



**CENTRO UNIVERSITÁRIO SOCIESC – UNISOCIESC
CAMPUS ANITA GARIBALDI**

**AMANDA STOEBERL CARVALHO
SABRINA GABRIELY BAGGIO RODRIGUES**

**REANATOMIZAÇÃO DE DENTE CONÓIDE COM RESINA COMPOSTA DIRETA:
RELATO DE CASO.**

**JOINVILLE
2023**



**SOCIEDADE EDUCACIONAL SANTA CATARINA – UNISOCIESC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**AMANDA STOEBERL CARVALHO
SABRINA GABRIELY BAGGIO RODRIGUES**

**REANATOMIZAÇÃO DE DENTE CONÓIDE COM RESINA COMPOSTA DIRETA:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso Submetido
à Sociedade Educacional Santa Catarina
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof. Msc. Letícia Dias Ferri

Joinville, SC

2023

AMANDA STOEBERL CARVALHO
SABRINA GABRIELY BAGGIO RODRIGUES

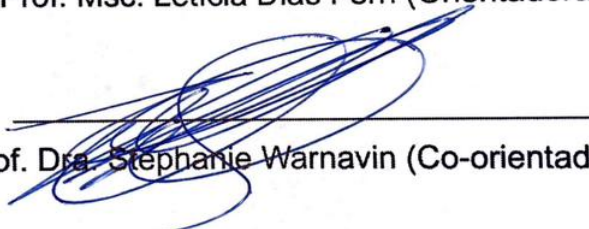
REANATOMIZAÇÃO DE DENTE CONÓIDE COM RESINA COMPOSTA DIRETA:
RELATO DE CASO

Este trabalho foi julgado e aprovado em sua forma final, sendo examinado pelos professores da Banca Examinadora.

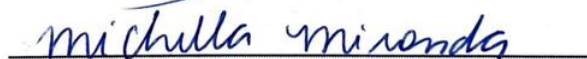
Joinville, 27 de novembro de 2023.



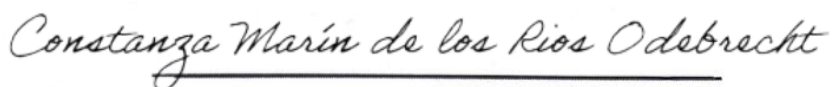
Prof. Msc. Letícia Dias Ferri (Orientadora)



Prof. Dra. Stephanie Warnavin (Co-orientadora)



Prof. Dra. Michella Cristina de Miranda (Membro Interno)



Dra. Constanza Marín de Los Rios Odebrecht (Membro externo)

AGRADECIMENTOS

AMANDA STOEBERL CARVALHO

Agradeço primeiramente a Deus por permitir que este sonho tenha sido realizado.

Agradeço em especial a minha mãe, por todo o apoio, incentivo, amor, carinho, força e a esperança que semeou em mim para que todos esses anos eu não desistisse, seguisse em frente e me tornasse a pessoa que você criou para ser.

Agradeço aos meus amigos e familiares que sentiram que estiveram ao meu lado nesta fase.

Agradeço às amigas que fiz durante a graduação, em especial a minha dupla, obrigada por tornar esta jornada mais leve.

Agradeço aos professores que nos ensinaram com tanto carinho os fundamentos desta profissão tão linda, obrigada por toda a dedicação, conhecimento e troca.

Obrigada a professora Letícia Ferri por nos orientar, desde o primeiro ano de faculdade até o trabalho de conclusão de curso.

SABRINA GABRIELY BAGGIO RODRIGUES

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por me permitir realizar o sonho de cursar odontologia e por me sustentar todos os dias. Sem Cristo eu nada seria.

Agradeço ao meu marido Diego por ser meu melhor amigo, apoiador e incentivador. Obrigada meu amor por ser tão carinhoso e paciente comigo, vejo o cuidado de Deus em minha vida através de você.

Também gostaria de agradecer ao meu pai Moacir e minha mãe Marcia por sonharem este sonho comigo e se esforçarem tanto para fazer acontecer. Nunca terei como retribuir tamanho presente, sou muito grata a Deus pela vida de vocês.

Agradeço infinitamente a minha dupla Amanda por toda amizade e parceria, e também a todos os amigos que a faculdade me presenteou.

Por fim, gostaria de expressar minha profunda gratidão a todos os professores que contribuíram para a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso, em especial às professoras Letícia e Stephanie. Este projeto não teria sido possível sem o apoio e incentivo de vocês.

“Há medicamentos para toda a espécie de doenças, mas, se esses medicamentos não forem dados por mãos bondosas, que desejam amar, não será curada a mais terrível das doenças: a doença de não se sentir amado”

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

O sorriso está intimamente ligado à autoestima do paciente, procedimentos com finalidades estéticas nunca foram tão requisitados quanto em dias atuais. O presente trabalho tem por objetivo apresentar um relato de caso clínico em que se propôs a reanatomização de um dente conóide com resina composta pela técnica incremental e também uma introdução à sua etiologia e prevalência. Para maiores esclarecimentos sobre o tema, foi realizada uma revisão bibliográfica com busca em bases de dados do Google Acadêmico, Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com as seguintes palavras chaves: “Anomalias dentárias”, “Microdontia isolada”; “Dente conóide”; “Alterações morfológicas”; “Alterações e desenvolvimento dentário”; “Restauração em dentes conóides”; “Agenesia e microdontia isolada”. O tratamento para este caso foi a reanatomização do dente 12 com resina composta pela técnica direta. Após a profilaxia, foi realizado um ensaio restaurador com a finalidade de reconstruir o esmalte palatino do dente, e então confeccionou-se um guia de silicone para posteriormente auxiliar na restauração definitiva. A restauração definitiva foi realizada utilizando a resina composta (Palfique LX5® cor OA1, Tokuyama Dental, Yamagata, Japão). Após feito o condicionamento ácido total e aplicação do sistema adesivo, o esmalte palatino foi confeccionado utilizando a matriz de silicone e, na sequência, concluiu-se a restauração. A técnica de restauração direta em resina composta devolveu função, estética e alcançou as expectativas do paciente.

Palavras-chave: Anomalias dentárias, Microdontia isolada; Dente conóide; Alterações morfológica; Alterações e desenvolvimento dentário; Restauração em dentes conóides; Agenesia e microdontia isolada.

ABSTRACT

The smile is directly related to the patient's self-esteem since aesthetics procedures have never been as much requested as nowadays. This work intends to report a clinical case in which an anatomization of a conoid tooth was realized by the incremental technique and also an introduction to its etiology and prevalence. To clarify, a search was realized on databases as Google Scholar, Brazilian Odontology Library and Virtual Health Library searching by the following keywords: "Dental anomalies"; "Isolated microdontics"; "Conoid teeth"; Morphological alterations"; "Dental development alterations"; "Restoration of conoid teeth" and "Isolated microdontics agenesis". The treatment to this case was anatomization of teeth number 12 with composites by the direct technique. After prophylaxis, a restorative essay was made to create an impression of the palatal wall and help on the definitive restoration. The definitive restoration was made with a composite (Palfique LX5® cor OA1, Tokuyama Dental, Yamagata, Japão). After conditioning the teeth with phosphoric acid and application of a universal adhesive, the palatal enamel was made using the impression of the essay on the silicone, and then, after finishing the anatomization, the restoration was done. The direct restoration technique using composites restored aesthetics, functionality and achieved the patient's expectation.

Keywords: "Dental anomalies"; "Isolated microdontics"; "Conoid teeth"; Morphological alterations"; "Dental development alterations"; "Restoration of conoid teeth" and "Isolated microdontics agenesis".

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1- Vista ântero-lateral do sorriso da paciente.	20
Figura 2- Radiografia panorâmica da paciente.	21
Figura 3- Ensaio restaurador em resina composta.	22
Figura 4- Confeção da guia palatina de silicone.	22
Figura 5- Condicionamento do dente com ácido fosfórico 37% e proteção dos dentes adjacentes com tira de poliéster.	23
Figura 6- Aplicação do sistema adesivo universal com microaplicador.	24
Figura 7- Conjunto silicone de adição e resina composta posicionados na face palatina do dente.	24
Figura 8- Face palatina confeccionada em resina composta.	25
Figura 9- Resultado final imediato após reanatomização em resina composta pela técnica direta.	26

LISTA DE SÍMBOLOS

® Marca registrada

™ Marca comercial

% Porcentagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 ETIOLOGIA E PREVALÊNCIA	14
4.2 CLASSIFICAÇÃO MICRODONTIA	17
4.3 MICRODONTIA: ESTÉTICA E FUNÇÃO	17
4.4 ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO PARA MICRODONTIA ISOLADA	18
5 RELATO DE CASO	20
6 DISCUSSÃO	27
7 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Os dentes conóides são alterações comuns que se caracterizam por uma coroa de tamanho menor que os outros dentes da arcada, com o diâmetro mesiodistal reduzido, apresentando-se com um formato cônico e geralmente com raiz de tamanho normal. Esta alteração é classificada como uma anomalia de tamanho denominada microdontia (Jesus, B. 2021).

Pode acometer tanto dentição decídua como permanente e também se apresentar como dentes supranumerários. Os dentes conóides não necessariamente estão relacionados a alterações patológicas. Normalmente apresentam apenas deficiências estéticas e má oclusões, pois dependendo de seu formato, posição na arcada e relação com dentes adjacentes e antagonistas, podem levar a um desequilíbrio oclusal. Não há estudos que relatam exatamente por quais motivos e quando ocorre esta anomalia, somente que é devido a uma proliferação anormal das células em fases da odontogênese (Hua et al. 2013).

O tratamento para os dentes conóides deverá levar em consideração a posição do dente na arcada, presença ou não de dentes permanentes não erupcionados e o possível desenvolvimento de alguma alteração patológica (Kouri et al. 2014)

No caso de dentição decídua, se o dente conóide apresentar riscos ao dente permanente não erupcionado, a melhor opção certamente é a exodontia. Mas, se ele estiver erupcionado há anos, sem apresentar qualquer alteração patológica, a correção estética é uma excelente opção de tratamento (Kouri et al. 2014).

Em casos de dentição permanente, os dentes conóides não apresentam alterações funcionais de grande proporção na cavidade oral. Pode-se citar a falta do ponto de contato em faces mesial e distal com os dentes adjacentes, podendo afetar a mastigação, pois os pontos de contato impedem a impacção de alimentos durante a mastigação evitando acumular restos alimentares. O formato da coroa também pode inviabilizar a aderência de um braquete de aparelho ortodôntico em pacientes com indicação para este tipo de tratamento (Andrade et al. 2017).

No entanto, a microdontia é geralmente localizada em região anterior da arcada, afetando a estética e impactando diretamente a autoestima e a vida social do paciente. Com o avanço da tecnologia nos últimos anos, a odontologia

restauradora adesiva possui grande eficácia, técnicas conservadoras nas reabilitações orais acompanharam este avanço e com isto, estudos recentes apontam que a reanatomização com resina composta é o tratamento mais indicado para incisivos laterais conóides.

O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de uma paciente de 11 anos de idade, descrevendo a reanatomização estética e funcional de um incisivo lateral superior direito acometido pela microdontia, sendo realizado por meio da técnica da guia de silicone com restauração direta em resina composta .

2 OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo trazer uma revisão de literatura sobre etiologia e prevalência de dentes conóides, além de relatar um caso de reanatomização em dente conóide com resina composta direta.

3 METODOLOGIA

Para o presente trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica com buscas em bases de dados do Google Acadêmico, Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) no período de setembro de 2023 à novembro de 2023, com as seguintes palavras-chave: “Anomalias dentárias”, “Microdontia isolada”; “Dente conóide”; “Alterações morfológicas”; “Alterações e desenvolvimento dentário”; “Restauração em dentes conóides”; “Princípios de adesão” e “Restaurações diretas em dentes anteriores”; “Agenesia e microdontia isolada”. Os limites empregados para a busca dos artigos foram: artigos disponibilizados em português e inglês, sem data limite de publicações.

Para complementar a revisão foram utilizados na pesquisa obras literárias dispostas na biblioteca virtual da Sociedade Educacional Santa Catarina. O mecanismo de pesquisa foi de obras relacionadas aos seguintes assuntos: embriologia oral e desenvolvimento dentário, estomatologia, patologia oral e maxilofacial.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ETIOLOGIA E PREVALÊNCIA

Anomalias dentárias são classificadas em anomalias por 2 fatores: ambientais e de desenvolvimento. As anomalias referentes a fatores ambientais podem ser segmentadas quanto ao formato coroa/raiz e cor dos dentes, já as anomalias referentes a fatores de desenvolvimento podem ser classificadas quanto a alteração de tamanho e número de dentes. Estas podem ser primárias ou surgirem de forma secundária às influências ambientais (Neville, 2009).

Embora a hereditariedade seja o principal fator das anomalias de desenvolvimento, as influências genéticas e ambientais afetam o tamanho dos dentes em desenvolvimento. A dentição decídua parece ser mais afetada por influências intra uterinas maternas, já os dentes permanentes parecem ser mais influenciados pelo meio ambiente (Neville, 2009).

O dente conóide é uma anomalia dentária de desenvolvimento e classificada quanto a alteração do tamanho do dente, em que são fisicamente menores que o comum, apresentando coroas curtas e muitas vezes sem os pontos de contato, (Barros, 2013). Microdontia isolada e nanismo dentário também são termos em que pode referir-se ao dente conóide. (Carneiro, 2014).

Esta alteração acontece no processo da odontogênese, onde podem ocorrer diversas mutações dos genes que irão resultar em anomalias, podendo ser decorrente de fatores ambientais, genéticos, patológicos ou a combinação de vários fatores (Freitas, 2000).

Segundo Barros (2013), acredita-se que a microdontia ocorra devido a uma proliferação anormal durante a fase inicial da odontogênese, denominada fase do broto, ou também chamada de fase do botão. Há também estudos que apontam que a microdontia isolada ocorre na fase de campânula, onde há a histodiferenciação e a morfodiferenciação das células. (Silva et al. 2020)

A odontogênese consiste em um processo complexo que abrange eventos celulares e moleculares altamente coordenados, os quais culminam com a formação dos elementos dentários, sendo a sua forma, tamanho e posição determinada pela

proliferação, diferenciação e apoptose de diferentes populações celulares (Katchburian, 2017).

Apesar de cada dente se desenvolver como uma estrutura independente e de tipos dentários morfolologicamente diferentes, isto é, incisivos, caninos, pré-molares e molares, o processo de desenvolvimento do dente, denominado odontogênese, é basicamente o mesmo (Katchburian et al. 2017).

Na fase de campânula, verificam-se alguns fenômenos morfogenéticos que levam à determinação da forma da coroa do futuro dente. Isso se deve à formação de uma espécie de dobras no epitélio interno do órgão do esmalte nos locais em que as primeiras células cessam sua atividade mitótica, antes da diferenciação em ameloblastos, e também ao fato de que a alça cervical permanece fixa. Como o restante das células do epitélio interno continua se dividindo por mais algum tempo, o aparecimento de novas células resultantes das sucessivas mitoses ocasiona uma força no epitélio interno em direção aos pontos nos quais não há mais divisão. Mais tarde, quando a atividade mitótica das células vai terminando sequencialmente a partir dos vértices das cúspides, em direção à alça cervical, as vertentes das cúspides vão se delineando, estabelecendo, assim, a forma da futura coroa do dente (Katchburian, 2017).

Além disso, nesta fase aparecem acúmulos de células epiteliais na região correspondente ao estrato intermediário, nos futuros vértices das cúspides, formando o denominado nó do esmalte, o qual tem sido relacionado com o fenômeno de determinação do formato da coroa dos dentes (Katchburian, 2017).

Segundo Sosa et al. (2006), , dado que é nesta fase que as estruturas importantes como a papila dentária e o órgão dentário iniciam a sua histodiferenciação e formam o esmalte, a dentina e o cimento.

Segundo Freitas (2000), na cavidade bucal, quando ocorre um distúrbio de crescimento ou desenvolvimento nas estruturas anatômicas que a compõem, podemos ter como resultado um desvio da normalidade, denominamos estes distúrbios de anomalias.

Acomete principalmente o incisivo lateral superior direito, seguido de incisivo lateral superior esquerdo, terceiro molar superior esquerdo e terceiro molar superior direito, dentes estes também muito acometidos por agenesia. Dentes supranumerários também podem ser acometidos (Carneiro, 2014).

Acredita-se que esta anomalia de tamanho seja originada durante o estágio de morfodiferenciação do desenvolvimento dos dentes, no entanto, o fator ou fatores responsáveis permanecem desconhecidos. Os aspectos genéticos na etiologia desta anomalia, são resultantes de um gene autossômico dominante, que provoca a mineralização somente do lóbulo médio dos incisivos laterais, apresentando diâmetro mesiodistal reduzido com uma coroa em formato de cone e uma raiz geralmente com seu comprimento normal (Santos et al. 2009).

Segundo Welbury e Millett (2012) um dente conóide pode estar associado a um dente ausente no lado oposto da arcada, e são vários os casos associados a histórico familiar. A redução no tamanho dentário representa uma expressão parcial do mesmo defeito genético que define a agenesia. Isso explica a clássica associação entre a agenesia unilateral do incisivo lateral superior e a microdontia do dente contralateral. Aproximadamente 20% dos pacientes com agenesia de segundos pré-molares também apresentam microdontia dos incisivos laterais superiores. Essas constatações ressaltam o papel dos genes na etiologia dessas anomalias dentárias, assim como embasam o clínico para uma maior compreensão de seus pacientes (Garib, 2010).

Além disso, este defeito não apresenta distinção entre os lados da arcada dentária, normalmente são unilaterais e mais frequente no gênero feminino (Pedrini et al. 2000).

Quando a condição está presente unilateralmente, é duas vezes mais comum no lado esquerdo, e os incisivos laterais conóides são mais comuns em mulheres (Millar, B., Nesbit, M., 1989).

A frequência da microdontia dos incisivos laterais superiores na dentição primária é inferior a 0,5% e na dentição permanente é de 2,0% e é mais frequente em mulheres (Cameron, A. et al. 1998).

4.2 CLASSIFICAÇÃO MICRODONTIA

A microdontia pode ser classificada em microdontia isolada, difusa ou também chamada generalizada verdadeira e também em microdontia generalizada relativa (Barros, 2013).

A microdontia isolada, são acometidos os incisivos laterais superiores e também os terceiros molares superiores, sua característica clínica são dentes com coroas menores, de diâmetro mesiodistal reduzido, normalmente a raiz se apresenta de tamanho normal (Barros, 2013).

Já a microdontia difusa ou também chamada microdontia verdadeira generalizada é uma condição rara, geralmente encontrada em pacientes com Síndrome de Down, sua característica clínica são todos os dentes da arcada menores que o normal e largamente espaçados no arco dentário (Barros, 2013).

Microdontia generalizada relativa é o resultado de um desequilíbrio entre o tamanho dos dentes e a dimensão dos maxilares. Os dentes têm um tamanho normal, mas o tamanho dos maxilares é maior, o que provoca a falsa aparência de uma Microdontia generalizada Verdadeira (Barros, 2013).

4.3 MICRODONTIA: ESTÉTICA E FUNÇÃO

O sorriso está intimamente ligado à forma com que o ser humano se identifica, além de interferir diretamente nas relações interpessoais. Procedimentos com finalidades estéticas nunca foram tão requisitados quanto em dias atuais, a estética dental é um importante fator na autoestima dos pacientes. Um sorriso harmônico, dentes alinhados, coroas relativamente grandes e dentes brancos estão em alta no padrão de beleza nos dias atuais.

A microdontia isolada afeta a autoestima do paciente. O dente conóide apresenta coroa menor que os demais dentes, normalmente sendo localizado em região anterior da arcada onde denota-se a percepção de alguma alteração da normalidade, geralmente associado a diastemas e atribuindo um aspecto de sorriso infantilizado (Silva et al. 2020).

Em relação à função e oclusão, a microdontia isolada não apresenta comprometimentos ao paciente, porém devido a sua coroa em formato cônico, não

há a presença de pontos de contato e ocorre a impacção de alimentos durante a mastigação. O formato da coroa pode inviabilizar a cimentação de um braquete de aparelho ortodôntico em pacientes com indicação para este tipo de tratamento. Além disso, há a perda da guia incisal e/ou canina onde são importantes componentes da oclusão mutuamente protegida e de proteção do sistema estomatognático (Silva et al. 2020).

4.4 ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO PARA MICRODONTIA ISOLADA

Existem várias opções de tratamento para incisivos laterais com microdontia, desde as mais invasivas que correspondem, por exemplo, à exodontia dos dentes conóides e colocação de implante ou de uma prótese fixa, às menos invasivas como as restaurações diretas e indiretas (Silva et al. 2020). Porém, não foram localizados relatos de caso referentes a exodontia de dentes conóides seguido de implante como alternativa de tratamento, somente opções menos invasivas.

As restaurações indiretas demandam um planejamento maior do dentista, apresentando como maior vantagem a estética, pois envolve a parte laboratorial, assim exigindo um tempo maior de tratamento e custo mais elevado. Restaurações diretas são realizadas em menos tempo e de forma mais conservadora, e no caso de o paciente necessitar de algum ajuste ou correção das restaurações, estas são facilmente recuperáveis em consultório, sem grandes custos adicionais (Barros, 2013).

De acordo com Figueiredo, R. J. A. et al. (2008), as confecções de coroas totais unitárias ou laminados cerâmicos são alternativas em que a excelência estética e funcional está presente. Entretanto, são consideradas técnicas invasivas e de alto custo.

Segundo Barroso e Mei (2014), as facetas em cerâmica como tratamento restaurador de incisivos laterais conóides é uma opção que apresenta características positivas no que diz respeito às propriedades ópticas, biocompatibilidade e manutenção do polimento. Essa modalidade restauradora restabelece o esmalte vestibular, devolve a resistência intrínseca do dente preparado e apresenta alta estabilidade de cor. Elas são unidas intimamente à superfície dental e oferecem propriedades ópticas, mecânicas e biológicas que têm

estreita semelhança com as características do esmalte natural. O sucesso clínico dos laminados cerâmicos depende de vários fatores como: etapa de cimentação criteriosa e diagnóstico de hábitos parafuncionais.

Em contrapartida, a reanatomização de dente conóide com resina composta e técnica da guia de silicone é o tratamento mais eficaz e conservador para o paciente, sendo a primeira escolha quando um dentista se depara com estes casos, menor tempo de tratamento e menor custo são vantagens deste tratamento. (Silva et al. 2020)

5 RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 11 anos de idade, compareceu à clínica integrada de odontologia da Sociedade Educacional Santa Catarina (Unisociesc) em Joinville, para realizar uma consulta de rotina. Após anamnese e exame clínico, constatou-se a presença de um dente com anomalia de tamanho na região de incisivo lateral superior direito, caracterizando-se como conóide (Figura 1) prejudicando a estética do sorriso da paciente. Além disso, ela apresentou queixas quanto à característica do elemento, por achá-lo “muito feio”.

Após a avaliação do exame de imagem (Figura 2) solicitado na primeira consulta, constatou-se um microdente apresentando raiz em fase de rizogênese incompleta.

Figura 1: vista ântero-lateral do sorriso da paciente.



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

Figura 2: radiografia panorâmica da paciente.



Fonte: arquivo pessoal, 2023.

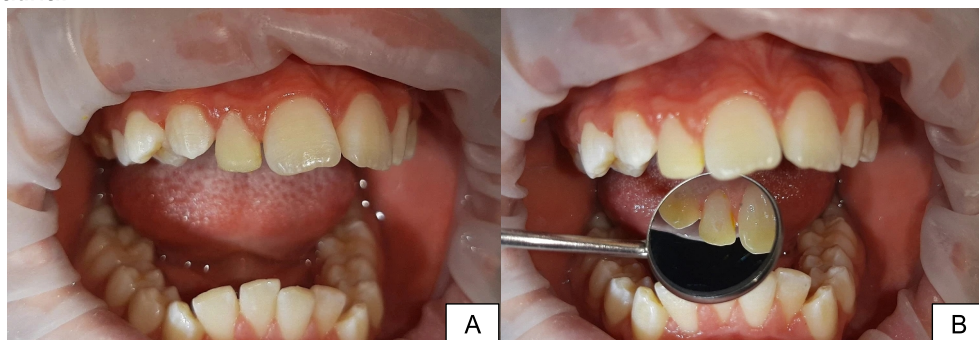
Observa-se no exame que a paciente possui agenesia dentária acometendo o dente 22, e possui o dente 12 acometido pela microdontia. Além disso, a paciente demonstrou interesse em realizar o tratamento ortodôntico para alinhamento dos dentes e correção da mordida (classificada em classe II de Angle). Então, a reanatomização do elemento facilitaria a colagem do bráquete.

Portanto, levando esses fatores em consideração, optou-se por restaurar diretamente o dente conóide com resina composta a fim de devolver o formato de um incisivo lateral superior direito, restabelecendo não somente a estética mas a função.

A primeira etapa foi a escolha da cor. Com pequenos incrementos foi realizado um ensaio restaurador para seleção de resinas compostas e formato adequado do elemento 12 (Figura 3) que serviria como guia para a restauração definitiva. Nesta etapa, não se realiza o condicionamento ácido do esmalte e aplicação do sistema adesivo, pois o intuito é justamente não promover a adesão. Observa-se, que a cor não correspondeu à cor dos dentes naturais da paciente, então manteve-se o formato, porém a cor escolhida para a restauração definitiva foi alterada para outro compósito de melhor opacidade (Palfique LX5® cor OA1, Tokuyama Dental, Yamagata, Japão). Utilizou-se o afastador labial (OptraGate®,

Ivoclar Vivadent, Zurique, Suíça) para afastar os lábios, melhorando o campo de visão.

Figura 3: ensaio restaurador em resina composta. (A) Vista vestibular, (B) vista vestibular e palatina.



Fonte: arquivo pessoal, 2023.

Após finalizado o ensaio restaurador (com acabamento e polimento), confeccionou-se um guia de silicone (Figura 4) com silicone de adição (*Express™ XT Putty Soft®*, 3M ESPE, Sumaré, Brasil) para reproduzir a face palatina do ensaio, sendo utilizado como guia para a restauração definitiva.

Figura 4: Confeção da guia palatina de silicone.



Fonte: arquivo pessoal, 2023.

Com a guia de silicone pronto, removeu-se o ensaio restaurador e iniciou-se o processo de confecção da restauração definitiva. O primeiro passo foi condicionar todas as faces do elemento dentário com ácido fosfórico (Gel Condicionador Ácido

37%, AllPrime™, São José, Brasil) por 30 segundos protegendo os elementos adjacentes com tira de poliéster (Tira de Poliéster Airon®, Maquira, Maringá, Brasil) (Figura 5), seguido de lavagem abundante do esmalte condicionado com jato de água por 30 segundos (mesmo tempo de ação) e secagem com jato de ar (Reis, 2021).

Figura 5: Condicionamento do elemento com ácido fosfórico 37% e proteção dos elementos adjacentes com tira de poliéster.



Fonte: arquivo pessoal, 2023.

Na sequência, adaptou-se no sulco gengival um fio retrator (Ultrapak® #000 Ultradent, Indaiatuba, Brasil) e após, a adesão com adesivo universal (Âmbar Universal®, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, Brasil) (Figura 6). Com o auxílio de um microaplicador (Microaplicador, AllPrime®, São José, Brasil) aplicou-se o adesivo três vezes ao longo de todo o dente, friccionando o microaplicador por 10 segundos, intercalando com jato de ar para evaporar o solvente e fotoativando por 10 segundos após a última aplicação.

Figura 6: Aplicação de adesivo universal com microaplicador.



Fonte: arquivo pessoal, 2023.

Com o auxílio de uma espátula de resina, através da técnica da guia de silicone, foi-se aplicando incrementos de resina composta (Palfique LX5® cor OA1, Tokuyama Dental, Nanyo, Yamagata) diretamente no guia de silicone para formar a face palatina. O guia de silicone com o esmalte palatino foi posicionado corretamente no dente conóide (Figura 7) e fotoativado por 20 segundos com a aparelho Optlight Max® - Dabi Atlante. Após a retirada do guia de silicone, a face palatina foi reproduzida (Figura 8).

Figura 7: Conjunto silicone de adição e resina composta posicionados na face palatina do dente 1



Fonte: arquivo pessoal, 2023.

Figura 8: Face palatina confeccionada em resina composta.



Fonte: arquivo pessoal, 2023.

Com uma espátula de resina, incrementos de resina composta foram compactados ao longo do dente através da técnica Incremental, recriando a anatomia e respeitando as características de um incisivo lateral superior direito.

Com a restauração finalizada, iniciou-se o processo de acabamento e polimento. O fio retrator foi removido e utilizadas Pontas Diamantadas FG® 3195FF, KG® 3118F, 3118FF (KG Sorensen, Cotia, Brasil) para remover os excessos. Para o acabamento e polimento da borda incisal, utilizou-se discos de lixa (*Sof-Lex™ Pop-on®*, 3M ESPE, Sumaré, Brasil) de diferentes gramaturas. Para o acabamento das faces proximais, utilizou-se tira de lixa de poliéster abrasivas (*AllPrime®*, São José, Brasil) e para o polimento final utilizou-se pasta de polimento (*Diamond Excel®*, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, Brasil) com disco de feltro (*Diamond®*, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, Brasil).

O resultado final imediato (Figura 9) mostrou-se bastante satisfatório. Além disso, foram repassadas tanto para a paciente, como para sua mãe, orientações de higiene oral.

Figura 9: Resultado final imediato após reanatomização em resina.



Fonte: arquivo pessoal.

6 DISCUSSÃO

Os materiais restauradores adesivos diretos são clinicamente indicados para restabelecer função e aperfeiçoar a estética (Anusavice, 2003).

Torna-se importante para o cirurgião-dentista ter conhecimento das propriedades físicas e mecânicas das resinas compostas, a fim de combinar com a excelência estética da técnica e, assim, obter a tão almejada harmonia do sorriso (Osmais, 2001).

Fraga et al. (1997), conclui que com o avanço das resinas compostas e o sistema adesivo na odontologia restauradora adesiva, a correção anatômica de um dente conóide pode ser realizada de forma direta, sem necessidade de preparo ou coroa total.

Gouveia et. al (2017) afirma que para realização da reanatomização de dentes conóides, a técnica de escolha é a direta, por se tratar de uma unidade íntegra sem perda de estruturas dentárias significativas.

Busato et al. (1997), em seu caso clínico, promoveu um bisel longo até o terço médio, previamente ao condicionamento ácido fosfórico 37% do dente conóide. Porém, bem como Teixeira et al. (2003), no presente caso clínico promoveu-se a restauração direta sem a realização de nenhum desgaste, isto porque o dente conóide apresentava espaço suficiente para a incrementação da resina composta.

Andrade (2021), conclui que utilizando como material restaurador a resina composta em sua técnica direta, tem como vantagens: naturalidade aos dentes, uma gama de opções de materiais restauradores disponíveis na atualidade, mínima intervenção e menor custo-benefício.

Restaurações diretas em resina composta têm se sobressaído por apresentar vantagens estéticas, preservação de estrutura dental, podendo ser feita em uma única sessão, menor custo e ausência de etapas laboratoriais (Korkut, 2018).

Neste trabalho utilizou-se um tipo de resina composta classificada como supra nano particulada, e de carga em sílica-zircônia, que fornece ótimas propriedades mecânicas e estéticas, com excelente polimento e lisura superficial.

Kouri et al. (2014) confeccionou previamente à restauração direta no dente

conói um modelo de estudo em gesso. Foi realizado enceramento do elemento justificando que dessa forma seria possível visualizar o resultado e auxiliar na confecção da restauração provisória. Neste caso porém, não foi confeccionado modelo de estudo, pois realizou-se um ensaio restaurador diretamente no dente com resina composta que visava também auxiliar na visualização do resultado final, e na restauração definitiva.

Koubi et al. (2018) conclui que ensaios restauradores como as técnicas de moldagem, enceramento diagnóstico e mock-up são técnicas que auxiliam e proporcionam previsibilidade do tratamento, minimiza possíveis erros no decorrer do procedimento e ajuda em todo planejamento estético funcional.

A guia de silicona oferece a cópia ideal da estrutura palatina. Este procedimento permite restabelecer a estética de forma rápida, conservadora e com custos reduzidos para o paciente (Marques, 2016)

Diferentemente de Teixeira et al. (2003) que utilizou uma matriz de celulóide para auxiliar na aplicação da resina, neste caso seguiu-se pela técnica incremental, bem como Plaza et al. (1998) realizou em seu caso clínico.

7 CONCLUSÃO

Fundamentando-se na literatura abordada, conclui-se que a reanatomização estética de dentes conóides através da restauração pela técnica direta com resina composta é uma excelente opção de tratamento, não necessitando de desgastes com pontas diamantadas em casos que há espaço suficiente para comportar a espessura do material restaurador, proporcionando assim um resultado esteticamente satisfatório e minimamente invasivo.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Rodrigo de Castro et al. Restauração de dentes traumatizados. **Arquivos em Odontologia**, v. 47, p. 97-100, 2011.
- ANDRADE, Clénia Emanuela de Sousa et al. **As principais alterações dentárias de desenvolvimento**. Rev. Salusvita (Online) ,2017 p. 533-563, 2017
- ANDRADE, J.I. **Reanatomização de dentes conóides: revisão de literatura**. Monografia do curso de odontologia- Centro universitário AGES, Paripiranga, 2021.
- ANUSAVICE, K. J. Informatics Systems to Assess and Apply Clinical Research on Dental Restorative Materials. **Adv Dent Res**, Washington, v. 17, n. 12, p. 43-48, Dec. 2003.
- ARINELLI, Angela Marta Dib et al. Sistemas adesivos atuais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 73, n. 3, p. 242, 2016.
- BARROS, A. C. R. L. F. Microdantia e opções de tratamento. 2013. Monografia (mestre em medicina dentária) **Universidade Fernando Pessoa** – Faculdade de Ciências da Saúde, 2013.
- BARROSO; I. V. R.; MEI, R. M. S. **Reabilitação de agenesias dentárias e dente conóide – relato de caso clínico**. Interbio, Dourados, v. 8, n. 2, p. 60-67, jul./dez. 2014.
- BUSATO, A.L.S.; BARBOSA, A.N.; BUENO, M.; BALDISSERA, R.A. **Dentística – restaurações em dentes anteriores**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 481p
- CAMERON A., et al. **Anomalias dentales**. In: Cameron A., Widmer, R., (Ed.). Odontologia Pediátrica. Madrid, Harcourt Brace. 1998. pp. 179-220.
- CARNEIRO, Grasielle Vieira. **Estudo radiográfico da prevalência de anomalias dentárias por meio de radiografias panorâmicas em diferentes faixas etárias**. Tese (Doutorado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste) – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Mato Grosso do Sul, p.28. 2014.
- COBOURNE, M .T. **The genetic control of early odontogenesis**. BR. J. Orthod. 1999; 26(1): 21-8.
- DOS SANTOS, Márcia Pereira Alves; MAIA, Lucianne Cople. Materiais Adesivos Restauradores em Odontopediatria: Revisão de Literatura. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 6, n. 1, p. 93-100, 2006.
- FIGUEIREDO, R. J. A. et al. **Otimizando a estética por meio de reanatomização em dentes conóides**. RGO, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 333-336, jul./set. 2008.
- FRAGA, C.R. Dentística – bases biológicas e aspectos clínicos. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. 373p.

FRANÇA, Swellyn. Odontologia restauradora na era adesiva. **Revista da Associação Paulista de Cirurgões Dentistas**, v. 70, n. 3, p. 234-241, 2016.

FREITAS, L. **Radiologia bucal: técnicas e interpretação**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 2000. 391 p.

GARIB, Daniela Gamba et al. Anomalias dentárias associadas: o ortodontista decodificando a genética que rege os distúrbios de desenvolvimento dentário. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, p. 138-157, 2010.

GOUVEIA, THN, Theobaldo JD, Vieira-Junior WF, Lima DANL, Aguiar FHB. Esthetic smile rehabilitation of anterior teeth by treatment with biomimetic restorative materials: a case report. **Clin Cosmet Investig Dent**. 2017.

Hua, Fang et al. Prevalence of peg-shaped maxillary permanent lateral incisors: A meta-analysis. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 144, n. 1, p. 97-109, 2013.

JESUS, F. B. **REANATOMIZAÇÃO ESTÉTICA EM INCISIVOS LATERAIS CONÓIDES ATRAVÉS DO USO DE RESINA COMPOSTA DIRETA: RELATO DE CASO CLÍNICO**. Trabalho de Conclusão de Curso. UNEF– Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana. Feira de Santana. p.32. 2021.

KATCHBURIAN, E; ARANA, V. **Histologia e Embriologia Oral**. 4º edição. Editora Guanabara 2017, p.101-109.

KORKUT, B. Smile makeover with direct composite veneers: A two-year follow-up report. **J Dent Res Dent Clin Dent Prospects**. 2018.

KOUBI, S, Gurel G, Margossian P, Massihi R, Tassery H. A Simplified Approach for Restoration of Worn Dentition Using the Full Mock-up Concept: Clinical Case Reports. **Int J Periodontics Restorative Dent**. 2018.

KOURI, Débora et al. Aesthetic and functional rehabilitation of a supernumerary peg-shaped tooth in the primary dentition. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 62, p. 191-195, 2014.

MACHADO, D. **Anomalias Dentárias e a Sua Importância no Processo de Identificação Humana**. Porto, Portugal. Dissertação para o grau de mestre. p 78. 2014.

MAFRA, Rodrigo Porpino et al. Desenvolvimento dental: aspectos morfogênicos e relações com as anomalias dentárias do desenvolvimento. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 2, p. 232, 2013.

MANDARINO, FERNANDO. **Restaurações Estéticas em Dentes Anteriores**. Laboratório de pesquisa em endodontia da FORP - USP. 2003.

MARQUES, Lidia Audrey Rocha Valadas, et al. **Aplicação da técnica da muralha de silicóna em paciente pediátrico: relato de caso clínico.** 2016.

MATALOVÁ, E., BUCHTOVÁ, A. S. et al. Expression and characterization of c-Myb in prenatal odontogenesis. **Develop Growth Differ.** 211; 53 (6): 793-803.

Millar, B., Nesbit, M. **Etched porcelain restorations for patients with microdontia.** Quintessence International. 1989. pp. 621-622.

MESKIN, Lawrence H.; GORLIN, Robert J. Agensis and peg-shaped permanent maxillary lateral incisors. **Journal of dental research**, v. 42, n. 6, p. 1476-1479, 1963z

NEVILLE, BRAD, et. al **Patologia Oral e Maxilofacial.** 3º edição 2009 p. 82.

Omais S, Yassumoto LM. **Reanatomização e recontorno cosmético de dentes anteriores: relato de caso.** JBC Clin Odontol Int. 2001; 5(30): 499-502.

Pedrini, D., Jardim, P., Poi, W. **Transformação de Dente Conóide e Fechamento de Diastema em Clínica Geral.** Faculdade Odontologia Lins/UNIMEP, 2000. pp.52-56

PLAZA, C.A.S.; PIMENTA, I.C.; SERRA, M.C. **Transformação de dente comprometido esteticamente – conóide – utilizando-se resina composta.** RBO, Rio de Janeiro, v.55, n.4, p.222-225, jul./ago. 1998

REIS, A; LOGUERCIO, A. D. **Materiais Dentários Diretos - Dos Fundamentos À Aplicação Clínica.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

SANTOS, A.P.P, et al. **First report of bilateral supernumerary teeth associated with both primary and permanent maxillary canines.** Journal of Oral Science, vol. 51, n. 1, p. 145-150, 2009.

SOSA, M. et al. **Anomalias Dentales** [Em linha], 2006. Disponível em: <http://bvscuba.sld.cu/>. Acesso em 01 de novembro de 2023.

SILVA, A. et. al. **Incisivo Lateral Conóide.** Trabalho de conclusão de curso (bacharel em Odontologia) – UNIVALE, Universidade do Vale do Rio Doce. Governador Valadares, p.15. 2020

Tokuyama Dental Corporation. Palfique LX5. **Tokuyama**, 2021. Disponível em: <https://tokuyama-dental.com/products/composites/universal/palfique-lx5/>. Acesso em: 12 de outubro de 2023.

Welbury, R. e Millett, D. **Casos Clínicos de Ortodontia na Odontopediatria**. 2ª Edição. 2012. São Paulo, Elsevier Editora Ltda, pp.6.