FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Pós-graduação em Odontologia

Luana Batista da Silva

Troca de restaurações mal adaptadas em dentes anteriores – Relato de Caso

Manaus -Am

2025

Luana Batista da Silva

Troca de restaurações mal adaptadas em dentes anteriores – Relato de Caso

Artigo apresentado ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Dentística.

Orientador: Prof. MSc. Igor Saraiva Rodrigues

Área de concentração: Dentística

Manaus -Am

2025

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016
Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

LUANA BATISTA DA SILVA

Artigo apresentado ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Dentística

Área de concentração: Dentística

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

_____

Prof. (a) Dr.(a)

_____

Prof. (a) Dr.(a)

AGRADECIMENTO

Agradeço, primeiramente, a Deus pela oportunidade de realizar esta especialização. Expresso minha profunda gratidão ao meu esposo, que tem sido meu companheiro em todas as etapas da vida, e à minha família, que sempre me incentivou, mesmo nos momentos mais desafiadores.

Estendo meus agradecimentos aos pacientes que se dispuseram a participar do tratamento e confiaram no meu trabalho, contribuindo de forma essencial para minha formação.

Não poderia deixar de agradecer à ÚNICA Cursos, instituição que tem enriquecido minha trajetória profissional com valiosos conhecimentos. Em especial, agradeço à professora Larissa, pela dedicação, orientação e firmeza nos momentos necessários, ao professor Rafael, à professora Luana, sempre atenciosa e gentil com os alunos, e a toda equipe de colaboradores da instituição, cuja cordialidade fez toda a diferença ao longo desse percurso.

RESUMO

Mesmo diante de toda a evolução da odontologia, quanto nas técnicas empregadas, quanto na melhoria dos materiais odontológicos. Ainda podemos observar nos atendimentos clínicos, necessidades de trocas de restaurações diretas ou indiretas, ou seja elas por tempo, alterações de cor, carie secundaria ou restaurações mal adaptadas. Uma restauração mal adaptada pode trazer vários riscos ao paciente, tanto funcionais, quanto biológicas entre elas inflamação gengival, doenças periodontais, sensibilidade dentinárias e carie secundaria. Resinas compostas vêm sendo muito utilizadas como materiais de escolha para restaurações em dentes permanentes. Apesar de seu amplo uso, clinicamente as restaurações em resina composta ainda apresentam falhas e, por isso, muitas vezes, indica-se a sua substituição ou reparo. O presente relato de caso tem como objetivo demonstrar a substituição de restaurações insatisfatórias em resina composta, devido à presença de infiltração marginal e má adaptação, comprometendo a estética e a saúde periodontal. O tratamento realizado proporcionou melhora estética significativa e contribuiu para a reabilitação funcional e periodontal do paciente.

Palavra Chaves – Restauração, Odontologia e Tecnica.

ABSTRACT

Despite all the advancements in dentistry, both in techniques employed and in improvements in dental materials, we still observe the need to replace direct or indirect restorations in clinical care, whether due to age, color changes, secondary caries, or poorly adapted restorations. A poorly adapted restoration can pose several risks to the patient, both functional and biological, including gingival inflammation, periodontal disease, dentin sensitivity, and secondary caries. Composite resins have been widely used as the material of choice for permanent tooth restorations. Despite their widespread use, clinically, composite resin restorations still present failures, and therefore, their replacement or repair is often indicated. This case report aims to demonstrate the replacement of unsatisfactory composite resin restorations due to marginal leakage and poor adaptation, compromising aesthetics and periodontal health. The treatment provided significant aesthetic improvement and contributed to the patient's functional and periodontal rehabilitation.

Keywords – Restoration, Dentistry, and Technique.

SUMÁRIO:

1. **INTRODUÇÃO.....08**
2. **Relato de Caso 10**
3. **Discussão 15**
4. **Conclusão 18**
5. **Bibliografia 19**

INTRODUÇÃO

Mesmo o conceito de estética sendo subjetivo, a sociedade dita um padrão de beleza que tende a ser seguido em diversa áreas, incluindo a Odontologia. Dentre os diversos fatores relacionados a autoestima do indivíduo, ter um belo sorriso faz parte desse rol de requisitos. Porém, no âmbito da ciência, além da questão estética devem ser consideradas questões fisiológicas. (BEEIR, et al, 2012)

As resinas compostas foram desenvolvidas no final da década de 50 a partir da união da resina epóxica com a resina acrílica. Bowen em 1962, apresentou pela primeira vez uma resina composta por uma matriz de BIS-GMA (Bisfenol glicidil metacrilato) (REIS; LOGUERCIO, 2007). Este material propiciava uma menor contração de polimerização com menor quantidade de bolhas em relação às resinas acrílicas.

A evolução na composição das resinas compostas tem sido significativa desde quando os materiais foram introduzidos pela primeira vez à odontologia, há mais de 50 anos. Até pouco tempo as modificações mais importantes estavam relacionadas à porção inorgânica, no sentido de reduzir o tamanho das partículas e aumentar sua porcentagem na composição do material para produzir materiais mais eficazes no polimento e com maior resistência ao desgaste (FERRACANE, 2011).

Com o avanço da ciência e das pesquisas na área de materiais odontológicos, as resinas compostas tornaram-se a primeira escolha dos profissionais para restaurações diretas, tanto em dentes anteriores quanto posteriores. Esses materiais apresentam características estéticas altamente satisfatórias, pois além de reproduzir o aspecto natural do dente, oferecem excelente adesão aos tecidos dentários e exigem menos desgaste da estrutura remanescente, sendo ainda mais acessíveis em comparação aos materiais utilizados em restaurações indiretas (DEMARCO, 2017; KORKUT, 2022)

Com o passar dos tempos, é natural que as restaurações dentárias sofram desgaste, uma vez que, por sua própria natureza e estão sujeitas a diversos fatores que podem levar à sua substituição.

Entre essas causas estão a ação de forças mastigatórias, hábitos parafuncionais, degradação dos materiais utilizados e falhas na adaptação marginal. Diante disso, é fundamental que o cirurgião-dentista tenha o conhecimento necessário para avaliar cada caso de forma criteriosa, decidindo pela melhor conduta terapêutica, seja optando pela preservação das restaurações existentes ou por sua substituição, sempre com base nas condições clínicas e necessidades do paciente (Ogliari, 2015).

Segundo RIBEIRO (2016) Ao analisar os artigos, os dados a respeito dos critérios e escores foram dispostos em porcentagem e percebeu-se que os critérios mais comuns de falhas nesses artigos foram: cárie secundária (52,3%); fratura (33,3%); pigmentação marginal (28,5%); forma anatômica (23,8%); adaptação marginal (23,8%) e cor da restauração (9,5%).

O objetivo deste trabalho foi relatar a substituição de uma restauração mal adaptada e com sinais de infiltração em dentes anteriores, visando restabelecer a estética e a função adequadas

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, VDFN, 46 anos, compareceu à clínica de pós-graduação em Prótese e Dentística da Única – Cursos Avançados em Odontologia, filiada à FACSETE relatando que não conseguir usar o fio dental e sentia uma sobreposição de resina no dente e estava insatisfeito com a coloração.

Foi realizado a anamnese do paciente, junto com os registros fotográficos (Figura 01). Observou a necessidade da troca das restaurações dos elementos dentários 21 e 22 na região interproximal havia excesso de resina o que dificultava o uso do fio dental (Figura 02)

Foi proposto ao paciente as restaurações dos elementos dentários.



Figura 01 – Foto Inicial do paciente.



Figura 02 – Foto Inicial do paciente.

Foi sugerida a substituição da restauração com emprego de resina composta pela técnica direta.

Realizou se o isolamento absoluto com lençol de borracha, (Madeitex, Sp, Brasil), (Figura 03) o isolamento absoluto é a única forma de se obter um campo totalmente livre de umidade. Após o isolamento absoluto foi colocado um sistema de matriz metálica, para proteger, os dentes adjacentes. Ocorreu a remoção do excesso de restauração e a remoção do tecido cariado foi utilizado ponta diamantada esférica FG 1013 (Invicta, American Burrs,Palhoça, SC, BRA) em alta rotação, foi feito o desgaste de toda a restauração preexistente. Para finalizar essa etapa, com uma ponta diamantada cônica FG 2135F(Invicta, American Burrs, Palhoça, SC, BRA), para evidenciar o tecido cariado foi usado o evidenciador de carie, Evicárie ® (Biodinâmica, Ibiporã, PR, Brasil), (Figura 04).



Figura 03 – Isolamento Absoluto



Figura 04 – Aplicação do Evicarie

Realizou profilaxia com escova de Robison Reta (Preven) com pasta de pedra pomes (Maquira, Maringá, PR, Brasil) e clorexidina 2% (Maquira, Maringá, PR, Brasil). Realizou o jateamento com óxido de alumínio. (Bio-art, São Carlos, SP, Brasil)(Figura 05), aumenta a rugosidade da superfície possibilitando melhor imbricamento mecânico, essa retenção mecânica é essencial não apenas para estabelecer elevadas forças de união, mas também para evitar falhas adesivas.



Figura 05 – Aplicação do Jateamento com oxido de alumínio.

Segui se com o condicionamento com ácido fosfórico em toda superfície, utilizando ácido fosfórico a 37% (CONDAC 37%, FGM, BRASIL), por 30 segundos e após esse tempo foi lavado com jato de água. Em seguida, um sistema adesivo de convencional de três passos OptiBond FL (Kerr, Orange, CA, Estados Unidos) foi utilizado. Inicialmente foi feito o preparo da dentina com a aplicação do primer por todo tecido dentinário, com o auxílio de um aplicador Brush (KG Sorensen, São Paulo, Brasil) em duas camadas de forma ativa, por um período de 15 segundos em cada face da cavidade. Após esse tempo, foi aplicado leve jato de ar para evaporação dos solventes, por aproximadamente 20 segundos. Seguido o preparo do tecido dentinário com o primer, realizou se de forma uniforme, a aplicação do adesivo puro em esmalte e dentina, em seguida removido o excesso, com uso do sugador endodôntico, foi realizado a etapa de fotopolimerização.

Ocorreu a inserção dos incrementos em resina composta, na qual foi utilizado para esmalte a cor A2E , Resina Harmonize (Kerr) e dentina utilizamos A2D, Resina Harmonize (Kerr), no qual em cada etapa de incremento realizou a fotopolimerização. Após essa etapa foi realizada a remoção do lençol de borracha, realizados os ajustes oclusais seguido de acabamento e polimento no qual utilizamos a broca carbide multilaminada 12 lâmina da Kavo e polimento com pasta diamantada com o disco Pop-On da 3M, e na interproximal, foi usado tira de lixa de poliéster e verificado todas as regiões interproximais. (Figura 06 – Após Acabamento e polimento).



Figura 06 – Foto final após, acabamento e polimento.

DISCUSSÃO

Na prática clínica nos deparamos, com diversos casos de tratamentos restauradores, sendo restaurações em dentes anteriores, casos complexos pois envolves fatores estéticos, autoestima do paciente e percepção de beleza. Deste modo, replicar as características naturais do dente é fundamental para suprir a expectativa estética do paciente. As resinas compostas são uma excelente opção para conferirem aspecto natural do dente em relação a cor, anatomia, pigmentação.

Reabilitação estética dos dentes, especialmente em casos que envolvem a restauração da forma e do equilíbrio funcional, tem um impacto direto na satisfação pessoal, sendo um fator determinante para o sucesso clínico e emocional do paciente.

Tomadas de decisões no ambiente clínico é de suma importância e crucial no procedimento que o cirurgião-dentista vai realizar. Cabe ao profissional indicar ao paciente o melhor tratamento a ser realizado dentro da realidade financeira, expectativas do tratamento proposto e materiais empregados, cada paciente deve ser avaliado de forma individual (Laegreid et al., 2014)

De acordo com Bowen, 1963 a evolução da Odontologia, promoveu uma busca incessante por materiais e métodos com o objetivo de solucionar problemas relacionados a estética e função do sistema estomatognático.

As características e propriedades da resina composta mostram muita compatibilidade com a estrutura dental, sendo o material de escolha em diversas situações clínicas de procedimentos restauradores aliados a estética. De acordo com Baratieri, (2002).

A técnica aplicada e os materiais utilizados também colaboram para um efeito duradouro ao tratamento. Uma das etapas importantes, muitas vezes não realizada por ser em dentes anteriores é o isolamento absoluto.

Segundo Mondelli (2006) o isolamento absoluto é a única forma de se obter um campo totalmente livre de umidade, contribuindo com a mais alta qualidade das restaurações.

No relato do caso utilizamos o sistema adesivo OptiBond™ FL. O adesivo de condicionamento ácido total de três passos apresenta como sequência clínica a aplicação do ácido, primer e adesivo de maneiras isoladas. É considerado o "padrão ouro", pois existem estudos realizados a longo prazo que demonstram em 10 anos uma falha significativamente menor desse sistema quando comparado aos demais disponíveis no mercado (VAN MEERBEEK et al., 2010).

As restaurações diretas nos elementos dentais anteriores tendem a ser mais complexas, uma vez que precisam mimetizar o elemento dental. É necessário que haja um domínio, pelo profissional, das diversas resinas compostas disponíveis no mercado, já que há variações no matiz, croma, valor, opacidade e translucidez, que permitem correção das imperfeições durante o procedimento restaurador (VETTORI et al., 2018). Dentre as vantagens da resina composta, evidenciam-se maior preservação dental, menor tempo clínico, boa lisura superficial, facilidade de polimento, radiopacidade, coeficiente de expansão térmica linear relativamente similar ao da estrutura dental, resistência à compressão, durabilidade, rapidez na obtenção dos resultados e reversibilidade (FRESE C. et al., 2013).

Neste trabalho optamos por resinas nanohibridas, devido sua capacidade de acúmulo de biofilme ser menor quando seguida de um bom polimento, deixando o tratamento com um aspecto mais natural e sua resistência aos impactos das cargas mastigatórias e movimentos oclusivos. (Davila e Silva, 2017.)

De acordo com Almeida et al. (2019), o acabamento e polimento das restaurações mimetizam áreas de sombra e espelho, acrescentando características próprias dos dentes natural, se tornando um fator relevante para o sucesso clínico e longevidade da restauração. Araújo et al. (2019) reforçam que para se garantir um bom ponto de contato, forma, superfície e textura satisfatória que se aproxime da estrutura dental é necessário um bom acabamento e polimento das restaurações.

Contudo a qualidade do sistema adesivo e das resinas, com a técnica correta aplicada, colaboram para um bom resultado do procedimento restaurador.

CONCLUSÃO

Frente ao caso clínico exposto, conclui-se que a reabilitação restauradora em dentes anteriores vai muito além da busca por estética ou elevação da autoestima do paciente — ainda que esses sejam aspectos relevantes e valorizados. Esse tipo de intervenção deve, sobretudo, promover saúde bucal, com ênfase na preservação do periodonto e na integridade dos tecidos dentários.

A substituição de restaurações insatisfatórias, quando realizada com critérios técnicos adequados, contribui para a prevenção da infiltração marginal, reduz o risco de desenvolvimento e progressão da cárie dentária e, consequentemente, evita a necessidade de tratamentos futuros mais complexos e invasivos, como a endodontia ou extrações. Portanto, o tratamento restaurador em resina composta exerce um papel fundamental tanto na estética quanto na funcionalidade e na manutenção da saúde bucal a longo prazo.

BIBLIOGRAFIA

BARATIERI, L.N. et al., Dentística: procedimentos preventivos e restauradores. 2a edição. São Paulo: Ed. Santos, 2002.

BARATIERI, L.N. Procedimentos Preventivos e Restauradores. Chicago: Quintessence Books Editora. 2010.

BEIER, U. S.; KAPFERER, I.; BURTSSCHER, D.; DUMFAHRT, H. Clinical Performance of Porcelain Laminate Veneers for Up to 20 Years. Int J Prosthodont., v. 25, p. 79-85, 2012

BOWEN, R. L; Properties of a silica- reinforced polymer for dental restorations. JADA 66: 57–64; 1963.

CHAIM, M.C.; BARATIERI, L.N. Restaurações estéticas com resina composta em dentes posteriores. São Paulo: Artes Médicas, 1998. CONCEIÇÃO, E.N. et al. Dentística: Saúde e Estética. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 436-437-481-482p.

D'ÁVILA E SILVA, M. B. et al. Reabilitação bucal em casos de desgaste dentário: a importância da oclusão e da adesão. Journal of Clinical Dentistry & Research,Maringá, v. 14, p. 98-117, 2017.

DEMARCO, Flavio Fernando et al. Should my composite restorations last forever? Why are they failing?. Brazilian oral research, v. 31, p. e56, 2017.

FERRACANE, J. L. Resin composite-state of the art. Dent. Mater., Washington, v. 27, no. 1, p. 29-38, 2011.

FRESE, C.; SCHILLER, P.; STAEHLE, H. J.; WOLFF, D. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a 5-year follow-up. *Journal of Dentistry*, [S.l.], v. 41, n. 11, p. 979-985, nov. 2013. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.08.009.Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23954577. Acesso em: 25 ago. 2025.

KORKUT, B. O. R. A.; ÖZCAN, Mutlu. Longevity of direct resin composite restorations in maxillary anterior crown fractures: A 4-year clinical evaluation. Operative Dentistry, v. 47, n. 2, p. 138-148, 2022.

Laegreid, T., Gjerdet, NR., Johansson, A., Johansson, AK. Clinical decision making on extensive molar restorations. Operative dentistry, v. 39, n. 6, p.E231-E240, 2014.

MARIA LEONOR REIS COSTA , “SUBSTITUIÇÃO DE RESTAURAÇÃO DE DENTE FRATURADO COM SUBSTRATO ESCURECIDO: RELATO DE CASO,” *facsete*, accessed August 1, 2025, https://rdta.facsete.edu.br/monografia/items/show/3912.

MONDELLI J. Fundamentos de dentística operatória. 1. Ed. São Paulo: Livraria Editora Santos Ltda;2006. 343p.

OGLIARI, Pâmela Gregory. Longevidade das restaurações de resina composta em dentes posteriores: revisão de literatura. 2015.

Pereira DA, Borges MG, Silva FP, Menezes MS. Reabilitação estética do sorriso por meio de procedimento restaurador direto com resina composta nanoparticulada: relato de caso. Rev Odontol Bras Central 2016;25(72):54-58.

REIS, A.; LOGUERCIO, A. D. Materiais dentários diretos: dos fundamentos à aplicação clínica. São Paulo: Liv. Santos, 2007.

RIBEIRO ,Mariana . Criterios clínicos para decisão entre substituição ou reparo de restaurações em resina composta . Rev. Bras. Odontol. vol.73 no.3 Rio de Janeiro Jul./Set. 2016.

SILVA, E. T. C. da.; VASCONCELOS, M. G.; VASCONCELOS, R. G. Indirect and semi-direct restorations with compound resins on posterior teeth. Research, Society and Development, [S. l.], v. 9, n. 12, p. e26991211242, 2020.

VAN MEERBEEK, B et al. Morphological aspects of the resin-dentin interdiffusion zone with different dentin adhesive systems. J Dent Res, v. 8, n. 71, p.1530-1540, ago. 1992.

VETTORI, S. S. et al. Restauração estratificada em resina composta com o uso de guia palatina em dentes anteriores. *Ação Odonto*, [S.l.], n. 1, p. 103-109, 2018.