente com a escala de cores (Escala Vita), onde os dentes apresentavam a cor A2. O sulco mesial da cúspide palatina do elemento 21 foi devidamente selado com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável (Vitrebond 3M ESPE) a fim de evitar o acúmulo de placa bacteriana e facilitar a higienização. Após o isolamento adequado, o agente clareador (Whitness HP Max) foi colocado por 45 minutos nas arcadas superior e inferior e ao final da sessão foi entregue a placa de clareamento superior e o agente clareador (Opalescence PF-peróxido de carbamida 20%) para a paciente realizar o tratamento clareador caseiro.

Uma nova sessão de clareamento de consultório foi realizada (agente clareador Whitmess HP Max) em ambas as arcadas superior e inferior, e a paciente recebeu a placa de clareamento inferior para o tratamento clareador caseiro (agente clareador Opalescence PF-peróxido de carbamida 20%). Nessa mesma sessão obteve-se a moldagem da arcada superior da paciente, com a utilização de silicone de adição leve e pesada (Virtuol Ivoclar Vivadent), a qual foi enviada ao laboratório de prótese para a confecção do modelo e enceramento de diagnóstico dos elementos 21 e 22, onde foi solicitado a construção de uma faceta de resina composta sobre o incisivo central e restauração do bordo incisal do incisivo lateral. (Fig.04, 05)



(Fig. 4) - Enceramento diagnóstico vista vestibular



(Fig. 5) - Enceramento diagnóstico vista palatina

Em sessão subsequente, sobre o enceramento de diagnóstico foram confeccionados moldes com o material pesado de uma silicone de adição (Virtual Ivoclar Vivadent) (Fig. 6). Um molde foi seccionado no sentido mesiodistal e serviu como guia para a reprodução da superfície palatal dos elementos 21e 22.



(Fig. 6) - Material de moldagem – Silicona de adição consistência pesada

O outro molde foi seccionado na face vestibular e nos terços incisal, médio e cervical, e serviu como guia para auxiliar na visualização da profundidade do preparo do elemento 21, e posteriormente como guia na inserção das camadas de resina composta. Após profilaxia dos elementos dentais e novo registro da cor dos dentes da paciente que se mostrava satisfeita com a cor B1 obtida (Escala Vita), foi feita a seleção das resinas compostas.

Anteriormente ao preparo dental, foi realizado isolamento relativo com a utilização de afastadores labiais e das bochechas a fim de permitir melhor visualização e acesso aos elementos dentais, roletes de algodão para o controle salivar e um fio retrator foi inserido (Proretract 000- FGM) no sulco gengival do elemento 21 promovendo afastamento gengival no sentido apical (Fig. 7,8).



*(Fig. 7) - Inserção do fio retrator no sulco gengival*



*(Fig. 8) - Fio retrator inserido*

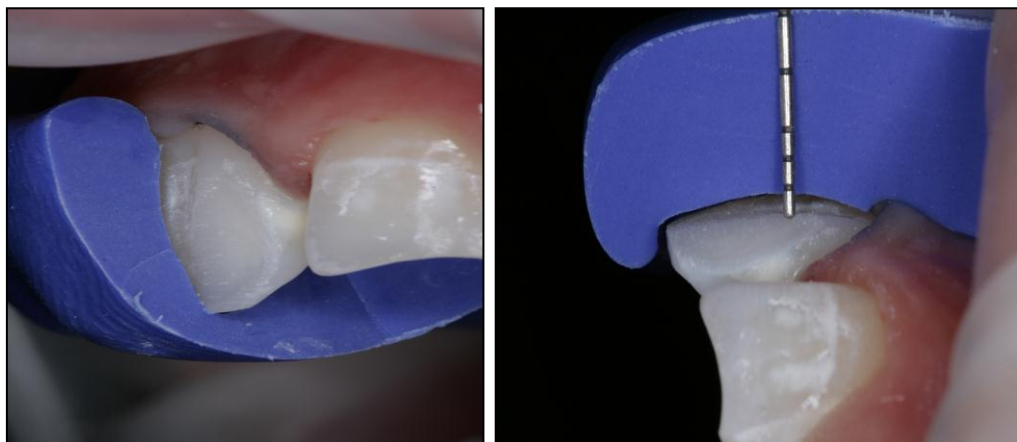
Uma ponta diamantada esférica 1014 (KG Sorensen, Brasil) e uma ponta diamantada troncocônica 4138 (KG Sorensen, Brasil) foram utilizadas para promover redução vestibular e incisal do elemento 21(Fig. 9).



*(Fig. 9) - Preparo vestibular com broca troncocônica 4138 (KG Sorensen- Brasil)*

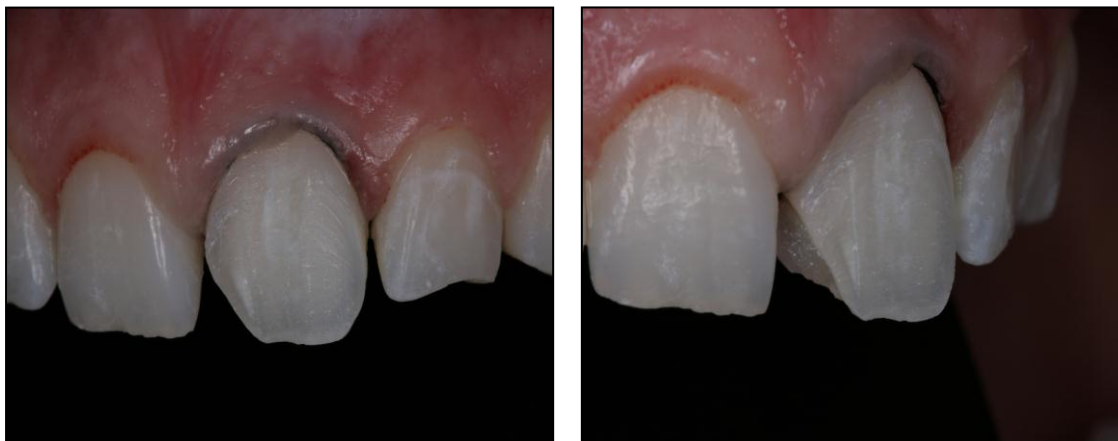


A avaliação quantitativa da redução vestibular foi realizada posicionando-se as guias previamente confeccionadas. (Fig. 10, 11,12).



*(Fig. 10, 11 e 12) - Guias posicionadas para a avaliação quantitativa do desgaste vestibular e incisal.*

Com a conclusão do preparo observa-se o pouco desgaste necessário para o procedimento restaurador (Fig. 13, 14, 15, 16, 17,18).





*(Fig. 13, 14 e 15) - Preparo vestibular concluído.*



*(Fig. 16, 17 e 18) - Vista do desgaste incisal.*

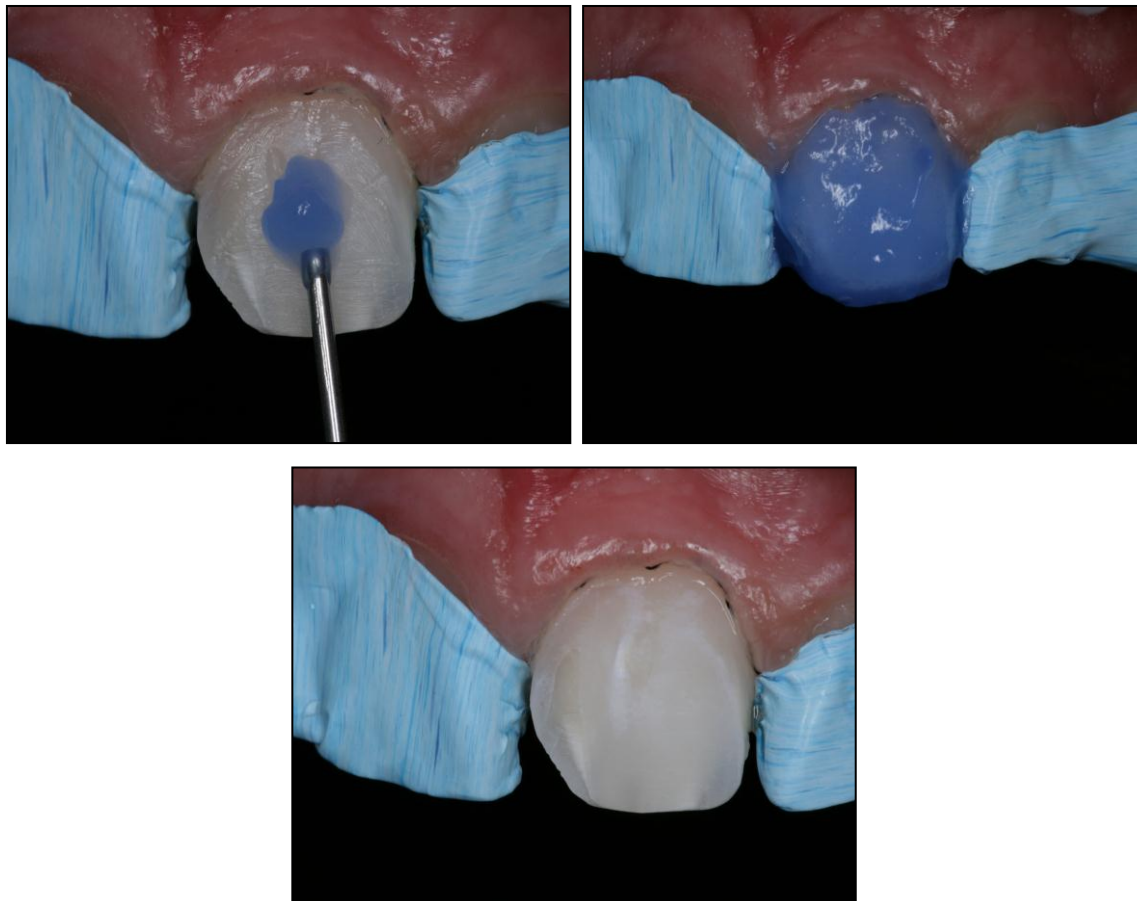
Após a confecção do preparo um novo fio retrator foi inserido (Proretract 000- FGM) no sulco gengival do elemento em questão com o objetivo de bloquear o fluido sulcular e promover afastamento gengival facilitando a confecção da faceta. Os

elementos 11 e 22 foram isolados com a utilização de fitas de isolamento (Iso Tape - TDV) (Fig. 19).



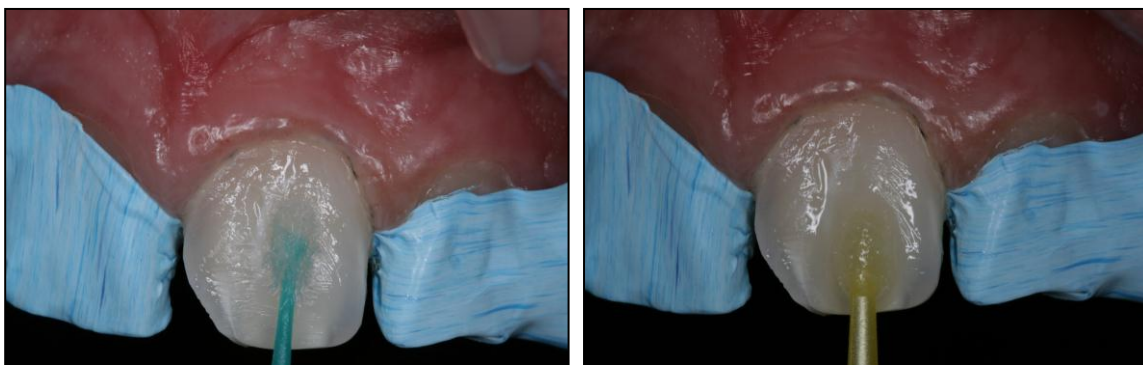
*(Fig. 19) - Isolamento dos dentes vizinhos.*

A dentina e o esmalte foram condicionados com gel de ácido fosfórico a 35% (Condac 37 FGM) por aproximadamente 15 segundos (Fig. 20, 21,22).



*(Fig. 20, 21 e 22) - Condicionamento ácido do esmalte e dentina;*

A hibridização do esmalte e dentina foi realizado com sistema de 3 passos (Scotch Bond Multiuso 3M ESPE) onde primeiramente foi aplicado o primer (Fig. 23) seguido de jato de ar e após uma camada de adesivo (Fig. 24) também seguido de um jato de ar (10 segundos) e após fotoativação por 20 segundos (Fig. 25).

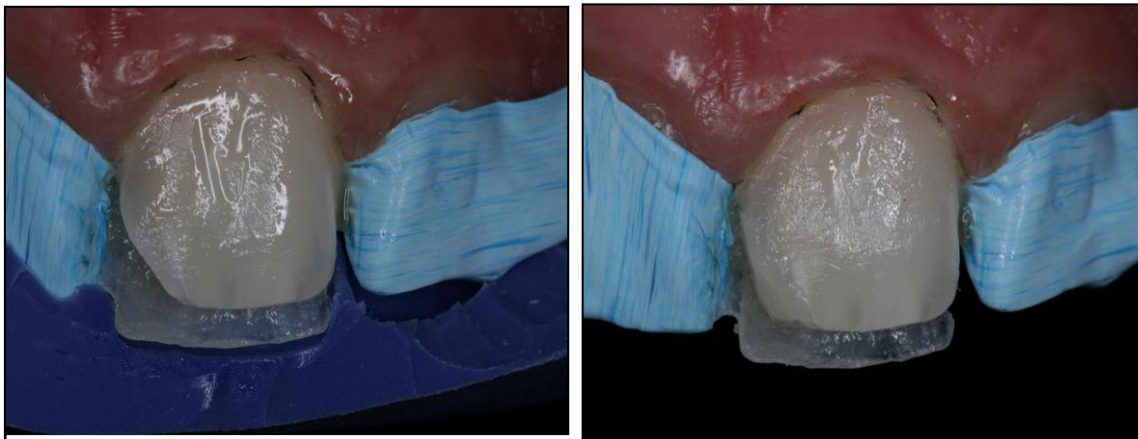


*(Fig. 23 e 24) - Aplicação do sistema adesivo*



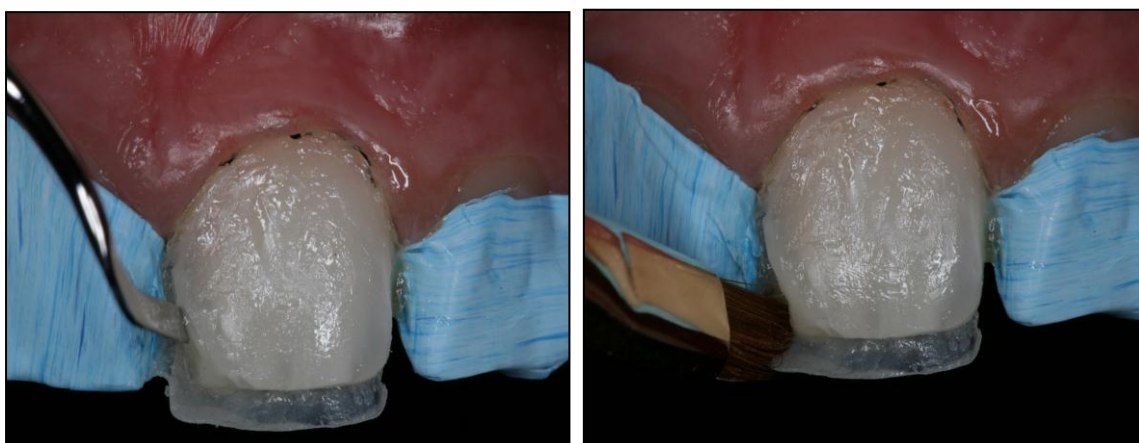
*(Fig. 25) - Fotoativação do sistema adesivo*

A faceta de resina composta foi iniciada com uma fina camada de resina micro-híbrida (Clear XL 4 Season Ivoclar Vivadent) que foi inserida na guia de silicone, na região correspondente ao terço incisal para reproduzir o esmalte palatal. A guia de silicone foi posicionada em boca e a resina, polimerizada por 20 segundos (Fig. 26,27).



(Fig. 26 e 27) - Reconstrução do terço incisal com auxílio da guia de silicone

A resina composta micro-híbrida (EB1 4 Season Ivoclar Vivadent) utilizada para reproduzir a dentina foi adaptada sobre o incisivo preparado e polimerizada por 40 segundos (Fig. 28, 29,30). Após isso uma resina de efeito, micro-híbrida (White effect Ivoclar Vivadent) foi aplicada no bordo incisal para a simular o halo opaco e polimerizada por 40 segundos. E como última camada, inseriu-se uma resina micro-híbrida (Clear XL 4 Season Ivoclar Vivadent) para reproduzir o esmalte conferindo maior translucidez e naturalidade à restauração, a qual também foi utilizada no sulco mesial da cúspide talão selando essa região. A guia de silicone seccionada ao longo eixo da face vestibular foi posicionada entre as camadas de resina composta para o controle do volume dos terços cervical, médio e incisal.





*(Fig. 28, 29 e 30) - Reprodução da dentina*

Em seguida iniciou-se o processo restaurador no bordo incisal do elemento 22 seguindo os passos clínicos de utilização da guia de silicone e aplicação das camadas de resina, apresentados anteriormente. O acabamento foi executado com uso de lâmina de bisturi nº 12 (Free Bac), ponta diamantada afilada 1112FF(KG Sorensen- Brasil) e discos de óxido de alumínio (Sof-Lex Pop On XT, 3M ESPE) ajustando-se o plano vestibular e ameias. Tiras de lixa para acabamento proximal (Flexidiamond Strips, Cosmedent, EUA) foram empregadas para remover excessos nessas áreas. A textura foi realizada com o uso de ponta diamantada da série dourada 4138 (KG sorensen – Brasil) e broca multi-laminada 9714FF(KG Sorensen-Brasil) (Fig. 31, 32,33) garantindo uma melhor dispersão da luz dando maior naturalidade a restauração.



*(Fig. 31, 32 e 33) - Observe a texturização obtida*

O polimento foi executado com pontas de borracha (Pontas montadas – Borracha, silicone e Carbeto de Silício -Vigodent) (Fig.34,35), escova impregnada por carbeto de silício (Astrobrush Ivoclar Vivadent), pasta diamantada (DiamondR-FGM) e discos de feltro (Flexi buffs - Cosmedent) (Fig. 36), conferindo brilho ao esmalte (Fig. 37,38,39,40,41).



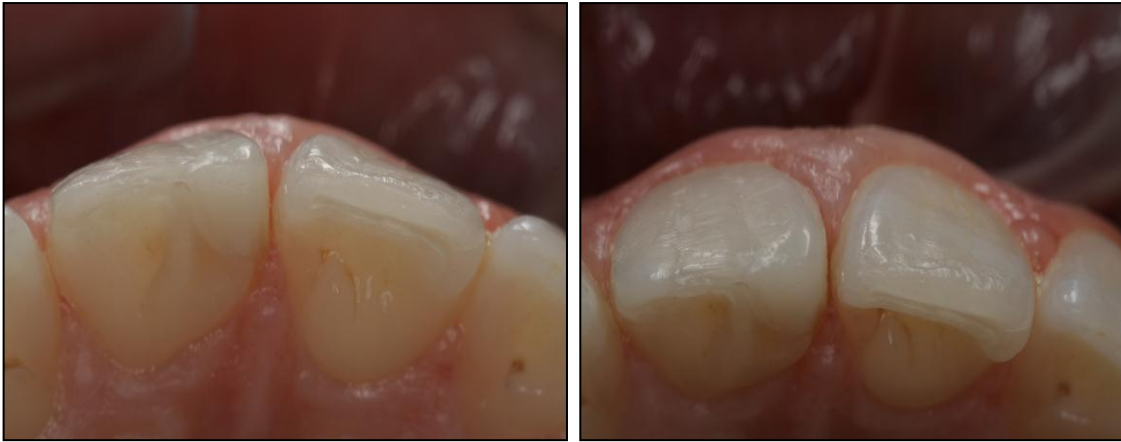
*(Fig. 34 e 35) - Fase de polimento da restauração*



*(Fig. 36) - Fase de polimento da restauração*

*(Fig. 37) - Aspecto após polimento final*





*(Fig. 38, 39, 40 e 41) - Aspecto após polimento final.*

Após os procedimentos de acabamento e polimento verificou-se a oclusão. Com ausência de interferência e devido a satisfação da paciente concluiu-se o caso clínico (Fig.42).



*(Fig. 42) - Aspecto clínico final da paciente*



## Discussão

A supervalorização da aparência tem levado pacientes jovens cada vez mais a procurar profissionais que possam deixar seu sorriso mais agradável.

De acordo com os padrões estéticos do sorriso, dois elementos são fundamentais para a composição dental harmônica: a cor e a forma<sup>22</sup>, e quando um destes ou ambos estão alterados interferem de forma negativa na aparência do sorriso.

Há cada vez mais uma valorização dos procedimentos menos invasivos, a técnica de clareamento dental representa uma opção importante de tratamento estético<sup>5</sup> principalmente em casos de pouca alteração de cor e em pacientes jovens. Na conclusão do tratamento clareador a paciente relatou já estar mais feliz com seu sorriso o que concluímos que pela melhora de sua autoestima, um dos padrões estéticos já havia sido obtido, mas o desafio maior seria a reanatomização do incisivo central através da faceta de resina composta.

Para o sucesso de qualquer tratamento a fase de planejamento é essencial, pois o profissional consegue assim ter controle do que irá realizar. O enceramento diagnóstico é uma reprodução em cera realizada sobre um modelo confeccionado em gesso, e tem como finalidade devolver a forma anatômica original das superfícies oclusais, vestibulares e linguais<sup>18</sup> e foi de total importância, pois facilitou a visualização das modificações a serem realizadas e a confecção das guias de silicone que determinaram a mínima remoção da estrutura dental vestibular. O enceramento prévio ao tratamento também facilita a comunicação com o paciente que consegue entender na sua forma leiga, como o dentista irá melhorar seu sorriso.

Restaurações diretas de resina composta constituem eficiente tratamento para a reabilitação biológica, funcional e estética de dentes anteriores<sup>13,20</sup> mas, é necessário que o profissional tenha conhecimento teórico e experiência clínica para a escolha da técnica, habilidade para a construção anatômica e sensibilidade na escolha de resinas que recriem o policromatismo intrínscico e extrínscico da estrutura dental.<sup>20</sup>

Conservação da estrutura dental, menor tempo clínico, menor custo, facilidade de reparo, não requer provisório e moldagem e dispensa de etapas laboratoriais são algumas das vantagens<sup>5</sup> que devem ser consideradas no planejamento de facetas de resina composta, principalmente se comparadas a outros materiais

utilizados em facetamento como as cerâmicas. Mas assim como apresentam vantagens as facetas de resina composta também apresentam desvantagens que devem ser analisadas antes da escolha do tratamento, pois os compósitos são mais vulneráveis ao manchamento e desgaste, apresentam menor estabilidade de cor e sofrem contração de polimerização<sup>17</sup>.

Mas nesse caso clínico as vantagens se sobressaíram em relação as desvantagens, pois precisávamos considerar a pouca idade da paciente e o mínimo de desgaste que necessitava ser feito na estrutura dental. Além disso, graças às melhorias das propriedades físicas e ópticas das resinas compostas e os avanços da tecnologia adesiva, é possível realizar restaurações com resultados previsíveis e satisfatórios<sup>14</sup>.

A fotografia final mostra claramente que a questão estética foi plenamente solucionada com a utilização da resina 4 season (Ivoclar Vivadent) que é classificada como microhíbrida com nanopartículas<sup>23</sup>. As resinas com partículas nanométricas apresentam partículas de carga reduzidas o que permite aliar propriedades mecânicas e um polimento e brilho excepcionais<sup>24</sup>. A baixa pegajosidade e o menor escoamento desta resina facilitaram a técnica incremental e a reanatomização progressiva<sup>25</sup>. Além disso, a cor e a reprodução dos efeitos de valor, translucidez e opalescência foram obtidos com extrema naturalidade, respeitando o policromatismo dental contribuindo significativamente para o sucesso do procedimento restaurador.

## CONCLUSÃO

Ao realizar restaurações estéticas, o profissional deve sempre levar em consideração a preservação da estrutura dental sadia, preconizada pela odontologia restauradora atual e a obtenção da harmonia do sorriso.

Neste caso clínico a faceta de resina composta escolhida para a reanatomização do elemento com alteração de forma pela presença da cúspide talão mostrou-se ser uma ótima opção de tratamento, pois o preparo para a confecção da faceta necessitou de mínimo desgaste conservando assim a estrutura dental e as resinas selecionadas possuem propriedades que contribuíram para a obtenção da naturalidade do policromatismo dental apresentando um resultado estético extremamente satisfatório.

## REFERÊNCIAS

- 1- SEABRA et al. Anomalias dentárias de desenvolvimento. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2008;39(5):195-200.
- 2- Ozer Y. Talon cusp: A literature review and 3 case report. *J International Dental and Medical Research*. 2009;2(2):45-49.
- 3- Ho H. The artistry of conservative esthetic dentistry. *J Am Dent Assoc (Special Issue)*. 1987. p. 14E-23E.
- 4- Souza-Junior EJ, Borges BCD, Bertoldo CES, Lovadino JR, Aguiar FHB, Paulillo LAMS. Restauração estética de dente anterior fraturado: relato de caso clínico. *Rev Dental Press Estet*. 2010 out-dez;7(4):42-51.
- 5- Conceição EM. *Dentística saúde e estética*. Porto Alegre: Artmed; 2007. cap. 17, p. 358-383.
- 6- Ak AT, Ertugrul F. Supernumerary primary tooth with facial and palatal talon cusp: a case report. *J Dentistry for Children*. 2008;75(3):309-311.
- 7- Oredugba FA. Mandibular facial talon cusp: Case report. *BMC Oral Health*. 2005;5(9):1-5.
- 8- Hedge KV, Poonacha KS, Sujan SG. Bilateral lateral talon cusps on permanent maxillary central incisors. *Acta Stomatol Croat*. 2010;44(2):120-122.
- 9- Tulunoglu Ö. Talon cusp: report of four unusual cases. *J Indian Soc. Pedodontic Prev Dent*. 2007 march. p. 52-55.

- 10- Lee C. The relationship between a primary maxillary incisor with a talon cusp and the permanent successor: a study of 57 cases. *Int J Paediatr Dent.* 2007;17. p.178-185.
- 11- Güngör HC, Altay N, Kaymaz FF. Pulpal tissue in bilateral talon cusps of primary central incisors: report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;89. p. 231-235.
- 12- Hattab FN, Yassin OM, Alnimri KS. Talon cusp in permanent dentition associated with other dental anomalies: review of literature and report of seven cases. *ASDC J Dent Child.* 1996;63. p. 368-376.
- 13- Felipe LA. Using opaquers under direct composite resin veneer: an illustrated review of the technique. *J Esthet Restorat Dent.* 2003;15(6):327-337.
- 14- Araújo EM, Baratieri LN, Monteiro JS, Andrada MAC. Direct adhesive restoration of anterior teeth: part 1 fundamentals of excellence. *Pract Proced Aesthet Dent.* 2003 Apr;15(3):223-240.
- 15- Nalbandian S, Millar BJ. The effect of veneers on cosmetic improvement. *British Dental J.* 2009;207(E3):1-5.
- 16- Silva SB, Pezzini R, Lopes GC, Andrada MAC. Facetas estéticas: breve discussão sobre as técnicas direta e indireta. *Clin Int J Dent.* 2006;2(1):14-21.
- 17- Aquino APT, Cardoso PC, Rodrigues MB, Takano AE, Porfírio W. Facetas de porcelana: solução estética e funcional. *Clínica- Int J Braz Dent.* 2009 Abril-Jun;5(2):142-152.
- 18- Faria JP, Velasco AF. Enceramento diagnóstico: uma alternativa como fator de visualização tridimensional do caso clínico finalizado. *Rev Dental Press Estet.* 2010;7(4):38-41.

- 19- Baratieri LN, Monteiro-Junior S. Odontologia restauradora fundamentos & técnicas. São Paulo: Santos; 2010. cap 14, p.285-307.
- 20- D'Altoe LF. Reanatomização de dentes ântero-superiores com resina composta: relato de caso clínico. *Clínica Int J Braz Dent*. 2007 out-dez;3(4):375-381.
- 21- Liberato FL, Padoan AC, Morgado GL, Coelho LVBF, Kather JM, Almeida ETDC. Avaliação da rugosidade superficial de uma resina composta após polimento com discos de lixa e pontas siliconadas. *Rev Biociências Taubaté*. 2004;10(1-2):51-54.
- 22- Araújo EM. Elementos essenciais na estética dental. *Clínica Int J Braz Dent*. 2007 abril-jun;3(2):108-123.
- 23- Cardoso RM, Maia GHS, Melo CA, Guimarães RP, Menezes-Filho PF. Aplicação clínica das resinas de nanotecnologia. *Odont Clin Cient Recife*. 2008;7 (4):357-362.
- 24- Soares CG, Carracho HG, Braun AP. Densidade óptica e composição química de resinas compostas. *Ciência Odont Bras*. 2007 out-dez;10(4):61-69.
- 25- Netto L, Reis R. Restabelecimento estético funcional de dentes ântero-superiores com rara alteração de cor e forma: relato de caso clínico. *Rev Dent Online*. 2010 jan-março;20. [ Acesso 13 jun 2011]. Disponível em: [www.ufsm.br/dentisticaonline](http://www.ufsm.br/dentisticaonline).