

Facetas estéticas diretas

Uma solução para hipoplasia do esmalte

Direct esthetic facets – A solution for enamel hypoplasia

*SOUZA, Flávia Ambrozio de Lima**
*MORAIS, Larissa Santos **
*FRANCESCHINI, Cláudia M. Salgado***
*MELO, Nilce Santos de ****

RESUMO

O artigo relata um caso severo de hipoplasia de esmalte, onde a estética foi seriamente comprometida. O tratamento restaurador foi concretizado através da confecção de facetas diretas. Tal tratamento possibilitou uma melhora considerável na estética, influenciando no aspecto psicológico do paciente.

UNITERMOS

Hipoplasia do esmalte; facetas estéticas diretas; dentística restauradora.

INTRODUÇÃO

É de fundamental importância o conhecimento da odontogênese para o entendimento dos distúrbios do crescimento e desenvolvimento que afetam os dentes.

Durante a odontogênese, os ameloblastos podem ser afetados por diversos fatores, sendo estes locais, sistêmicos ou determinados por influências genéticas. Como consequência, tem-se a estética prejudicada, má oclusão, sensibilidade dentinária e maior predisposição à cárie dental, entre outros.

O significado clínico da influência desses fatores nos ameloblastos relaciona-se diretamente com a hipoplasia do esmalte, que é uma deficiência na formação do esmalte, manifestada clinicamente como sulcos ou depressões, organizadas em fileiras ou colunas, sendo esta a forma mais comum. A hipoplasia pode manifestar-se também como falta parcial ou total da superfície do esmalte, com exposição dentinária em alguns pontos ou alteração da cor.

Para diagnóstico correto, é fundamental que sejam realizados exames clínicos e radiográficos de boa qualidade. Desta forma, as disfunções oclusais podem ser

evitadas precocemente, com redução de problemas fisiológicos e, até mesmo, psicológicos.

Para o tratamento dos defeitos do esmalte, tem-se como solução a confecção de facetas estéticas diretas, indiretas e coroas totais. A decisão terapêutica é tomada, analisando-se a gravidade do caso e o comprometimento das estruturas dentais.

REVISÃO DE LITERATURA

REGEZI¹² (1991) relata que a extensão da destruição do esmalte irá depender de três condições: a intensidade do fator etiológico, a duração da presença do fator e o tempo em que ocorre o fator durante a formação da coroa. Os fatores que conduzem ao dano dos ameloblastos são bastante variados, muito embora os sinais clínicos do esmalte defeituoso sejam os mesmos.

Para TOLEDO¹⁵ (1986), a hipoplasia do esmalte pode afetar de três maneiras diferentes os dentes. Quando é localizado em um único dente, geralmente está associado à disseminação de uma infecção periapical ou a um traumatismo em um dente decíduo (podendo-se também acrescentar a associação de um medica-

* Acadêmica da Faculdade de Odontologia de Anápolis – 3º Ano
** Professora de Dentística da Faculdade de Odontologia de Anápolis
*** Professora de Patologia da Faculdade de Odontologia de Anápolis

mento, como por exemplo, o formocresol). Os dentes permanentes atingidos pelo defeito estrutural são, neste caso, chamados *dentes de Turner*. A hipoplasia, segundo aquele autor, pode atingir alguns grupos dentários, quando uma doença infecciosa na infância provoca alterações na atividade ameloblástica (podendo-se acrescentar os casos de doses elevadas de medicamentos, como a tetraciclina, por exemplo). Neste caso, somente as áreas que estavam se desenvolvendo no momento da infecção manifestam as alterações estruturais.

A hipoplasia de origem sistêmica é freqüentemente denominada *hipoplasia cronológica* porque as lesões são encontradas em áreas de dentes desenvolvidos na época do ocorrido, que é de curta duração e resulta em defeito de esmalte bem circunscrito. Uma zona estreita de esmalte pode estar comprometida, indicando a presença de um fator sistêmico que afetou aqueles ameloblastos, os quais naquela época, tinham começado o desenvolvimento de esmalte. (KONIS⁹ 1993)

Infecções congênitas como sífilis e rubéola têm sido associadas à hipoplasia de esmalte tanto na dentição decídua quanto na permanente. (WILDE⁷ 1943, FIUMARA⁸, 1969)

Em relação a hipoplasia de esmalte hereditária, TAVANO¹⁴ (1998) conceitua a amelogênese imperfeita como sendo uma hipoplasia transmitida geneticamente com caráter autossômico dominante, recessivo, ou ainda, ligado ao sexo; que afeta exclusivamente o esmalte nas dentições decídua e permanente em suas fases de formação.

Por isso, TAVANO¹⁴ (1998) classifica a amelogênese imperfeita hereditária em três tipos: hipoplásico, em que a formação da matriz orgânica é deficiente; hipomineralizado, quando a formação da matriz é normal, mas sua mineralização deficiente; hipomaduro, quando a terceira e última fase de formação do esmalte, a maturação, não ocorre.

O diagnóstico definitivo deve ser estabelecido, associando-se a história familiar, o exame clínico e o radiográfico, inclusive dos germes dentários, visando a uma correção estética e funcional precoce e ao aconselhamento genético dos portadores (TAVANO¹⁴ 1998).

Antes da introdução por BUONOCORE⁴ (1955) da técnica de condicionamento ácido do esmalte, seguido da resina composta de BOWEN³ (1966), os dentes anteriores que apresentavam graus variáveis de escurecimento dental ou de má formação do esmalte, eram tratados através de método radical que, em detrimento da estética, sacrificava em demasia a estrutura dental sadia. (ARCARI et al¹ 1991). Coroas totais em porcelana, resina acrílica, metalocerâmica ou metaloplástica eram geralmente necessários. Se, por um lado, tais alternativas de tratamento podem fornecer resultados satisfatórios; por outro, além de implicarem um sacrifício *exagerado* de estrutura dental sadia, em função do custo elevado que apresentam, ficam limitados a um pequeno número de pacientes. (BARATIERI² 1989)

Somente com a introdução da técnica da faceta laminada é que muitos dos dentes que antes seriam severamente reduzidos passaram a ser restaurados de uma maneira mais conservadora, com pouca, ou até, nenhuma preparação vestibular e manutenção da guia anterior do paciente pela ausência de desgaste palatino. A maior simplicidade desse procedimento também proporciona uma alternativa econômica viável em relação às coroas.

A introdução do condicionamento ácido e os crescentes melhoramentos das resinas compostas tornaram possível o aparecimento da técnica da faceta laminada direta, proporcionando um sistema ou tratamento conservador, estético e funcional. Embora exija mais tempo na cadeira odontológica e conhecimento de detalhes anatômicos sutis por parte do clínico, este método oferece bom resultado estético numa única visita ao consultório. (ARCARI et al¹ 1991)

Segundo (VIEIRA et al¹⁶ 1992), facetas estéticas diretas constituem-se em pouco desgaste na estrutura dental sadia, e em recobrimento de toda a face vestibular dos dentes anteriores com materiais estéticos, que pode ser porcelana, hidroxiapatita fundida, resinas compostas termopolimerizáveis, resinas acrílicas ou obtidas a partir de dentes extraídos. (PEDROSA et al¹¹ 1992)

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, com 19 anos de idade, compareceu à Faculdade de Odontologia de Anápolis, apresentando alterações de estrutura e coloração na dentição permanente.

Durante a anamnese, relatou que tais alterações existiam desde o irrompimento dos dentes na cavidade bucal e que dois de seus irmãos também tinham os dentes com aquelas mesmas características.

No exame clínico intrabucal, observou-se um comprometimento do esmalte de todos os dentes, sendo os molares acometidos por extensas lesões cariosas. (Figura 1)



Figura 1

Os dentes afetados pela hipoplasia que mais chamavam atenção eram os incisivos superiores que apresentavam-se com coloração acastanhada e depressões organizadas de forma circular, onde se notavam pontos de dentina exposta. (Figura 2)



Figura 2

Nos incisivos inferiores, o esmalte era de uma coloração branco-opaco do tipo *giz* e com desgaste na borda incisal. (Figura 3)



Figura 3

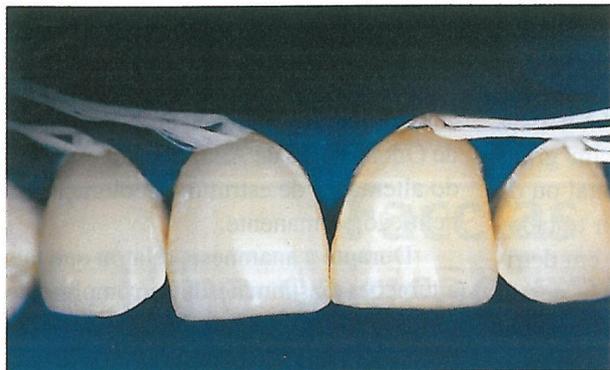


Figura 5

Radiograficamente observou-se aspecto de normalidade com percepção dos pontos de hipoplasia e leve obliteração das câmaras pulpares devido à deposição de dentina reparadora, certamente em respostas às agressões sofridas. O trabeculado ósseo da maxila e mandíbula aparentava normalidade.

Os sinais clínicos e radiográficos levaram ao diagnóstico de hipoplasia do esmalte, sem conhecimento da causa, pois não havia dados suficientes para que se chegasse a confirmação do fator etiológico que agiu como irritante durante a amelogênese desses elementos dentários.

A opção para o tratamento, neste caso, foi pela confecção de facetas estéticas diretas com resinas compostas fotopolimerizáveis nos dentes que afetavam a estética: 13, 12, 11, 21, 22, 23, 43, 42, 32, 33. Optou-se por esta técnica por apresentar-se como alternativa mais simples, conservadora e de custo mais baixo.

O tratamento foi feito através da técnica convencional. Após a limpeza dos dentes com pedra pomes e água, foi feita a escolha da cor da resina a ser utilizada, optando-se por Z100 B20, Durafill B20 e B10.

O preparo foi conservador, na face vestibular, estendendo-se para as faces proximais, respeitando-se a inclinação dos planos dentais cervicais, médio e incisal,

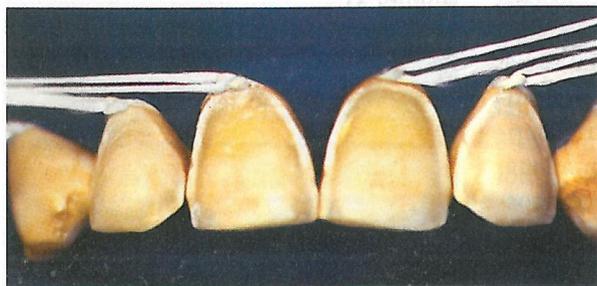


Figura 4

com a ponta diamantada tronco-cônica 3216 e com alta rotação. (Figura 4)

Após o isolamento do campo operatório, fez-se profilaxia com pedra pomes e água e condicionamento com ácido fosfórico 37% por 15 segundos. Utilizou-se primer e adesivo Single bond.

A resina foi inserida e polimerizada por camadas, dando forma ao dente conforme a anatomia. (Figura 5)

Passada 72 horas, foi realizado o polimento com disco Softlex (3M) e pontas de Enhance e disco de feltro, associados a pasta POLI I e POLI II. (Figura 6)



Figura 6

COMENTÁRIOS

A etiologia dos defeitos estruturais do esmalte está relacionada com uma série de fatores que agem na fase de formação do esmalte, agredindo a porção epitelial do germe dentário que será responsável pela formação do esmalte.

Esses fatores são de origem local e sistêmica, podendo, dessa forma, afetar apenas um dente ou todos os dentes.

É de grande importância para o profissional estar familiarizado com as características clínicas e radiográficas típicas das disgenesias de estrutura para que, quando se defrontarem com um paciente afetado,

possam fazer um diagnóstico correto e planejar um tratamento adequado para cada caso. (CONRADO et al⁵ 1997)

A questão psicológica também é muito importante, pois com a estética estando comprometida, dificilmente crianças e adolescentes terão um relacionamento normal com outras pessoas. Eles podem tornar-se tímidos e retraídos. Por isso, é vital que os pais procurem um tratamento odontológico o mais cedo possível, já que a estética conseguida com o tratamento restaurador é suficiente para recuperar a auto-estima e permitir um convívio melhor na sociedade. (CONRADO et al⁵ 1997)

CONCLUSÃO

As alterações do esmalte devem ser diagnosticadas precocemente e a escolha da terapêutica pode ser feita com uma técnica simples, desde que a estrutura dental não esteja severamente comprometida.

A confecção de facetas estéticas diretas com resinas compostas fotopolimerizáveis é um procedimento conservador, estético e de custo reduzido.

Após o término do tratamento restaurador, comparando, pode-se perceber a mudança na expressão da paciente que tornou-se mais sorridente e menos retraída. (Figuras 7 e 8)



Figuras 7 e 8

SUMMARY

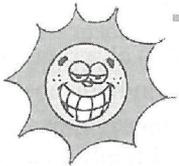
The article reports a severe case of hypoplasia of enamel, where the esthetics was seriously compromised. Restoring treatment was materialized through the confection of direct faceted veneers. Such treatment made possible a considerable improvement in the esthetics, influencing the psychological aspect of the patient.

UNITERMS

Hypoplasia of enamel; direct esthetic facets; restoring treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARCARI, G. M. et al. Facetas Estéticas com resinas compostas. **RGO**; v.39, n.2, p.103 – 107, março/abril. 1991.
2. BARATIERI, L. N. et. al. **Dentística Procedimentos preventivos e restauradores**. Rio de Janeiro, 1989. p.509.
3. BOWEN, R. Properties of a silica-reinforced polymer for dental restorations. **J Amer Dent Ass**; v.66, n.1, p.57-64, 1963.
4. BUNOCORE, M.G. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. **J Dent Res**; v.34, n.6, p.849-853, 1955.
5. CONRADO, A. C. et. al. Amelo-gênese imperfeita hereditária uma disgenesia de estrutura – Revisão, bibliográfica analítica e apresentação de casos clínicos. **J. Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**; v.2, n.7, p.208 – 210, jul. 1997.
6. COSTA, C. A. S. et al. Hipoplasia de esmalte Revisão de literatura. **Odontologia Clínica**; v.7, n.2; p.39 – 42, julho/dez 1997.
7. DE WILDE, H. Defective tech in congenital syphilis. **Am J Orthod**; v. 29, p.368 – 72, 1963
8. FIUMARA, W. J.; LESSELL, S. Manifestations of late congenital syphilis. **Arch Dermatol** V.102, p.78 – 81, 1969.
9. KONIS, A. B. Treatment of enamel hypoplasia in Young adults. **Ny State Dent J** V. 59, p.38 – 40, 1993.
10. LIPORONI, P. C. et. Al. Facetas diretas com compósitos. **ABO** v.6, n.5, p.319 – 322, out/nov. – 1998.
11. PEDROSA, S. F. et. al. Facetas estéticas utilizando face vestibular de dentes extraídos. **ROBRAC** n.2, p.26 – 29, Julho 1992.
12. REGESI & SIUBBA. **Patologia Bucal**. Rio de Janeiro, 1991.p.350-354.
13. STAGNO, S. et. al. Defects of tooth structure in congenital cytomegalovirus infection. **Pediatrics**, v.69, p.646 – 648, 1982.
14. TAVANO, O; ÁLVARES, L. C. **Curso de radiologia em odontologia**. 4 ed. São Paulo, p. 198, 1998.
15. TOLEDO, O. A. **Odontopediatria fundamental para a prática clínica**. São Paulo, p. 23 – 31, 1986.
16. VIEIRA, G. F.; LIMA, S. C. A Espessura do esmalte no preparo de facetas estéticas. **APCD** v.46, n.5, p.869 – 872, set/out. 1992.



Dra. M^a Aparecida Teixeira de Aquino

Odontopediatra
CRO.GO 1497

Fone: (62) 521-3200 / 521-3207

Av. Professor Alfredo de Castro nº31
Setor Oeste - Goiânia-GO



**CIRURGIA - DIAGNÓSTICO
REABILITAÇÃO ORAL**

Jorge Garcia Anturiano
CRO-GO 860

Fones: (62) 521.3200 / 213.3618
Celular: 9977-9770
Fax: (62) 521-3203

Av: B nº 31 - Setor Oeste - Goiânia-GO
E-mail: anturian@internacional.com.br

D^a Mariza Marçal

ENDODONTIA

CRO-GO 1217

FONE: (62) 521-3200
RES.: (62) 259-5228

Av. Professor Alfredo de Castro nº 31
Setor Oeste - Goiânia-GO