

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Fernanda da Silva Afonso

**RESINA COMPOSTA: DEVOLVENDO ESTÉTICA E FUNÇÃO EM UM CASO DE
BRUXISMO**

RECIFE

2023

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Fernanda da Silva Afonso

**RESINA COMPOSTA: DEVOLVENDO ESTÉTICA E FUNÇÃO EM UM CASO DE
BRUXISMO**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE / CPGO, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Dentística.

Área de Concentração: Dentística

Orientador: Prof. Etevaldo Laureano
Gonçalves Vasconcelos

RECIFE

2023

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado “**RESINA COMPOSTA: DEVOLVENDO ESTÉTICA E FUNÇÃO EM UM CASO DE BRUXISMO**”



Profa. Ms. Ana Luísa de Ataíde Mariz



Profa. Ms. Eloíza Leonardo de Melo



Prof. Esp. Lucas Araújo

RESINA COMPOSTA: DEVOLVENDO ESTÉTICA E FUNÇÃO EM UM CASO DE BRUXISMO

Fernanda da Silva Afonso
Etevaldo Laureano Gonçalves Vasconcelos

RESUMO

O bruxismo foi redefinido e agora possui duas definições separadas, bruxismo do sono e bruxismo de vigília. O bruxismo do sono é caracterizado por uma atividade muscular mastigatória durante o sono, podendo ser rítmica ou não rítmica. Enquanto o bruxismo acordado é uma atividade muscular mastigatória durante a vigília que é caracterizado por contato dentário repetitivo ou sustentado e/ou por apoio ou impulso da mandíbula. Como consequência do bruxismo, pode-se observar a hipertrofia dos músculos mastigatórios, frequentes falhas em restaurações, trincas e desgaste dentário. Com a evolução dos sistemas adesivos e das resinas compostas, o cirurgião dentista consegue prezar por uma odontologia minimamente invasiva, executando procedimentos com mínimo desgaste possível, preservando assim o substrato dental. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de bruxismo onde se utilizou a resina composta como material restaurador para devolver função e estética. Paciente A.H.M do gênero feminino, 36 anos, leucoderma, buscou atendimento odontológico na especialização em dentística no CPGO- Recife, com a queixa de dentes desgastados e insatisfação com o seu sorriso. Durante o exame clínico intrabucal pode se observar, desgaste acentuado na borda incisal de todos os dentes anteriores e também na face oclusal de pré-molares e molares. O uso da resina composta como material de reabilitação anterior, através do seu emprego na forma de facetas diretas, assim como, das overlays na região posterior, em um caso avançado de desgaste dentário, se mostrou uma técnica resolutiva e de baixo custo, onde foi possível devolver estética e função de forma conservadora, ao que se refere à preservação do tecido dentário.

Palavras-chaves: Desgaste Dentário, Resina Composta, Estética Dental.

1 INTRODUÇÃO

Com a valorização da estética pela sociedade, ocorreu um aumento de forma significativa na busca por procedimentos estéticos nos consultórios odontológicos, procedimentos estes, que tenha como resultado, um sorriso bonito e que mimetize a naturalidade. Entretanto, existem outros motivos que podem levar as pessoas ao consultório odontológico como a cárie, dentes desalinhados, ausência dentária e bruxismo (DIASPRO et al., 2018; MAGHAIED; ALZRAIKAT; TAHA, 2016).

O bruxismo foi redefinido e agora possui duas definições separadas, bruxismo do sono e bruxismo acordado. O bruxismo do sono é caracterizado por uma atividade muscular mastigatória durante o sono, podendo ser rítmica ou não rítmica. Enquanto o bruxismo acordado é uma atividade muscular mastigatória durante a vigília que é caracterizado por contato dentário repetitivo ou sustentado e/ou por apoio ou impulso da mandíbula (LOBBEZOO et al., 2018).

Como consequência do bruxismo do sono e bruxismo de vigília, pode-se observar a hipertrofia dos músculos mastigatórios, frequentes falhas em restaurações, trincas e desgaste dentário. A depender do grau desse desgaste, pode acabar impactando de forma negativa no sorriso, o que conseqüentemente, por muitas vezes, acaba interferindo na autoestima dos pacientes. Quando esse desgaste é excessivo, pode levar a alteração ou perda da dimensão vertical. Com isso, é necessário traçar um plano de tratamento para reabilitar o paciente, pensando na técnica e escolha do material apropriado que será utilizado (COSTA et al., 2017; LOBBEEO et al., 2018).

A resina composta vem sendo utilizada há mais de 50 anos, e com a evolução dos sistemas adesivos e das resinas compostas, o cirurgião dentista consegue exercer uma odontologia minimamente invasiva de forma eficiente, executando procedimentos com atenuação de desgastes quando estes forem necessários, preservando assim, o substrato dental, e garantindo função, estética e longevidade clínica. Diante disso, a resina composta é uma opção viável, de baixo custo e conservadora para se utilizar na reabilitação dentária dos pacientes com desgaste dentário (BLAZ et al., 2019; BAYNE et al., 2019; ROSA; PIVA; SILVA, 2015; DIAS et al., 2018).

A resina composta apresenta inúmeras vantagens, como por exemplo, possibilidade de sofrer reparos, técnica reversível, possibilidade de realizar o procedimento em única sessão e preservação da estrutura sadia (BERWANGER et

al., 2016; GAYAL; NIKHIL; SINGH, 2016; GRESNIGT et al., 2021; KABBACH, SAMPAIO, HIRATA, 2018). Também possuem características ópticas favoráveis, o que propicia com que seja feita a reprodução das características dos dentes, como a opacidade que está presente na dentina e a translucidez do esmalte, por isso é o material odontológico predominante (MEIFARTH et al., 2021).

A resina composta se caracteriza por ser um material versátil, que pode ser utilizado de forma direta e indireta. Na técnica indireta, a confecção da restauração propriamente dita é efetuada fora da cavidade oral, podendo ser produzida no laboratório ou no consultório, e posteriormente, a peça pode ser cimentada em boca pelo cirurgião dentista. Enquanto que na técnica direta, o material restaurador é aplicado e anatomizado diretamente na superfície do dente (AZEEM; SURESHBABU, 2018; ANGELETAKI et al., 2016).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso de bruxismo onde se utilizou a resina composta como material para devolver função e estética.

RELATO DE CASO

Exame clínico

Paciente A.H.M do gênero feminino, 36 anos, leucoderma, buscou atendimento odontológico na especialização em dentística no CPGO- Recife, com a seguinte queixa: “meus dentes são muito desgastados, não gosto do meu sorriso, queria que meus dentes fossem maiores”. Na anamnese, a paciente relatou insatisfação com seu sorriso, devido ao desgaste avançado e também incomodo ao mastigar alguns alimentos.

No primeiro atendimento, foram feitas as tomadas fotográficas, durante o exame clínico intrabucal, pode se observar restauração deficiente com exposição de pino metálico no elemento dentário 36, desgaste acentuado na borda incisal de todos os dentes anteriores e também na oclusal de pré-molares e molares de forma mais leve, (Figuras 01, 02 e 03) durante esse atendimento inicial também foi feita a solicitação de exames radiológicos.



Figura 01: Foto extrabucal



Figura 02. (A): Sorriso inicial (B) Imagem frontal do sorriso evidenciando desgaste dentário na arcada superior e inferior

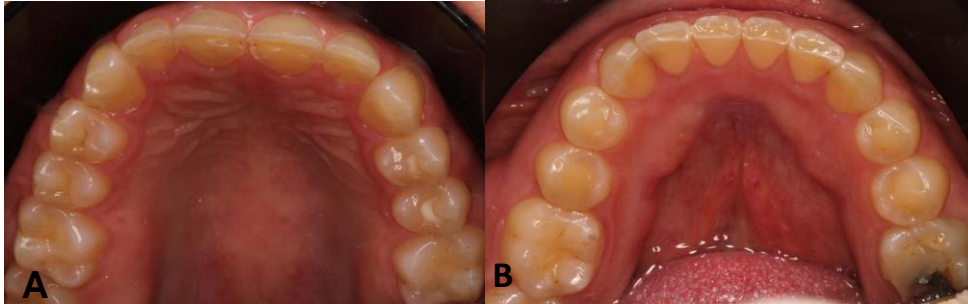


Figura 03. (A): Imagem intrabucal oclusal superior (B) Imagem intrabucal oclusal inferior.

Plano de tratamento

Após as tomadas fotográficas e exame clínico, se decidiu por um tratamento baseado numa intervenção minimamente invasiva e de baixo custo, foi então proposto a seguinte sequência de tratamento: (1) Remoção do pino metálico; (2) Montagem em articulador semi-ajustável (ASA); (3) Enceramento; (4) Mockup; (5) Overlays em resina composta para os dentes posteriores; (6) Facetas em resina composta para os dentes anteriores; (7) Ajuste oclusal; (8) Acabamento e polimento; (9) Confeccção da placa de bruxismo.

Na segunda consulta, foi removido o pino metálico do dente 36, a unidade dentária recebeu uma restauração em resina composta, e deu se início ao plano de tratamento proposto.

Moldagem

Para iniciar a montagem em (ASA), a paciente foi moldada com silicone de adição. A moldagem foi produzida pela técnica da dupla moldagem, realizada com silicone de adição (EMPRESS XT, 3M ESPE). As arcadas superiores e inferiores foram inicialmente moldadas com o componente denso do material de moldagem e, em seguida, a moldagem foi finalizada com da parte leve do sistema. O registro de mordida foi executado com a parte densa do silicone (ESPRESS XT, 3M ESPE). Após 1 hora os moldes foram vazados com gesso tipo IV (Herostone/Vigodent).

Montagem em Articulador Semi-Ajustável (ASA)

Para desprogramação neuromuscular da articulação temporomandibular foi utilizado o JIG e PUA. O JIG e PUA é um dispositivo que utilizamos para conduzir o paciente a relação cêntrica (RC), pois, é a posição ideal para se reabilitar, porque a RC é uma posição fisiológica da mandíbula, onde há conforto para a paciente, visto que, se trata de uma posição de relaxamento muscular, onde tudo está em harmonia.

Para confecção do JIG é preciso manipular a resina acrílica e aguardar a fase plástica, a mesma deve ser disposta sobre uma placa de vidro, onde deverá se feito uma especie de “disco” , ao final da polimerização, esse disco deverá ser levado em boca, especificamente, posicionado abaixo dos incisivos superiores, onde será traçado uma linha seguindo os dentes anteriores superiores, e que terá como resultado final, uma marcação em forma de arco, que vai orientar a inserção de uma nova porção de resina acrílica. Em seguida, esses dentes deverão ser vaselinados e envolvidos com isotape. Após isso, uma porção de resina acrílica na fase plástica é inserida na região que foi feita a marcação do arco, esse conjunto é levado em boca, e aguarda-se a polimerização final.

Na confecção da PUA, os incisivos inferiores precisam estar vaselinados e com isotape, a partir disso, é colocado sobre eles uma porção de resina acrílica na fase plástica, e durante essa inserção é preciso deixar um formato que lembre um “cone”, para que essa parte mais superior do cone toque no JIG quando a paciente iniciar os movimentos de lateralidade e protusão.

Após a desprogramação neuromuscular da articulação temporomandibular e obtenção dos modelos, iniciou-se a montagem em (ASA) com a utilização do arco facial, e as medidas foram transferidas para o articulador (FIGURA 04), afim de planejar os acréscimos com a resina composta de forma indireta. Após a montagem em articulador, o mesmo foi encaminhado ao laboratório para que então fosse confeccionado o enceramento diagnóstico (FIGURA 05). Como referência anatômica, foi solicitado que o laboratório seguisse a tabela de proporção dental e confeccionasse o enceramento de diagnóstico com reanatomização dos elementos dentários configurando uma oclusão mutuamente protegida.

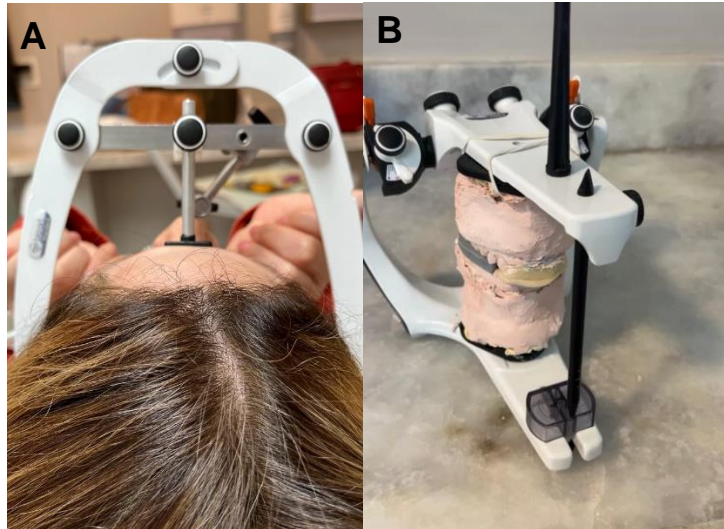


Figura 04. (A) Arco facial sendo montado na paciente (B) Modelos montados em articulador semi ajustável.

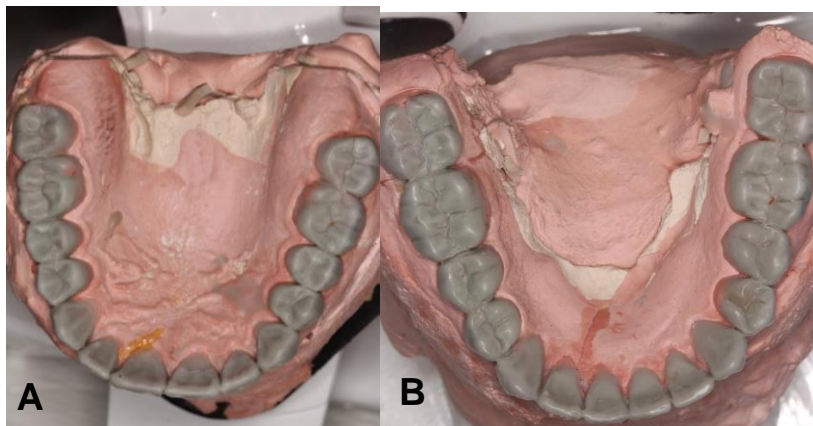


Figura 05. (A) Vista oclusal do enceramento superior (B) Vista oclusal do enceramento inferior

Mockup

Após a realização do enceramento, foi confeccionada uma guia com silicone de adição denso (ESPRESS XT, 3M ESPE), que é feito a partir da moldagem do enceramento diagnóstico para fazer o mock up. Essa guia é preenchida com resina bisacrílica (PRIMMA ART/ FGM) e levado a boca do paciente. Neste momento, avaliamos o enceramento através do mock up (FIGURA 06). Com o mock up em boca, a paciente foi orientada a fazer as guias de desocclusão, com isso, seguiu para a confecção das overlays em resina composta em laboratório.

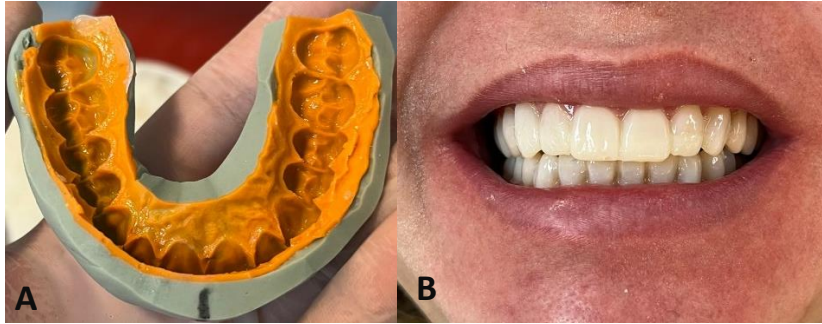


Figura 06. (A) Guia confeccionada de silicone denso (B) mock up finalizado

Cimentação das overlays

Para instalação das restaurações indiretas posteriores seguiu o seguinte protocolo: As peças foram provadas em conjunto e de forma unitária (FIGURA 07), após isso, começou o protocolo para cimentá-las. Inicialmente, foi feito o isolamento absoluto com arco de yang metálico, lençol de borracha e grampo W8A, as restaurações indiretas foram jateadas com oxido de alumínio (microjato-Standart-Bio Art), após o jateamento, foi feito o condicionamento com ácido fosfórico 37% por 30 segundos (CONDAC / FGM) (FIGURA 08) , lavagem pelo mesmo tempo de condicionamento e secagem com jato de ar. Seguido disso, foi aplicado o silano (ANGELUS), após secagem, foi feita a aplicação do adesivo (AMBAR UNIVERSAL /FGM) e foram removidos os excessos com jato de ar, mas sem fotoativar. As unidades dentárias também receberam condicionamento com o ácido fosfórico 37% (CONDAC/FGM) por 30 segundos (FIGURA 09), após a lavagem, as mesmas receberam jatos de ar para remoção do excesso de umidade, em seguida, foi feita a aplicação do agente adesivo (AMBAR UNIVERSAL/FGM), aguardou-se, 1 minuto, e foi feita a segunda aplicação, após 1 minuto, as unidades dentárias receberam leves jatos de ar para remover os excessos do produto, e só então foi fotopolimerizado. As overlays foram preenchidas com resina flow (GRANDIOSO / VOCO) e levadas sobre os substratos dentais, os excessos da resina eram removidos com o fio dental e pincel. Após isso, foram fotopolimerizadas com o fotopolimerizador (RADI CALL) por 40 segundos em cada face (FIGURA 10). Esse protocolo foi repetido, até que fossem cimentadas todas as overlays, concluindo essa etapa, se iniciou a reabilitação da região anterior.

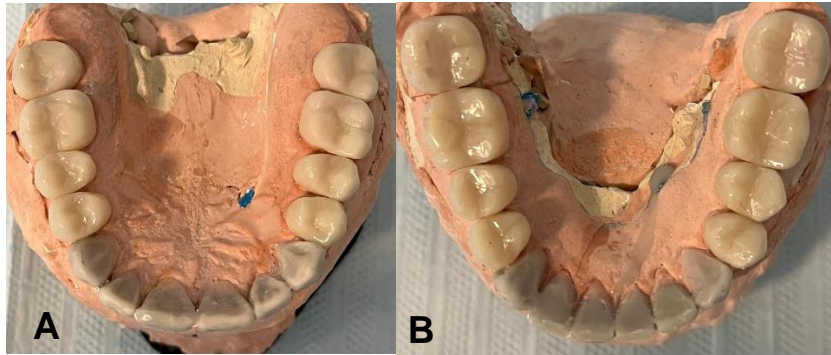


Figura 07. (A) overlays em resina composta correspondentes a arcada superior (B) overlays em resina composta correspondentes a arcada inferior

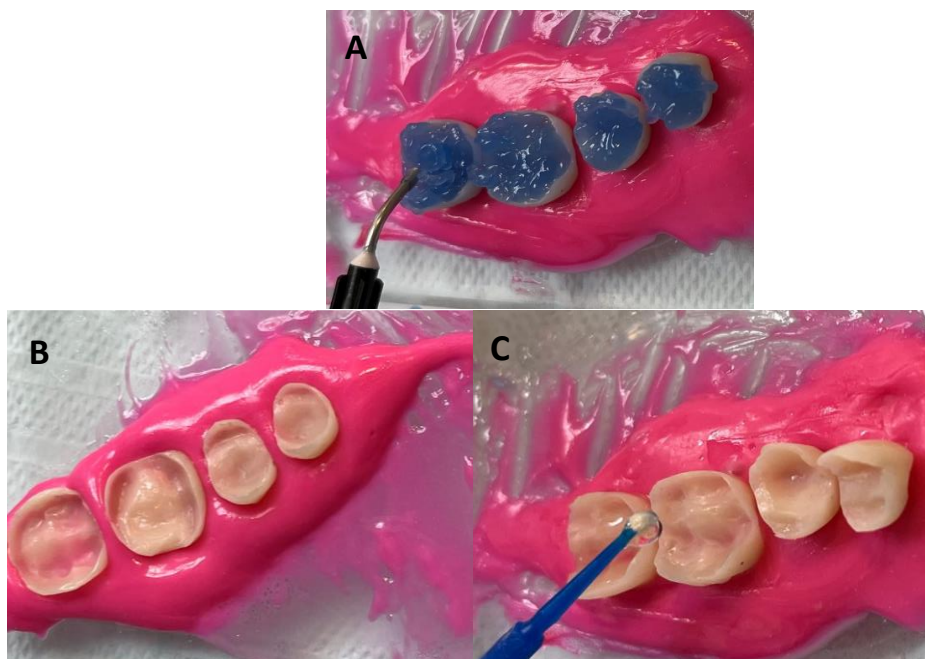


Figura 08. (A) Aplicação do ácido nas overlays (B) Aplicação do silano (C) Agente adesivo.

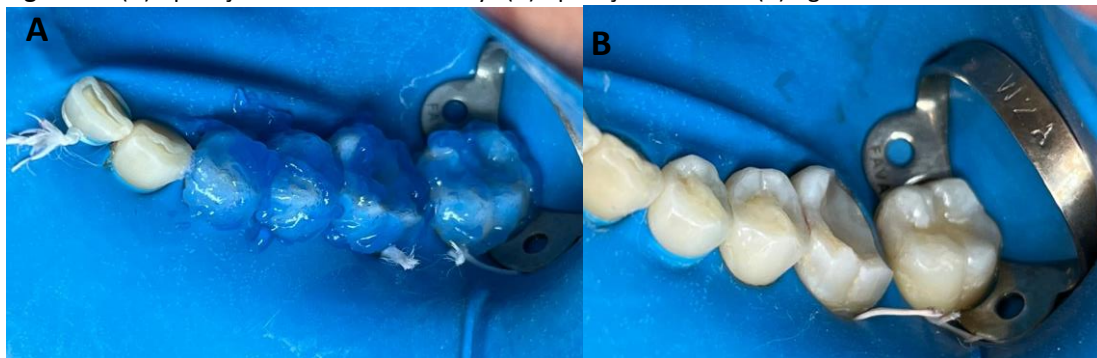


Figura 09. (A) Condicionamento ácido nos substratos dentais (B) aplicação do agente adesivo



Figura 10. (A) Overlays cimentadas

Confeção das facetas diretas em resina composta

Inicialmente, foi confeccionada uma guia palatina sobre o modelo já encerado, onde se utilizou a silicona de adição densa (ESPRESS XT, 3M ESPE). Logo após, foi feita a profilaxia dos dentes anteriores com pedra pomes e água, em seguida, iniciou a escolha da cor, sem o condicionamento ácido e sem adesivo. Foi colocado sobre a face vestibular, pequenos incrementos de resinas, e os mesmos fotopolimerizados, depois de alguns testes, decidiu-se, por: Para a concha palatina, resina Trans (Forma-Ultradent), dentina, resina D2 (Vittra), corpo, B1B (Forma-Ultradent) e para o esmalte (Estelite Omega-Tokuyama- cor BL2).

Após a seleção da resina, deu-se início a confecção das facetas diretas em resina composta (FIGURA 11). Inicialmente, foi feito o isolamento relativo, antes do condicionamento ácido das unidades dentárias 11 e 21, os dentes vizinhos foram protegidos com fita Isotape (TDV), em seguida, foi feito o condicionamento ácido por 30 segundos (AMBAR UNIVERSAL/FGM) na unidade 11 e 21, lavagem, e após a remoção de excesso de umidade, foi feita a aplicação do sistema adesivo, seguindo o mesmo protocolo já citado anteriormente (AMBAR UNIVERSAL/FGM) e fotopolimerizado (RADII- CAL). A resina trans foi colocada na guia palatina e levado em boca para confecção da face palatina dos dentes 11 e 21, em seguida, foi fotopolimerizado. Depois, foi inserida a camada de dentina, corpo, e por fim, uma fina camada de esmalte, a mesma sequência clínica foi repetida em todos os dentes anteriores.

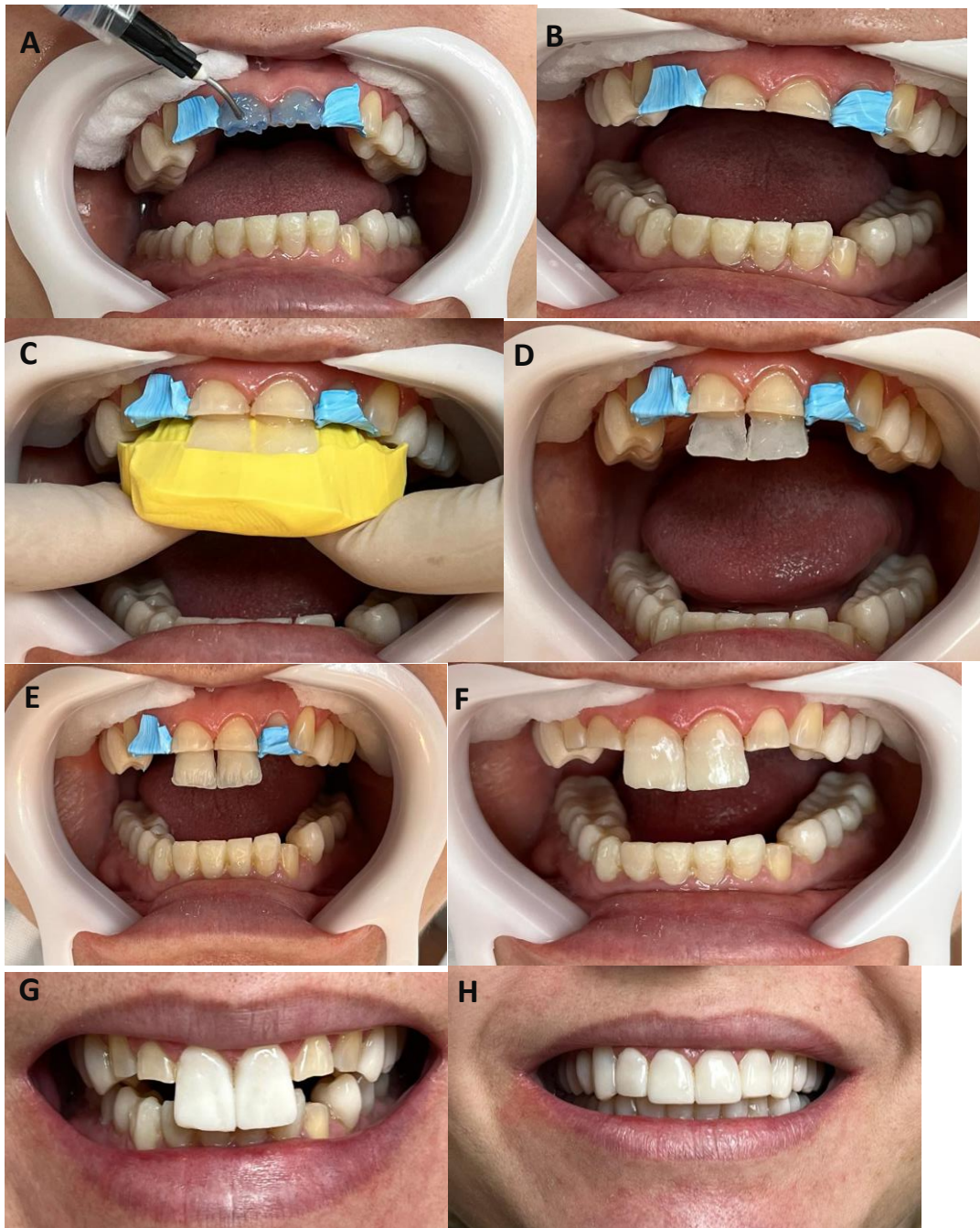


Figura 11. (A) Condicionamento ácido (B) Aplicação do agente adesivo (C) Guia de silicone para confecção da concha palatina (D) Concha palatina finalizada (E) inserção da resina de dentina (F) Inserção da resina de corpo) (G) inserção da resina de esmalte (H) Imagem frontal do sorriso.

A etapa de acabamento e polimento foi feita na seguinte sequência: Brocas carbide multilaminadas e discos de lixa (Sof-Lex Pop On-3M, série vermelha), polidores diamantados espirais, seguindo a sequência do mais abrasivo para menos abrasivo e discos de feltro com pasta de polimento (POLISH MINT/ ULTRADENT).

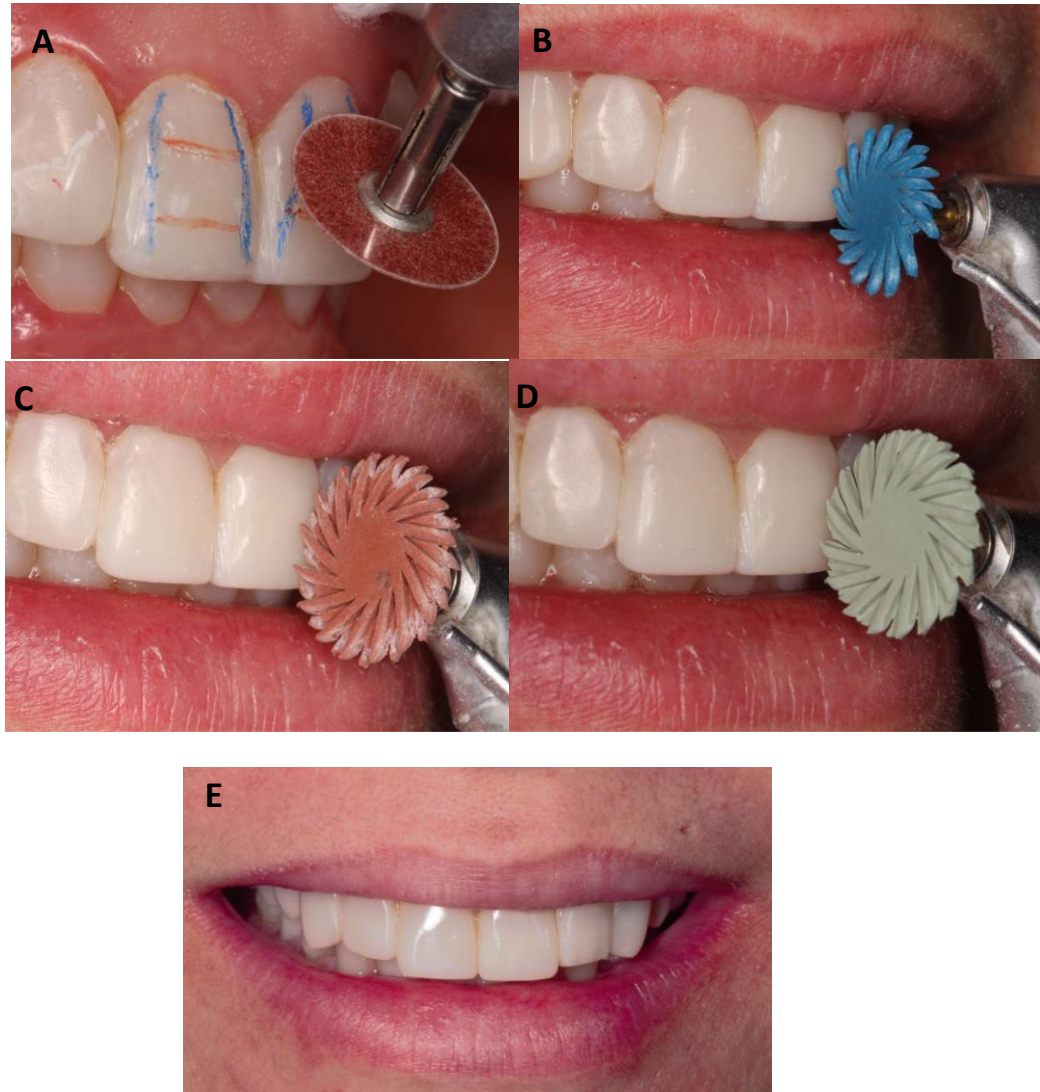


Figura 11. (A) Acabamento com disco soft-lex (B,C,D) Polimento com seqüência de borrachas espirais para acabamento seguindo a seqüência da mais abrasiva para menos abrasiva (E) Imagem final do sorriso.

3 DISCUSSÃO

A sociedade se encontra cada vez mais preocupada quando se trata da estética do seu sorriso. As pessoas buscam por procedimentos estéticos que sejam conservadores, rápidos, com custo reduzido, e que tenha como resultado final um sorriso harmônico e esteticamente agradável (JOINER, LUO,2017).

A paciente apresentava desgaste dental significativo, ocasionando comprometimento estético e funcional. Como queixa, a mesma relatava desconforto ao mastigar alguns alimentos, aparência envelhecida, não compatível com sua idade, e isso, conseqüentemente, afetava sua autoestima. Diante do exposto, decidiu-se, restabelecer função e estética, através de uma abordagem minimamente invasiva e de baixo custo. Foi então proposto a reabilitação oral a partir da confecção de facetas diretas em resina composta e overlays em resina composta.

A faceta direta em resina composta corresponde à um tratamento restaurador, em que camadas de resina são aplicadas na superfície do dente, afim de modificar a cor, formato e tamanho. Essa modalidade restauradora, tem se tornado um dos procedimentos estéticos mais buscados hoje em dia, pois se trata de uma técnica que promove uma reconfiguração do sorriso em um intervalo de tempo relativamente curto e de baixo custo quando comparada às facetas em cerâmica. Além desses aspectos, a preservação da estrutura natural do dente é um aspecto relevante da técnica. Para maioria dos casos, o preparo consiste em desgastes dentários minimamente invasivos, quando necessários. Outra característica desta técnica é a possibilidade da reprodução dos detalhes anatômicos da dentição natural através da estratificação e do comportamento óptico da resina composta aplicada. E, como mais uma vantagem, se necessário, essa restauração pode sofrer reparos de forma fácil e rápida, sem que tenha necessidade da remoção total da restauração.

As overlays se tratam de restaurações indiretas, ou seja, feitas fora da boca do paciente, e posteriormente cimentadas pelo cirurgião dentista. No presente caso, optou-se por trabalhar com a resina composta tanto nas facetas diretas, quanto nas overlays, devido todas as vantagens já citadas da resina composta, por isso, tem se tornado amplamente conhecida e utilizada. De acordo Miranda et al (2016), foram pelas infinitas vantagens da resina, que levou o mesmo, a escolher este material como meio para ser utilizado na reabilitação do seu caso (GRESNIGT et al 2021; MACHADO

et al 2016; MEYFARTH et al 2021; REIS et al 2018; SOUSA et al 2019; SOWMYA et al 2017).

A etapa da seleção de cor é um momento de extrema importância, e antes de iniciá-la, deve ser feita a profilaxia nas unidades dentárias. Após profilaxia, foi colocado sobre a superfície vestibular dos dentes, pequenos incrementos de resina e os mesmos foram polimerizados. Este processo também é citado por Cruz, Bezerra, Pereira (2021) em seu trabalho e, o mesmo também descreve sobre a importância da seleção de cor ser feita antes do condicionamento ácido e sistema adesivo.

Foram confeccionadas “barreiras”, palatina e lingual, com silicone de adição antes da execução da faceta, onde foram copiadas as informações anatômicas de interesse do enceramento diagnóstico, com o objetivo de orientar a confecção das faces palatina e linguais, assim como dos contornos incisais e proximais dos dentes anteriores. Braga e colaboradores (2016), relata que a barreira palatina reduz o tempo clínico, facilita a confecção da face palatina e também produz o ponto de contato (PEREIRA et al 2020).

O enceramento diagnóstico é essencial para guiarmos o planejamento dos casos, pois, é através dele que planejamos o tamanho e largura dos dentes para o novo sorriso, e é a partir do enceramento que é confeccionado o mock up (GARCIA et al 2018).

O mock Up se trata de elemento de diagnóstico, planejamento e comunicação que nos dá previsibilidade do tratamento, permitindo uma possível validação do planejamento antes da execução propriamente dita. Para sua confecção, inicialmente, é feita uma guia de silicone sobre o modelo previamente encerado, após a confecção da guia, a mesma é preenchida com resina bisacrílica e é levada a boca do paciente. Nesta etapa, o paciente pode observar se o sorriso está de acordo ao esperado ou se deseja mudar algo, no caso em questão, a paciente aprovou o projeto e então foi dado início ao tratamento proposto (GARCIA et al 2018). Sinhori, Stolf, Andrada (2016), demonstram através do seu caso clínico, o quão imprescindível é a etapa de mock up dentro do planejamento do tratamento, pois, é através dele que testamos o que programamos como resultado final daquele sorriso.

Para se ter êxito em qualquer tratamento, é necessário ter um planejamento bem feito, desde a montagem no articulador, enceramento e mock up para que seja reduzida qualquer possibilidade de falha.

No caso relatado, a paciente apresentava desgaste tanto nos dentes posteriores superiores, quanto posteriores inferiores, portanto, foi necessário fazer o aumento da superfície oclusal dos dentes posteriores de ambas arcadas. Inicialmente, foi feito o enceramento dos dentes anteriores, o que automaticamente gerou espaço oclusal para a confecção das overlays.

As overlays em resina composta foram a escolha de tratamento para reabilitar a região posterior, as mesmas podem ser construídas sobre os modelos de silicone ou gesso, como demonstra Ying e Chiang, (2018). Sendo a técnica em modelo de gesso, a escolhida para este caso. Através das overlays em resina composta, pode-se modificar a cor, forma e tamanho de maneira extremamente conservadora e com um custo bem menor quando comparado as overlays em cerâmica (ARAUJO et al 2019).

Entretanto, Moreira (2019), reabilitou um caso de desgaste dental através de coroas monolíticas de zircônia nos caninos e primeiros molares, e overlays em dissilicato de lítio nos pré-molares e segundo molares. Assim como Miranda et al (2017), que solucionou os desgastes oclusais através das *overlays* em cerâmica.

Corroborando com o presente relato, Lostaunau (2020), demonstrou em seu estudo, um caso com desgaste excessivo na face oclusal, e que o mesmo foi solucionado através de restaurações semi-diretas em resina, onde praticamente não se recebeu desgastes. O presente estudo, também reabilitou os dentes posteriores sem nenhum tipo de desgaste, quando se trata da cerâmica, o preparo é inegociável, tornando assim, um tratamento bem mais invasivo quando comparada a resina composta, e de custo mais elevado. Com os avanços da adesão, podemos trabalhar cada vez mais de forma minimamente invasiva, por isso, a resina vem ganhando cada vez mais destaque.

As overlays utilizadas no presente caso, tiveram sua superfície interna tratada através do jato de oxido de alumínio, com o intuito de aumentar a área de superfície para adesão, e conseqüentemente, melhorar a durabilidade das indiretas. A mesma técnica também é citada na literatura por Shibayma, Araujo, Barros (2017) e Ying, Chiang (2018).

O acabamento foi feito com brocas multilaminadas e discos de lixa soft-lex, os mesmos materiais também citados por Dias et al (2020) e Neto et al (2018). Ao fim dos procedimentos restauradores em resina composta, é necessário que as

restaurações estejam completamente polidas, pois essa lisura na superfície das mesmas, é importante para manter a cor e a qualidade das restaurações.

No presente caso, será confeccionada a placa miorrelaxante, visto que, se trata de um dispositivo que tem como função proteger as restaurações que foram feitas, e conseqüentemente, aumentar a durabilidade das mesmas.

Por fim, é de grande relevância orientar o paciente sobre a importância de utilizar a placa de bruxismo todos os dias, porém, é necessário ressaltar que, a placa de bruxismo sozinha não é capaz de manter o tratamento, então, nesses casos de bruxismo devemos ter uma abordagem multiprofissional. No caso abordado, a paciente foi orientada sobre a importância de a mesma buscar ajuda psicológica através da terapia, assim como a aplicação da toxina botulínica, pois se tratam de mecanismos que podem ajudar na manutenção do tratamento. É importante também que a mesma venha ter bons hábitos de higiene oral, assim como, orienta-la sobre a necessidade de retorno semestral ao consultório odontológico para manutenção do tratamento através de polimentos e profilaxias.

4 CONCLUSÃO

Diante do exposto, o uso da resina composta como meio de reabilitação anterior, através das facetas diretas, e posterior, das overlays, em um caso de desgaste dentário, se mostrou uma técnica resolutiva e de baixo custo, onde foi possível devolver função e estética de forma minimamente invasiva.

COMPOSITE RESIN: RETURNING AESTHETICS AND FUNCTION IN A CASE OF BRUXISM

Fernanda da Silva Afonso
Etevaldo Laureano Gonçalves Vasconcelos

ABSTRACT

Bruxism has been redefined and now has two separate definitions, sleep bruxism and awake bruxism. Sleep bruxism is characterized by masticatory muscle activity during sleep, can be rhythmic or non-rhythmic. Awake bruxism is a masticatory muscle activity during wakefulness that is characterised by repetitive or sustained tooth contact and/or by bracing or thrusting of the mandible and is not a movement disorder in otherwise healthy individuals. As a consequence of bruxism, hypertrophy of the masticatory muscles, frequent restoration failures, cracks and tooth wear can be observed. With the evolution of adhesive systems and composite resins, the dental surgeon is able to value minimally invasive dentistry, carrying out procedures with as little wear as possible, thus preserving the dental substrate. The objective of this work was to report a case of bruxism where composite resin was used as a means to restore function and aesthetics: Female patient A.H.M, 36 years old, Caucasian, sought dental care in the dentistry specialization at CPGO- Recife, with complaints of worn teeth and dissatisfaction with their smile. During the intraoral clinical examination, marked wear on the incisal edge of all anterior teeth and also on the occlusal edge of premolars and molars can be observed. The use of composite resin as a means of anterior rehabilitation, through direct veneers, and posterior, through overlays, in a case of

tooth wear, it proved to be a resolving and low-cost technique, where it was possible to restore aesthetics and function in a minimally invasive way.

Keywords: Tooth Wear, Composite resin, Dental Aesthetics.

REFERÊNCIAS

- ANGELETAKI, F *et al.* Direct versus indirect inlay/onlay composite restorations in posterior teeth. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, [s. l.], p. 1-30, 2016.
- ARAÚJO, I.D.T *et al.* REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO. *Revista Ciência Plural*, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 89-101, 2019.
- AZEEM, R.A; SURESHBABU, N.M. Clinical performance of direct versus indirect composite restorations in posterior teeth: A systematic review. *J Conserv Dent.*, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 2-9, jan-fev 2018.
- BAYNE, S.C *et al.* The Evolution of Dental Materials over the Past Century: Silver and Gold to Tooth Color and Beyond. *Journal of dental research*, [s. l.], v. 98, n. 3, 1 mar. 2019.
- BERWANGER, C *et al.* Fechamento de diastema com resina composta direta - relato de caso clínico. *REV ASSOC PAUL CIR DENT*, [s. l.], v. 70, n. 3, p. 317-322, 2016.
- BLATZ, M.B *et al.* Evolution of Aesthetic Dentistry. *Journal of Dental Research*, [s. l.], v. 98, n. 12, p. 1294-1304, 2019.
- BRAGA, A.T *et al.* ACOMPANHAMENTO DE RESTAURAÇÕES EM DIASTEMAS ANTERIORES COM RESINA COMPOSTA PELA TÉCNICA DA BARREIRA PALATINA: RELATO DE CASO. *Rev Odontol Bras Central*, [s. l.], v. 25, n. 74, p. 112-117, 2016.
- COSTA, A *et al.* Prevalência e fatores associados ao bruxismo em universitários: um estudo transversal piloto. *Rev. Bras. Odontol*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 120-125, abril/junho 2017.
- CRUZ, G.A.C; BEZERRA, R.B; PEREIRA, T.M.S. Esthetic harmonization of front upper teeth using composite resin: a clinical case report. *RGO, Rev Gaúch Odontol*, [s. l.], v. 69, p. 1-9, 2021.
- DIAS, A.G.A *et al.* Clinical performance of glass ionomer cement and composite resin in Class II restorations in primary teeth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, Araçatuba, p. 2-12, 2018.
- DIASPRO, A *et al.* Gummy Smile Treatment: Proposal for a Novel Corrective Technique and a Review of the Literature. *Aesthetic Surgery Journal*, [s. l.], v. 38, n. 12, p. 1330-1338, 2018.

- DIAS, P *et al.* Aesthetic restoration using composite resin in teeth with inactive carious lesions: a conservative and predictable approach. *RGO, Rev Gaúch Odontol.*, [s. l.], v. 68, p. 1-6, 2020.
- GARCIA, P.P *et al.* Digital smile design and mock-up technique for esthetic treatment planning with porcelain laminate veneers. *J Conserv Dent.*, [s. l.], v. 21, n. 4, jul/aug 2018.
- GRESNITH, M.M.M *et al.* Comparison of conventional ceramic laminate veneers, partial laminate veneers and direct composite resin restorations in fracture strength after aging. *Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials*, [s. l.], v. 114, p. 2-5, 2021.
- GOYAL, A; NIKHIL, V; SINGH, R. Diastema Closure in Anterior Teeth Using a Posterior Matrix. Hindawi Publishing Corporation, [s. l.], p. 2-6, 2016.
- JOINER, A; LUO, W. Tooth Colour and Whiteness: A review. *Journal of Dentistry*, [s. l.], p. 1-35, 13 set. 2017.
- KABBACH, W; SAMPAIO, C.S; HIRATA, R. Diastema closures: A novel technique to ensure dental proportion. *J Esthet Restor Dent*, [s. l.], v. 30, p. 275-280, 2018.
- LOBBEZOO, F *et al.* International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *J Oral Rehabil*, [s. l.], v. 45, n. 11, p. 2-13, novembro 2018.
- LOSTAUNAU, R.C.H. Tratamiento "Rehabilitador" Estético-Oclusal con Resinas Compuestas en una Paciente con Mordida Profunda y Desgaste Severo. *Int. J. Odontostomat*, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 73-80, 2020.
- LU, P.Y; CHIANG, Y.C. Restoring Large Defect of Posterior Tooth by Indirect Composite Technique: A Case Report. *Dent. J*, [s. l.], v. 6, n. 54, p. 2-7, 2018.
- MACHADO, A.C *et al.* Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico de traumatismo dento-alveolar. *Rev Odontol Bras Central*, [s. l.], v. 25, n. 74, p. 154-161, 2016.
- MAGHAIREH, G.A; TAHA, N.A; ALZRAIKAT, H. Satisfaction with Dental Appearance and Attitude toward improving Dental Esthetics among Patients attending a Dental Teaching Center. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 1-6, janeiro 2016.
- MEYFARTH, S *et al.* Aesthetic-functional reconstruction of dental fracture and its impact on the psychosocial aspect. *Int J Burn Trauma*, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 328-336, 2021.
- MIRANDA, J *et al.* Reabilitação estético funcional – conjugação de restaurações em resina direta, laminados ultrafinos e onlays cerâmicas. *PRÓTESENEWS*, [s. l.], v. 4, p. 72-82, march 2017.
- MIRANDA, R.R *et al.* Tratamento odontológico integrado com ênfase em estética: relato de caso. *Rev Odontol Bras Central*, [s. l.], v. 25, n. 74, p. 162-169, 2016.
- MODA, M.D *et al.* Comparison of different polishing methods on the surface roughness of microhybrid, microfill, and nanofill composite resins. *J Invest Clin Dent*, [s. l.], p. 1-9, 13 fev. 2017.
- MONTEIRO, R.V *et al.* TÉCNICA SEMIDIRETA: ABORDAGEM PRÁTICA E EFICAZ PARA RESTAURAÇÃO EM DENTES POSTERIORES. *Revista Ciência Plural*, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 12-21, 2017.

- MOREIRA, A *et al.* Aesthetic Rehabilitation of a Patient with Bruxism Using Ceramic Veneers and Overlays Combined with Four-Point Monolithic Zirconia Crowns for Occlusal Stabilization: A 4-Year Follow-Up. *Case Reports in Dentistry*, [s. l.], p. 2-7, 2019.
- NETO, C.L.M.M *et al.* Recuperando o guia incisal de um paciente com bruxismo - Relato de caso. *Rev Estomatol Herediana*, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 267-272, oct-dic 2018.
- PEREIRA, M.R *et al.* REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM RESINA COMPOSTA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO CLÍNICO. *Rev Odontol Bras Central*, [s. l.], v. 29, n. 88, p. 24-28, 2020.
- PFEIFER, C.S. Polymer-based direct filling materials. *Dent Clin North Am*, [s. l.], v. 61, n. 4, p. 2-23, october 2017.
- REIS, G.R *et al.* MOCK-UP: PREVISIBILIDADE E FACILITADOR DAS RESTAURAÇÕES ESTÉTICAS EM RESINA COMPOSTA. *Rev Odontol Bras Central*, [s. l.], v. 27, n. 81, p. 105-111, 2018.
- ROSA, W.L.O; PIVA, E; SILVA, A.F. Bond strength of universal adhesives: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry, Pelotas*, p. 1-31, 2015.
- SHIBAYAMA, R; ARAUJO, C.A.M; BARROS, K.V. RESTAURAÇÕES INDIRETAS INLAY-ON-LAY EM RESINA NANOCERÂMICA COM A TECNOLOGIA CAD/CAM: RELATO DE CASO. *Revista Odontológica de Araçatuba*, [s. l.], v. 38, n. 3, p. 15-20, setembro/dezembro 2017.
- SILVA, E.V.F *et al.* REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL EM PACIENTE COM DESGASTE DENTAL ACENTUADO: RELATO DE CASO CLÍNICO. *Revista Odontológica de Araçatuba*, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 21-27, janeiro/abril 2018.
- SINHORI, B; STOLF, S.C; ANDRADA, M.A.C. Reanatomização Estética de Caninos em Caso de Agenesia de Incisivos Laterais. *Clínica - International Journal of Brazilian Dentistry, Florianópolis*, v. 12, n. 1, p. 58-64, jan/mar 2016.
- SOUSA, S.M.L *et al.* HARMONIZAÇÃO DO SORRISO COM GENGIVOPLASTIA E RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO. *Revista Ciência Plural*, [s. l.], v. 5, n. 3, p. 143-152, 2019.
- SOWMYA, K *et al.* Esthetic Rehabilitation with Direct Composite Veneering: A Report of 2 Cases. *Case Reports in Dentistry*, [s. l.], p. 2-4, 2017.
- STEURER, R *et al.* Uso de placas oclusais como tratamento de alterações no sistema estomatognático. *Rev Salusvita, Bauru*, v. 37, n. 3, p. 715-729, 2018.
- VELO, M.M.A.C *et al.* Longevity of restorations in direct composite resin: literature review. *RGO, Rev Gaúch Odontol, Porto Alegre*, v. 64, n. 3, p. 320-326, julho/set 2016.