

JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1



**TRATAMENTO DE DENTE CONÓIDE COM
RESINA COMPOSTA ASSOCIADO À MATRIZ DE
ACETATO - RELATO DE CASO**

**TREATMENT OF CONOID TOOTH WITH
COMPOUND RESIN ASSOCIATED WITH
ACETATE MATRIX - CASE REPORT**

Leandro Firmino Gonçalves da SILVA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: dr.leandro.silva@faculdadefacit.edu.br

Rosângela de Oliveira FAGUNDES
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: dra.rosangela.fagundes@faculdadefacit.edu.br

Karen Hannah Dantas de SOUSA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: karenhanah@hotmail.com



RESUMO

Introdução: A não harmonização do sorriso determina alterações comportamentais. Dentre estes comportamentos podemos citar baixa estima e mudanças de personalidade. Dentre os fatores que interferem na estética do sorriso, as anomalias de desenvolvimento da coroa dentária (forma, tamanho, cor ou posição). A evolução no que se refere a Odontologia evolui significativamente em relação às técnicas conservadoras e materiais duráveis. De acordo com os estudos realizados, no caso de dentes com alteração de forma, existem muitas alternativas que podem ser indicadas para tratamento dentário destes pacientes. Neste sentido, podemos citar: desgaste para confecção de coroas totais e/ou facetas de porcelanas, restaurações diretas ou indiretas de resinas compostas. Em relação a reanatomização, as resinas compostas apresentam vantagens voltadas para dentes conóides, pois as resinas compostas possuem às suas propriedades mecânicas. **Objetivo:** Objetivou-se neste trabalho apresentar uma alternativa de tratamento utilizando resina composta associada a matriz de acetato, sem que haja a realização de preparo coronário do incisivo central superior conóide. **Método:** As informações obtidas para o auxílio na composição do trabalho foi através de uma revisão de literatura, e relato de um caso clínico de reanatomização de dente conóide associado a matriz de acetato. **Resultado:** Os resultados foram considerados esteticamente e funcionalmente satisfatórios, com total aceitação do paciente e sua família. **Conclusão:** Através desse caso conclui-se que a reanatomização de dente conóide associado à matriz de acetato possui resultados significativos e relevantes tanto esteticamente quanto psicologicamente para o paciente.

Palavras-chave: Dente Conóide. Matriz de acetato. Estética e Resina Composta.

ABSTRACT

Introduction: The non-harmonization of the smile determines behavioral changes. Among these behaviors we can mention low esteem and personality changes. Among the factors that interfere in the aesthetics of the smile, the developmental anomalies of the dental crown (shape, size, color or position). The evolution with regard to Dentistry evolves significantly in relation to conservative techniques and durable materials. According to the studies carried out, in the case of teeth with change in shape, there are many alternatives

Leandro Firmino Gonçalves da SILVA; Rosângela de Oliveira FAGUNDES; Karen Hannah Dantas de SOUSA. Tratamento de Dente Conóide com Resina Composta Associado à Matriz de Acetato – Relato De Caso. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br. 2021. Outubro-Novembro. Ed. 31. V. 2. Págs.779-793.

that can be indicated for dental treatment of these patients. In this sense, we can mention: wear for making total crowns and/or porcelain veneers, direct or indirect restorations of composite resins. In relation to reanatomization, composite resins have advantages aimed at conoid teeth, as composite resins have their own mechanical properties. **Objective:** The aim of this study was to present an alternative treatment using composite resin associated with an acetate matrix, without the need for coronary preparation of the conoid maxillary central incisor. **Method:** The information obtained to aid in the composition of the work was through a literature review, and a report of a clinical case of conoid tooth reanatomization associated with acetate matrix. **Result:** The results were considered aesthetically and functionally satisfactory, with full acceptance by the patient and his family. **Conclusion:** Through this case, it is concluded that the reanatomization of conoid tooth associated with acetate matrix has significant and relevant results both aesthetically and psychologically for the patient.

Keywords: Conoid Tooth; Acetate Matrix; Aesthetics and Composite Resin.

INTRODUÇÃO

É ótimo celebrar o sucesso, mas, mais importante ainda é assimilar as lições trazidas pelos erros que cometemos.

Bill Gates

A erupção dentária é um processo longo que relaciona o crescimento e o desenvolvimento do resto das estruturas cranio faciais, ela também é definida como o desenvolvimento de um órgão dentário desde o desenvolvimento no processo alveolar. Tradicionalmente, na hora da erupção, é a hora que o dente se rompe a mucosa oral, ou seja, a erupção dentária¹.

A vista disso, atenção a criança é excepcionalmente necessária, pois a cavidade oral na infância é caracterizada por vários fenômenos que estabelecem respostas fisiológicas ou contrário, alterações de desenvolvimento e também patogenias². As ações educativas e preventivas neste período, influenciarão positivamente a norma de saúde do indivíduo por toda a vida³. Por este motivo, o sorriso representa uma parte de extrema relevância para o individuo e para a estética facial, e toda alteração nela seja no tamanho, forma, oclusão e posição dentária pode influenciar negativamente psicologicamente e nas relações sociais

Leandro Firmino Gonçalves da SILVA; Rosângela de Oliveira FAGUNDES; Karen Hannah Dantas de SOUSA. Tratamento de Dente Conóide com Resina Composta Associado à Matriz de Acetato – Relato De Caso. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br. 2021. Outubro-Novembro. Ed. 31. V. 2. Págs.779-793.

do indivíduo⁴.

É de fundamental importância que seja mantida a integridade dos dentes e das arcadas para a manutenção da oclusão, estética, fonética e do bem estar psicoemocional dos pacientes⁵. É importante enfatizarmos que cada uma dessas funções podem ser afetadas pela existência de alterações nos dentes anteriores, como as causadas pelas malformações dentárias⁶. E uma das anomalias que podem acometer e provocar alterações no sorriso da criança, é o Dente Conóide, que é uma anomalia caracterizada por alterações no tamanho natural do dente do indivíduo, e são considerados na dentição normal, uma microdontia isolada que tem como característica principal um tamanho menor do que o tamanho normal e conjuntamente com a superfície incisal afilada⁷.

Os dentes conóides possuem em sua estrutura uma significativa diminuição de massa dentária, principalmente no que se refere ao sentido mesiodistal. Este fator permite que estejam entre os principais responsáveis pela presença de diastemas na região anterossuperior. Além disso, na tentativa de preencher o espaço interdental⁸ os incisivos laterais conóides podem apresentar angulações méso-distais ou vestibulo-linguais e giroversões.

Os incisivos conóides acometem cerca de 8,04% da população⁸, ocorrendo em ambos os lados da arcada dentária. Ordinariamente são unilaterais⁹, com a maior predileção no sexo feminino¹⁰ e maior incidência na dentição permanente¹¹. Essa anomalia é resultante de uma herança autossômica dominante^{9,12} que desencadeia a mineralização apenas do lóbulo médio dos incisivos laterais^{9,13}. Existem várias opções de tratamento para incisivos centrais com microdontia, desde as mais invasivas que correspondem a extração, por exemplo, à extração dos dentes conóides e colocação de implante ou de uma prótese fixa, as menos invasivas, como as restaurações com resina composta diretas e indiretas¹³.

As restaurações indiretas necessitam de uma frequência maior de consultas com o paciente, associado a participação de um profissional técnico em prótese dentária, o que faz com que seu custo seja mais elevado. É uma técnica mais invasiva e irreversível. Já a restauração direta, de certa forma é mais simples que a técnica indireta, por proporcionar uma técnica mais conservadora, por exemplo, por ser reversível, não necessita de desgastar o elemento dentário, e se o paciente precisar de algum ajuste ou correção, pode ser realizada sem muitos custos adicionais¹³.

Segundo Azevedo et al.¹⁴ (2015), o avanço na composição das resinas compostas e o desenvolvimento de técnicas, possibilitaram ao cirurgião dentista trabalhar com resinas

compostas mais resistentes, mais estéticas e mais duradouras. Através da técnica adesiva com resina composta é possível alcançar um ótimo resultado no tratamento de dentes conóides de forma segura, rápida e principalmente reversível.

Os dentes supranumerários são considerados anomalia congênita de desenvolvimento do número de dentes¹⁵ e excedentes quando comparados à dentição normal da população^{16,17}. De acordo com Ramsaran e colaboradores¹⁸ (2005), os dentes supranumerários podem ser classificados relação à sua forma em: cônicos, tuberculares, suplementares e odontomas.

Quando os dentes são projetados em direção ao lábio, não tendo erupcionado na posição corretageram apinhamentos, ocupam o lugar destinado a um dente normal e não possuem estética agradável^{19,20}, apresentam complicações tais como impactação, erupção tardia ou ectópica dos incisivos permanentes, causadas pela presença do supranumerário, além disso, contribuem, na linha média, para o desenvolvimento de diastema, resultando no mal desenvolvimento da oclusão^{21,22,23}.

A partir do diagnóstico da presença de dentes supranumerários, o tratamento propõe uma avaliação individualizada do caso. Na opinião de Rocha, Columbano Neto e Souza (2002)²⁴, e de Stuari e colaboradores²⁵ (1998/1999), deve-se optar por uma abordagem mais conservadora quando os supranumerários não estão interferindo na cronologia normal de erupção.

Nesse contexto, as consequências da presença desses dentes supranumerários e conóides são inúmeras, tornando imprescindível um diagnóstico precoce para que se possa intervir no momento adequado. Diante disso, o objetivo deste estudo foi apresentar uma alternativa de tratamento utilizando resina composta associado a matriz de acetato, sem a realização de preparo coronário do incisivo central superior conóide, abordar a importância do tema e apresentar um caso clínico de dente conóide e supranumerário em paciente infantil, desde seu diagnóstico até o tratamento.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um relato de caso clínico, utilizando as informações colhidas na anamnese, no exame clínico intra e extraoral e nos exames complementares, como por exemplo, a documentação radiográfica e registros fotográficos para que seja indicado o tratamento correto a partir da obtenção do diagnóstico. Para complementação da pesquisa, foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema nas plataformas online, disponíveis como o

google acadêmico e o scielo, condensando diferentes dados encontrados nas ferramentas para a elaboração do trabalho.

Os materiais que foram utilizados encontram-se abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Procedimentos e material utilizado.

PROCEDIMENTO	MATERIAL UTILIZADO
Fotografia Inicial	Afastador Labial (Expandex)
Profilaxia	Escova de Robinson (Preven) e Pasta Profilática (Herjos)
Ajuste da Matriz de Acetato	Coroa Deciduo Anterior e Posterior (TDV)
Aplicação do Ácido Fosfórico para Condicionamento da Superfície.	Condicionador Ácido Fosfórico Condac 37% (Fgm)
Aplicação do Sistema Adesivo.	Adesivo: Single Bond Universal (3M)
Fotopolimerização do Sistema Adesivo.	Fotopolimerizador Emitter A FIT (Schuster)
Introdução da Matriz de Acetato com Resina Composta.	Resina B1B - Forma (Ultradent)
Remoção de Excessos de Resina Composta	Agente Modelador de Resina: Composite Wetting Resin (Ultradent)
Remoção da Matriz de Acetato com Auxílio de Sonda Exploradora.	Sonda Exploradora (FAVA)
Polimento e Acabamento	Sof-lex Pop On Série Laranja (3M) Sof-lex Espiral (3M) Professional Polishing Composite Jota Disco de Feltro Diamond (FGM)

783

Fonte: Os autores.

RELATO DE CASO

O paciente L.A.R.O, 05 anos, sexo masculino, acompanhado pela mãe e pai, procurou a clínica da Faculdade de Ciências do Tocantins – FACIT, relatando como queixa principal um “dente feio da frente”, e que isso o incomodava, principalmente na escola. Então solicitamos uma documentação radiográfica para realizar o diagnóstico e o plano de tratamento.

O plano de tratamento planejado para este caso consistiu na utilização de resina composta associado com matriz de acetado. O tratamento foi previsto para um período de 2 semanas.

O tratamento iniciou-se com a anamnese, exame clínico intra e extraoral com radiografia periapical do elemento 21. No dia do atendimento foi realizado também profilaxia (Figura 1 – B), instrução de higiene oral e sessão fotográfica (Figura 1 – A).

Leandro Firmino Gonçalves da SILVA; Rosângela de Oliveira FAGUNDES; Karen Hannah Dantas de SOUSA. Tratamento de Dente Conóide com Resina Composta Associado à Matriz de Acetato – Relato De Caso. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br. 2021. Outubro-Novembro. Ed. 31. V. 2. Págs.779-793.

A primeira etapa da fase clínica foi a escolha de cor da resina, realizada após profilaxia prévia e com o dente úmido, utilizando-se a escala Vita. Incrementos de resina foram polimerizados sobre o dente, além disto, foi escolhida a matriz de acetato que melhor se adaptasse em tamanho e forma (Figura 1 - D), procedendo-se aos recortes necessários, afim de adequá-la cérvico-incisalmente. Posteriormente, foi realizada uma perfuração com sonda exploradora de ponta fina no terço médio palatino da matriz, com o intuito de escoar a resina no momento da inserção.

Na (Figura 1 – C), pode-se observar que após isolamento relativo, toda a superfície do esmalte sofreu condicionamento com ácido fosfórico a 37% durante 40 segundos. Após esse procedimento, enxaguou-se abundantemente o esmalte condicionado com jato de água. Logo em seguida, foi realizada a secagem e aplicada uma camada fina de adesivo fotopolimerizada, segundo recomendações do fabricante (Figura 2 – A e B).

A inserção da resina composta na matriz foi realizada com espátula de teflon e levada em posição, adaptando-se mediante pressão digital. Foi utilizado pincel e sonda exploradora (Figura 2 - C e D) para retirada dos excessos. A fotopolimerização foi realizada nas faces vestibular, lingual, mesial, distal e incisal, no tempo de 40 segundos para cada face (Figura 3 - A).

Após a polimerização, a matriz de acetato foi removida com auxílio da sonda exploradora (Figura 3 - B). Em seguida, foi realizado a reanatomização com pincel (Figura 3 - D) foi realizado uma demarcação com grafite 0.7 na borda incisal e uma broca de acabamento de ponta fina foi utilizada na cervical para remover possíveis excessos e foi realizado também checagem da oclusão e verificou-se que não houve necessidade de ajuste (Figura 3 - C).

Foi efetuado acabamento e polimento (Figura 4). Visão frontal do paciente do aspecto clínico final após reanatomização com matriz de acetato e resina composta (Figura 5).

No exame radiográfico (Figura 6) é possível visualizar um dente conóide e supranumerário no elemento 21, a princípio o dente supranumerário é recomendado a extração do mesmo, mas por se tratar de um dente conóide e de um paciente pediátrico, o tratamento de eleição foi apenas a reanatomização com resina composta associado a matriz de acetato, por levar em consideração o convívio social deste paciente, auto estima, estética e o acompanhamento do mesmo.

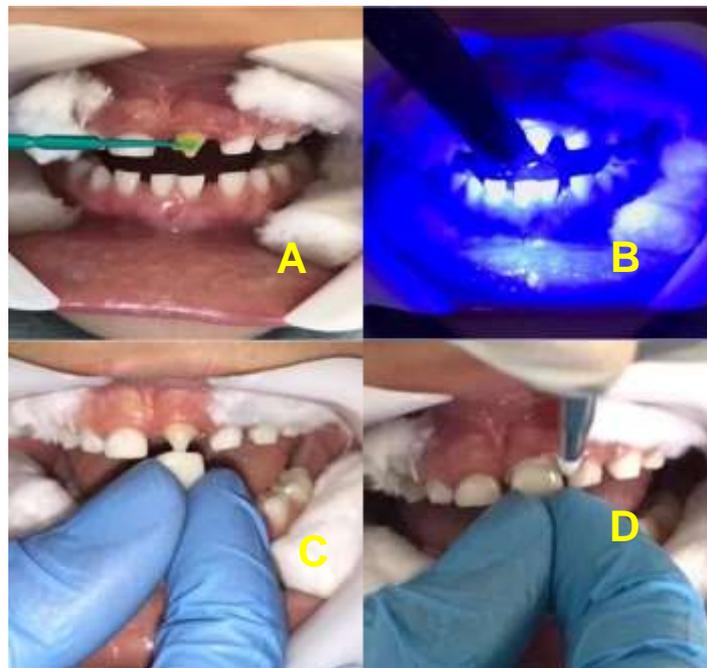
Figuras 1A1B1C1D.



Fonte: Os autores.

Observa-se o incisivo central superior conóide. B) Fotografia de profilaxia C) Aplicação do ácido fosfórico para condicionamento da superfície D) Ajuste da matriz de acetato ao dente.

Figuras 2A 2B 2C 2D.



Fonte: Os autores

Leandro Firmino Gonçalves da SILVA; Rosângela de Oliveira FAGUNDES; Karen Hannah Dantas de SOUSA. Tratamento de Dente Conóide com Resina Composta Associado à Matriz de Acetato – Relato De Caso. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculadefacit.edu.br. 2021. Outubro-Novembro. Ed. 31. V. 2. Págs.779-793.

Figura 2A) Aplicação do sistema adesivo. 2B) Fotopolimerização do sistema adesivo. 2C) Introdução da matriz de acetato com resina composta. 2D) Remoção de excessos de resina composta.

Figuras 3A 3B 3C 3D.



Fonte: Os autores.

Figura 3A). Fotopolimerização da resina composta com a matriz de acetato. 3B) Remoção da matriz de acetato com auxílio de sonda exploradora 3C) Reconstrução da anatomia dental 3D) Demarcação da margem incisal com grafite 0.7.

Figura 4. Polimento e acabamento.



Fonte: Os autores.

Leandro Firmino Gonçalves da SILVA; Rosângela de Oliveira FAGUNDES; Karen Hannah Dantas de SOUSA. Tratamento de Dente Conóide com Resina Composta Associado à Matriz de Acetato – Relato De Caso. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br. 2021. Outubro-Novembro. Ed. 31. V. 2. Págs.779-793.

Figura 5. Aspecto clínico final.



Fonte: Os autores.

Figura 6. Imagem radiográfica após aspecto clínico final e evidenciando a presença do dente conóide e supranumerário.



Fonte: Os autores.

DISCUSSÃO

O avanço tecnológico das resinas compostas e sistemas adesivos permitem aos profissionais lançarem mão do seu uso direto²⁶, neste sentido, estes profissionais, devolvem aos dentes que apresentam comprometimento estético, a harmonia da forma e função. Neste sentido, a tecnologia possibilita tratamentos mais conservadores em substituição à confecção de reabilitações mais invasivas, como em comparação aos tratamentos restauradores indiretos. Neste trabalho, optamos por realizar uma reconstrução total em resina composta com matriz de acetato no dente 21, e não uma coroa total em cerâmica, devido ao tamanho do dente da criança, e por ainda ter o dente 51.

É de fundamental importância o planejamento na busca de melhores resultados estéticos e funcionais dos procedimentos restauradores. As técnicas aliadas a um bom planejamento possibilita a execução do trabalho com maior previsibilidade de resultados e com máxima preservação da estrutura dental²⁶.

No atual contexto social, a boa aparência representa saúde e bem estar e estão baseadas em um modelo padrão que estão diretamente relacionados com sorrisos com dentes belos, claros e distribuídos de forma harmoniosa²⁷. Neste sentido, observa-se um aumento considerável na realização de procedimentos cosméticos. Este fator não se dá somente pela grande evolução dos materiais restauradores resinosos e cerâmicos, mas também, pelo aprimoramento dos procedimentos clínicos e laboratoriais. São diversos os fatores que causam a inconformidade estética nos pacientes, estas por sua vez, não se limitam somente às lesões cariosas ou perdas acidentais de estrutura dentária.

Bolton²⁸(1958) expõe que a discrepância é uma patologia relacionada à anatomia dentária, em que há excesso ou redução do diâmetro méso-distal dos dentes em relação ao seu homólogo na arcada, ocorrendo em um número considerável de pacientes. Mandarino (1998) e Rogezi (2008) expõem que essa discrepância requer modificação da estrutura dentária a fim de obter a similaridade de forma e proporção dos elementos²⁹⁻³⁰.

Com o avanço das resinas compostas e o sistema adesivo na dentística, a correção anatômica de um dente conóide pode ser realizada de forma direta, sem necessidade de preparo ou coroa total³¹.

De acordo com Barros³² (2013), anomalia dentária é uma variação ou desvio de uma característica da estrutura anatômica, comparativamente à normalidade. Nesse contexto, Abreu Junior et al.⁴ (2012), Barroso e Mei³³ (2014), Azevedo et al.¹⁴ (2015)

afirmaram que a presença de alterações nas estruturas dentárias podem prejudicar a estética, a oclusão e provocar um grande impacto no bem estar do paciente.

Segundo Barros³² (2013), acredita-se que as anomalias de tamanho tem origem durante o estágio de morfodiferenciação do desenvolvimento dos dentes. Garib et al.³⁴ (2010) ressaltaram que há uma tendência genética e hereditária na etiologia das anomalias dentárias de número, tamanho, assim como, nos distúrbios de erupção.

Regezi; Sciubba; Jordan³⁰ (2008), Franco et al.³⁵ (2008), Abreu Junior et al.⁴ (2012), Silveira; Dias; Barbosa Junior³⁶ (2015) afirmaram que a etiologia do incisivo conóide pode estar relacionada à expressão de um gene autossômico dominante. Relataram ainda que, essa herança autossômica dominante é que desencadeia a mineralização apenas do lóbulo médio dos incisivos laterais. Para Barros³² (2013) o fator ou fatores responsáveis pela ocorrência da microdontia permanecem obscuros.

Corroboram com isso, os dentes conóides que são alterações de tamanho, considerados na dentição normal uma microdontia isolada, sendo o incisivo lateral superior mais frequentemente afetado^{30,35,36}. Estudos demonstram maior incidência nos incisivos laterais superiores permanentes^{35,36}.

De acordo com Figueiredo et al.²⁶ (2008), Costa et al.³⁷ (2012), Barros³² (2013), existem várias alternativas de tratamento para os incisivos conóides. Assim, afirmaram que existem restaurações indiretas (coroas totais unitárias ou facetas de porcelana) e as restaurações diretas através da utilização de sistemas adesivos e resinas compostas para a reanatomização dos dentes conóides. Barros³² (2013) acrescentou ainda como opção de tratamento, a extração dos dentes conóides e colocação de implante ou prótese fixa.

Para Barroso; Mei³³ (2014), as lentes de contato em cerâmica como tratamento restaurador de incisivos conóides é uma opção que oferece propriedades ópticas, mecânicas e biológicas semelhantes às características do esmalte natural. Já Blanco et al.³⁸ (2012) afirmam que a resina indireta é uma opção viável, pois apresenta boas propriedades mecânicas e bom polimento, alcançando um excelente resultado estético. Entretanto, Barros³² (2013) relatou que as restaurações indiretas apresentam um custo mais elevado e é uma técnica mais invasiva, pois é necessário algum desgaste dentário; isso vem ao encontro do relato de Figueiredo et al.²⁶ (2008) que as restaurações indiretas são consideradas técnicas invasivas e de alto custo.

De acordo com Fonseca et al.³⁹ (2013), o avanço tecnológico dos materiais adesivos possibilitou obter excelente resultado estético e funcional com restaurações diretas de resinas compostas para o tratamento de dentes conóides.

Costa et al.³⁷ (2012), Fonseca et al.³⁹ (2013), Cunha et al.²¹ (2013), Silveira, Dias, Barbosa Junior³⁶ (2015) corroboram que a técnica adesiva direta com resina composta apresenta baixo custo; Fonseca et al.³⁹ (2013) afirma ser possível alcançar êxito no tratamento através da técnica adesiva de forma rápida e conservadora; Costa et al.³⁷ (2012); Silveira; Dias; Barbosa Junior³⁶ (2015) relataram ser uma técnica de fácil realização; Fonseca et al.³⁹ (2013); Barros³² (2013); Silveira; Dias; Barbosa Junior³⁶ (2015) destacaram ser uma técnica que possibilita reajuste posterior da restauração estética.

Para Mukhopadhyay (2011), em razão da grande quantidade de cores de resina composta disponíveis atualmente, é possível, reproduzir as características ópticas dos dentes sendo uma alternativa conservadora, rápida e com ótima relação custo-benefício¹⁷. Nesse sentido, para Ramsaran (2003), outra vantagem das resinas compostas, é a reversibilidade do procedimento e a previsibilidade com a utilização de um planejamento e de guias ou muralhas de materiais¹⁸.

Os autores Azevedo; Galvão; Nihia; Hoepfner, Nihi (2015) expõem que a vantagem das resinas compostas é o fato de serem altamente previsíveis, suscetível de reparo e de fácil execução nos casos onde há pouco espaço interoclusal, reproduzindo, artisticamente a dentina e o esmalte por meio da técnica estratificada¹⁴. Após a realização de pesquisas, optou-se por redução e não o fechamento total devido a questões estéticas. Foi realizado um desgaste interproximal para preservação do espaço biológico e para não ter uma desproporção no tamanho dos dentes. É fundamental a utilização de um material de excelência e um planejamento bem determinado e técnica bem executada.

CONCLUSÃO

Diante da pesquisa realizada, concluímos que a reanatomização do dente conóide com resina composta associado a matriz de acetato foi satisfatório. Através da reanatomização foi possível recuperar a proporção dental e a harmonia do sorriso do paciente, além de devolver o convívio social ao paciente, que possibilitou dessa forma obter sua autoestima novamente.

REFERÊNCIAS¹

1. Fierro-Monti C, Bravo-Rivera L, Torres-Chianale F, Álvarez-Helle C, Pérez-Flores MA. Dientes natales, revision bibliográfica y caso clínico. *Int J Odontostomat*. 2010; 4(2): 105-10.
2. Coser RM, Flório FM, Melo BP, Quaglio JM. Características clínicas do cisto de erupção. *RGO - Rev Gaúcha de Odontol*. 2004; 52(3): 180-3.
3. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. *RGO*. 2007; 55(3): 271-4.
4. AbreuJVN, Lacerda F, Pereira CLS, Antunes A, Marinho K, Junqueira T. Restauração de lateral conóide com resina composta: relato de caso. IV Encontro De Iniciação Científica, Universidade Vale do Rio Verde - Unincor, Três Corações, 20 a 21 de novembro de 2012.
5. MattuellaLGM, Frasca LCF, Bernardi L, Moi GP, FossatiACM, AraujoFB. Tooth Supported Prosthetic Rehabilitation in a 5-year-old Child with Early Childhood Caries. *J Clin Pediatr Dent*. 2007; 31(3): 173-6.
6. OmaisS, YassumotoLM. Reanatomização e recontorno cosmético de dentes anteriores: relato de caso. *JBC Clin Odontol Int*. 2001; 5(30): 499-502
7. Mazza LC, Martini AP, Souza FI, Melo RAC, Rocha EP. Tratamento restaurador indireto em incisivos laterais conóides: relato de caso clínico. *Rev. Odontol. UNESP*. 2014; 43(1):47-51
8. Mondelli JJ, Pereira MA, Mondelli RFL. Etiologia e tratamento dos diastemas dentários. *Biodonto*. 2003; 3(1): 11-111.
9. Alvesalo L, Portin P. The inheritance pattern of missing, peg-shaped and strongly mesio-distally reduced upper lateral incisor. *Acta Odontol Scand*. 1969; 27(3): 563-573.
10. Pena CE, Viotti RG, Dias WR, Santicci E, Rodrigues JA, Reis AF. Esthetic rehabilitation of anterior conoid teeth: comprehensive approach for improved and predictable results. *Eur J Esthet Dent*. 2009; 4(3): 210-24.
11. Wu H, Feng HL. A survey of number and morphology anomalies in permanent teeth of 6 453 youths between 17 to 21 years old. *Zhong hua Kou Qiang Yi Xue ZaZhi*. 2005; 40(6): 489-90.
12. Ooshima T, Ishida R, Mishima K, Sobue S. The prevalence of developmental anomalies of teeth and their association with tooth size in the primary and permanent dentitions of 1650 Japanese children. *Int J Paediatr Dent*. 1996; 6(2): 87-94.

¹ *De acordo com as normas de Trabalho de Conclusão de Curso da FACIT, baseada nas normas Vancouver. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

13. AlvesaloL, Portin P. The inheritance pattern of missing, peg-shaped and strongly mesio-distally reduced upper lateral incisor. *Acta Odontol Scand.* 1969; 27(3): 563-73.
14. Azevedo N, Galvão G, Nihia VSC, Hoepfner MG, Nih FM. Otimização do sorriso com restaurações diretas de compósito resinoso nanoparticulado. *UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde.* 2015; 17(1): 43-9.
15. Mehotra KK, Saimbi CS, Jha T. Microdontic maxillary lateral incisor: Case report. *J. Clin. Ped. Dent.* 1992; 16:19-28.
16. Teixeira MCB, Valença AMG, Maia LC. Transformação estética de dente conóide: relato de caso. *JBP J Bras Odontop.* 2003; 6(31): 230-233.
17. Mukhopadhyay S. Mesiodens: a clinical and radiographic study in children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2011; 29(1): 34-8
18. Ramsaran, A.S. et al. Non-syndromal multiple buried supernumerary teeth: report of two cases from the English-speaking Caribbean and a review of the literature. *West Indian Med. J. Kingston.* 2005; 54(5): 334-336.
19. Kegler E, Furuse AY, Landivar J, Mondelli RFL, Mondelli J. Tratamento estético em dentes anteriores: rapidez e simplicidade com procedimentos diretos. *Rev. dental press estét.* 2009; 6(2): 64-76.
20. Ramos AL, Suguino R, Terada HH, Furquim LZ, Da Silva Filho OZ. Considerações sobre análise da discrepância dentária de Bolton e a finalização ortodôntica. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial* 1996; 1(2): 86-106.
21. Cunha FJJ, Puricelli E, Henning TW, Leite MGT, Pereira MA, Martins GL. Ocorrência de dentes supranumerários em pacientes do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-MaxiloFacial, Faculdade de Odontologia da UFRGS, no período de 1998 a 2001. *R. Fac. Odontol. P. Alegre.* 2002; 43(2): 27-34.
22. Berthold TB, Benemann E. Anomalia do número de dentes: Anodontia e supranumerário. *Rev Odonto Ciênc.* 1996; 11(22): 101-9
23. Cal NJOAP, Cunha DL, Miguel JAM. Diastemas inter incisais superiores associados a dentes supranumerários: considerações clínicas e relato de um caso. *J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial.* 2002; 7(39): 239-44.
24. Rocha AML, Columbano NJ, Souza MMG. Hiperdontia na região de incisivos superiores. *J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial.* 2002; 7(41): 389-96.
25. Stuani AS, Stuani AS, Stuani MBS, Matsumoto MAN. As complicações do diagnóstico tardio do mesiodens: revista de literatura e relato de caso clínico. *R. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia.* 1998/1999; 18/19: 61-7.

26. Figueiredo RJA, Andrade AKM, Duarte RM, Medeiros S. Otimizando a estética por meio de reanatomizações em dentes conóides. *Rev. Gaúcha Odontologia*. 2008; 56(3): 333-6
27. Wang L, Cefaly DFG, Gonini Junior A, Mello LLCP, Scalco V. Tratamento de dentes anteriores desgastados pela associação de hábitos parafuncionais. *Rev. dental press estét*. 2005; 2(2): 89-100.
28. Bolton W. Disharmony in tooth size and its relation to the analysis and treatment of mal occlusion. *AJO* 1958; 28(3): 113-30.
29. Mandarino F, Machado CT, Andrade MF, Flores VO. Possibilidades de resoluções clínicas oferecidas pelas técnicas de odontologia cosmética associada a materiais estéticos. *J Bras Odontol Clin* 1998; 2(10): 12-5.
30. Regezi JA, Ciubba JJ, Jordan RCK. *Patologia oral: correlações clinico patológicas*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 512 p.
31. FRAGA CR. *Dentística – bases biológicas e aspectos clínicos*. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. 373p
32. Barros ACRLF. *Microdontia e opções de tratamento*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.
33. Barroso IVR, Mei RMS. *Reabilitação de agenesias dentárias e dente conóide – relato de caso clínico*. *Interbio, Dourados*. 2014; 8(2): 60-7.
34. Garib DG. *Anomalias dentárias associadas: o ortodontista decodificando a genética que rege os distúrbios de desenvolvimento dentário*. *Dental Press J. Orthod*. 2010; 15(2): 138-57.
35. Franco JM. *Reanatomização de incisivos laterais conóides: relato de caso*. *UFES Rev. Odonto*. 2008; 10(2): 64-8.
36. Silveira D, Dias VO, Barbosa JES. *Reanatomização de incisivo lateral conóide em odontopediatria: relato de caso*. 9º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão, Montes Claros, 23 a 26 de setembro, 2015.
37. Costa PX. *Otimização estética em dentes conóides: relato de caso clínico*. *Connectionline*. 2012; 7(1): 46-55.
38. Blanco PC. *Restauração de dentes conóides com resina indireta: relato de caso*. *Unopar Cient. Ciênc. Biol. Saúde*. 2012; 14(4): 257-61.
39. Fonseca RB. *Técnica de estratificação e texturização superficial de resinas compostas em dentes anteriores – seis meses de acompanhamento*. *Clínica International Journal of Brazilian Dentistry*. 2013; 9(3): 324-32.