

Catarina Inês Mota Cardoso Moreira e Sá, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: **“Incisivos Laterais Conoides: Reabilitação Estética”**.

Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

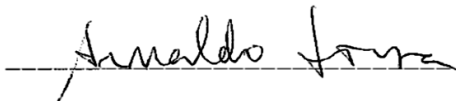
Orientador: Prof. Doutor Arnaldo Sousa

DECLARAÇÃO

Eu, **Arnaldo Barbosa Alves de Sousa**, com a categoria profissional de **Professor Auxiliar** do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado "**Incisivos Laterais Conoides: Reabilitação Estética**", do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Catarina Inês Mota Cardoso Moreira e Sá**, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 7 de Julho de 2017

O Orientador

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Arnaldo Alves", is written over a horizontal line.

Agradecimentos

Aos meus pais, por todo o incentivo, motivação e educação que me deram, por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos.

Ao meu irmão, por me apoiar em tudo, pelo carinho e amor incondicional.

Ao meu orientador, Professor Doutor Arnaldo Sousa, por toda a disponibilidade e ajuda na realização deste trabalho.

À minha binómia, Eugénie, pela amizade, paciência e pela companhia nos bons e maus momentos durante estes últimos dois anos.

Às minha amigas e colegas de curso, Marta, Rosana, Joana e Rafaela por me acompanharem nesta jornada e terem tornado estes 5 anos memoráveis.

À minha amiga Ana, por seres aquela pessoa que permanece sempre por perto, mesmo quando estamos mais distantes.

A todos os professores pelos seus ensinamentos e conhecimentos transmitidos, sem eles não era possível atingir o objetivo.

A todos, muito obrigada!

Resumo

Alterações na forma e tamanho dos dentes, como os dentes conoides, podem ter uma grande influência no comportamento psicológico de uma pessoa. Esta anomalia de desenvolvimento afeta principalmente os incisivos laterais superiores. Devido à crescente valorização da estética dentária, torna-se necessário o restabelecimento das características normais dos dentes portadores desta anomalia. Existem algumas técnicas adequadas para a reanatomização destes dentes tanto técnicas diretas como indiretas, sendo elas restaurações em compósito, facetas e coroas cerâmicas.

Palavras-chave: dentes conoides, incisivo lateral, reanatomização, anomalias dentárias, estética dentária

Abstract

Changes in the shape and size of teeth, such as conoid teeth, can have a major influence on a person's psychological behavior. This developmental abnormality mainly affects the upper lateral incisors. Due to the increasing valorization of the dental aesthetic, it is necessary to restore the normal characteristics of the teeth bearing this anomaly. There are some techniques suitable for the re-anatomization of these teeth, direct and indirect techniques, such as composite restorations, veneers and ceramic crowns.

Key-words: conoid teeth, lateral incisor, re-anatomization, dental anomalies, dental aesthetic

Índice Geral

Capítulo I

Introdução	1
Objetivo	2
Material e Métodos	2
Discussão	8
1. Etiologia e Prevalência	8
2. Morfologia do incisivo lateral superior	9
3. Tratamento	10
3.1. Enceramento de Diagnóstico	10
3.2. Restaurações diretas em compósito	11
3.3. Restaurações indiretas em compósito	13
3.4. Facetas cerâmicas	14
3.5. Coroas totais	15
Conclusão	16
Bibliografia	18

Capítulo II

1. Relatório dos estágios	22
1.1. Introdução	22
1.2. Estágio em Clínica Geral Dentária	22
1.3. Estágio Hospitalar	22
1.4. Estágio em Saúde Oral Comunitária	23
2. Conclusão	24

Capítulo I

Introdução

A crescente valorização da estética do sorriso incentiva a procura de alternativas de tratamento que melhorem ou modifiquem a aparência do sorriso. A beleza de um sorriso encontra-se na harmonia entre os dentes, lábios e gengiva, além de uma subtil combinação com os traços faciais de cada pessoa ⁽¹⁾.

Os dentes, especialmente os do setor anterior, podem ter uma grande influência na aparência da pessoa, possibilitando a liberdade de sorrir, favorecendo o convívio social e promovendo assim, saúde no seu aspeto geral ⁽¹⁾.

Deste modo, qualquer fator que interfere na estética do sorriso pode acarretar variações no comportamento psicológico de uma pessoa, desde uma leve timidez até uma introspeção total ⁽²⁾.

Entre os fatores que interferem com a estética do sorriso encontram-se as anomalias dentárias, que podem ser classificadas quanto ao número, tamanho, estrutura e forma ⁽³⁾.

Dentro das anomalias dentárias de tamanho temos a microdontia, que se caracteriza por dentes de tamanho inferior ao normal ⁽⁴⁾. Dentes conoides são uma anomalia dentária de tamanho, designada de microdontia isolada e apresentam-se como um dos problemas que afetam a harmonia do sorriso, sendo o incisivo lateral superior o mais afetado ^(1,3,5).

Dentes conoides apresentam uma largura méso-distal da região cervical maior do que na região incisal ⁽⁶⁾, têm uma forma cônica com a ponta aguçada ^(4,7-9) e a raiz geralmente de morfologia normal ⁽³⁾.

No tratamento dos incisivos laterais conoides há vários fatores a serem considerados que dependem das expectativas do paciente, bem como os conhecimentos do médico dentista ⁽¹⁰⁾.

O grau de motivação e compreensão dos pacientes, bem como o diagnóstico das estruturas faciais e dentárias, os hábitos de higiene do paciente e o seu nível socioeconómico são fatores importantes na seleção do plano de tratamento ⁽¹¹⁾.

As opções de tratamento conservador incluem uma restauração estética do dente conoide de modo a restabelecer a morfologia do incisivo lateral superior. Existem várias formas para o tratamento estético destes dentes seja de forma direta ou indireta tais como restaurações diretas com compósito, facetas e coroas cerâmicas ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

O tratamento com coroas e facetas de porcelana são alternativas em que a excelência estética e funcional está presente, contudo é uma técnica que exige preparo dentário, ou seja é invasiva, e tem um custo elevado ^(2,13).

O uso de resinas compostas diretas é um meio eficaz, viável e de baixo custo para reanatomizar o incisivo conoide ⁽¹³⁾. Estes materiais apresentam características tanto estéticas como mecânicas adequadas quando associadas a sistemas adesivos, permitindo assim que estas restaurações sejam realizadas com o mínimo ou sem qualquer desgaste da estrutura dentária sadia ⁽¹⁴⁾ e existindo também a possibilidade de reversibilidade do tratamento, acréscimo ou diminuição do material, se necessário ⁽³⁾.

Cabe ao médico dentista expor as alternativas de tratamento tal como as suas vantagens e desvantagens e juntamente com o paciente decidir a alternativa que mais se adapta ao mesmo ⁽¹³⁾.

Objetivo

Esta revisão tem como objetivo expor as diversas alternativas de tratamento estético dos incisivos laterais conoides abordando a etiologia desta anomalia e as vantagens e desvantagens de cada tipo de tratamento.

Material e Métodos

Foi realizada uma revisão narrativa a partir do levantamento bibliográfico de artigos científicos obtidos nas bases de dados Ebscohost, PubMed e nas plataformas Google académico e ResearchGate, escritos em português ou inglês. A pesquisa foi efetuada entre os meses de Outubro de 2016 a Maio de 2017. Durante a pesquisa foram utilizados os

seguintes critérios de inclusão e exclusão. Os resultados do levantamento de artigos da pesquisa efetuada estão descritos na tabela 1.

Critérios de inclusão:

- Artigos publicados entre os anos 2006 e 2017;
- Artigos escritos em Português e Inglês;
- Artigos com texto completo;
- Artigos nos quais estão descritos estudos e casos clínicos realizados pelos autores;
- Artigos que abordassem a etiologia da microdontia e dentes conoides;
- Artigos que abordassem a prevalência de dentes conoides;
- Artigos que abordassem técnicas de reanatomização dos dentes conoides.

Critérios de exclusão:

- Artigos que não permitiam *download*;
- Artigos anteriores a 2006;
- Artigos não gratuitos;
- Artigos que através do título/resumo, não demonstraram interesse para o tema abordado.

Base de Dados	Palavra-Chave	Nº de Resultados	Artigos selecionados
Ebscohost	"Dente conoide"	5	"Uso de resinas compostas no restabelecimento das características anatômicas de dentes laterais conoides" "Reanatomização estética multidisciplinar em dente lateral conoide"
Ebscohost	"Peg shaped lateral Incisors"	44	"Associação de técnicas: fechamento de diastema com resina composta e

			<p>laminado cerâmico em incisivo lateral conoide”</p> <p>“Relevância da característica óptica de translucidez na reanatomização de incisivo lateral conoide pela técnica de estratificação em resina composta”</p> <p>“AESTHETIC RESTORATION OF PEG-SHAPED MAXILLARY LATERAL INCISORS WITH PUTTY MATRIX TECHNIQUE”</p> <p>“Prevalence of peg-shaped maxillary permanent lateral incisors: A meta-analysis”</p> <p>“Interdisciplinary Approach in the Treatment of Peg Lateral Incisors”</p>
Ebscohost	“Incisivos laterais conoides”	4	“Substituição de coroas totais metalocerâmicas em incisivos laterais conoides vitais: relato de caso clínico”
Ebscohost	“Anterior conoid teeth”	2	“Esthetic rehabilitation of anterior conoid teeth: comprehensive approach for improved and predictable results.”

Pubmed	"Microdontia"	163	"The restorative management of microdontia" "Epidemiology and genetics of hypodontia and microdontia: A study of twin families"
Researchgate	"Microdontia"	100+	"Hypodontia , Microdontia and Tooth rotation : A rare clinical triad" "AESTHETIC CORRECTION OF A MICRODONTIC TOOTH USING DIRECT COMPOSITE RESIN" "Multidisciplinary approach in patient with upper lateral incisor microdontia. Case report"
Researchgate	"Incisivo lateral superior"	25+	"Incisivo Lateral Superior: Buscando a Naturalidade Morfológica"
Researchgate	"Peg shaped lateral incisor"	100+	"Interdisciplinary Approach in the Treatment of Peg Lateral Incisors Abstract" "Seven-year follow-up of esthetic alternative for the restoration of peg-shaped incisors: A case study of identical twins"
Researchgate	"Anterior conoid teeth"	11	"Esthetic Rehabilitation of the Smile with No-Prep"

			Porcelain Laminates and Partial Veneers”
Researchgate	“Anterior adhesive restorations”	100+	“Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers”
Researchgate	“Anterior esthetic problems”	100+	“Resolution of complex esthetic problems in abnormal anterior teeth: A clinical report”
Google Académico	“Etiologia dos dentes conóides”	480	<p>“Incisivos Laterais Conóides: Otimização Estética Através do Uso de Resina Composta Direta”</p> <p>“A Importância das Anomalias Dentárias de Desenvolvimento”</p> <p>“Otimização do Sorriso com Restaurações Diretas de Compósito Resinoso Nanoparticulado”</p> <p>“Anomalias dentárias associadas: o ortodontista decodificando a genética que rege os distúrbios de desenvolvimento dentário”</p> <p>“Reanatomização estética em paciente com hipodontia, dente conoide e permanência de elemento decíduo”</p>

<p>Google Acadêmico</p>	<p>"Dentes Conoides"</p>	<p>873</p>	<p>"Re-anatomization of conoid and deciduous lateral incisors with direct composite resin" "Recontorno cosmético em dentes anteriores superiores: relato de caso clínico" "Reanatomização de incisivos laterais conóides: relato de caso" "Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso" "Otimizando a estética por meio de reanatomizações em dentes conoides" "REABILITAÇÃO DE AGENESIAS DENTÁRIAS E DENTE CONÓIDE – RELATO DE UM CASO CLÍNICO"</p>
<p>Google Acadêmico</p>	<p>"Conoid teeth"</p>	<p>890</p>	<p>"Restauração de Dentes Conóides com Resina Indireta: Relato de Caso" "Porcelain laminate veneers: A minimally invasive esthetic procedure" "Restabelecimento estético e funcional de dentes anteriores com restaurações de cerâmica"</p>

			reforçada por dissilicato de lítio: relato de caso clínico” “Esthetic Treatment of Conoids Lateral Incisor Laminate veneers: A2-Year Follow-Up” “Porcelain Laminate Veneers: Making the right choices”
--	--	--	--

Tabela 1: Resultados da pesquisa bibliográfica

Discussão

Segundo a OMS, os dentes conoides são classificados como um distúrbio do desenvolvimento e da erupção dos dentes e subclassificados como anomalias do tamanho e forma dos dentes⁽¹⁵⁾.

1. Etiologia e Prevalência

O desenvolvimento dentário é um processo sequencial programado que envolve elementos ectodérmicos, mesodérmicos e de crista neural para definir a regulação da iniciação da odontogênese (região e número do dente), a morfogênese (tipo de dente, tamanho e forma, incluindo dimensões e número de cúspide) e a diferenciação (estrutura do dente - formação de esmalte e dentina e mineralização). Uma falha durante este processo pode levar a uma anomalia de tamanho e forma dos dentes, como por exemplo, os dentes conoides. Anomalias de tamanho e forma ocorrem na morfogênese durante a fase de campânula. Estes erros de desenvolvimento ocorrem devido a distúrbios genéticos⁽¹⁶⁾.

Esta anomalia advém, então, de uma herança genética⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, sendo um gene autossômico dominante^(3,18), está frequentemente associada a outras anomalias como caninos mal posicionados, hipodontia⁽³⁾, sendo geralmente encontrada em pacientes com desordens genéticas como a síndrome de Rieger e a displasia ectodérmica⁽⁴⁾. A redução do tamanho

dentário representa uma expressão parcial do mesmo defeito genético que define a agenesia, sendo por isso comum encontrar pacientes com agenesias dentárias associadas a dentes conoides ^(20,21).

A prevalência de dentes conoides, de um modo geral, é maior em pacientes que apresentam anomalias congênitas ⁽¹⁵⁾.

A sua prevalência é de aproximadamente 1,8% a nível mundial, superior em mulheres e na sua forma unilateral é mais prevalente no lado esquerdo, contudo relativamente ao aparecimento bilateral e unilateral, a sua prevalência é igual nas duas formas ^(12,15,22), tendo ainda maior prevalência na dentição permanente ⁽⁷⁾.

2. Morfologia do incisivo lateral superior

A morfologia normal do incisivo lateral superior é semelhante à do incisivo central superior, contudo com proporções menores. Numa vista vestibular, apresenta um contorno em forma de trapézio, cuja base cervical é menos larga que a base incisal. A largura méso-distal do incisivo lateral é em média de 7,07 mm a 7,38 mm sendo menor que o incisivo central superior e que o canino superior. O comprimento da coroa é em média de 9,34 mm a 9,55 mm sendo também inferior à do incisivo central superior. O contorno distal é convexo, quase não havendo ângulo incisal distal enquanto o contorno mesial é reto. A região vestibular mesial é mais volumosa que a distal, devido ao maior desenvolvimento da crista marginal mesial. Por palatino, as características marcantes são o cíngulo e as cristas marginais bem definidas ⁽⁶⁾.

Em relação à macromorfologia destes dentes, pode-se observar na superfície vestibular as cristas marginais que se estendem da cervical até próximo do bordo incisal e estas definem a forma do dente, além de delimitarem a área de reflexão plana responsável pela percepção do volume do dente. É ainda evidente na sua superfície vestibular dois lóbulos e um sulco de desenvolvimento, que se localiza mais para mesial ⁽⁶⁾.

Além disso, o conjunto dos dentes anteriores (incisivo central, incisivo lateral e canino) e contorno labial deve ser levado em consideração para obtenção de um sorriso agradável. Dentro das condições ideais, a margem gengival dos incisivos centrais deve apresentar-se ao mesmo nível, já os zênites dos incisivos laterais devem estar posicionados 0,5 mm mais

para incisal que nos incisivos centrais, e o contorno gengival dos caninos deve estar na mesma altura que o dos incisivos centrais. Deve ser observada, antes de tomar a iniciativa de realizar o procedimento de cirurgia periodontal, a altura do sorriso dos pacientes, e o quanto isso irá influenciar na estética do sorriso ⁽⁶⁾.

3. Tratamento

É cada vez mais comum os pacientes solicitarem procedimentos estéticos para obtenção de um sorriso agradável, pois este tem um impacto direto na sua vida social. Por esta razão, é extremamente importante que os médicos dentistas sejam capazes de restaurar não só a funcionalidade, mas também a estética dentária ⁽⁷⁾.

O melhor plano de tratamento é aquele que leva em consideração as diferentes realidades socioeconômicas dos pacientes em associação com materiais e técnicas dentárias disponíveis. A maioria dos materiais utilizados na medicina dentária estética têm custos elevados que são inevitavelmente transferidos para o paciente ⁽⁷⁾.

Para um resultado final satisfatório, além de ser necessária habilidade técnica, alguns elementos artísticos devem ser considerados para indicação e execução do tratamento ideal, pois todo dentista deve realizar um procedimento restaurador o mais próximo possível da dentição natural. Os procedimentos estéticos requerem observação, paciência e aplicação meticulosa das técnicas e protocolos existentes ⁽²⁾.

A reabilitação de dentes microdónticos, como os incisivos laterais conoides, pode ser obtido através de restaurações diretas e indiretas ⁽¹²⁾. A comunicação médico-paciente é fundamental durante a fase de planejamento para que o sucesso clínico seja alcançado ⁽³⁾.

3.1. Enceramento de Diagnóstico

Para restaurar e reconstruir dentes anteriores, uma técnica preconizada recentemente é o uso de enceramento de diagnóstico, associado ao uso de matriz ou barreira de silicone ⁽¹⁹⁾.

O enceramento de diagnóstico permite uma maior visibilidade e previsão do caso. Além disso, auxilia na confecção de guias em silicone para o ensaio restaurador e restauração final

⁽⁶⁾, possibilita a análise das proporções dentárias com melhor detalhe, o que aumenta a previsibilidade e a obtenção de sucesso na realização do tratamento ⁽¹⁸⁾.

Realizando o enceramento é possível verificar a necessidade ou não de desgastes da estrutura dentária para obtenção de uma correta anatomia, bem como a realização de ajustes mesiodistais para harmonização das proporções dentárias ⁽¹⁸⁾.

Por vezes, estes dentes apresentam uma proeminência na região cervical, tornado essa área demasiado convexa, o que dificulta a obtenção de uma anatomia condizente com os incisivos laterais superiores que possuem uma área plana na região vestibular, característica que torna necessária a realização de desgastes seletivos ⁽¹⁸⁾.

O uso de barreira de silicone obtida a partir da moldagem da arcada pode propiciar uma maior facilidade na realização de extensas reconstruções, no entanto envolve um maior número de sessões clínicas, devido à realização da moldagem das arcadas para finalização do tratamento restaurador ⁽¹⁹⁾.

Contudo, esta técnica apresenta as suas vantagens como o facto de não necessitar de software sofisticado ou imagem digital, haver um tempo mínimo de cadeira para ajuste do material e o paciente pode antecipar os resultados de antemão ^(23,24).

3.2. Restaurações diretas em compósito

O desenvolvimento de novas técnicas e materiais restauradores possibilitaram uma ampliação nas opções de tratamento que podem melhorar a aparência natural dos dentes, de maneira simples, rápida, econômica e conservadora ⁽¹⁴⁾.

As restaurações em compósito permitem devolver aos dentes conoides, que têm comprometimento estético, a harmonia da forma e função. Este tratamento tem como características, a conservação da estrutura dentária e menor tempo de tratamento ⁽³⁾, o compósito direto mostrou ser estético, não invasivo, bem tolerado pelo tecido pulpar, minimamente abrasivo aos dentes opostos e fácil de reparar e ajustar, no entanto, é propenso a manchar e a descolorar, a taxa de desgaste é acelerada em comparação ao metal e materiais de base cerâmica, mais propenso a fratura em bloco e a aplicação é desafiadora pois é necessário um controle ótimo de humidade ⁽¹²⁾.

Se o doente não fumar ou beber líquidos de cor escura que podem alterar a cor dos dentes, a reanatomização estética com resina composta pode ser a abordagem mais conservadora pois a estrutura do dente sadio não será desgastada, não exige sempre a administração de anestésico local, o procedimento pode ser realizado numa só consulta e o tratamento é relativamente barato ^(10,11).

Apesar da simplicidade, a técnica de restauração direta apresenta desafios por ser sensível e exigir do profissional habilidade para recompor a forma, assim necessita sempre de planeamento para que se torne possível alcançar as propriedades óticas desejadas, naturalidade e resultados totalmente satisfatórios. Entender e fazer uma correta análise das propriedades óticas da dentição natural, como cor e translucidez, e as diferenças entre a dentição natural e os materiais restauradores, é essencial para escolha da técnica e do material restaurador, visando um resultado estético favorável ⁽²⁵⁾. É importante também a aplicação da proporção áurea e a proporção estética para este tipo de restauração ⁽³⁾, além de conhecimento anatômico sobre a diferença entre os dentes masculinos e femininos, o tamanho (largura/comprimento) e o alinhamento dos dentes ⁽²⁶⁾. Outro desafio é manter a integridade periodontal ao determinar contatos proximais e contornos adequados, possibilitando sempre que o fio dentário deslize sem dificuldades, deve-se também, dar atenção especial à região cervical, não deixando excessos que permitam o acúmulo de placa ⁽²⁶⁾.

A guia de silicone faz com que a parede palatina reproduzida no modelo de gesso seja facilmente transferida ao elemento dentário ⁽¹³⁾, estabelece uma previsibilidade quanto ao tamanho e forma do dente, promove uma maior rapidez na confecção da restauração e possibilita a estratificação da restauração em camadas de compósitos com cores distintas para reproduzir o esmalte e a dentina ⁽¹⁾.

O acabamento e polimento também têm importância neste tipo de restaurações, pois além de aumentarem a longevidade da restauração, proporcionam um melhor resultado estético final. Porém, o fator principal para a longevidade da restauração a compósito é a técnica restauradora ⁽²⁵⁾.

O tratamento resulta em transformação imediata do sorriso, influenciando positivamente a saúde emocional e autoestima do paciente ⁽³⁾.

Facetas diretas em compósito podem fornecer estética adequada e estudos têm demonstrado que estas restaurações podem ser tão estéticas como as porcelanas ⁽¹²⁾.

Estas são uma excelente opção no tratamento de dentes conoides, pois resolvem de forma simples e efetiva as desarmonias de tamanho e forma nessas situações clínicas. A reversibilidade e a preservação da estrutura dentária são vantagens do tratamento restaurador direto ⁽²⁷⁾.

3.3. Restaurações indiretas em compósito

As resinas compostas indiretas foram introduzidas no mercado para minimizar as falhas que ocorriam com as resinas de uso direto. A obtenção de ponto de contato apropriado e a completa polimerização da resina nas áreas mais profundas do preparo são alguns dos desafios encontrados na confecção de restaurações diretas de resina composta. Além disso, a tensão gerada pela contração de polimerização pode romper a ligação adesiva entre dente e restauração, gerando problemas como ausência de selamento, infiltração marginal, sensibilidade pós-operatória e, conseqüentemente, cárie secundária ⁽⁸⁾.

As resinas indiretas são confeccionadas em ambiente laboratorial e, por isso, reduzem os efeitos da tensão gerada pela contração de polimerização, além de apresentar vantagens como melhora no grau de conversão, melhora das propriedades mecânicas e polimento. Estas ainda apresentam um excelente resultado estético, pois uma vez que são realizadas em laboratório, permitem maior inclusão de detalhes anatômicos e sofrem métodos adicionais de polimerização, como o calor, pressão, e presença de nitrogênio, influenciando o grau de conversão. Esta melhora na polimerização influencia diretamente propriedades da resina como a resistência ao desgaste, estética, estabilidade de cor, manutenção do brilho e polimento a longo prazo ⁽⁸⁾.

No entanto, têm como desvantagens a adaptação gengival inferior em comparação com o metal e a cerâmica, o preço em comparação com as restaurações diretas em compósito, e a linha de cimentação por vezes tem que ser mascarada com resinas diretas. Para pacientes com biótipo fino e sorriso gengival, estas restaurações podem ter um risco de falhar devido à recessão gengival ⁽¹²⁾.

As restaurações indiretas apresentam algumas vantagens em relação às cerâmicas, devido à facilidade de uso, a capacidade de adesão, resiliência e por não danificar o esmalte dos dentes antagonistas. Por outro lado, sofrem maior desgaste comparado com a cerâmica e o esmalte e apresentam menor longevidade que as restaurações cerâmicas ⁽²⁸⁾.

3.4. Facetas cerâmicas

As facetas permitem uma boa estética e são relativamente conservadoras do tecido dentário, em comparação com as coroas totais. O desgaste dentário é frequentemente necessário, que pode ser destrutivo de tecido dentário razoavelmente sadio, contudo, a preparação de dentes microdenticos pode não ser necessária ou geralmente é mínima - a preparação dos dentes deve ser minimizada para reduzir a perda de esmalte que é necessária para otimizar a retenção das restaurações estéticas ⁽¹²⁾. O enceramento de diagnóstico e o mock-up acrílico são dois passos essenciais para a preparação dos dentes conoides, pois permitem fazer uma preparação do dente mais conservadora ⁽²⁹⁾.

Facetas cerâmicas mimetizam as características naturais da dentição de melhor maneira que as facetas diretas de resina composta, possuem maior resistência ao desgaste quando comparadas às facetas diretas de resina composta, além de estabilidade de cor e brilho, sendo, portanto, uma excelente opção de tratamento para dentes com alteração de forma e tamanho, como nos incisivos laterais conoides. No que se refere à confecção das peças protéticas, as facetas indiretas possuem a vantagem de ser fabricadas de forma extrabucal, em que é possível uma melhor reprodução de detalhes anatômicos e estéticos ⁽²⁷⁾.

Estas facetas quando realizadas de acordo com as indicações e seguindo um preciso protocolo clínico, oferecem excelente longevidade e aparência ⁽³⁰⁾, sendo somente substituídas em casos de necessidade por algum dano ⁽²⁷⁾. Possuem excelentes propriedades óticas, boas propriedades físicas e durabilidade. A sua adesão é ótima quando o preparo está localizado completamente em esmalte e quando utilizado um adequado tratamento de superfície e agente de cimentação ⁽³¹⁾, o preparo dentário é uma das considerações mais importantes nesta técnica e uma adesão ao esmalte em vez da dentina providencia uma melhor e mais forte adesão da cerâmica à estrutura dentária ⁽³²⁾.

Quando não há necessidade de mascarar a cor do dente, uma redução mínima da estrutura do dente permite, através da translucidez da faceta, obter uma aparência natural. Além disso, uma preparação ultraconservadora preserva o esmalte disponível para a adesão, aumentando assim o prognóstico para o sucesso da ligação a longo prazo ⁽²⁹⁾.

O preparo minimamente invasivo na preparação para facetas de cerâmica é um tratamento altamente conservador, está indicado para pequenas correções do bordo incisal, fraturas dentárias, dentes conoides e diastemas, a sua preparação é supragengival, é um procedimento de curta duração, não necessita de restaurações provisórias e podem ocorrer fraturas durante a confecção das facetas devido à sua pouca espessura ⁽³³⁾.

As vantagens das restaurações cerâmicas adesivas incluem, boa estética, boa resistência à abrasão, menos suscetível à coloração (em comparação com o compósito) e um maior nível de tolerância gengival ^(12,30). As desvantagens incluem um material difícil de reparar e ajustar, é potencialmente abrasivo para os dentes antagonistas, caro ⁽¹²⁾, mais propenso a fraturas do que as resinas compósitas uma vez que a cerâmica é mais rígida e transmite um stress funcional superior à interface de adesão ⁽³⁴⁾, exigindo também um tempo de confecção superior comparado com as restaurações diretas em compósito ⁽³⁵⁾.

Para a confecção das facetas o procedimento clínico baseia-se numa impressão da arcada para realização de um modelo de estudo para o enceramento de diagnóstico e o mock-up. Depois de aprovado o mock-up pelo paciente é dada indicação ao laboratório para a confecção das facetas. Durante o fabrico das facetas, o médico dentista coloca uma restauração provisória no dente conoide ⁽³⁵⁾.

Facetas cerâmicas têm mostrado resultados satisfatórios no que diz respeito à estética e à resposta periodontal ⁽³⁴⁾.

3.5. Coroas totais

Durante muitos anos, a correção estética mais previsível e durável de dentes anteriores foi conseguida através da preparação de coroas totais, numa primeira fase coroas metalocerâmicas, posteriormente surgiram as coras totais cerâmicas, um material mais translucido, com melhores propriedades óticas ⁽¹⁵⁾.

Contudo, a alteração de forma por meio de coroas totais tem como desvantagens a remoção da estrutura dentária e o custo financeiro significativo ⁽²⁰⁾.

Os sistemas cerâmicos de escolha para zonas estéticas como os dentes anteriores são os materiais mais translúcidos como as cerâmicas injetáveis, devido à possibilidade de adesão à estrutura dentária, aliada às suas propriedades óticas e mecânicas ótimas ⁽¹⁵⁾.

Existem procedimentos que podem elevar a longevidade e estabilidade das restaurações indiretas tais como conservar e manter o esmalte dentário em torno de todo preparo, quando possível pois assim é improvável que infiltração ou descolamento da peça protética ocorra quando há manutenção do esmalte em todo seu término. E há estudos que demonstram que a adesão ao esmalte proporciona a melhor resistência de união ⁽¹⁵⁾.

Quando fixadas sobre esmalte dentário, as restaurações cerâmicas livres de metal proporcionam restaurações previsíveis no médio e longo prazo, sendo assim uma opção viável para casos como os incisivos laterais conoides ⁽¹⁵⁾.

Apesar das coroas de cerâmica apresentarem características positivas relativamente a propriedades óticas, biocompatibilidade e manutenção do polimento, possuem alto módulo de elasticidade e alto risco de fratura, sendo assim contraindicadas para pacientes muito jovens ⁽⁸⁾.

Conclusão

Os tratamentos conservadores são uma excelente alternativa de tratamento para os incisivos laterais conoides, contudo é importante ter conhecimento da anatomia do incisivo lateral superior para se conseguir recriar da melhor forma a natureza deste dente.

As restaurações em compósito são o tratamento com o custo mais baixo e mais conservador. Com o avanço das qualidades das resinas compostas estas cada vez mimetizam melhor as características dos dentes naturais. As facetas cerâmicas apresentam-se como a alternativa de tratamento mais dispendiosa, contudo são as que melhor mimetizam as características naturais da dentição, sendo que na atualidade já é possível fazer um mínimo desgaste. As coroas totais são a opção menos conservadora e apresentam um custo mais elevado que as restaurações em compósito.

Assim, o tipo de tratamento vai depender do paciente (nomeadamente das possibilidades socioeconómicas) e do conhecimento das técnicas do médico dentista.

Bibliografia

1. Holanda D, Simões DM, Khalili JB. Recontorno cosmético em dentes anteriores superiores : relato de caso clínico. Rev Dent Press Estét. 2006;3(1):49–58.
2. Franco J, Lemos H, Temoteo G, Bombonatti J, Martinelli AC, Rodrigues L, et al. | Reanatomização de incisivos laterais conóides : relato de caso. UFES Rev Odontol. 2008;10(2):64–8.
3. Tavares C, Cunha M, Martins L, Torres DS, Virgínia L, Chaves DF. Incisivos Laterais Conóides : Otimização Estética Através do Uso de Resina Composta Direta. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde. 2013;15(4):307–10.
4. Seabra M, Macho V, Pinto A, Soares D, Andrade C De. A Importância das Anomalias Dentárias de Desenvolvimento. Acta Pediátrica Port. 2008;39(5):195–200.
5. D’La Torre Ochoa C, Gurrola Martínez B, Casasa Araujo A. Multidisciplinary approach in patient with upper lateral incisor microdontia. Case report. Rev Mex Ortod. 2016;4(2):132–7.
6. Sinhori B, Rauber G, Bernardon J. Incisivo Lateral Superior : Buscando a Naturalidade Morfológica. Int J Brazilian Dent. 2016;12(3):252–9.
7. Santezi C, Bortolatto JF, Floros MC, de Andrade MF, Dovigo LN. Re-anatomization of conoid and deciduous lateral incisors with direct composite resin. World J Dent. 2016;7(1):41–6.
8. Costa P, Barros C De, Veloso S, Monteiro A, Monteiro DA. Restauração de Dentes Conóides com Resina Indireta : Relato de Caso. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde. 2012;14(4):257–61.
9. Pegoraro LF, Valle L, Pegoraro TA, Corotti KM V, Vidotti HA, Paulo S, et al. Resolution of complex esthetic problems in abnormal anterior teeth : A clinical report. J Prosthet Dent. 2014;112(2):94–8.
10. Kulshrestha R. Interdisciplinary Approach in the Treatment of Peg Lateral Incisors Abstract. J Orthod Endod. 2016;2:1–5.

11. Scarpelli AC, Paiva SM, Pordeus IA. Seven-year follow-up of esthetic alternative for the restoration of peg-shaped incisors: A case study of identical twins. *Gen Dent.* 2008;74–7.
12. Lavery DP, Thomas MBM. The restorative management of microdontia. *Br Dent J.* 2016;221(4):160–6.
13. Figueiredo RJA, Andrade AKM, Duarte RM, Silva F. Otimizando a estética por meio de reanatomizações em dentes conóides. *RGD.* 2008;56(3):333–6.
14. Campos PRB de, Amaral D, Silva MAC da, Barreto SC, Pereira GD da S, Prado M Do. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. *RFO, Passo Fundo.* 2015;20(2):227–31.
15. Setsuo A, Junior S, Higashi C. Substituição de coroas totais metalocerâmicas em incisivos laterais conóides vitais : relato de caso clínico. *Rev Dent Press Estét.* 2015;12(3):71–83.
16. Kaur P. Hypodontia , Microdontia and Tooth rotation : A rare clinical triad. *Int J Dent Rsearch.* 2016;4(2):57–61.
17. Jeong KH, Kim D, Song YM, Sung J, Kim YH. Epidemiology and genetics of hypodontia and microdontia: A study of twin families. *Angle Orthod.* 2015;85(6):980–5.
18. Lima AF, D’Arce MB, Humel MM, Marchi G. Uso de resinas compostas no restabelecimento das características anatômicas de dentes laterais conóides. *Rev Dent Press Estét.* 2011;8(4):116–23.
19. Azevedo N, Galvão G, Simone V, Nishi C, Grama M, Mitugui F. Otimização do Sorriso com Restaurações Diretas de Compósito Resinoso Nanoparticulado. *UNOPAR Cient C.* 2015;17(1):43–9.
20. BARROSO IVR, MEI RMS. REABILITAÇÃO DE AGENESIAS DENTÁRIAS E DENTE CONÓIDE– RELATO DE UM CASO CLÍNICO. *Interbio.* 2014;8(2):60–7.
21. Garib DG, Alencar BM, Ferreira FV, Ozawa TO. Anomalias dentárias associadas : o ortodontista decodificando a genética que rege os distúrbios de desenvolvimento dentário. *Dent Press J Orthod.* 2010;15(2):138–57.

22. Hua F, He H, Ngan P, Bouzid W. Prevalence of peg-shaped maxillary permanent lateral incisors: A meta-analysis. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 2013;144(1):97–109.
23. Mittal N, Malik R. Aesthetic Restoration of Peg-Shape maxillary Lateral Incisors with Putty Matrix Technique. *Guident.* 2015;22–5.
24. Kiran S. AESTHETIC CORRECTION OF A MICRODONTIC TOOTH USING DIRECT COMPOSITE RESIN TECHNIQUE. *Eur J Dent Ther Res.* 2015;4(2):274–6.
25. Pedrazzi H, Yoshie C, Takeuchi G. Relevância da característica óptica de translucidez na reanatomização de incisivo lateral conoide pela técnica de estratificação em resina composta. *Rev Dent Press Estét.* 2014;11(1):82–91.
26. Coelho LG, Machado WC, Soares M, Melo K. Reanatomização estética em paciente com hipodontia , dente conoide e permanência de elemento decíduo. *RPG Rev Pós Gr.* 2010;17(4):204–8.
27. Progiante PS, Oliveira C De, Lolli LF. Reanatomização estética multidisciplinar em dente lateral conoide. *Rev Dent Press Estét.* 2013;10(4):50–7.
28. Barreto B, Gaglianone L, Stape T, Martins L, Soares C. Restabelecimento estético e funcional de dentes anteriores com restaurações de cerâmica reforçada por dissilicato de lítio : relato de caso clínico. *Rev Dent Press Estét.* 2012;9(1):86–94.
29. Pena CE, Viotti RG, Dias WR, Santucci E, Rodrigues J a, Reis AF. Esthetic rehabilitation of anterior conoid teeth: comprehensive approach for improved and predictable results. *Eur J Esthet Dent.* 2009;4(3):210–24.
30. 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. *Hindawi Publ Corp.* 2015;
31. Ayres APA, Pacheco RR, André CB, Giannini M. Associação de técnicas : fechamento de diastema com resina composta e laminado cerâmico em incisivo lateral conoide. *Rev Dent Press Est.* 2014;11(3):60–70.
32. Shenoy A, Babannavar R. Porcelain Laminate Veneers: Making the right choices. *JCAESOK.* 2012;2(1):6–13.

33. Decurcio RDA, Cardoso P de C. Porcelain laminate veneers : A minimally invasive esthetic procedure. *Stomatos*. 2011;17(33):12–9.
34. Mangani F, Cerutti A. Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers. *Eur J Esthet Dent*. 2007;2(2):28–50.
35. Martini A, de Souza F, Mazza L, da Cunha Melo R, Araújo N, Rocha E. Esthetic Treatment of Conoids Lateral Incisor Laminate veneers: A2-Year Follow-Up. *Int J dent Oral Heal*. 2016;22(4):1–4.

Capítulo II

1. Relatório dos estágios

1.1. Introdução

O estágio de Medicina Dentária é um período de aprendizagem supervisionado e aprimoramento dos conhecimentos adquiridos nos anos anteriores, que prepara os alunos para o exercício da profissão. É constituído por três componentes: Estágio em Clínica Geral Dentária (ESGD), Estágio Hospitalar (ECH) e Estágio em Saúde Oral Comunitária (ESOC).

1.2. Estágio em Clínica Geral Dentária

O estágio em clínica geral dentária decorreu na Unidade Clínica Nova Saúde – Gandra num período de 5 horas semanais, às quintas-feiras das 19h até 24h, durante o ano letivo, tendo início no dia 15 de Setembro de 2016 e término no dia 8 de Junho de 2017. Foi supervisionado pela Professora Doutora Filomena Salazar e pela Professora Doutora Cristina Coelho. Os atos clínicos efetuados durante este período estão na tabela 2.

Estágio em Clínica Geral Dentária	
Triagem	3
Consultas Simples	0
Destartarizações	1
Exodontias	0
Restaurações	12
Endodontias	3
Outros	2

Tabela 2: Atos clínicos do Estágio em Clínica Geral Dentária

1.3. Estágio Hospitalar

O estágio Hospitalar foi realizado no serviço de Medicina Dentária do Centro Hospital de Tâmega e Sousa, Unidade hospitalar Padre Américo em Penafiel, num período de 3,5h horas semanais, às terças-feiras das 9h até 12h30, durante o ano letivo, tendo início no dia 13 de

Setembro de 2016 e término no dia 13 de Junho de 2017. Foi supervisionado pelo Mestre Rui Bezerra. Os atos clínicos efetuados durante este período estão na tabela 3.

Estágio Hospitalar	
Triagem	2
Consultas Simples	11
Destartarizações	9
Exodontias	39
Restaurações	75
Endodontias	9
Outros	7

Tabela 3: Atos clínicos no Estágio Hospitalar.

1.4. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O estágio em Saúde Oral Comunitária foi realizado nas instalações do instituto assim como escolas sediadas no concelho de Valongo e Paredes. Decorreu num período de 3,5 horas semanais, às quintas-feiras das 9h até 12h30, durante o ano letivo, tendo início no dia 15 de Setembro de 2016 e término no dia 8 de Junho de 2017. O estágio foi supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante.

A primeira parte, no IUCS, consistiu na elaboração dos trabalhos para promoção de saúde oral para grávidas, idosos, adolescentes, pacientes com HIV e crianças 0-5 anos, 6-7 anos e 8-9 anos. Foram elaborados PowerPoint e panfletos com informação essencial para uma boa saúde oral para as grávidas, idosos, adolescentes e pacientes com HIV. Para as crianças foram realizados um vídeo sobre o efeito da cárie nos dentes, um jogo de perguntas, várias atividades didáticas para pintar e resolver e um boneco para aprendizagem da escovagem correta.

Na segunda parte do estágio foram realizadas visitas às escolas onde se apresentaram as atividades didáticas planeadas para as crianças na primeira parte do estágio. Para além disso, foram recolhidos dados do índice de CPO. A promoção da saúde oral e o levantamento de dados foram realizados nas seguintes escolas:

- EB Mirante dos Sonhos, no dia 2 de Fevereiro verificou-se as condições, nos dias que se seguem realizaram-se as atividades de promoção de saúde oral e levantamento de dados, 9 de Fevereiro (JI 48 alunos), 16 de Fevereiro (1ºG 24 alunos), 23 de Fevereiro (1ºH 26 alunos), 2 de Março (2ºG 22 alunos), 9 de Março (2ºH 26 alunos), 16 de Março (3ºG 26 alunos), 27 de Abril (3ºH 26 alunos), 4 de Maio (4ºI 26 alunos) e 18 de Maio (4ºJ 26 alunos).
- EB Costa no dia 23 de Março (2ºC 24 alunos) realizaram-se as atividades de promoção de saúde oral e levantamento de dados.
- Jardim de Infância de São Marcos no dia 20 de Abril (100 alunos) realizaram-se as atividades de promoção de saúde oral e levantamento de dados.
- EB Vilela no dia 25 de Maio verificou-se as condições para a realização das atividades para promoção de saúde oral e levantamento de dados na escola.
- EB Baltar no dia 8 de Junho (298 alunos) realizaram-se as atividades de promoção de saúde oral e levantamento de dados.

Durante o período do estágio fomos convidadas a dar uma palestra para os pais dos alunos da pré-escola da EB Mirante dos Sonhos sobre a Saúde Oral e a Alimentação no dia 21 de Março às 17h.

2. Conclusão

A realização destes estágios, durante o ano letivo, permitiu a consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso e obter prática clínica para a vida profissional. Durante os estágios, somos desafiados a aprender a lidar com diferentes pessoas e situações clínicas, possibilitando assim o nosso crescimento pessoal e profissional.