

ABORDAGEM QUALITATIVA DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES ENTRE FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA E FACETAS INDIRETAS EM CERÂMICA

PATRICIA ZANCO¹
GIULIENE NUNES DE SOUZA PASSONI²

RESUMO: As facetas são um tratamento conservador de dentes anteriores anestéticos. O desenvolvimento contínuo da cerâmica odontológica oferece boas opções para indicações de facetas de porcelana por serem altamente estéticas e funcionais. Já a abordagem minimamente invasiva das restaurações de facetas de resina composta são uma boa opção de tratamento conservador e alternativo, por reduzir o tempo clínico e menor custo quando ambas são comparadas. Sendo assim, o trabalho possui o objetivo de trazer o comparativo entre o emprego das facetas diretas em resina composta e as facetas indiretas em cerâmica. O assunto foi abordado através de uma revisão qualitativa dos autores atuais que visam discutir os parâmetros mais importantes que determinam o sucesso a longo prazo, a aplicação correta e as limitações clínicas destas. A metodologia foi baseada no levantamento bibliográfico, através de buscas em bases de dados online como Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), PubMed (National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine) e Science Direct. Levando em consideração uma busca de artigos de revisão de literatura, revisão sistemática, que foram publicados na íntegra, entre 2010 e 2022. As facetas em resina composta direta são produzidas em uma única etapa, são menos onerosas, mas possuem menor resistência ao desgaste e às machas. Já as facetas em porcelana ou cerâmica indiretas necessitam de várias etapas, além de custo mais elevado, mas com melhor resistência. Ambas as técnicas são eficazes sendo que cada uma tem sua indicação.

PALAVRAS CHAVES: Resinas compostas, Porcelana dentária, Facetas dentárias.

QUALITATIVE APPROACH OF THE MAIN INDICATIONS BETWEEN DIRECT FACETIES IN COMPOSITE RESIN AND INDIRECT FACETIES IN CERAMIC

ABSTRACT: Veneers are a conservative treatment of unsightly anterior teeth. The continuous development of dental ceramics offers good options for indications of porcelain veneers because they are highly aesthetic and functional. The minimally invasive approach of composite resin veneer restorations are a good conservative and alternative treatment option, as they reduce clinical time and lower cost when both are compared. Therefore, the work has the objective of bringing the comparison between the use of direct veneers in composite resin and indirect veneers in ceramic. The subject will be addressed through a qualitative review of current authors that aim to address the most important parameters that determine long-term success, correct application and clinical limitations of these. The methodology will be based on the bibliographic survey, through searches in online databases such as Lilacs (Latin American Literature in Health Sciences), PubMed (National Center for Biotechnology Information of the National Library of Medicine) and Science Direct. Taking into account a search for literature review articles, systematic review, which were published in full, between 2010 and 2022. Direct composite resin veneers are produced in a single step, are less expensive, but have lower wear resistance and the butts. On the other hand, indirect porcelain or ceramic veneers require several steps, in addition to higher cost, but with better resistance. Both techniques are effective, each having its indication.

¹ Acadêmica de Graduação, Curso de Odontologia, Centro Universitário Fasipe-UNIFASIFE. Endereço eletrônico: patricia_zanco@hotmail.com

² Professora Mestre em Odontologia Clínica, Curso de Odontologia, Centro Universitário Fasipe-UNIFASIFE. Endereço eletrônico: giulienensp@gmail.com

KEYWORDS: Composite resin, Dental porcelain, Dental veneers.

INTRODUÇÃO

A estética consiste na busca pela beleza no parâmetro julgado satisfatório pela sociedade, incluindo a harmonia dos contornos, formas, das cores e dos detalhes. Sendo assim, o conjunto de particularidades agradáveis aos olhos, e capazes de encantar o observador é buscado. Onde então, o profissional dentista, visa reproduzir a beleza física, através de tratamentos especiais de correção dos problemas específicos de cada paciente. O sorriso é primordial para produzir um visual agradável e ainda transmitir personalidade e virtudes humanas particulares¹.

A compreensão dos arranjos naturais dos dentes, posições, proporções, formas, cores e morfologias, são a base da odontologia estética para imitar a natureza o mais próximo possível. Essa compreensão e parâmetros associados foram avaliados e manifestados ao longo de décadas, baseados em observações e percepções subjetivas frente às escolhas da sociedade, e consolidados em regras e diretrizes da estética universal. E ainda reconhecendo a importância de um grau permissível de individualidade².

A busca por intervenção para correção dos dentes cresce anualmente à medida que as técnicas se tornam cada vez mais inovadoras e conservadoras. A incidência de dentes não cariados e o desgaste de estruturas, tem mostrado um aumento particularmente entre a população jovem. Além disso, sabe-se que a porcentagem de adultos que apresentam desgastedentário aumenta de 3% aos 20 anos para 17% aos 70 anos. A natureza progressiva do desgaste, especialmente quando a dentina está envolvida possui alta prevalência. Diante disso, as facetas dentárias tem como finalidade reestabelecer o sorriso através da restauração da perda de material dentário³.

As facetas visam corrigir anormalidades, deficiências estéticas e descolorações, sendo que estas restaurações podem ser realizadas através de diferentes técnicas, sendo estas a cerâmica ou a resina composta. As facetas de cerâmicas se tornam uma excelente opção de tratamento para dentes anteriores, com excelente biocompatibilidade, estética, resistência química e ao desgaste^{4,5}. Em contrapartida as facetas em resina composta compõem uma técnica indicada em situações onde os dentes apresentam abrasões e erosões sem necessidade de desgaste algum, não sendo uma boa escolha para dentes rotacionados por exemplo, além de possuírem menor resistência, pigmentam e sofrem desgaste do material ao longo do tempo^{4,6}.

As facetas indiretas em cerâmica possuem alguns componentes de grande valia, dentre eles pode-se citar os do tipo feldspática que apresentam uma excelente translucidez e bom valor estético pois possuem baixa flexão, o que reduz o risco de um aspecto menos natural aos dentes⁹. As cerâmicas reforçadas com leucita e dissilicato de lítio também apresentam bons resultados, além de serem utilizadas em finas espessuras⁸.

As facetas estéticas em materiais cerâmicos demonstram excelente desempenho clínico e, à medida que os materiais e as técnicas evoluíram, as facetas melhoraram suas vantagens e tornaram-se uma das modalidades de tratamento mais previsíveis, mais estéticas e menos invasivas¹⁰.

Entretanto, as facetas diretas em resina composta também podem ser consideradas uma excelente opção para a cumprimento de correções estéticas para problemas como diastemas e desgaste dentários, pois as resinas atuais apresentam uma composição resinosa nanotecnológica que mimetizam de forma adequada e segura a estrutura dentária, além de ser uma técnica rápida, minimamente invasiva, reversível, de baixo custo, passível de reparação e longevidade^{11,12}.

Assim, as restaurações diretas com resina composta apresentam também diversas vantagens distintas o que justificam sua utilização, como conservação da estrutura dentária, reversibilidade do procedimento, menor custo para o paciente e relativa facilidade de adição ou remoção de materiais quando necessário¹².

As facetas estão sendo indicadas a cerca de 30 anos para resoluções de casos onde a anatomia dental encontra-se comprometida esteticamente, e muitas vezes para devolver a funcionalidade do sistema estomatognático do paciente. Ainda apresentam uma alta taxa de sucesso, elevada resistência

a fraturas e preparo conservador¹³. Sendo assim, se faz importante uma abordagem completa comparando as facetas em resina composta e as facetas em cerâmica, favorecendo nesse contexto uma revisão das aplicações de seus protocolos, sempre almejando técnicas mais atuais que entregam ao final formas mais conservadoras, visando manter a essência da anatomia do dente.

O emprego das facetas para correção de dentes vitais anteriores que não respondem bem aos clareamentos, seja por fatores genéticos ou ambientais, são uma boa opção de tratamento conservador¹³. Em virtude dessa grande procura da população na aquisição de um sorriso de proporções harmônicas, o uso das facetas diretas em resina composta e indiretas em cerâmica vem crescendo exponencialmente, assim como mudanças quanto às técnicas de aplicação. Esse aumento traz consigo preocupações, como: qual o melhor método e indicação destas facetas e, se será possível que sua indicação e aplicação incorretas possam gerar danos às estruturas dentárias.

Este trabalho tem como objetivo abordar de forma descritiva um comparativo quanto à indicação do uso das facetas indiretas de cerâmica com a indicação das facetas diretas de resina composta, conceituando as facetas indiretas de cerâmica e as facetas diretas de resina composta, suas técnicas, bem como os materiais mais indicados em cada uma das técnicas, e investigar o mau emprego das técnicas, e as vantagens e desvantagens das facetas diretas e indiretas.

Este estudo será baseado no levantamento bibliográfico, através de buscas em bases de dados online como Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), PubMed (National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine) e Science Direct. Direcionado pelas seguintes palavras-chave: faceta direta, faceta indireta e sistemas adesivos. Levando em consideração como inclusão os critérios, os livros físicos da biblioteca e arquivos on-line, para busca de artigos de revisão de literatura, revisão sistemática, que foram publicados na íntegra, entre 2010 e 2022, publicados em português e inglês. Excluindo trabalhos que antecedem a 2010 e trabalhos de monografias não publicados em periódicos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O tratamento de dentes saudáveis, contudo não-estéticos, sempre representou um desafio para o cirurgião-dentista. A aparência estética dos dentes faz parte de um conjunto geral, interagindo de perto com a estética facial. Um sorriso agradável é regido em grande parte pela harmonia, gerando uma aparência simétrica. A assimetria entre os dentes cria uma apresentação estética inaceitável tanto para pacientes quanto para observadores¹².

Devido ao seu alto apelo estético, bem como sua comprovada biocompatibilidade e previsibilidade a longo prazo, as facetas em cerâmicas tornaram-se um procedimento restaurador previsível para o tratamento de dentes anteriores. As restaurações de facetas parecem ser uma boa escolha para dentes tratados endodonticamente, dentes com bruxismo, dentes com múltiplas ou extensas restaurações antigas, diastema, entre outros¹⁴.

A aplicação direta da resina composta é uma técnica conservadora que foi desenvolvida para estruturas dentárias com problemas estéticos onde são esculpidas artisticamente. Com base em sua resistência, longevidade, natureza conservadora, biocompatibilidade e estética, as facetas têm sido consideradas uma das modalidades de tratamento mais viáveis desde sua introdução em 1983¹⁵.

As resinas compostas possuem materiais que mantêm a retenção de alto brilho e proporcionam opalescência realista por difundir e refratar a luz. Este efeito é alcançado com 100% de carga composta supra-nano esférica, que foram desenvolvidas com base no método sol-gel que controla o diâmetro das cargas e altera o índice de refração dos preenchedores⁴.

As restaurações de facetas indiretas mais comumente usadas podem ser divididas em duas categorias: as facetas de resina direta e facetas indiretas de laminado de porcelana. Geralmente, a porcelana é considerada como tendo maior resistência à fratura e estabilidade decor do que as resinas compostas. Os materiais cerâmicos atualmente usados para facetas envolvem porcelana feldspática e vitrocerâmica, que podem ser usadas para produzir facetas ultrafinas com espessura de 0,1 a 0,3 mm, devido à sua maior resistência mecânica em comparação com a resina¹⁶.

Por outro lado, os laminados de resina composta são uma opção menos dispendiosa do que as cerâmicas, e os materiais resinosos desgastam menos o esmalte. Com a introdução de resinas compostas micro híbridas e nano-híbridas, a faceta direta foi vista como uma alternativa mais conservadora. Com um bom acabamento e polimento realizados com esses materiais tem-se resultados similares às porcelanas. O revestimento direto com resina composta envolve a aplicação de resina diretamente na estrutura do dente e esculpida para corrigir defeitos estéticos de cor, anatomia e morfologia¹⁷.

Os avanços nos materiais odontológicos modernos fornecem aos profissionais uma série de opções para criar facetas mais agradáveis e naturais para restaurações estéticas. Materiais diretos são aqueles que podem ser colocados diretamente na cavidade do dente durante uma única consulta. Materiais indiretos são usados para fabricar restaurações no laboratório dentário que são posteriormente coladas aos dentes e, portanto, geralmente requerem duas ou mais visitas para concluir a restauração¹⁸.

Os laminados de porcelana fornecem ao dentista e ao paciente a oportunidade de melhorar o sorriso desarmônico de maneira minimamente invasiva, contudo o desgaste por menor que seja ainda é necessário nessa modalidade de tratamento. As facetas de porcelana de hoje demonstram excelente desempenho clínico à medida que os materiais e as técnicas utilizadas atualmente evoluíram trazendo assim resultados satisfatórios¹⁰.

Inicialmente empregadas para tratar diferentes tipos de descoloração dentária, as facetas laminadas de porcelana vêm sendo cada vez mais indicadas para uma infinidade de tratamentos como, por exemplo, dentes rotacionados. Embora deva-se evitar desgastes para a solução de tratamentos com facetas, em situações como essas um desgaste maior se faz necessário⁹.

Durante as últimas duas décadas, o uso de resinas compostas para procedimentos restauradores estéticos aumentou devido às melhorias nos sistemas adesivos e materiais de resina composta. Com os adesivos autocondicionantes em três etapas (três etapas ou etch-and-rinse) e duas etapas, uma adesão aceitável ao esmalte e à dentina pode ser alcançada¹⁹.

A fim de melhorar o desempenho dessas restaurações de resina composta, os fabricantes estão investindo na confecção de materiais que mantêm a retenção de alto brilho e proporcionam opalescência realista por difundir e refratar a luz⁴.

A escolha do melhor tratamento baseia-se na correta indicação e técnica operatória usada pelo profissional dentista, bem como a atuação do paciente nas condições de higiene bucal e condição socioeconômica. Sempre levando em consideração as expectativas estéticas do paciente e o melhor protocolo de tratamento conciliando o funcional com o estético^{4,15}.

2.1 Facetas indiretas e suas aplicabilidades

As facetas de porcelana se tornaram usuais desde o início dos anos 80, para restaurar conservadoramente dentes anteriores não estéticos⁹.

O emprego das facetas laminadas, visam dois tipos de materiais que são indicados devido suas características de translucidez e seu potencial de serem utilizados em pequenas espessuras, que são: a porcelana feldspática sinterizada e a cerâmica prensada, que ainda pode ser empregada de forma fresada através da fabricação auxiliada por computador²⁰.

A cerâmica pode variar de muito translúcida à muito opaca, isso se baseia na formação estrutural do material, em geral, quanto mais vítrea for a microestrutura (não cristalina), mais translúcida será a cerâmica; enquanto mais cristalina for sua estrutura, mais opaca se torna a faceta. Outros fatores que contribuem para a translucidez incluem tamanho de partícula, densidade de partícula, índice de refração e porosidade²¹.

A primeira geração de cerâmica à base de zircônia policristalina utilizada apresentou excelente comportamento mecânico, mas baixa translucidez limitando sua indicação para restaurações estéticas²². Já os folheados feldspáticos foram criados por camadas à base de vidro (dióxido de silício), contendo várias quantidades de alumina. Quando esses aluminossilicatos são encontrados naturalmente, contêm várias quantidades de potássio e sódio, sendo referidos como feldspatos. Sendo assim, estes feldspatos são tipicamente modificados de diferentes maneiras para

criar vidro que pode ser usado em restaurações dentárias¹⁵.

Ao longo dos anos, foi adicionado camadas de porcelana em um núcleo composto de metal, alumina ou zircônia, e a partir da queima do material nesse processo, chegou-se ao maisvisualmente possível dos dentes naturais. Quando as facetas feldspáticas foram introduzidas, elas apresentavam 0,5 mm de espessura e afunilavam para praticamente nada nas margens. A perda significativa de estrutura dentária não foi um problema; as facetas eram tão finas que podiam ser colocadas diretamente no esmalte²³.

Entretanto, uma grande preocupação com as facetas de porcelana feldspática, era sua resistência. Sendo assim, foi determinado que as facetas feldspáticas deveriam visar a saúde dos tecidos gengivais e evitar o sobrecontorno, sendo implantado uma ligeira redução de 0,5 mm da superfície do dente. E para resolver os problemas percebidos em relação à resistência, outros tipos de porcelanas foram desenvolvidos^{15,23}.

As cerâmicas prensadas foram consideradas ideais para corrigir o problema de baixa resistência. Esses novos materiais, denominadas cerâmicas prensadas, foram fabricados para serem extremamente densos e ainda demonstraram uma resistência mais alta. Devido à sua resistência e composição aprimoradas, as cerâmicas prensadas foram consideradas ideais para *inlays* e *onlays*, coroas anteriores, facetas e coroas posteriores²⁴.

Já os discos cerâmicos, chamados lingotes, foram derretidos até uma consistência líquida espessa, e então prensados. O passo final foi a adição de uma camada de porcelana empó ou líquido sobre as porcelanas prensadas. Diferente da porcelana feldspática, as cerâmicas prensadas podem ser enceradas até o contorno completo, sendo uma vantagem. No entanto, essas restaurações de contorno completo geralmente aparentam-se monocromáticas e assim, exigindo coloração superficial da superfície e envidraçamento para construir a estética ideal. Sua utilização exige pelo menos 0,75 mm ou mais de redução do esmalte¹⁵.

Estudos discutidos mostram uma baixa na taxa de falhas no emprego das facetas em cerâmica ou porcelana, entretanto, problemas pré-existentes acabam por aumentar a taxa de falhas. Os problemas oclusais não corrigidos previamente e articulação são fatores desfavoráveis, técnicas mal empregadas ou matérias incorretos também resultam no aumento, como perda excessiva de tecido dentário e uso de agentes cimentantes inadequados⁹.

As facetas indiretas possuem altas taxas de sobrevivência e bom sucesso clínico, possuindo excelente biocompatibilidade com tecidos gengivais e periodontais. Suas principais indicações incluem dentes manchados ou escurecidos, hipocalcificações, diastemas, dentes lascados, dentes levemente girados, discrepâncias no tamanho e formas, facetas de acrílico desgastadas e dentes posicionados lingualmente. Entretanto, em casos em que o paciente possuíma higiene oral e condição periodontal desfavorável, hábitos de apertar ou roer as unhas, são alguns dos casos em que as facetas são contraindicadas²⁵.

Estudos seguem sendo realizados e corroboram sua função clínica adequada para restaurações anteriores, resultando em uma estética excelente, alta satisfação e sem efeitos adversos na saúde gengival⁹. A seguir, no Quadro 1, pode-se observar os principais materiais cerâmicos utilizados no mercado.

Cerâmica	Tipo de cerâmica(microestrutura)	Empresa fabricante
Cerâmica VMK Master	Cerâmica feldspática	Vita
In-Ceram Spinell	Aluminizada infiltrada por vidro	Vita
In-Ceram Classical Cubes	Aluminizada infiltrada por vidro	Vita
In-Ceram Zircônia	Aluminizada infiltrada por vidro	Vita
In-Ceram Alumina	Aluminizada infiltrada por vidro	Vita
Empress Esthetic	Feldspática c/ leucita	IPS

AllZirkon	Alumina pura densamente sintetizada	Procera
AllCeram	Aluminizada densamente sintetizada	Procera

Quadro 1: Principais marcas utilizadas atualmente nos compósitos de facetas indiretas.

Fonte: Própria (2022)

2.2 Facetas diretas e suas aplicabilidades

Os materiais estéticos à base de resina foram originalmente projetados e destinados apenas à restaurações anteriores, mas posteriormente seu uso se expandiu para quase todas as classes e tipos de restaurações dentárias. Hoje, os compósitos são comumente usados para restaurações anteriores e também em dentes sem cargas mastigatórias severas¹⁸.

Embora geralmente não sejam tão fortes ou duráveis quanto os de porcelana ou cerâmica, os compósitos à base de resina alcançaram a promessa de melhoria na durabilidade e redução no tempo de serviço. Atualmente as restaurações diretas, quando usadas de acordo com as diretrizes clínicas existentes, provavelmente são tão bem sucedidas quanto os equivalentes indiretos fabricadas em laboratório¹¹.

Os avanços no campo dos biomateriais restauradores adesivos resultaram em restaurações adesivas que proporcionam maior retenção, adaptação marginal, selamento e, microinfiltração reduzida. Os materiais e técnicas restauradoras adesivas modernas fornecem aos clínicos caminhos de tratamento mais conservadores, melhorando a longevidade e a estética da restauração dentária¹⁸. Por tanto, o uso de resinas compostas para procedimentos restauradores estéticos aumentou devido melhorias nos sistemas adesivos e nos tipos de resina composta¹⁹.

Atualmente há uma série de diferentes tipos de compósitos disponíveis no mercado, alguns deles projetados para serem mais aplicados em regiões onde a exigência estética é mais intensa (dentes anteriores) e outros onde a resistência às forças mastigatórias é mais necessária (dentes posteriores). Dentre eles, alguns compósitos afirmam serem materiais universais, podendo ser utilizados em diferentes situações clínicas²⁶.

Sendo assim, a maioria dos compósitos no mercado são restauradores universais, destinados ao uso em qualquer, quer seja, dente anterior ou posterior. Esses compostos universais são definidos principalmente como compósitos ultrafinos com moléculas a nível estrutural nano o que leva a fácil polimento. Embora a rápida introdução de novos materiais tenha ocorrido nos últimos anos, mesmo assim, os compósitos universais são largamente utilizados²⁷.

Materiais de revestimento, como resinas compostas diretas possuem vantagens pois consomem menos tempo para reabilitação e reparo da porção fraturada, mas a maior desvantagem do uso de resina composta direta como material de revestimento é sua contração de polimerização levando ao desenvolvimento de fendas marginais e, posteriormente, microinfiltrações¹⁸.

A principal razão para o fracasso de facetas de compósito direto se dá devido à perda da forma anatômica pelo desgaste e também, à mudança de cor ao longo do tempo de forma mais rápida. Assim, a resistência destes materiais limita o sucesso a longo prazo destas restaurações. Normalmente, apenas seis dentes anteriores superiores requerem correção pois são os mais perceptíveis quando uma pessoa sorri ou fala. No maxilar, primeiro pré-molares (e, em menor grau, os segundos pré-molares) também estão incluídos, no entanto, somente se eles também são perceptíveis ao sorrir²⁶.

Sendo assim, as resinas compostas são uma das alternativas em casos específicos para restaurações em dentes anteriores como o caso dos diastemas. Estas geram resultados satisfatórios com desgaste mínimo somadas às tecnologias de resinas híbridas que imitam de satisfatoriamente os tecidos dentários de forma natural^{19,28}. No Quadro 2, a seguir, evidenciam-se as principais resinas compostas utilizadas atualmente.

Resina composta	Tipo de resina (microestrutura)	Empresa fabricante
Filtek™ One Bulk Fill	Nanohíbrida	3M™
Filtek Z350 XT	Nanoparticulada (zircônia e sílica)	3M™
Vittra APS Unique	Submicrométrica e unicromática	FGM
Forma	Nanohíbrida	FGM
IPS EMPRESS DIRECT	Nanohíbrida	Ivoclar Vivadent
Estelite Omega	Supra-nanométrico monodisperso	Tokuyama
Palfique Omnicroma Trial	Supra-nano esféricos	Tokuyama

Quadro 2: Principais marcas utilizadas atualmente nos compósitos de facetas diretas.

Fonte: Própria (2022)

2.3 Comparativo entre as indicações de cada faceta – cerâmica e resina

A faceta de porcelana é considerada o padrão ouro como opção restauradora estética quando utilizada para o caso clínico correto. As facetas de porcelana fabricadas em laboratórios são personalizadas para o paciente e são onerosas. Devido à redução da estrutura dentária saudável necessária para a colocação dos primeiros modelos de facetas de porcelana, muitas outras técnicas foram desenvolvidas com o intuito de preservar o tecido dentário²⁶. Estes novos sistemas totalmente cerâmicos agora representam uma excelente alternativa restauradora para próteses dentárias fixas, coroas unitárias e facetas na dentição anterior²⁹.

Suas principais indicações incluem dentes manchados ou escurecidos, hipocalcificações, diastemas, dentes lascados, dentes levemente girados, discrepâncias notamano e forma dos dentes, facetas de acrílico desgastadas, leve desvio das linhas médias, restaurações manchadas e dentes posicionados lingualmente. Entretanto, para dentes colocados vestibularmente, espaçamento interdental excessivo, má higiene oral e má condição periodontal, hábitos de apertar ou roer as unhas, descoloração severa, dentes fracos e não vitais, desvio extremo da linha média são alguns dos casos em que as facetas são contraindicadas²⁵.

Com a introdução de resinas compostas micro híbridas e nano-híbridas, a faceta direta de resina composta foi vista como uma alternativa mais conservadora frente à faceta de porcelana. Melhor acabamento e polimento podem ser realizados com esses e os resultados podem ser semelhantes aos da porcelana¹⁷. Esta técnica é indicada principalmente para abrasões e erosões, porém, descolorações dentárias, dentes rotacionados, fraturas, malformações congênitas ou adquiridas, diastemas, restaurações descoloridas, ausência de incisivos laterais também são indicadas para restaurações de facetas diretas⁴.

Uma situação clínica comum na odontologia são os traumas dentários relacionados à fratura de um incisivo superior. Devido aos desenvolvimentos na odontologia adesiva, e à variedade de tratamentos em constante expansão, a resolução desta fratura pode ser solucionada de forma eficiente. Onde em caso de perda do fragmento, duas opções estão disponíveis: restauração direta em compósito sendo mais rápida e menos custosa e, faceta laminada cerâmica que apresenta maior valor mas com maior durabilidade e resistência³⁰.

Sabe-se que uma restauração direta em resina composta pode ser realizada com menor remoção de tecido quando comparada às facetas laminadas convencionais de cerâmica. Além disso, o tratamento direto pode ser realizado em uma única sessão e é relativamente barato. As restaurações diretas têm suas desvantagens: necessidade de substituição devido ao desgaste e perda da forma anatômica e falta de estabilidade de cor a longo prazo. E ainda estudos indicam que 36,5% das restaurações diretas em classe IV fraturaram após uma média de 8,8 anos³¹.

As facetas cerâmicas laminadas são fabricadas em laboratório de prótese dentária sendo necessário uma segunda sessão com o paciente, já as facetas em resina composta são inseridas em uma única sessão. Uma vantagem notória das facetas laminadas cerâmicas para dentes anteriores

são suas taxas de sobrevivência a longo prazo¹⁴. As cerâmicas sofrem menos desgaste quando comparada à resina composta e sua estabilidade de cor pode durar até dez anos de uso clínico³².

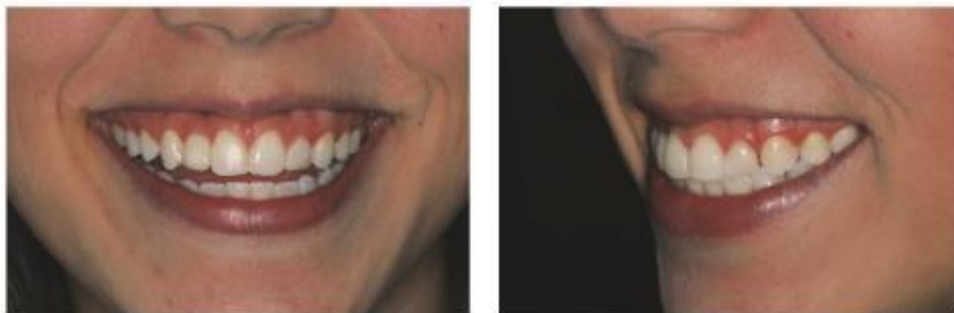
Esta taxa de sucesso a longo prazo depende de fatores como propriedades inerentes ao material, forma de preparo e condição funcional e morfológica do dente, sendo este último não controlado pelo dentista¹⁴. Um estudo clínico descobriu que as taxas de sucesso de facetas laminadas cerâmicas podem chegar a 98,8% após 6 anos. Grandes defeitos marginais e fraturas das cerâmicas são as principais causas de falha, entretanto menos de 5% destas facetas falham após cinco anos, sendo esta uma taxa de insucesso irrelevante³².

Portanto, o sucesso da restauração estética e funcional depende da compreensão do operador sobre a relação entre os conceitos de cor, as características histológicas do dente natural sadio e sua correlação com as propriedades ópticas e físicas dos materiais compósitos. Ao exame intraoral, se torna primordial observar os detalhes dos tecidos e anatomia perdida ou ausentes, assim como possíveis problemas que possam comprometer o sucesso do tratamento como, por exemplo, bruxismo ou problemas como má higiene⁴.

2.3.1. Caso clínico comparativo

Para uma melhor harmonia do sorriso, pode-se fazer uso da associação das facetas em resina composta com facetas de cerâmica ou porcelana. Em um estudo de caso, Da Cunha e seus colaboradores³³ realizaram em um tratamento para o sorriso desarmônico de uma paciente de sexo feminino com agenesia lateral e dentes com característica microdônticas, com a utilização de cirurgia periodontal, resina composta e cerâmica, sendo realizado como estudo no curso de especialização em odontologia restauradora.

A paciente de 20 anos possuía a queixa de dentes com formas e tamanhos distintos, manchas e presença de fraturas em restaurações em resina antigas. O exame clínico realizado revelou a presença de resina composta no incisivo lateral esquerdo, implante protético no incisivo lateral direito e manchas hipoplásicas nos incisivos centrais e caninos de ambas as arcadas (figuras 1, 2 e 3). Além disso, o arco côncavo gengival era irregular, sem presença de inflamação gengival. E as restaurações em resina composta dos incisivos laterais também não estavam mantendo a relação largura/altura adequada³³.



Fonte: Da Cunha et al. (2017)

Figura 2: Perspectiva do detalhamento dos dentes anteriores superiores da paciente.



Figura 1: Perspectiva frontal e lateral do sorriso da paciente, podendo ser observadas diferenças de coloração e formas.

Fonte: Da Cunha et al. (2017)



Figura 3: Vista frontal do sorriso e repouso da paciente, podendo ser observada diferenças de coloração do incisivo lateral.

Fonte: Da Cunha et al. (2017)

O caso foi iniciado pelo exame radiográfico a fim de confirmar a presença do implante no incisivo lateral direito e saúde periodontal, confecção do modelo de estudo e registro fotográfico. Em seguida sendo realizado previamente a raspagem total, seguindo com cirurgia de correção gengival e clareamento dentário em consultório, exceto no incisivos laterais superiores, finalizando estes passos com a escolha da cor³³.

Os incisivos centrais e caninos superiores foram então preparados e restaurados à mão livre em resina composta e assim obtendo um resultado mais saudável tanto para seus formatos quanto para cobertura das manchas hipoplásicas dos mesmos. Já os incisivos laterais receberam uma coroa em cerâmica no lateral direito sobre o pino e faceta em cerâmica no lateral esquerdo. Sendo assim, foi possível observar que a associação de resinas compostas e cerâmicas após gengivectomia e clareamento dental promove de forma conservadora, segura e satisfatória para a melhora estética do sorriso. A seguir a sequência de fotos apresentadas por Da Cunha e colaboradores³³ neste caso clínico:



Figura 4: Modelo anatômico de estudo (a) e dentes já restaurados com resina composta e vista do preparo dos laterais.

Fonte: Da Cunha et al. (2017)

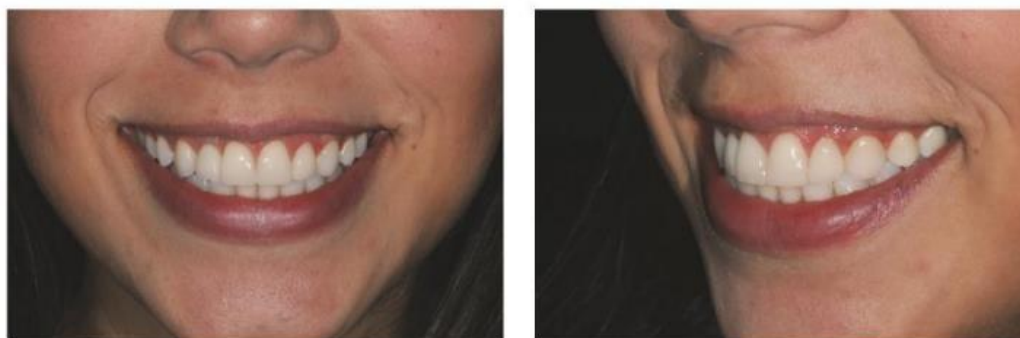


Figura 5: Vista frontal e lateral do sorriso finalizado da paciente.

Fonte: Da Cunha et al. (2017)



Figura 6: Detalhe frontal e esquerdo de restaurações em resina combinadas com cerâmica.

Fonte: Da Cunha et al. (2017)



Figura 7: Visão final dos dentes com lábio em repouso.

Fonte: Da Cunha et al. (2017)

2.4 Estética de dentes anteriores e a autoestima

A sociedade moderna coloca ênfase na atratividade física e na beleza facial. O rosto continua sendo uma característica chave na determinação da atratividade física humana, assim como o sorriso. O perfil facial influencia de forma expressiva na atratividade entre os indivíduos³⁴.

Um dos principais objetivos do tratamento odontológico é imitar os dentes e projetar sorrisos da maneira mais natural e estética, com base nas necessidades individuais e específicas do paciente. As possibilidades de atingir esse objetivo melhoraram significativamente na última década por meio de novas e específicas modalidades de tratamento, materiais dentários cada vez mais estéticos e aprimorados e novas técnicas e tecnologias².

Todo esse paradigma que visa a busca pelo sorriso harmônico possui diferentes indicações, onde a individualidade e a funcionalidade resultam na estética agradável visualmente. Diferentes técnicas e materiais de qualidade que mimetizam o tecido dentário garantem um resultado satisfatório e saudável. Sendo assim, essa necessidade buscada pelos pacientes gera ao indivíduo mais autoestima e confiança após o tratamento¹¹.

Portanto, com o aumento pela procura estética dos pacientes, se faz importante compreender as necessidades e satisfazer essa demanda. Visando a individualização do paciente, não deve-se almejar um sorriso padronizado. Obter o sorriso ideal requer a combinação de conhecimentos científicos com a criatividade artística, com o uso de técnicas inovadoras e matérias modernas, para cada paciente e sua necessidade¹.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude da estética ser de grande busca pelos pacientes que visam um sorriso harmônico e dentro dos padrões estéticos, se faz necessário a abordagem deste tema. A procura por intervenções em facetas indiretas em cerâmica ou porcelana são expressivas apesar do alto custo, sua excelente resistência ao desgaste e a mudança de coloração as tornam tão atrativas apesar de seu custo maior. Já, no que se refere, as facetas diretas de resina composta em dentes anteriores são de grande valia, uma vez que, seu valor se torna menos expressivo e de confecção em sessão única, apesar de sua menor

longevidade se comparadas com às facetas indiretas.

O profissional dentista deve sempre estar atento às mudanças do mercado estético dentário, assim como às melhorias de materiais e técnicas mais recentes, sempre visando um tratamento conservador e eficiente. Sabe-se ainda, que as facetas diretas necessitam de habilidade profissional em esculpir, além do conhecimento anatômico dos dentes.

Todo conhecimento profissional somado com as melhores técnicas e materiais tornam o trabalho satisfatório ao paciente e aos olhos de quem observa. O bem-estar também se torna uma prioridade uma vez que a saúde física está intimamente ligada à saúde psicológica dos seres humanos.

REFERÊNCIAS

1. Sharma PK, Sharma P. Dental Smile Esthetics: The Assessment and Creation of the Ideal Smile. *Semin Orthod* [internet] 2012;18(3):193–201. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.sodo.2012.04.004>
2. Blatz MB, Chiche G, Bahat O, Roblee R, Coachman C, Heymann HO. Evolution of Aesthetic Dentistry. *J Dent Res* 2019;98(12):1294–1304.
3. Gresnigt M, Ozcan M, Kalk W. Esthetic rehabilitation of worn anterior teeth with thin porcelain laminate veneers. *Eur J Esthet Dent* 2011;6(3):298–313.
4. Bastos NA, Scotti CK, Zabeu GS, Bueno LS, Ferrairo BM, Bombonatti JFS. Clinical performance of the composite resin veneers: the minimally invasive approach. *Arch Heal Investig* 2018;7(9).
5. Savaris DI, Vermudt A, Ghizoni JS, Pamato S, Pereira JR. Lentes de contato: Harmonização e estética com preparos conservadores. *J Res Dent* 2018;6(4):91.
6. Fahl Jr. N, Ritter A V. FACETAS EM RESINA COMPOSTA [Internet]. RTHWRT. YGRWTHRTH: Napoleão, 2020; Available from: SRYHWTRHRT
7. Vanlioğlu BA, Kulak-Özkan Y. Minimally invasive veneers: Current state of the art. *Clin Cosmet Investig Dent* 2014;6:101–107.
8. Farias-Neto A, Gomes EMDCF, Sánchez-Ayala A, Sánchez-Ayala A, Vilanova LSR. Esthetic Rehabilitation of the Smile with No-Prep Porcelain Laminates and Partial Veneers. *Case Rep Dent* 2015;2015.
9. Pini NP, Aguiar FHB, Leite Lima DAN, Lovadino JR, Suga Terada RS, Pascotto RC. Advances in dental veneers: Materials, applications, and techniques. *Clin Cosmet Investig Dent* 2012;4:9–16.
10. Radz GM. Minimum thickness anterior porcelain restorations. *Dent Clin North Am* [internet] 2011;55(2):353–370. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2011.01.006>
11. D’Onofre PL, Câmara JVF, Paiva RV de, Pereira GD da S, Capillé CL. Faceta direta em resina composta como técnica restauradora minimamente invasiva para harmonização do sorriso. *Res Soc Dev* 2020;9(8):e123985437.
12. Hwang S-K, Ha J-H, Jin M-U, Kim S-K, Kim Y-K. Diastema closure using direct bonding restorations combined with orthodontic treatment: a case report. *Restor Dent Endod* 2012;37(3):165.

13. El-Mowafy O, El-Aawar N, El-Mowafy N. Porcelain veneers: An update. *Dent. Med. Probl.* 2018;55(2):207–211.
14. D’Arcangelo C, Angelis F de, Vadini M, D’Amaro M. Clinical evaluation on porcelain laminate veneers bonded with light-cured composite: Results up to 7 years. *Clin Oral Investig* 2012;16(4):1071–1079.
15. McLaren EA, LeSage B. Feldspathic veneers: what are their indications? *Compend Contin Educ Dent* 2011;32(3):44–49.
16. Liu M, Gai K, Chen J, Jiang L. Comparison of Failure and Complication Risks of Porcelain Laminate and Indirect Resin Veneer Restorations: A Meta-Analysis. *Int J Prosthodont* 2018;32(1):59–65.
17. Sheikh Z, Ghazali NZ, Sheikh A. Direct composite resin veneer technique : a clinical case report of management of misaligned dentition. *Int Dent J Student’s Res* 2015;3(1):34–39.
18. D’Souza Col CDSJ, Kumar Lt Col M. LCM. Esthetics and biocompatibility of composite dental laminates. *Med J Armed Forces India* [internet] 2010;66(3):239–243. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0377-1237\(10\)80046-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0377-1237(10)80046-2)
19. Gresnigt MMM, Kalk W, Özcan M. Randomized controlled split-mouth clinical trial of direct laminate veneers with two micro-hybrid resin composites. *J Dent* 2012;40(9):766–775.
20. McLaren EA, Whiteman YY. Ceramics: rationale for material selection. *Compend Contin Educ Dent* 2010;31(9).
21. Giordano R, McLaren EA. Ceramics overview: classification by microstructure and processing methods. *Compend Contin Educ Dent* 2010;31(9).
22. Pizzolatto G, Borba M. Optical properties of new zirconia-based dental ceramics: Literature review. *Ceramica* 2021;67(383):338–343.
23. Federizzi L, Gomes ÉA, Báratro SSP, Baratto-Filho F, Bacchi A, Spazzin AO. Use of feldspathic porcelain veneers to improve smile harmony: A 3-year follow-up report. *Braz Dent J* 2016;27(6):767–774.
24. Amaral B, Tomaz De Almeida R, Fagundes De Oliveira K, Caldas RA. Mechanical and optical properties of feldspathic ceramics and lithium disilicate: literature review. *Rev Bras Odontol* [internet] 2020;77:1427. Available from: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v77.2020.e1427>
25. Shah HH, Shah JH, Patel SA, Shah HP. Aesthetic management of fluoresced teeth with ceramic veneers and direct composite bonding – An overview and a case presentation. *J Clin Diagnostic Res* 2015;9(6):ZD28–ZD30.
26. Irgang L, Monteiro Vieira R, Carolina Guilherme Erhardt M, Herrmann Coelho-de-Souza F, Fernando Demarco F. a Clinical Evaluation of Direct Veneers Made With Two Types of Composites. *J Res Dent* 2020;8(1):10.
27. Baldissera RA, Corrêa MB, Schuch HS, et al. Are there universal restorative composites for anterior and posterior teeth? *J Dent* 2013;41(11):1027–1035.

28. Nahsan FPS, Mondelli RFL, Franco EB, et al. Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: Understanding color and composite resin selection. *J Appl Oral Sci* 2012;20(2):151–156.
29. Almeida e Silva JS, Rolla JN, Edelhoff D, Araujo, E. Baratieri LN. All-Ceramic Crowns and Extended Veneers in Anterior Dentition: A Case Report with Critical Discussion. *Oper Dent* 2011;(October 2015):60–82.
30. Gresnigt MMM, Sugii MM, Johans KBFW, Made SAM van der. Comparison of conventional ceramic laminate veneers, partial laminate veneers and direct composite resin restorations in fracture strength after aging. *J Mech Behav Biomed Mater* [internet] 2021;114(August 2020):104172. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmbbm.2020.104172>
31. Dijken JWV van, Pallesen U. Fracture frequency and longevity of fractured resin composite, polyacid-modified resin composite, and resin-modified glass ionomer cement class IV restorations: An up to 14 years of follow-up. *Clin Oral Investig* 2010;14(2):217–222.
32. Gresnigt MMM, Cune MS, Jansen K, Made SAM van der, Özcan M. Randomized clinical trial on indirect resin composite and ceramic laminate veneers: Up to 10-year findings. *J Dent* [internet] 2019;86(April):102–109. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2019.06.001>
33. Cunha LF Da, Gaião U, Silva RC, Gonzaga CC, Correr GM. Cosmetic remodeling of the smile: Combining composite resin and ceramics over teeth and implants. *Case Rep Dent* 2017;2017.
34. Abu Arqoub SH, Al-Khateeb SN. Perception of facial profile attractiveness of different antero-posterior and vertical proportions. *Eur J Orthod* 2011;33(1):103–111.