

Reabilitação estética com facetas pré-fabricadas de resina composta: relato de caso
Aesthetic rehabilitation with prefabricated composite resin veneers: case report
Rehabilitación estética con carillas prefabricadas de resina compuesta: reporte de caso

Recebido: 17/06/2020 | Revisado: 02/07/2020 | Aceito: 03/07/2020 | Publicado: 16/07/2020

Lidiane Teodoro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8567-6362>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: lidiane.t@gmail.com

Ericles Otávio Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6707-3146>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: ericlesantos.rj@hotmail.com

João Victor Frazão Câmara

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9687-4401>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: jvfrazao92@hotmail.com

Daniela Luzimar Claudino

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6493-8151>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: daniela.claudino7@hotmail.com

Paulo Ricardo Barros de Campos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6208-2019>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: estetica@paulocampos.odo.br

Isabel Ferreira Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7328-4858>

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

E-mail: barbosa.isabelferreira@gmail.com

Gisele Damiana da Silveira Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0511-5486>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: giseledamiana@yahoo.com

Resumo

Introdução: A harmonia facial depende da disposição, do alinhamento e da posição dos dentes que, quando se encontram em uma geometria apropriada, traduzem a expressão do que é belo. Um dos problemas encontrados é o desequilíbrio na harmonia do sorriso causado por alterações promovidas por bordas incisais fraturadas, mau posicionamento dentário, diastemas, entre outros. Nesse sentido, as facetas pré-fabricadas de resina composta, como laminados pré-polimerizados de compósito, surgiram no mercado para simplificar o procedimento restaurador e permitir a estética e harmonia do sorriso. **Objetivo:** Descrever a utilização de facetas de resina pré-fabricadas na reabilitação estética anterior. **Relato de caso:** Paciente, sexo feminino, 46 anos, compareceu à clínica odontológica 42 anos, gênero feminino, compareceu à Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da UFRJ queixando-se da estética do seu sorriso. Ao exame clínico, observou-se manchamento e restauração deficiente nos dentes 11 e 21, além da presença de diastema. O plano de tratamento consistiu na utilização das facetas pré-fabricadas de resina composta, condicionamento ácido e adesivo, segundo as recomendações do fabricante. **Conclusão:** A utilização das facetas possibilita alto padrão estético em dentes anteriores através de uma técnica minimamente invasiva. Como descrito neste relato de caso, apresenta grande aplicabilidade clínica e facilidade na execução da técnica restauradora.

Palavras-chave: Facetas dentárias; Falha de restauração dentária; Estética dentária.

Abstract

Introduction: Facial harmony depends on the disposition, alignment and position of the teeth, which, when they are in an appropriate geometry, translate the expression of what is beautiful. One of the problems found is the imbalance in the harmony of the smile caused by changes promoted by fractured incisal edges, poor dental positioning, diastemas, among others. In this sense, prefabricated composite resin facets, such as pre-polymerized composite laminates, appeared on the market to simplify the restorative procedure and allow the aesthetics and harmony of the smile. **Objective:** To describe the use of prefabricated resin veneers in previous aesthetic rehabilitation. **Case report:** Patient, female, 46 years old, attended the dental clinic 42 years old, female, attended the Integrated Clinic of the Faculty of Dentistry of UFRJ complaining about the aesthetics of her smile. On clinical examination, staining and poor restoration were observed in teeth 11 and 21, in addition to the presence of diastema. The treatment plan consisted of using prefabricated facets of composite resin, acid conditioning and adhesive, according to the manufacturer's recommendations. **Conclusion:**

The use of veneers allows a high aesthetic standard in anterior teeth through a minimally invasive technique. As described in this case report, it has great clinical applicability and ease in performing the restorative technique.

Keywords: Dental veneers; Dental restoration failure; Esthetics, Dental.

Resumen

Introducción: La armonía facial depende de la disposición, alineación y posición de los dientes, que, cuando están en una geometría apropiada, traducen la expresión de lo que es hermoso. Uno de los problemas encontrados es el desequilibrio en la armonía de la sonrisa causado por los cambios promovidos por los bordes incisales fracturados, la mala posición dental, los diastemas, entre otros. En este sentido, aparecieron en el mercado facetas de resina compuesta prefabricadas, como los laminados compuestos prepolimerizados, para simplificar el procedimiento de restauración y permitir la estética y la armonía de la sonrisa. **Objetivo:** Describir el uso de carillas de resina prefabricadas en rehabilitación estética previa. **Informe del caso:** Paciente, mujer, 46 años, asistió a la clínica dental 42 años, mujer, asistió a la Clínica Integrada de la Facultad de Odontología de la UFRJ quejándose de la estética de su sonrisa. En el examen clínico, se observó tinción y mala restauración en los dientes 11 y 21, además de la presencia de diastema. El plan de tratamiento consistió en utilizar las facetas prefabricadas de resina compuesta, acondicionamiento ácido y adhesivo, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante. **Conclusión:** El uso de carillas permite un alto estándar estético en dientes anteriores a través de una técnica mínimamente invasiva. Como se describe en este informe de caso, tiene una gran aplicabilidad clínica y facilidad para realizar la técnica restauradora.

Palabras clave: Coronas con frente estético; Fracaso de la restauración dental; Estética dental.

1. Introdução

O restabelecimento da estética dental é um dos tópicos mais importantes da odontologia contemporânea. Muitas pessoas procuram o cirurgião dentista, com o objetivo de alcançarem o sorriso perfeito, visando corrigir alterações que eventualmente possam estar presentes. Para isso foi necessário a evolução dos materiais odontológicos e o aprimoramento das técnicas operatórias, fatores estes que têm proporcionado resultados altamente significativos e favoráveis na busca da estética do sorriso (Korkut, YaniKoglu & Gunday,

2013; Sharma & Sharma, 2012; D'Onofre, Câmara, de Paiva, Pereira & Capillé, 2020).

Convencionalmente, os laminados foram indicados para corrigir problemas como dentes irregulares ou contornos inadequados, espaçamento interdental, recessão gengival, mal posicionamento, dentes descoloridos e/ou para melhorar problemas de alinhamento. As facetas pré-fabricadas de resina composta surgiram no mercado para simplificar o procedimento restaurador, reduzindo o tempo de trabalho (Dietschi & Devigus, 2011; Gomes & Perdigão, 2014; Korkut et al., 2013; Perdigão, Sezinando, Muñoz, Martinez & Lougercio, 2013). São extremamente finas, fabricadas em diversos tamanhos, com as quais é possível realizar restaurações com alto padrão estético em dentes anteriores e minimamente invasivas.

As vantagens são: técnica rápida, segura e eficaz; menor custo em relação às cerâmicas; dispensam etapas de laboratório e não requerem provisória e moldagem. Em comparação com as facetas de cerâmica, estas demonstram excelentes propriedades como biocompatibilidade química, resiliência, baixo módulo de elasticidade, alta capacidade de absorção do estresse mecânico, estética e facilidade de manuseio, porém, sua resistência ao desgaste é menor (Peumans, Meerbeek, Lambrechts & Vanherle, 2000; Sperduto et al, 2019).

Apresentam-se em vários tons de cores e formato, podendo ser personalizadas para cada paciente. Possuem uma camada fina previamente polimerizada de resina híbrida, com extrema compatibilidade química com o sistema adesivo (Dietschi & Devigus, 2011; D'Souza & Kumar, 2010; Gomes & Perdigão, 2014; Korkut et al., 2013; Novelli, 2015; Perdigão et al., 2013). Uma limitação é seu uso em dentes escurecidos, sendo necessário o clareamento dental previamente e uso de resinas opacas e fluidas sob essas facetas, atenuando a cor alterada (Campos et al., 2015; Tilley, Torneck, Smith & Adibfar, 1998)

Portanto, objetivou-se apresentar um caso clínico no qual o planejamento disporá da utilização de facetas de resina pré-fabricadas na reabilitação estética anterior.

2. Metodologia

A paciente procurou a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro para atendimento odontológico, na cidade do Rio de Janeiro/RJ. Foi encaminhada ao Departamento de Clínica Odontológica e avaliada clinicamente. Após discussão do plano de tratamento, a paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. Relato de Caso

Paciente leucoderma, 42 anos, gênero feminino, compareceu à Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da UFRJ queixando-se da estética do seu sorriso. Ao exame clínico inicial foi constatado acúmulo de placa bacteriana e cálculo generalizado, além de lesões de abfração. Observou-se, ainda, restaurações nas faces mesiais dos elementos 11 e 21 que se apresentavam manchadas, desadaptadas, com excesso cervical e diastema interincisal de 1mm. Na análise funcional, observou-se que a dimensão vertical de oclusão (DVO) encontrava-se preservada e a desocclusão no movimento de lateralidade era feita pelos segundos pré-molares, tanto do lado direito quanto do lado esquerdo, sendo, desta forma, necessário a recuperação das guias caninas.

Na análise da estética, a aparência desarmônica do sorriso era evidente. Os dentes superiores anteriores exibiam coloração mais escurecida, expunham raízes, apresentavam diferentes alturas em seus bordos incisais e diferentes larguras méso-distal entre dentes análogos, além das restaurações manchadas e/ou fraturadas. O contorno cervical gengival apresentava-se retraído, assimétrico e zênites e alturas gengivais desalinhados (Figura 1). Ao exame radiográfico, encontrou-se uma lesão periapical do dente 21, o que indicou o tratamento endodôntico deste elemento.

Figura 1: A) Aspecto inicial do sorriso com os lábios em posição; B) Foto aproximada com afastamento dos lábios do canino superior direito ao canino superior esquerdo e C) Foto aproximada do elemento 11, demonstrando a abração cervical.



Fonte: Autores.

Previamente ao planejamento do caso, com intuito de se restabelecer a saúde oral da paciente foi realizada a adequação periodontal. O tratamento planejado para essa paciente foi o clareamento de dentes vitais caseiro e a colocação das facetas pré-fabricadas de resina composta.

O clareamento dental caseiro supervisionado semanalmente foi realizado com peróxido de carbamida a 16% (Whiteness Perfect®, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil). Após a obtenção do clareamento desejado, aguardou-se um período de 2 semanas para o início do tratamento restaurador objetivando a completa liberação do oxigênio residual. Todas as opções de tratamentos possíveis foram apresentadas e discutidas com a paciente. Optou-se pela utilização de facetas pré-fabricadas de resina composta Brilliant™ NG Composeer® (Coltene Vigodent SA, Indústria e Comércio, RJ, Brasil) devido à sua rapidez de aplicação com a recuperação da qualidade estética em apenas uma sessão.

Inicialmente, medidas dos dentes foram tomadas com auxílio de um compasso de ponta seca, (Jon Produtos Odontológicos, São Paulo, SP, Brasil) (Quadro 1) objetivando a obtenção de uma melhor proporção estética entre largura e altura dental, seguindo os conceitos da Proporção Áurea, através do mapeamento das mudanças necessárias. O ponto de

partida para o planejamento foram os incisivos centrais superiores, pois mostram a sua dimensão real e não a aparente, que se apresentavam extremamente alongados devido às abfrações cervicais associadas à retração gengival.

Quadro 1: Medida da largura e altura dos elementos 13, 12, 11, 21, 22 e 23 antes e após realização do procedimento.

DENTE	LARGURA		ALTURA		PROPORÇÃO
	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	APROXIMADA
13	7,0mm Aparente	7,5mm Aparente	10,5mm	11mm	70%
12	6,9mm	7,2mm	9,0mm	9,5mm	75%
11	7,5mm	10,5mm	11mm	12mm	85%
21	8,0mm	10,5mm	11mm	12mm	85%
22	6,8mm	7,2mm	9,0mm	9,6mm	75%
23	7,0mm Aparente	7,5mm Aparente	10mm	11,5mm	70%

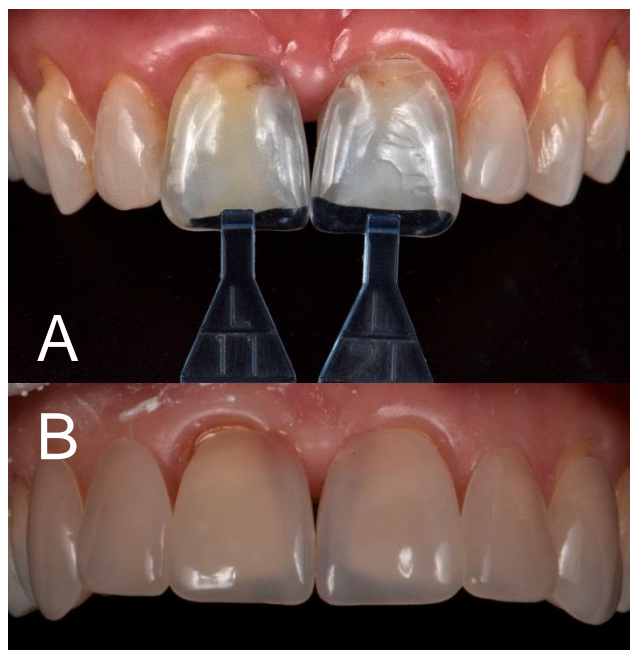
Fonte: Autores.

Foram selecionadas, com auxílio da guia de contorno do kit, facetas mais largas (11L e 21L transparentes) para compensar esta altura em uma proporção estética, além de favorecer com as mesmas o fechamento do diastema entre os incisivos centrais superiores. Para os demais dentes da bateria labial superior foram selecionadas as facetas correspondentes (13L, 12L, 22L e 23L transparentes) para seguir o mesmo padrão de forma e tamanho (Figura 2), e ainda, para recuperar as guias caninas no movimento de lateralidade. O preparo limitou-se a um desgaste da superfície vestibular de aproximadamente 0,4 mm para um melhor assentamento das facetas e também, ao rompimento dos pontos de contato em razão da mudança nas medidas da largura mesio-distal (broca 2200 (KG Sorensen®)).

As facetas foram customizadas e novamente provadas. Para a cimentação das peças, a

superfície interna das mesmas foi tratada com ácido fosfórico a 37% (Condac 37, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil) por 30 segundos para desengordurar e remover possíveis detritos, seguido de lavagem abundante com água por 30 segundos e secagem com jatos de ar. Foi aplicado então, o sistema adesivo One Coat Bond (Coltene Vigodent SA, Indústria e Comércio, RJ, Brasil) por toda superfície e fotopolimerizado por 20 segundos (RADII CAL SDI Indústria e Comércio Ltda, SP, Brasil).

Figura 2: A) Escolha do tamanho das facetas com auxílio do guia de contorno disponível no kit e B) Prova das facetas escolhidas nos dentes.



Fonte: Autores.

Após o isolamento absoluto, iniciou-se o tratamento dos dentes. Para tal, condicionamento dental foi realizado com gel de ácido fosfórico a 37% por 30 segundos em esmalte e 15 segundos na dentina, seguido de lavagem com água por 30 segundos e secagem por capilaridade com bolinhas de papel absorvente. Duas camadas do sistema adesivo One Coat Bond (Coltene Vigodent SA, Indústria e Comércio, RJ, Brasil) foram aplicadas. Selecionou-se a resina composta Brilliant™ NG Compoener® (Coltene Vigodent SA, Indústria e Comércio, RJ, Brasil) opaca de dentina na cor A2 para mascarar a descoloração dos dentes. Esta foi então espalhada sobre a superfície interna das facetas dos elementos 11 e 21, que foram postas em posição e pressionada gentilmente. Os excessos mais grosseiros foram removidos com sonda exploradora e finalmente realizou-se a fotoativação por 40

segundos.

As áreas onde não houve a cobertura e preenchimento total pelas facetas foram restauradas pela mesma resina composta citada anteriormente. A cimentação das demais facetas também foi realizada aos pares. Com a cimentação finalizada e os dentes restaurados (Figura 3), iniciou-se a remoção de parte dos excessos da cervical com lâmina de bisturi número 12.

Figura 3: A) Vista com o isolamento absoluto e B) Aspecto imediato após a remoção do isolamento absoluto.



Fonte: Autores.

Anteriormente às etapas de acabamento e polimento, foram realizados os testes fonéticos. A paciente foi orientada a pronunciar as consoantes labiodentais para verificar o comprimento do dente, e se os bordos incisais tocavam na divisão do vermelhão do lábio e a mucosa, mostrando aspecto de normalidade. Para conferir o selamento labial, a paciente foi orientada a pronunciar as consoantes bilabiais, unindo o lábio superior com o inferior. Desta maneira, todas as interferências foram diagnosticadas, os ajustes oclusais realizados e as medidas conferidas (Quadro 1). O acabamento e polimento foram realizados com borrachas abrasivas (Cerapol Plus, Edenta AG, Switzerland). A Figura 4 mostra o sorriso da paciente uma semana após o procedimento restaurador.

Figura 4: Sorriso da paciente uma semana após o procedimento restaurador.



Fonte: Autores.

4. Discussão

Um número crescente de pacientes procuram tratamentos dentários estéticos para alcançar o sorriso perfeito (Sharma & Sharma, 2012). Apesar de difícil definir o sorriso ideal, uma vez que a estética é subjetiva e depende de fatores tais como idade, cultura e civilização, a beleza do sorriso socialmente está quase sempre associada a dentes brancos, perfeitamente alinhados, emoldurados por lábios vermelhos, condição esta que remete a uma percepção de saúde e sucesso e que, para serem alcançados, princípios científicos estéticos devem ser combinados com criatividade artística e com a personalidade de cada paciente (Sharma & Sharma, 2012).

Várias são as alterações que podem comprometer a harmonia do sorriso. O formato, a cor e/ou o posicionamento irregular dos dentes resultam de fatores patológicos, iatrogênicos, ou ainda traumáticos (Tilley et al., 1998). Diastemas são caracterizados pela presença de espaços interdentais que alteram o equilíbrio do sorriso (Campos et al., 2015). Estes espaços, como vistos na paciente relatada, podem ser classificados em patológicos ou fisiológicos. Os fisiológicos ocorrem na dentição decídua, enquanto os patológicos podem apresentar inúmeras etiologias tais como agenesias, microdontia, discrepância entre tamanho do arco e dos dentes, inserção baixa do freio labial, hábitos deletérios e doença periodontal (Rosa, Hammerschmitt, Zanchet & Pozzobon, 2007).

A correção estética destas alterações pode ser alcançada através de diferentes técnicas restauradoras (Ahmad, 2010) e a escolha da técnica apropriada está baseada em fatores que

incluem o tempo disponível, o tipo de etiologia, a disponibilidade financeira e o desejo do paciente (Ahmad, 2010). Independente do tratamento escolhido, para seu sucesso final, um arranjo simétrico e harmonioso dos dentes, com a dominância do incisivo central superior no sorriso, e a correta proporção individual da largura com a altura dos dentes, guiadas pelo modelo matemático da proporção áurea, são critérios que devem ser considerados ao se criar um sorriso belo (Sharma & Sharma, 2012).

A fim de resolver tais problemas, uma das técnicas utilizadas é a cobertura dos dentes com coroas dentais. Entretanto, preparos excessivos do dente podem ocasionar danos no tecido pulpar e gengival, além disso, o desgaste da coroa necessita de avaliação clínica para tal indicação. Portanto, restaurações mais estéticas e mais conservadoras têm sido uma opção de tratamento amplamente utilizada na odontologia (Korkut et al., 2013). Desta forma, tratamento ortodôntico, facetamento direto do dente com resina composta, facetas laminadas de compósito ou cerâmica podem ser usados como tratamentos não invasivos ou minimamente invasivos (Ahmad, 2010). Todas as opções apresentam aspectos positivos e negativos que devem ser apresentados aos pacientes com suas respectivas vantagens e desvantagens para o restabelecimento estético e funcional (Ahmad, 2010; Wolff et al., 2010). O tratamento de escolha do caso clínico descrito neste artigo foi a utilização de facetas pré-fabricadas de resina composta, associada a técnica do clareamento caseiro.

O advento de uma nova geração de compósitos de laboratório com uma melhor resistência ao desgaste e tenacidade, ampliou o potencial uso de resinas e, com isso, facetas pré-fabricadas de resina composta foram introduzidas no mercado. Estas se apresentam como facetas extremamente finas, pré-moldadas, em diferentes tamanhos, confeccionadas com resina composta híbrida de alta durabilidade pré-polimerizada (Dietschi & Devigus, 2011; Gomes & Perdigão, 2014). As facetas se apresentam polidas e com anatomia de superfície adequada, o que facilita o trabalho do operador e reduz o tempo do tratamento. Apresentam altos valores de resistência adesiva (Perdigão et al., 2013), são cimentadas nos dentes hibridizados com a própria resina que a compõe, promovendo reparos e ajustes da forma mais natural possível, obtendo um excelente resultado estético (Dietschi & Devigus, 2011; Gomes & Perdigão, 2014), ainda, sua prensa em alta pressão associada ao eficiente processo de cura do material, seguidos pela vitrificação da superfície a laser, fazem com que estas facetas apresentem uma superfície resistente e brilhosa (Dietschi & Devigus, 2011; Gomes & Perdigão, 2014).

Estes materiais estão disponíveis em cores e opacidades diferentes para coincidir com a translucidez do esmalte, permitindo imitar a aparência de um dente natural (Dietschi &

Devigus, 2011). Apesar de se apresentarem extremamente finas, 0,3mm na cervical e 0,6 a 1,0mm na borda incisal (Dietschi & Devigus, 2011; Gomes & Perdigão, 2014), as facetas pré-fabricadas de resina compostas podem ser indicadas para dentes com alteração de cor (Dietschi & Devigus, 2011) quando associadas à técnica de clareamento dental prévio, como o que foi apresentado no caso clínico deste artigo. Existem inúmeras técnicas clareadoras descritas na literatura para clareamentos de dentes vitais e não vitais (D'Souza & Kumar, 2010; Joiner, 2006). Neste caso, optou-se pelo clareamento caseiro, no qual o agente clareador de escolha foi o peróxido de carbamida a 16% que foi aplicado diariamente através de moldeiras nos arcos superior e inferior durante 3 semanas.

O processo de clareamento se dá através da quebra peróxido de carbamida em peróxido de hidrogênio e da difusão deste através da estrutura dental, clivando os pigmentos em moléculas menores, ocasionando no branqueamento do dente (Joiner, 2006; Tilley et al., 1998). Atenção especial foi dada ao tempo pós-clareamento para o início dos procedimentos restauradores. Aguardou-se 15 dias para a completa liberação do oxigênio residual da estrutura do dente para que o mesmo não interferisse na qualidade da polimerização e na resistência dos materiais adesivos (Joiner, 2006; Tilley et al., 1998). Mesmo se a cor dental almejada não seja completamente atingida, existe ainda a opção de utilizar o compósito correspondente, com uma maior opacidade ou em um croma mais baixo, para igualar a cor deste elemento com o seu análogo (Dietschi & Devigus, 2011; Gomes & Perdigão, 2014).

Desta forma, as facetas pré-fabricadas de resina composta surgiram como uma alternativa viável às facetas de cerâmica (Dietschi & Devigus, 2011; Gomes & Perdigão, 2014). Materiais cerâmicos apresentam excelentes propriedades tais como biocompatibilidade, translucidez, estética, coeficiente de expansão térmica semelhante à do esmalte, baixa condutividade térmica, radiopacidade, durabilidade, resistência ao desgaste e união química/mecânica ao sistema de cimentação adesiva, (Bagis & Turgut, 2013; Gomes & Perdigão, 2014; Lin et al., 2012; Peumans et al., 2000) formando um complexo adesivo com o dente extremamente forte (Gomes & Perdigão, 2014; Peumans et al., 2000).

No entanto, além do custo elevado, este material apresenta algumas limitações, sendo a fragilidade inerente, baixo tenacidade à fratura com subsequente aumento de propagação de trincas, baixa resistência à tração e resistência à flexão, mencionadas como falhas mecânicas dos mesmos, que podem influenciar o sucesso de restaurações cerâmicas (Perdigão et al., 2013) ao contrário das facetas pré-fabricadas de resina composta que apresentam baixo módulo de elasticidade e a capacidade de absorver cargas funcionais, além de serem mais viáveis economicamente e de confecção mais rápida pois o tratamento não engloba as fases

confeção da restauração provisória, moldagem e envio ao laboratório de prótese e, devido à isso, foi o tratamento de escolha para o caso aqui apresentado (Dietschi & Devigus, 2011; D'Souza & Kumar, 2010; Gomes & Perdigão, 2014; Novelli, 2015; Perdigão et al., 2013).

O sistema de facetas pré-fabricadas não tem como objetivo substituir integralmente a técnica, tão bem estabelecida, das facetas cerâmicas, principalmente com o advento dos novos materiais cerâmicos para esta finalidade, que se apresentam com maior resistência e extremamente estéticos, mas principalmente se tornar uma alternativa viável quando as limitações do emprego da porcelana imperam. Ainda, representar uma opção para o tratamento com facetas de resina composta feitas diretamente no dente, que exigem do operador extrema habilidade, destreza, delicadeza e criatividade (Dietschi & Devigus, 2011; Sperduto et al, 2019).

Com o exposto, as facetas pré-fabricadas de resina composta apresentam-se com um potencial óbvio para serem indicadas na recuperação da forma, posição e cor dos elementos dentais e se estabelecem como uma versão aprimorada e moderna das facetas diretas de resina composta (Dietschi & Devigus, 2011).

5. Considerações Finais

As facetas pré-fabricadas de resina composta constituem uma alternativa viável para recuperação estética de dentes com posicionamento, formato e cor alterados por se tratar de uma técnica estética, minimamente invasiva, conservadora, mais rápida e barata, com alta qualidade e durabilidade e que permite o reparo a qualquer momento durante ou depois da sua aplicação. É certo que existem limitações para sua utilização, contudo, com o caso estudado e corretamente planejado, o sucesso do resultado final imediato, com a obtenção de um sorriso natural e harmônico e a compatibilidade com os tecidos dentários e periodontais, garantem um sorriso saudável e a longevidade do tratamento.

Referências

Ahmad, I. (2010). Risk management in clinical practice. Part 5. Ethical considerations for dental enhancement procedures. *British Dental Journal*. 209, 207-214.

Bagis, B., & Turgut, S. (2013). Optical properties of current ceramics systems for laminate veneers. *Journal of dentistry*. 14, 24 -30.

Campos, P. R. B., Mala, R. R., Menezes, L. R., Barbosa, I. F., Cunha, A. C., & Pereira, G. D. S. (2015). Rubber dam isolation – Key to success in diastema closure technique with direct composite. *The International Journal of Esthetic Dentistry*. 10, 564-572.

Dietschi, D. & Devigus A. (2011). Prefabricated composited Veneers: Historical Perspective, Indications and Clinical application. *The European Journal of Esthetic Dentistry*. 6, 2-11.

D'Onofre, P. L., Câmara, J. V. F., de Paiva, R. V., Pereira, G. D. S., & Capillé, C. L. (2020). Direct composite resin veneer as a minimally invasive restorative technique for harmonizing the smile. *Research, Society and Development*. 9(8), 1-18.

D'Souza, D. S. D., & Kumar, C. O. L. (2010). Esthetics and biocompatibility of Composite Dental Laminates. *MJAFI*. 66(3), 239-243.

Gomes, G. & Perdigão, J. (2014). Prefabricated Composite Resin Veneers – A clinical Review. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 26, 302-303.

Joiner, A. (2006). The bleaching of teeth: A Review of the literature. *Journal of Dentistry*. 3, 412-419.

Korkut, B., YaniKoglu, F., & Gunday, M. (2013). Direct composite laminate veneers: Three Case Reports. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*. 7, 105-111.

Lin, T., Liu, P., Ramp, L. C, Essig, M. E., Givan, D. A., & Pan, Y. (2012). Fracture Resistance and marginal discrepancy of porcelain laminate veneers influenced by preparation desing and restorative material in vitro. *Journal of dentistry*. 40, 202-209.

Novelli, C. (2015). Esthetic Treatment of a Periodontal Patient with Prefabricated Composited Veneers and Fiber – Reinforced Composite: Clinical Considerations and Technique. *Journal of Esthetic and Restorative Rentistry*. 27, 4-12.

Perdigão, J., Sezinando, A., Muñoz, M. A., Martinez, I. V. L., & Lougercio, A. D. (2013). Prefabricated Veneers – Bond Strengths and Ultramorphological Analyses. *The Journal of adhesive dentistry*. 15, 1-10.

Peumans, M. Meerbeek, B. V., Lambrechts, P., & Vanherle, G. (2000). Porcelain veneers: a reveiw of the literature. *Journal of Dentistry*. 28, 163-167.

Rosa, F. M., Hammerschmitt, T., Zanchet, M., & Pozzobon, R. (2007). A importância do enfoque multidisciplinar no recontorno estético de diastemas e incisivos conoides. *Clinica. J. Braz. Dent.* 3, 42-28.

Sharma P. K. & Sharma, P. (2012). Dental Smile Esthetics: The Assement and Creation of the Ideal Smile. *Seminars in Ortodontics*. 3(3), 193-201.

Sperduto, C. M., Cavalcante, J. B. S., de Santana, N. G., Câmara, J. V. F., Barbosa, I. F., & Pereira, G. D. S. (2019). Aesthetic recovery of the smile using a simple and effective application of prepolymerized composite veneers. *Rio de Janeiro Dental Journal*. (4)2, 67-71.

Tiltey, K. C., Torneck, C. D., Smith, D. C., & Adibfar, A. (1998). Adhesion of composite Resin to Bleached and Unbleached Bovine Enamel. *J Dent Res*. 67(12), 1523-1528.

Wolff, D., Kraus, T., Schach, C., Pritsch, M., Mente, J., Staehle, H. J., & Ding, P. (2010). Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: A clinical evaluation of survival and quality parameters. *Journal of Dentistry*. 38, 1001-1009.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Lidiane Teodoro - 40%

Ericles Otávio Santos - 10%

João Victor Frazão Câmara - 10%

Daniela Luzimar Claudino - 10%

Paulo Ricardo Barros de Campos - 10%

Isabel Ferreira Barbosa - 10%

Gisele Damiana da Silveira Pereira - 10%