



AS PRINCIPAIS FALHAS NA EXECUÇÃO DE FACETAS EM RESINA COMPOSTA EM DENTES ANTERIORES: Revisão de literatura

The main failures in the performance of composite resin facets in anterior teeth: Literature review

Karen Fontes Cruz¹, TÁCILA TISSIANE BATISTA CARDOSO², Carla Mendes Lima³, Lucas Carvalho Simão⁴

RESUMO

Introdução: atualmente, a odontologia desfruta de um vasto campo científico, principalmente referindo-se a uma gama de possibilidades na área estética. Os tratamentos odontológicos mais cotados realizados para sanar esse problema são as facetas diretas em resina composta, visto que, as facetas são procedimentos odontológicos destinados a recobrir os dentes para melhorar sua estética e função, lançando mão das resinas compostas que evoluíram e se aperfeiçoaram, originando resultados mais agradáveis e eficazes. Referencial Teórico: Se os profissionais não seguirem os padrões necessários para as intervenções estéticas, a busca por esse alto padrão de sorriso pode causar prejuízos e frustrações aos pacientes. As falhas responsáveis pelo insucesso nesses procedimentos podem resultar em: anatomia dental incorreta, oclusão inadequada, material mal administrado, problemas periodontais, infiltração cariosa por mal adaptação, dentre outros. A metodologia utilizada neste trabalho foi a revisão de literatura baseada em artigos científicos publicados nas bases de dados online: PubMed, Lilacs e Google Acadêmico com destaque nas especialidades de dentística e prótese. Diante da problemática, o presente estudo possui como objetivo, apresentar uma revisão de literatura, sobre as principais falhas na execução de facetas em resina composta em dentes anteriores. Conclusão: as principais falhas na execução das facetas em resina composta se dão devido à falta de desempenho do profissional odontológico, pois é um fator que pode afetar o sucesso do procedimento como um todo, ficando em destaque que é necessário obter o devido conhecimento sobre cada caso clínico, conduzindo de forma eficiente o correto planejamento.

Palavras Chaves: Facetas. Resina Composta. Estética Dentária. Dentes Anteriores.

ABSTRACT

Introduction: currently, dentistry enjoys a vast scientific field, mainly referring to a range of possibilities in the aesthetic area. The top rated dental treatments performed to remedy this problem are direct veneers in composite resin, since veneers are dental procedures designed to cover the teeth to improve their aesthetics and function, making use of composite resins that have evolved and improved, resulting in more pleasant and effective results. Theoretical Reference: If professionals do not follow the necessary standards for aesthetic interventions, the search for this high smile standard can cause harm and frustration to patients. The failures responsible for the non-success of these procedures can result in: incorrect dental anatomy, inadequate occlusion, mismanaged material, periodontal problems, carious infiltration due to poor adaptation, among others. The methodology used in this work was the literature review based on scientific articles published in online databases: PubMed, Lilacs and Google Scholar with emphasis on the specialties of dentistry and prosthesis. Faced with this problem, the present study aims to present a literature review on the main flaws in the execution of veneers in composite resin in anterior teeth. Conclusion: the main flaws in the execution of veneers in composite resin are due to the lack of performance of the dental professional, as it is a factor that can affect the success of the procedure as a whole, emphasizing that it is necessary to obtain the proper knowledge about each clinical case, efficiently conducting the correct planning.

Keywords: Facets. Composite resin. Dental Aesthetics. Anterior Teeth.

¹ Graduanda de Odontologia da Faculdade Cathedral, Boa Vista- RR. E-mail: karenacruz188@gmail.com

² Graduanda de Odontologia da Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E-mail: tata.bc141@gmail.com

³ Profa. Orientadora e docente do curso de Odontologia da Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E-mail: carlalimaliveira265@gmail.com

⁴ Prof. Co-orientador e docente do curso de Odontologia da Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E-mail: lucascarvalho.lcs@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

As resinas sintéticas estão presentes na prática clínica odontológica há mais de 50 anos e ao longo do tempo houve um processo de melhoria contínua em sua composição, o que permitiu aumentar suas indicações clínicas, inclusive na resolução de problemas estéticos (1). Sempre em busca de novas opções de tratamentos estéticos, funcionais e minimamente invasivos, a área da odontologia estética avança mediante pesquisas clínicas contínuas e científicas (2).

As facetas dentárias são responsáveis pelo recobrimento da face vestibular do esmalte, por um material restaurador, aderido ao dente por intermédio de um sistema adesivo (3).

A gradativa busca por procedimentos com alto resultado harmônico, resultou na evolução de produtos e técnicas que proporcionam correções estéticas imperceptíveis no sorriso (4). Quando as facetas são realizadas com a técnica adequada, os resultados são harmoniosos acarretando um sorriso agradável, além das propriedades ópticas e físicas serem superiores. Sendo restaurações funcionais e de longa duração se assemelhando ao tecido dentário (5).

Para satisfazer as necessidades estéticas dos pacientes, dentre outras fontes, destacam-se as resinas compostas, das quais podem ser obtidas diversas exigências que abrangem a estética dental, como diversidade de cores, propriedades de translucidez, opalescência e fluorescência, além de durabilidade e resistência (6). Pois, junto com os avanços dos materiais odontológicos, os tratamentos para restaurar a estética do sorriso também estão evoluindo, a odontologia estética permite preparos minimamente invasivos por resina composta (7).

As facetas de resina composta são uma das opções possíveis para tratar insatisfações estéticas como tamanho, cor, forma, desalinhamento, alterações nos espaços interdentais, além de sequelas de cárie e outros potenciais problemas nos dentes anteriores. Materiais adesivos e restauradores são cada vez mais utilizados ao longo do tempo, pois ganham uma qualidade estética e funcional mais do que os oferecidos anteriormente (8).

Os erros em restaurações de facetas podem ocorrer devido a uma série de fatores, a começar pelo planejamento do caso, indicação incorreta, seleção do material, técnica de preparo e acompanhamento do caso. O cumprimento das fases que compõem este tratamento é indispensável para evitar erros de procedimento (9).

Um das possíveis falhas que podem ser ocasionadas pela execução incorreta das facetas diretas em resina composta evidenciadas através do exame clínico são: anatomia inadequada, ausência de ponto de contato, acabamento e polimento mal executados, diferença de cor exorbitante em relação aos dentes naturais, trazendo um contraste insatisfatório e invasão do espaço biológico, causando inflamação na gengiva e conseqüentemente o sangramento durante a higienização dos dentes (8).

As facetas diretas de resina composta são eficazes para restaurar elementos dentários com alterações de cor, forma e função, proporcionando uma estética agradável. São considerados um procedimento mais conservador, de menor custo e mais rápido quando comparados às facetas indiretas em cerâmica, que exige uma etapa laboratorial. No entanto, é necessário um planejamento preciso, utilizando materiais e instrumentais de boa qualidade, e executado criteriosamente por um Cirurgião-Dentista (10).

O preparo incorreto da estrutura dental pode afetar no sucesso das restaurações, grande responsável pelas fraturas causadas por falhas coesivas e adesivas. Ocorreu muitas mudanças e avanços em relação aos preparos das facetas. De modo que, o formato do preparo pode ser influenciado pelo defeito preexistente, como anatomia dentária, localização na arcada e cor do substrato (9).

Este artigo objetiva destacar sobre as principais falhas na execução de facetas em resina composta em dentes anteriores, visando discorrer sobre os meios adequados para se obter sucesso nesse tipo de reabilitação. A justificativa dessa análise passar-se-á necessidade do conhecimento adequado, domínio das técnicas e habilidade por parte do profissional para que não aconteçam falhas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A faceta direta de resina composta foi criada para preservar a quantidade máxima de estrutura dentária, para aplicar uma ou mais camadas de resina composta na superfície do dente e para melhorar a estética e a função (11).

As facetas em resinas compostas diretas têm as mesmas indicações e contraindicações como na maioria dos outros procedimentos odontológicos, que podem ser listadas como oclusão correta, deslocamento lateral e protrusão, análise de cor precisa, isolamento eficaz, boa adesão, polimento adequado, remoção da camada inibidora de oxigênio, materiais de alta qualidade e experiência clínica. Essas são partes de um todo e, se uma parte falhar, todo o procedimento falhará. Se as facetas compostas diretas forem implementadas de acordo com as regras, a taxa de sucesso certamente aumentará (12).

A confecção de facetas diretas, requer histórico médico e também a realização de exames clínicos, sendo possível monitorar se o paciente apresenta lesões cáries, lesões periapicais, presença ou ausência de obturações, teste de vitalidade deve ser realizado para verificar o envolvimento pulpar, além da radiografia, para verificar se o tratamento a ser realizado está correto (13).

Na prática clínica, um problema comum relatado pelos pacientes é a insatisfação com a aparência dos dentes anteriores, cuja causa, muitas vezes é multifatorial e pode ser causada por cárie, malformação dos dentes, alterações anatômicas ou descoloração. Além destes, o envelhecimento, o bruxismo, relação de desequilíbrio entre dente e tecido gengival, biocorrosão e perda da dimensão vertical também podem ser considerados como causas de desarmonias estéticas em dentes anteriores. (14).

As fraturas anteriores podem impactar severamente vários aspectos da qualidade de vida dos pacientes afetados, e as técnicas de restauração direta com resina composta são uma opção restauradora muito viável, dada a qualidade, longevidade e previsibilidade do sucesso estético e funcional (15).

Ao restaurar dentes anteriores, é importante escolher os materiais certos, como: tipos de resinas, sistemas adesivos e excelentes luzes de polimerização, pois são essenciais para a qualidade da técnica. Para casos que requerem pouco ou nenhum preparo, as facetas diretas de resina composta são uma excelente opção para correção ou remodelação estética de dentes anteriores (10).

É de extrema importância que o cirurgião-dentista faça uma análise que inclua não só os dentes, mas também a face, os lábios, os materiais restauradores, as técnicas e os sistemas adesivos que serão utilizados para obter um resultado estético harmonioso e com aspecto natural. (16).

A estética facial e o sorriso estão intimamente relacionados e a busca por um sorriso perfeito e harmonioso tem aumentado significativamente. Como resultado, os pacientes expressaram o desejo de obter restaurações com materiais de cor e forma naturais, pois dentes claros, bem formados e alinhados definem o padrão de beleza do indivíduo. Tais dentes não só parecem atraentes, mas também indicam saúde nutricional, autoestima e condição, pois a necessidade de estética no tratamento odontológico é hoje uma solução e deve ser considerada importante (17).

O processamento vai desde a escolha dos materiais e o rigor da técnica, até o acabamento e polimento. A falha substancial ocorre quando as limitações clínicas não são respeitadas, como hábitos funcionais do paciente, coroas clínicas reduzidas, dentes desalinhados ou rotação excessiva. Outro erro que leva ao insucesso do procedimento é a colocação de facetas dentárias em cima de restaurações grandes e superdimensionadas causando desarmonia e um sorriso assimétrico. Outras limitações a serem observadas são as inserções de freios labiais (18).

Falhas associadas às condições ideais de fotoativação podem alterar o grau adequado de conversão da resina composta, resultando em alterações de cor, maior desgaste superficial, maior probabilidade de infiltrações marginais, altos níveis de monômero residual, deterioração das propriedades mecânicas e físicas e chance de sensibilidade pós-operatória. A atuação do dentista também é um fator que pode influenciar no sucesso do procedimento (19).

É critério de falha, dentes sem esmalte saudável, mas é possível realizar preparos com invasão

dentinária, sem deixar de cuidar do resfriamento e preservar a integridade do complexo dentino-pulpar. Também não deve ser colocado em pacientes que sofrem de doença periodontal grave e sobremordida grave, bem como em pacientes com bruxismo. Também é contraindicado em pacientes com má higiene bucal (18).

É bem conhecido que um dos principais problemas com as facetas diretas de resina composta é o manchamento marginal, que é causada por defeitos de selamento. Este defeito não só leva à coloração marginal, mas também produz reação pulpar, sensibilidade pós-operatória e cárie secundária em resposta à entrada de bactérias, encurtando muito a vida útil dos tratamentos restauradores e levando a resultados clínicos ruins (20).

Como as facetas são realizadas nas superfícies vestibulares dos dentes anteriores, a oclusão geralmente não é considerada crítica para o sucesso do caso. No entanto, é muito importante, não só na mordida vertical, mas também nos movimentos laterais e protrusivos (21).

Diante do avanço da odontologia adesiva e dos materiais restauradores diretos, a técnica de facetas diretas em resina composta tornou-se uma excelente opção de tratamento para a reabilitação biológica, estética e funcional de dentes anteriores, podendo proporcionar correções de: forma, textura, cor, posição e tamanho, permitindo uma maior previsibilidade estética e um resultado final natural e harmonioso, para conseguir um bom resultado é de suma importância o planejamento, que dependerá da interação de conhecimentos sobre: estética, materiais restauradores e técnicas disponíveis atualmente (22).

As facetas diretas com técnicas adesivas tornaram-se populares por dois motivos: a capacidade de preservar a estrutura dentária associada a outros tipos de restaurações e os excelentes resultados estéticos que alcançam (23).

Por isso, hoje desfrutamos uma era de preservação de estruturas saudáveis e preservação de tecidos, pois as resinas compostas e os sistemas adesivos evoluíram e alcançaram excelentes resultados estéticos e o mínimo de desgaste (24).

A quantidade e a qualidade da estrutura dentária remanescente são fatores que também devem ser considerados ao facetamento. Intensidade do manchamento e/ou descoloração do dente, análise oclusal, higiene do paciente e comprometimentos biológicos são aspectos que podem interferir no desempenho das facetas diretas e, portanto, precisam ser bem avaliados durante o exame clínico e planejamento (25).

Muitas vezes, para atingir o objetivo de melhora estética do sorriso, é necessário associar diferentes áreas da odontologia entre si para obter um plano de tratamento ideal. Em conexão com isso, existem várias cirurgias periodontais utilizadas para tratamento funcional e estético associado a reconstruções dentárias. Inicialmente, observa-se a integridade dos tecidos periodontais e a qualidade da higiene bucal do paciente, pois a duração dos procedimentos restauradores depende do planejamento adequado do procedimento (26).

Os importantes princípios da periodontia têm sido negligenciados por alguns profissionais, seja por desconhecimento ou mesmo descuido, vale ressaltar que os procedimentos restauradores devem sempre visar a preservação do órgão dentário e da integridade biológica do periodonto, pois a presença de dentes naturais depende, em primeiro lugar, da proteção periodontal e dos tecidos de suporte, que, entre muitas outras funções, também desempenham um papel fundamental na estética do sorriso, a interação entre a odontologia periodontal e restauradora é dinâmica e necessária para alcançar um sorriso harmonioso, portanto, é importante que o cirurgião-dentista tenha conhecimento básico e domínio da técnica necessária no procedimento restaurador, minimizando possíveis traumas ao periodonto (27).

A invasão do espaço biológico cria um problema muito recorrente que leva à reabsorção óssea como forma de compensar o espaço perdido. A invasão do espaço leva à reorganização estrutural e migração para o ápice, mimetizando o espaço biológico, que só pode ser corrigido por intervenção cirúrgica, restaurando assim o estado normal do tecido periodontal (21).

Um dos maiores erros que levam a causa do insucesso, deve-se à má indicação do tratamento.

Um bom planejamento é essencial na reabilitação oral e deve ser concluído com anamnese criteriosa, avaliação extra e intraoral, exames radiográficos complementares e expectativas do paciente. Sem esquecer de considerar a presença de alguma parafunção ou doença sistêmica para escolher o melhor plano de reabilitação em termos de saúde oral, funcional, estética e econômica (18).

As contraindicações das facetas diretas devem ser respeitadas para não prejudicar os resultados do caso, e o profissional deve ter flexibilidade para saber quando é e até onde é possível adentrar e explorar seus limites. As contraindicações na comprovação das facetas diretas são: perda estrutural severa do dente, que leva à redução da resistência dentária e as facetas diretas não atuam como reforço da estrutura dentária sobre a qual são colocadas (28).

O planejamento preliminar é a base para buscar o melhor resultado estético e funcional do procedimento restaurador. O uso de técnicas aliadas a esse planejamento permitem que o trabalho seja executado com maior previsibilidade de resultado e máxima preservação da estrutura dentária (29).

Devido à evolução das resinas compostas, tornou-se possível o uso de facetas diretas, que são feitas pela técnica à mão livre ou utilizando moldes pesados de silicone ou acetato como matrizes/guias obtidas a partir do modelo de gesso contendo as restaurações prognósticas em cera. Em ambos os métodos, a resina é manipulada de forma estratificada e incremental com o objetivo de replicar as características naturais dos dentes e reduzir os efeitos adversos da contração de polimerização das resinas compostas (30).

O desenvolvimento de modelos de estudo é uma ferramenta importante para obter o máximo de informações sobre todos os componentes do sorriso do paciente. Nesta etapa, todos os detalhes gengivais e dentários são impressos, como forma, posição e relações dentárias. A finalização das etapas de planejamento envolve a realização de uma simulação da restauração, o mock up. A realização deste protótipo é realizada graças à impressão do material de moldagem, seguida da impressão do enceramento diagnóstico, presente no modelo de gesso previamente encerado. A realização do modelo é extremamente importante. É a partir daí que podemos confirmar se as proporções e formas propostas para a denteição estão em harmonia com o biótipo facial (31).

A técnica de simulação (mock up) é totalmente reversível e pode ser realizada diretamente sobre os dentes com resina bis-acrílica. Essa resina é formada por uma base e catalisador acionados pelo sistema de pontas automisturadas e ativados quimicamente (32).

Ao escolher uma técnica, é imperativo agir com rapidez e precisão, escolhendo materiais que imitem a cor natural do dente, brilho, textura, opacidade e translucidez. Os materiais compósitos para confecção de facetas diretas devem ter boa lisura de superfície, bom escoamento, variedade de cores e estabilidade para seleção e bom acabamento final. Estas são as resinas micropartículas, nanopartículas e nanohíbridas (33).

A classificação das resinas compostas é baseada no tamanho médio das partículas de carga, viscosidade e forma de ativação. Quanto ao tamanho, classificam-se em: macroparticuladas, microparticuladas, microhíbridas ou híbridas e nanoparticuladas. Quanto à viscosidade, ela é definida entre baixa, média e alta, onde a maioria dos compósitos comercializados atualmente possui uma viscosidade média. A forma de ativação é dividida em: fotoativada e ativada quimicamente (19).

Segundo a classificação podem citar ainda as resinas supranométricas, essas resinas possuem partículas próximas de 200 nanômetros com características muito próximas a das resinas nanoparticuladas (34).

A seleção do tamanho das partículas de carga da resina composta é de extrema importância, para o sucesso da restauração direta, principalmente em dentes anteriores. As opções indicadas no caso de facetas diretas são as resinas microparticuladas, que possuem alto grau de polimento, mas devido a sua quantidade de carga tem a resistência limitada, quando aplicada em áreas que exige grande reconstrução. As resinas microhíbridas apresentam boa resistência e bom polimento, mas é inferior quando comparadas às microparticuladas, portanto, as mesmas são recomendadas para casos de alongamentos dentais e restabelecimento da região palatina. E o grupo de resinas mais atuais que

surgiram em meados dos anos 2000 são as nanohíbridas ou nanopartículadas, essas resinas possuem resistência similar as microhíbridas e polimento semelhantes as micropartículadas, além de apresentarem uma grande variedade de cores e maior capacidade de manutenção, conseqüentemente são consideradas resinas “universais” por possuírem melhores propriedades mecânicas e ópticas (22).

A seleção do sistema restaurador direto adequado para diferentes situações clínicas depende de suas propriedades físicas, mecânicas e de polimento, e a composição e classificação da resina composta podem influenciar nessa decisão (35).

É extremamente necessário conhecer as propriedades das resinas compostas, suas aplicações e suas propriedades desejadas (36).

Em um estudo realizado verificou-se que, em geral a vida média das restaurações com facetas diretas em dentes anteriores foi de 68,6% em 10 anos. As principais deficiências e taxas de insucesso relatadas na literatura em relação às restaurações diretas, foram o acúmulo de placa bacteriana, má oclusão, experiência clínica do dentista e descoloração da faceta de resina composta (37).

A seleção de cores é uma questão importante para alcançar a estética. Em termos simples, a cor pode ser dividida em matiz, croma e valor. Matiz é definido como o principal nome da cor percebida pelo observador, e nas resinas é representado pelas letras A, B, C e D, significando respectivamente as cores marrom, amarelo, cinza e rosa. O croma é a saturação de uma determinada tonalidade, identificada por um número de 1 a 4, cuja ordem é crescente na intensidade da tonalidade. Por fim, o valor refere-se à luminosidade da cor e está relacionado à quantidade de preto e branco em um objeto, este fenômeno define a vitalidade da restauração (38).

As resinas compostas de última geração restauram as propriedades de opalescência e fluorescência do dente restaurado. A opalescência é a capacidade do esmalte de refletir ondas de luz cinza-azuladas e transmitir luz laranja. A fluorescência é caracterizada quando o dente natural é exposto à luz ultravioleta, com difusão no espectro visual do branco intenso ao azul claro (39). Apesar de ser uma técnica comumente utilizada, muitas vezes essas etapas são negligenciadas, impactando negativamente no resultado final do tratamento e causando insatisfação do paciente (40).

Compreender os fenômenos fotodinâmicos e as propriedades ópticas das estruturas dentárias antes da reabilitação é um fator importante para o sucesso clínico. Partículas chamadas fótons são o principal componente do que conhecemos como energia luminosa e são expressas como diferenças no comprimento das ondas eletromagnéticas (41).

Devido ao papel fundamental da água no resultado final da cor, a escolha da cor deve ser feita com dentes limpos e hidratados. A desidratação do esmalte dentário reduz sua transparência em 82%, muitas vezes resultando na escolha de uma resina mais clara e opaca que os dentes naturais (42).

A técnicas para confecção de facetas diretas, são: a técnica com matriz e sem matriz, onde a primeira técnica é indicada para os casos em que os dentes a serem facetados apresentam apenas alteração de cor, sem apresentar alteração de forma e sendo posicionados corretamente em relação aos outros dentes. Quando o dente apresenta alteração de forma e/ou localização, o uso da matriz torna-se inviável, por isso optou-se pelo o uso da técnica sem matriz. Qualquer que seja a técnica, a tática operatória segue a mesma sequência clínica (43).

As restaurações diretas feitas em resina composta apresentam maiores vantagens sobre as restaurações indiretas em cerâmica, pois permitem a resolução imediata do caso, sem a necessidade de uma etapa laboratorial, agilizando e acelerando a finalização do tratamento, pois as mesmas possibilitam um restauração funcional e estética do sorriso, pois apresentam boas propriedades e são mecanicamente favoráveis ao tecido dentário (44) (45).

A harmonia facial deve ser cuidadosamente avaliada, pois os dentes não são um elemento único a ser encontrado, a face deve ser vista como um todo. Com isso, a satisfação do paciente e do especialista será mais fácil de ser alcançada. Pois a odontologia estética baseia-se principalmente no desenvolvimento de materiais odontológicos. Com o desenvolvimento de técnicas e materiais adesivos, os procedimentos estéticos foram aprimorados, tornando a odontologia estética diretamente ligada à odontologia adesiva (25).

O sistema adesivo é composto principalmente por monômeros de resina, solventes, iniciadores e inibidores. Dependendo do tipo e quantidade de componentes usados, propriedades como taxa de conversão, resistência adesiva, índice de sorção e resistência à hidrólise irão mudar (46).

Todo esse paradigma mostra que, quando há um conhecimento suficiente por parte do profissional sobre técnicas e materiais restauradores, é possível realizar boas restaurações e obter excelentes resultados, não apenas no âmbito profissional, mas também psicossocial. A condição do paciente, muito mais ampla e sorridente ao final do tratamento, dá-lhe mais autoconfiança e segurança (47).

As intervenções odontológicas podem provocar alterações no bem-estar do paciente, onde sua satisfação com o resultado do tratamento afeta diretamente seu contexto social (48). Assim, a diferença de tamanho e forma dos dentes e a distribuição inadequada do espaço na região anterior da boca causam um desequilíbrio estético e funcional, tornando-se um dos principais problemas estéticos relatados pelos pacientes. Portanto, a presença de imperfeições dentárias, sejam elas adquiridas ou congênitas, tem grande potencial e pode influenciar negativamente suas relações sociais (49).

É muito comum que pessoas que atendem aos padrões de beleza desfrutem de privilégios ao longo da vida, e isso se reflete muito no convívio social. Os traços faciais significam muito para uma sociedade onde as aparências são supervalorizadas, por isso há uma grande busca pela odontologia estética para realizar procedimentos que tragam forma, função e harmonia com ênfase no sorriso para o bem-estar emocional (50).

Atualmente os profissionais vem utilizando ferramentas digitais associadas ao fluxo analógico para confecção de facetas diretas com protocolo simples, sem investimento inicial, graças à coparticipação de laboratórios parceiros. Ter consciência dessa possibilidade pode aumentar muito a taxa de sucesso desse tipo de tratamento, pois aumenta a previsibilidade e ainda permite montá-lo digitalmente em um articulador para avaliar possíveis interferências oclusais que podem levar a falhas catastróficas em um futuro próximo (51).

Portanto, os materiais odontológicos têm passado por grandes transformações com o avanço da tecnologia a fim de proporcionar melhor qualidade nas técnicas de tratamento (52).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

No desenvolvimento da pesquisa, foram consultadas as bases de dados PubMed, Lilacs e Google acadêmico em publicações com ênfase em dentística, materiais dentários e prótese, utilizando publicações que se referem ao tema: facetas diretas em resina composta e suas principais falhas. As palavras chaves: Facetas, resina composta, estética dentária e dentes anteriores. Os critérios de inclusão foram os artigos apresentados no período de publicação dos anos de 2009 à 2023, bem como, os artigos que continham o texto completo disponível para a leitura, artigos abordando temas pertencentes a área da dentística e referências teóricas fundamentais para o desenvolvimento do trabalho. Já os critérios de exclusão foram considerados a data de publicação dos artigos e a qualificação da revista. Para a seleção dos estudos que fundamentam esta obra foram primeiramente identificados 150 artigos, destes 100 foram pré-selecionados através de avaliações dos títulos e resumos obtidos a partir de buscas e 52 foram escolhidos por estarem diretamente relacionado ao objetivo deste trabalho.

4 DISCUSSÃO

As facetas dentárias são responsáveis pelo recobrimento da face vestibular do esmalte, (3). E foi criada para preservar a quantidade máxima de estrutura dentária visando a melhoria na estética e função (11).

Gouveia (14), discorre que, a insatisfação com a aparência dos dentes anteriores, tem como causa, problemas multifatoriais e pode ser causada por cárie, malformação dos dentes, alterações anatômicas ou descoloração, bruxismo, biocorrosão e perda da dimensão vertical. Em contrapartida,

Machado (15), relata que as fraturas anteriores podem impactar severamente vários aspectos da qualidade de vida dos pacientes afetados.

Para Leite (25), há a necessidade de implementar um plano de tratamento para alcançar um equilíbrio entre saúde, estética e função oral. O que é corroborado por Baptista et al., (26), quando diz que, para atingir o objetivo de melhora estética do sorriso, é necessário associar diferentes áreas da odontologia entre si para obter um plano de tratamento ideal.

Higashi et al., (29), diz que o planejamento preliminar é a base para buscar o melhor resultado estético e funcional do procedimento restaurador. O uso de técnicas aliadas a esse planejamento permitem que o trabalho seja executado com maior previsibilidade de resultado e máxima preservação da estrutura dentária.

Em conjunto, Pinto (18), relata que, um bom planejamento é essencial na reabilitação oral e deve ser concluído com anamnese criteriosa, avaliação extra e intraoral, exames radiográficos complementares e expectativas do paciente. Sem esquecer de considerar a presença de alguma parafunção ou doença sistêmica para escolher o melhor plano de reabilitação em termos de saúde oral, funcional, estética e econômica.

Campos (10), menciona que para se obter excelentes resultados no tratamento com as facetas diretas em resina composta, é importante escolher os materiais certos, como: tipos de resinas, sistemas adesivos e excelentes luzes de polimerização. Em contradição Moreira (16), revela que além da técnica é de extrema importância que o cirurgião-dentista faça uma análise que inclua não só os dentes, mas também a face, os lábios e os materiais restauradores como um todo.

É critério de falha segundo o autor Pinto (18), limitações clínicas, como hábitos funcionais do paciente, coroas clínicas reduzidas, dentes desalinhados ou rotação excessiva, a colocação de facetas dentárias em cima de restaurações grandes e superdimensionadas causando desarmonia e um sorriso assimétrico. Sob o mesmo ponto de vista, Marques (19) ressalta como falhas má condição fotoativa e a atuação do dentista que também é um fator que pode influenciar no sucesso do procedimento.

Pinto (18), também diz que é critério de falha, dentes sem esmalte saudável, mas é possível realizar preparos com invasão dentinária, sem deixar de cuidar do resfriamento e preservar a integridade do complexo dentino-pulpar. Sendo contra indicado esse tipo de procedimento em pacientes que sofrem de doença periodontal e sobremordida grave e em pacientes com má higiene bucal. Em corroboração com Mundstock (25), a quantidade e a qualidade da estrutura dentária remanescente são fatores que também devem ser considerados ao facetamento.

Similarmente com Castaneda (28), são consideradas ainda contraindicações das facetas diretas: perda estrutural severa do dente, que leva à redução da resistência dentária e as facetas diretas não atuam como reforço da estrutura dentária sobre a qual são colocadas.

Analogamente para Higashi et al., (29), o planejamento preliminar é a base para se obter o melhor resultado estético e funcional alcançando o sucesso no tratamento. Diferentemente do autor Pinto (18), que diz, que o planejamento inadequado leva a má indicação do tratamento, sendo um dos maiores erros registrados nas taxas de insucesso. Do mesmo modo, Teixeira (37), retrata que as principais deficiências e taxas de insucesso são o acúmulo de placa bacteriana, má oclusão e descoloração das facetas de resina composta, destacando ainda que, a vida média das restaurações com facetas diretas em dentes anteriores é de 68% em 10 anos.

Segundo Nunes (31), ao escolher uma técnica de simulação (mock up) para o desenvolvimento de modelos de estudo, é importantíssimo conter todos os detalhes gengivais e dentários impressos, como forma, posição e relações dentárias. Pela mesma razão, Oliveira (33) fala que é importante agir com rapidez e precisão, escolhendo materiais que imitem a cor natural do dente, brilho, textura, opacidade e translucidez.

Por outro lado, Dos Reis (32) afirma que, essa técnica é totalmente reversível e pode ser feita diretamente sobre os dentes com resina bis-acrílica.

Campos (10), afirma que, discutir sobre facetas diretas anteriores, é justificável pelo menor valor destas e maior preservação de estrutura dentária, proporcionando um sorriso harmonioso e

saudável, se trabalhada corretamente, devolvendo não somente a reabilitação funcional mas também a autoestima e autoconfiança para o paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o trabalho exposto, analisou-se que, as principais falhas na execução das facetas em resina composta se dá devido à falta de desempenho do cirurgião-dentista, pois é um fator que pode afetar o sucesso do procedimento. É de sua responsabilidade a escolha da melhor opção de resina composta para cada caso e executar a técnica correta de incrementação. Além disso, observar as características do paciente como forças oclusais, temperatura intraoral, mudanças de pH, má higiene e quaisquer hábitos parafuncionais que levariam ao descolamento e/ou fratura das facetas diretas alterando a longevidade. Ficando em destaque que é necessário obter o devido conhecimento e profissionalismo por parte do cirurgião dentista para redigir com clareza e eficiência cada caso clínico particularmente, oferecendo assim, resultados de excelência aos seus pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Moreira EJR, Ferreira JA, Freitas G de. Harmonização estética do sorriso com facetas diretas em resina composta: relato de caso. *Sci Invest Dent*. 2018;23(1):22–7.
2. Souza NBC de. Simplificando facetas diretas em resina composta: descrição de caso. 2018;
3. Silva SN da. Facetas dentárias: diferentes materiais e principais causas de falhas [PhD Thesis]. 2018.
4. Menezes MS, Vilela ALR, Silva FP, Reis GR, Borges MG. Acabamento e polimento em resina composta: reprodução do natural.
5. Peres suelby SC, Alves DL, Lima CM. FACETA DIRETA EM RESINA COMPOSTA: Indicação e técnica. *Revista Cathedral*. 6 de março de 2022;4(1):109–16.
6. Pereira GMC, Feitosa DZ, Pereira OMC, de Araújo GC, da Silva BCB, Lago CS. FACETAS EM RESINA COMPOSTA ASSOCIADO A CLAREAMENTO EXTERNO DE DENTE ESCURECIDO ENDODONTICAMENTE: relato de caso. *Revista de Estudos Multidisciplinares UNDB*. 2023;3(1).
7. Reis GR, Vilela ALR, Silva FP, Borges MG, Santos-Filho PC de F, Menezes M de S. Minimally invasive approach in esthetic dentistry: composite resin versus ceramics veneers. *Biosci j* (Online). 2017;238–46.
8. Cruz AÍ, Brandão GL, Silva GEA, Rosa JMCS, Melo PIDA. Troca de facetas em resina composta insatisfatórias, buscando adequação anatômica e estética: relato de caso. *RSD*. 30 de outubro de 2021;10(14):e169101421740.
9. Ronconi MS. FALHAS EM RESTAURAÇÕES COM FACETAS CERÂMICAS. 2016;
10. Campos KMGD, Rodrigues RA, Figueiredo CHMDC, Guenes GMT, Alves MASG, Rosendo RA, et al. Facetas diretas anteriores: Uma revisão de literatura. *RSD*. 8 de junho de 2021;10(6):e48910615729.
11. da SILVA SN, da SILVA EGB, YAMASHITA RK. Facetas de resina composta com mínimo desgaste: revisão de literatura. *Facit Business and Technology Journal*. 2022;1(35).
12. Korkut B. Smile makeover with direct composite veneers: A two-year follow-up report. *J Dent*

- Res Dent Clin Dent Prospects. 2018;12(2):146–51.
13. Da Costa CLAB, Dos Santos SB, Do Nascimento JMD, De Abreu JSG, Souza L, Costa LV, et al. Facetas diretas ou indiretas qual técnica escolher / Direct or indirect facets which technique to choose. Braz J Hea Rev. 25 de maio de 2022;5(3):10148–56.
 14. Gouveia CG, Júnior RM, da Silva Peralta F, Scherma AP, de Resende LFM. Facetas diretas de resina composta em dentes anteriores: relato de caso. Clínica e Pesquisa em Odontologia-UNITAU. 2018;9(1):44–50.
 15. Machado AC, Reinke ACMA, Moura GF, Zeola LF, Costa MM, Reis BR, et al. Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico de traumatismo dento-alveolar. ROBRAC. 2016;154–61.
 16. Moreira HB, Assis H de P, Moreira JPV, Rodrigues C. Reabilitação Estética com Faceta Direta em Resina Composta. Revista Multidisciplinar Pey Këyo Científico-ISSN 2525-8508. 2020;5(3):7–11.
 17. Guerra MLRS, Venâncio GN, Augusto CR. Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso. Revista da faculdade de odontologia de lins. 2017;27(1):63–8.
 18. Pinto S. O outro lado da faceta dentária: erros de planeamento e de execução. 2019;
 19. MARQUES IF, JULLIA M, CARDOSO MEP. Longevidade Das Facetas Diretas Em Resina Composta. 2021;
 20. Diaz SFR. Nanoinfiltração e manchamento superficial de facetas diretas de resina composta. 2017;
 21. Oliveira DH. Problemas periodontais relacionados a falha das facetas de porcelana: revisão da literatura. 2022;
 22. Santos, Raiane R.; Carvalho, Marlana B. C. Facetas diretas em resina composta. Publicado em 2009. - Pesquisa Google [Internet]. [citado 28 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=Santos%2C+Raiane+R.%3B+Carvalho%2C+Marlana+B.+C.+Facetas+diretas+em+resina+composta.+Publicado+em+2009.&oq=Santos%2C+Raiane+R.%3B+Carvalho%2C+Marlana+B.+C.+Facetas+diretas+em+resina+composta.+Publicado+em+2009.&aqs=chrome..69i57j69i60.696j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
 23. Souza DLV de. Utilização da resina composta para confecção de facetas. 2022;
 24. Santos JA dos. Abordagem na seleção de materiais para facetas diretas de resina composta na resolução estética em dentes anteriores. 2016;
 25. Mundstock MG. FACETAS DIRETAS COM RESINA COMPOSTA EM DENTES ANTERIORES SUPERIORES: ESTUDO DE CASO. 2017;
 26. Baptista IA, Barbosa I de P. ASSOCIAÇÃO DE DIFERENTES CIRURGIAS PERIODONTAIS COMO ALTERNATIVA DE RESTABELECIMENTO DE HARMONIA GENGIVAL. 2020;30(03).
 27. Santos RG, Rocha GB, Brito MMS, Dias KSPA, Pinchemel ENB. O impacto das facetas diretas

em resina composta sobre o tecido periodontal: revisão de literatura. *Research, Society and Development*. 2022;11(7):e54511730235–e54511730235.

28. CASTANEDA BAP. FACETAS DIRETAS DE RESINA COMPOSTA: UMA REVISÃO. 2020;
29. Higashi C, Gomes JC, Kina S, de Andrade OS, Hirata R. Planejamento estético em dentes anteriores.
30. Silva AG da. Facetas dentais direta e indireta longevidade e resistência: revisão de literatura. 2020;
31. Nunes ALS. Facetas Diretas em Resina Composta. 2018;
32. dos Reis GR, Oliveira LPM, Vilela ALR, de Sousa Menezes M. Mock-up: previsibilidade e facilitador das restaurações estéticas em resina composta. *Revista Odontológica do Brasil Central*. 2018;27(81).
33. Oliveira KB de. O uso de facetas diretas em resina composta como estratégia para dentes escurecidos: revisão de literatura. 2022;
34. Vermudt A. Avaliação da resistência mecânica de resinas compostas utilizando diferentes métodos de polimerização. 2021;
35. Chaves A. Facetas Diretas.
36. Fernandes HK, Silva R, Marinho MAS, de Souza OLIVEIRA PO, Ribeiro JCR, MOYSES MR. Evolução da resina composta: revisão da literatura. *Revista da universidade vale do rio verde*. 2014;12(2):401–11.
37. Teixeira BC, Novas MMV, Rodrigues LDS, Finck NS. Longevidade de tratamento reabilitador com facetas diretas e indiretas em dentes anteriores: uma Revisão Narrativa. *RSD*. 21 de novembro de 2022;11(15):e409111537369.
38. Ribeiro J. Reabilitação da saúde bucal e da estética do sorriso: estudo de caso. 2016;
39. DA SILVA GR, FRACALOSSO C, DE LUCENA MTL, MANTOVANI MB. Tratamento estético com diretas de resina composta–relato de caso. *Uningá Review*. 2015;24(3).
40. Araújo IDTD, Abrantes PS, Borges BCD, Assunção IVD. REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO. *REV CIÊNC PLURAL*. 5 de junho de 2019;5(1):89–101.
41. Quagliatto PS, Soares PV, Calixto LR. Restaurações estéticas diretas em dentes anteriores. *Estética odontológica soluções clínicas Nova Odessa: Editora Napoleão*. 2012;1–34.
42. Menani EC. Resina Composta: Alternativa atual na resolução de facetas diretas. 2014;
43. Fernandes YF, Gonçalves SS. CONFECTION OF DIRECT FACETS IN COMPOSITE RESIN IN FUNCTIONAL AESTHETIC RECOVERY AFTER ORTHODONTIC TREATMENT. 2021;3.

44. Araújo APF, de Souza JC, de Souza WP, Palhari FTL. REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE DENTE FRATURADO COM FACETA DIRETA DE RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO. *Revista Ciência e Saúde On-line*. 2022;7(3).
45. SILVA AS, DOS SANTOS ACC, SANDER HH, ALVES LFMDS. Reabilitação Estética em Facetas Diretas com Resina Composta: Relato de Caso.
46. LIMA MG da S. Reanatomização do sorriso com uso de resina composta: relato de caso. 2018;
47. D’Onofre PL, Câmara JVF, Paiva RVD, Pereira GDDS, Capillé CL. Faceta direta em resina composta como técnica restauradora minimamente invasiva para harmonização do sorriso. *RSD*. 27 de junho de 2020;9(8):e123985437.
48. de Jesus Bento M, Bento VAA, Castillo DB, Pereira FA. Impacto psicossocial na reabilitação estética anterior com resina composta direta: relato de caso. *Archives of health investigation*. 2021;10(2):209–14.
49. Spilier AC. REABILITAÇÃO DO SORRISO COM RESINA COMPOSTA DIRETA: RELATO DO CASO. 2022;
50. Bispo GS. Facetas diretas em resina composta na estética odontológica: vantagens e limitações. 2022;
51. de Sousa Lima RX, do Nascimento JJV, de Carvalho RD, de Melo Germek L, Assunção IV. FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA UTILIZANDO O FLUXO DIGITAL PARA PLANEJAMENTO: RELATO DE CASO. *Revista Ciência Plural*. 2023;9(1):1–14.
52. DIEGUES MA, MARQUES E, MIYAMOTTO PAR, PENTEADO MM. Cerâmica X Resina Composta: o que utilizar? *Revista Uningá*. 2017;51(1).