

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST

CURSO DE ODONTOLOGIA

NATALIA CEREZOLI

OPÇÕES DE TRATAMENTO PARA DESALINHAMENTO DENTAL

LAGES

2019

NATALIA CEREZOLI

OPÇÕES DE TRATAMENTO PARA DESALINHAMENTO DENTAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário UNIFACVEST como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Ms. Lessandro Machry

LAGES

2019

NATALIA CEREZOLI

OPÇÕES DE TRATAMENTO PARA DESALINHAMENTO DENTAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário UNIFACVEST como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Ms. Lessandro Machry

Lages, SC _____/_____/2019. Nota _____

Coordenador do curso de odontologia Lessandro Machry

OPÇÕES DE TRATAMENTO PARA DESALINHAMENTO DENTAL

Natalia Cerezoli¹
Lessandro Machry²

RESUMO

Dentes bem alinhados e um sorriso atraente sugerem um *status* positivo em relação a idade e aos níveis sociais de um indivíduo. Assim sendo, o presente trabalho buscou trazer através de uma revisão de literatura os aspectos que auxiliam na escolha do tratamento para o desalinhamento dental. Dentro dos objetivos específicos procurou-se compreender a etiologia desses desalinhamentos e as vantagens e desvantagens do possível tratamento. Com isso, foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando livros e artigos em inglês e português, publicados nas bases PubMed, Scielo, Lilacs e Google Acadêmico, sendo selecionados 24 artigos e 3 livros, essa busca ocorreu do mês de maio de 2019 a novembro do mesmo ano. Conclui-se que para a escolha do tratamento ideal, deve ser levado em consideração um adequado diagnóstico, o plano de tratamento e o prognóstico além da vontade do paciente, entretanto alguns critérios podem auxiliar na escolha da melhor opção, dentre eles estão: arquitetura gengival, necessidade de restaurações e estabilidade oclusal. Contudo, clinicamente os estudos a longo prazo são escassos, sendo assim, necessárias mais pesquisas.

Palavras-chave: Estética dentária. Ortodontia. Apinhamento dental. Alinhamento dental.

¹ Acadêmica da 10ª fase do curso de odontologia do Centro Universitário Unifacvest.

² Coordenador do curso de odontologia do Centro Universitário Unifacvest e orientador do projeto.

TREATMENT OPTIONS FOR DENTAL MISALIGNMENT

Natalia Cerezoli¹
Lessandro Machry²

ABSTRACT

Well-aligned teeth and an attractive smile suggest a positive status in relation to an individual's age and social levels. Therefore, the present work sought to bring through a literature review the aspects that help in choosing of treatment for dental misalignment. Within the specific objectives, we sought to understand the etiology of these misalignments and the advantages and disadvantages of possible treatment. Thus, a bibliographic review was performed using books and articles in English and Portuguese, published in the databases PubMed, Scielo, Lilacs and Google Academic, and 24 articles and 3 books were selected, search took place from May 2019 to November of the same year. It is concluded that the choice of the ideal treatment should take into account an appropriate diagnosis, treatment plan and prognosis, besides the patient's wishes. However, some criteria may help in choosing the best option, among them: gingival architecture, need for restorations and occlusal stability. However, clinically long-term studies are scarce, so further research is needed.

Keywords: Dental aesthetics. Orthodontics. Dental crowding. Dental alignment.

¹ Academic of the 10th phase of the dentistry course at the Unifacvest University Center.

² Coordinator of the dentistry course at the Unifacvest University Center and project advisor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA.....	9
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1 Etiologia	10
3.2 Critérios para a escolha do tratamento	10
4 DISCUSSÃO	14
5 CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

Um sorriso estético tem sido apresentado como um sorriso, em que o tamanho, posição, forma e cor dos dentes estão em harmonia, proporção e simetria relativa entre si e os elementos que os envolvem (RAJ, 2013).

Dentes bem alinhados e um sorriso atraente sugerem um *status* positivos em relação a idade e aos níveis sociais, enquanto dentes mal alinhados reproduzem um aspecto negativo. Diante disso, não há dúvida de que as respostas sociais condicionadas pelo aspecto dos dentes podem afetar seriamente a adaptação total de um indivíduo à vida, com isso, deixando de ser um problema banal (PROFFIT, FIELDS, SARVER, 2008).

Certos problemas no desenvolvimento fisiológico facial, como o crescimento impróprio de ossos faciais e posicionamento dentário inadequado em crianças e adolescentes, muitas vezes deixam de ter um diagnóstico precoce. Como resultado, essas deficiências podem levar a problemas estéticos e funcionais que precisaram de modificação das posições dos dentes (ANDRADE, 2012).

Pode-se citar como tratamentos para correção de desalinhamento dental a ortodontia, a dentística ou ambas. Através de técnicas inovadoras e materiais altamente avançados, que podem ser restaurações em resinas diretas ou indiretas, ou restaurações indiretas em cerâmicas, a dentística restauradora têm trazido resultados surpreendentes referentes a esses casos. A ortodontia, também, tem apresentado grandes mudanças como os aparelhos fixos com braquetes de policarbonato, porcelana ou safira além dos aparelhos removíveis, como os alinhadores, que são mais estéticos e auxiliam numa melhor aceitação do paciente a este tipo de tratamento. Cabe avaliar a possibilidade de conservadorismo dos tratamentos, tendo em vista que a dentística restauradora necessita de pelo menos um preparo químico e a ortodontia pode provocar problemas biológicos se mal executada (BREA *et al.*, 2011).

Uma indicação para tratamento com resinas compostas e/ou cerâmicas, é a finalização de tratamentos ortodônticos para algumas correções de ajustes proximais e alinhamento incisal quando houver existência de perda de estrutura dentária. Um dos principais motivos que levam a relação entre dentística restauradora e ortodontia se dá quando o paciente apresenta discrepância negativa de Bolton, que significa ter menos estrutura dentária em relação a sua base óssea, isso gera impossibilidade de fechamento total de diastemas associada a uma boa oclusão. Para sanar tais necessidades estão dispostos dentre os tratamentos, a utilização de resinas compostas, tendo em vista a não necessidade de preparos mecânicos, e desde que respeitadas suas limitações, são restaurações que podem proporcionar e devolver a harmonia

do sorriso de forma excepcional. Porém, quando houver uma significativa alteração de forma e cor, além de alteração de estrutura, são indicadas restaurações em cerâmicas. A maior vantagem dessa técnica indireta, é que a confecção dessas peças em cerâmica, é extraoral, dando assim um melhor acabamento e polimento para as mesmas (HIRATA, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Apesar de que nos dias atuais existem inúmeras possíveis maneiras de se obter uma estética agradável, o desejo dos dentistas em satisfazer os pacientes, muitas vezes, não tem levado em consideração a relação risco/benefício da reabilitação dental, sendo relatados na literatura o uso abusivo desses métodos restauradores, principalmente os indiretos de forma indiscriminada. Desta forma, para um bom prognóstico de restaurações estéticas, deve-se ter diagnóstico bem definido, lançar mão de técnica exata e indicar o material correto para cada paciente (SADOWSKY, 2006).

Segundo Carvalho (2006), as propriedades dos materiais restauradores estéticos atuais, tanto das resinas quanto das porcelanas, têm permitido restaurações com as características dos dentes: matiz, opacidade, translucidez, opalescência, fluorescência, textura e brilho. Lembrando que a qualidade destes materiais proporciona uma relativa longevidade dos resultados obtidos.

Outra opção de tratamento além da dentística, são os alinhadores dentais, aparelhos praticamente invisíveis que trazem menor desconforto ao paciente e são removíveis, podendo ser retirados para comer, beber e realizar a higiene bucal de uma forma mais fácil, o que parece reduzir as doenças periodontais e gengivais que podem estar associadas aos acessórios fixos que dificultam a higiene. Entretanto, esses alinhadores, parecem não serem eficazes em extensas movimentações (NOAR, 2015).

Com base nas informações obtidas, este trabalho tem como objetivos compreender a etiologia dos desalinhamentos, as vantagens e desvantagens e os principais critérios para orientação da melhor escolha de tratamento.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura, elaborada para o estudo dos diferentes métodos de tratamento para correção de desalinhamento dental, podendo eles ser restaurador, ortodôntico ou ambos combinados.

Esta revisão de literatura foi realizada com base na consulta de livros e na busca e seleção de artigos científicos publicados nas línguas inglesa e portuguesa, nas bases de dados PubMed, Scielo, Lilacs e Google Acadêmico. Essa busca, ocorreu do mês de maio do ano de 2019 a novembro de 2019. Utilizou-se as seguintes palavras chaves: “Estética Dentária”, “Ortodontia”, “Apinhamento Dental”, “Alinhamento Dental”. A partir do títulos e resumos, foram selecionados 24 artigos, podendo ser revisão de literatura, pesquisas ou casos clínicos, 3 livros e 1 tese.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Etiologia

A face do ser humano, juntamente com a sua dentição, funciona harmonicamente como um reflexo da expressão e da emoção, e tem fundamental importância na fala e comunicação. Assim, o conhecimento das desarmonias oclusais e más-oclusões, é considerado importante para a correta escolha do tratamento dental (DOMARQUES *et al.*, 2018).

Diante disso, Almeida *et al* (2000) classificaram em seu trabalho a etiologia das más-oclusões, de forma que essas podem ser divididas em fatores hereditários, fatores congênitos, causas adquiridas que são subdivididas em gerais e locais e causas adquiridas proximais (hábitos bucais).

Proffit, Fields e Sarver (2008), mencionam que o apinhamento dental é o tipo mais comum de má oclusão nos dias atuais. Segundo os autores, este, está relacionado em parte à redução contínua dos maxilares e do tamanho dos dentes no desenvolvimento da evolução. Isso pode ser explicado através do aumento do cruzamento inter-racial, porém não deve ser considerado o fator principal dessa má oclusão. Outros fatores como ambientais, dieta e alguns hábitos contribuem para que o apinhamento dental ocorra.

Brea *et al* (2011), citam que o apinhamento dentário pode ser definido pela superposição dos dentes devido à falta de espaço no arco, assim como, assimetria de tamanho dos dentes, alterações no padrão de erupção, diminuição do espaço na arcada devido a perdas dentárias precoces e hábitos bucais deletérios também colaboram para o aparecimento desta.

Dentes mal alinhados, costumam ser mais suscetíveis a cáries, traumas e aparecimento de doenças periodontais, além de problemas psicossociais (Proffit, Fields e Sarver, 2008). O aumento da preocupação social em relação a uma estética agradável é o que incentiva muitos pacientes a buscarem o devido tratamento (SPEAR, KOKICH, MATHEWS, 2006).

3.2 Critérios para a escolha do tratamento

A conquista de um belo sorriso é sempre o principal objetivo de todo tratamento estético odontológico, e tem sido cada vez mais importante na sociedade. Os tratamentos estéticos variados estão incluídos na vida da sociedade e nos últimos anos esta procura intensificou-se, sempre na esperança da obtenção da beleza, afinal, é a beleza do resultado desses tratamentos que fará a diferença. Entretanto, as características intrínsecas desse sorriso, que são de suma importância, são pouco discutidas, características essas que algumas vezes podem ser alteradas outras não, pois são partes integrantes do próprio indivíduo. Portanto, avaliar a beleza é sempre

subjetivo, para isso, necessitamos de ferramentas adequadas para suprir a dificuldade dessa subjetividade, sendo que, não é suficiente apenas perceber o que interfere no sorriso, é necessário diagnosticar o que se encontra fora da normalidade, para que se possa estabelecer um adequado plano de tratamento (CAMARA, 2010; CARRILHO, 2007).

A escolha de uma forma de tratamento é uma decisão complicada que envolve inúmeros fatores. Spear, Kokich e Mathews (2006), em estudo interdisciplinar para o tratamento estético de dentes anteriores, relataram que o planejamento deve sempre iniciar pela definição dos objetivos estéticos e após considerar os impactos do tratamento nos quesitos função, estrutura e biologia, ressaltando que nos casos onde esse protocolo não for seguido o resultado final será insatisfatório. Para Bal (2016), um cuidadoso tratamento dentário deve ser direcionado para cumprir os parâmetros de saúde, função e estética para o paciente.

Alguns critérios são responsáveis para nortear a escolha do tratamento de casos de apinhamento dental, expressando quando devemos utilizar o tratamento ortodôntico, tratamento restaurador ou ambos associados. O apinhamento dental pode ser classificado como: sutil, moderado e severo a partir da observação de dois componentes: a sobreposição bucolingual e a sobreposição mesiodistal; ambas são medidas em milímetros. O grau do apinhamento é medido através da tabela de Stephen Chu (BREA *et al.*, 2011).

TABELA 1: Tabela de classificação de Stephen Chu.

Classificação:	Grau de apinhamento mesiodistal:	Grau de apinhamento bucolingual:
0	Sem apinhamento	Sem apinhamento
1	Até 1mm	Até 1mm
2	>1mm a 2mm	>1mm a 2mm
3	>2mm a 3mm	>2mm a 3mm
4	>3mm	>3mm

Fonte: Brea *et al* (2011).

Além da avaliação do grau de apinhamento, deve-se levar em conta a análise gengival do paciente, de modo que variações na altura de margem gengival livre podem ocorrer devido a desequilíbrios no nível ósseo ou na profundidade do sulco gengival. Nos casos de apinhamento dental, dentes mais lingualizados tendem a sofrer maior desgaste, isso faz com que sigam erupcionando trazendo o osso mais para coronal, o que resulta em uma margem gengival livre também posicionada coronalmente (SPEAR, 2004).

O grau em que se encontram as papilas gengivais também deve ser observado. Papilas localizadas muito para apical resultam em um espaço negro entre os dentes ou em pontos de contato muito longos. O nível em que estas se encontram, é resultado de três fatores: nível ósseo adjacente; forma e tamanho da gengiva e distância biológica do paciente (SPEAR, 2004; BREA *et al.*, 2011).

Dentes com problemas de alinhamento, comumente, estão associados a alterações na arquitetura gengival e muitas vezes não podem ser corrigidas por meio de facetas cerâmicas. (JACOBSON E FRANK 2008). Nos casos de dentes rotacionados ou apinhados, as papilas tendem a localizar-se mais para região apical, assim como na presença de diastemas (BREA *et al.*, 2011).

Outro ponto importante para escolher e planejar o tratamento, são os eixos dentários. Quando comparados com a linha média, os eixos dos dentes anteriores comumente possuem uma mesioinclinação incisal e distoinclinação apical. Essa situação de convergência coronal e divergência apical torna-se gradualmente mais acentuada nos incisivos centrais e menor nos caninos e deve ser avaliada (FRADEANI, 2009; MALTAGLIATI *et al.*, 2006; CARIOLI *et al.*, 2008; LEAL, 2016).

Alguns estudos falam sobre o uso da “proporção áurea”, que vem a ser uma regra matemática usada para determinar a harmonia nas proporções de qualquer figura, escultura, estrutura ou monumento. Em odontologia, a proporção áurea representa uma regressão de 62% a partir da mesial para a distal, com a implicação de que uma redução progressiva de 62% nas larguras mesiodistais percebidas dos dentes anteriores da maxila, essa redução é considerada esteticamente agradável e apresenta bons resultados quando utilizada para prever se o resultado da correção de desalinhamentos através das restaurações (CUNHA *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2017). Todavia, o tratamento ortodôntico poderá solucionar problemas como alteração de trespasse vertical e/ou horizontal, problemas de sobremordida acentuada e restabelecimento de guia canina (SPEAR, 2004; RAJ, 2013;).

A estética do sorriso é relevante para alcançar resultados significativos na busca por equilíbrio, atração e rejuvenescimento. Descreve-se como arco do sorriso ideal, o sorriso em que as bordas incisais dos dentes superiores formam um arco que acompanha suavemente o contorno do lábio inferior, desta forma, o alinhamento dentário correto produz um efeito estético similar a uma curva, que para alcançar resultados favoráveis deve sempre ser levada em consideração no planejamento estético (DELALÍBERA *et al.*, 2010; CAMARA, 2006).

Com o propósito de servir para ajudar e facilitar o entendimento do que está sendo visto, foram criados os diagramas de referências estéticas dentárias e faciais, buscando através de

enquadramentos e comparações o que está de acordo ou desacordo com o conjunto que está sendo observado. A finalidade desse diagrama é dar uma noção exata dos posicionamentos e proporções que os dentes guardam entre si, e também a relação destes com a gengiva e os lábios (CAMARA, 2012).

FIGURA 1: Diagramas de referências estéticas dentárias e faciais.



Figura 1: As seis linhas horizontais do sorriso: linha cervical (1), linha papilar (2), linha dos pontos de contato (3), linha incisal (4), linha do lábio superior (5), linha do lábio inferior (6).
Fonte: Camara (2012).

Para eleger a melhor opção de tratamento para o desalinhamento, deve-se considerar também o objetivo estético, a saúde, função o perfil do paciente, além da sua vontade de escolha do tratamento. É de extrema importância que o profissional sugira a opção que atenderá da melhor forma as necessidades do paciente, suas vantagens e desvantagens, porém é o paciente quem dará a palavra final (SPEAR, 2004; JACONSON E FRANK, 2008; BREA *et al.*, 2011).

4 DISCUSSÃO

Diante dos vários questionamentos, Spear (2004), sugeriu uma série de perguntas que, seguindo suas repostas, guiaram o profissional a escolha que melhor atenderá as necessidades do paciente. Para essa escolha, devemos considerar questionamentos como: o paciente necessitará de restaurações independente da ortodontia? É possível restituir a oclusão ideal desse paciente por meio de tratamento restaurador? A margem gengival está posicionada de maneira aceitável esteticamente? As papilas interdentais estão posicionadas harmonicamente? Pode-se alcançar um contorno e arranjo agradável através da dentística? São toleráveis os comprometimentos estruturais necessários para correção desse desalinhamento? E para finalizar, as consequências biológicas são aceitáveis? Se a resposta para todas essas perguntas for sim, este paciente é um bom candidato para um tratamento restaurador, caso contrário deve-se utilizar o tratamento ortodôntico.

Brea *et al* (2011), cita que os apinhamentos mesioditais e bucolinguais sutis e moderados são capazes de ser corrigidos através de procedimentos restauradores, pois podem utilizados preparos pouco agressivos e quando necessários, a cirurgia periodontal é pouco invasiva.

Para Sadowsky (2006), devemos levar em consideração se os comprometimentos estruturais e as consequências biológicas para corrigir esses problemas de desalinhamento através de restaurações, são aceitáveis. O autor defende que a ortodontia convencional pode ser o melhor tratamento do ponto de vista biológico, financeiro e estético para esses problemas de posicionamento dental, oclusão e arquitetura gengival, além disso, é o mais conservador.

Jacobson e Frank (2008) sustentam que distorções leves no alinhamento podem ser corrigidas por meio de facetas, de modo que exista algum fator associado que indique a colocação das mesmas, como dentes com alteração de forma e/ou cor, dentes desgastados ou que apresentem espaços interdentais. Porém os mesmos não concordam com a instalação destas em dentes saudáveis. Entretanto, alguns profissionais com a intuição de agradar os pacientes, muitas vezes influenciados pela mídia, tendem a realizar preparos agressivos em dentes jovens sem se atentar com a preservação estrutural. Segundo os autores, deve-se sempre priorizar procedimentos mais conservadores.

A correção de alguns problemas de alinhamento exige um preparo dental mais agressivo do que o convencional. Dentes lingualizados, vestibularizados ou rotacionados devem ser desgastados até estarem alinhados e muitas vezes isso requer quase que a eliminação total da coroa dental. O estudo citado pelo autor, não apresenta uma regra que determine qual a

quantidade de desgaste aceitável ou até que ponto ela irá interferir no sucesso do tratamento. Porém cabe ao profissional ser cauteloso e levar em consideração fatores como a idade do paciente e a condição dental (SPEAR, 2004). O preparo agressivo pode fragilizar a estrutura dental remanescente, o que resulta na exposição de dentina, podendo comprometer a adesão das facetas aos dentes (BREA *et al.*, 2011).

Além disso, o preparo excessivo pode ter consequências biológicas, que irão prejudicar a saúde da polpa e/ou do periodonto. (BREA *et al.*, 2011; SPEAR, 2004). Nas situações onde é necessário expor a polpa ou realizar uma pulpotomia para alcançar o contorno desejado, o tratamento ortodôntico deve ser considerado (SPEAR, 2004). Quando se opta por restaurações, os limites dessas devem ser avaliados, para que haja uma boa saúde periodontal. Restaurações que não favorecem uma higiene oral adequada e contribuem para impacção alimentar, não devem ser instaladas. (BREA *et al.*, 2011; LEAL, 2016)

O tratamento ortodôntico, através de suas forças ortodôntica, provocam desenvolvimento de áreas isquêmicas no ligamento periodontal, podendo causar dor. Quanto os efeitos sobre a polpa, embora mínimos, há a possibilidade de uma resposta inflamatória pulpar no início do tratamento, porém não é significativa a longo prazo. A ortodontia, ainda, pode apresentar efeitos sobre a estrutura radicular. Quando utilizadas forças contínuas em tratamento ortodôntico, é possível que ocorra reabsorção radicular severa (PROFFIT, FIELDS e SARVER, 2008).

Além das opções citadas, pode-se também utilizar o tratamento combinado, assim como, o tratamento restaurador pode tirar proveito da ortodontia, os efeitos desta podem ser aperfeiçoados com restaurações. Pacientes com necessidade de correções oclusais, podem ao mesmo tempo apresentar alterações de forma, cor ou tamanho, desta forma utiliza-se o tratamento restaurador para finalizar e apresentar um resultado mais estético (BREA *et al.*, 2011; LEAL, 2016).

Em casos de dentes anteriores inferiores desalinhados, o tratamento ortodôntico é normalmente a primeira opção. No entanto, apesar da existência de vários materiais inovadores e novas técnicas, nos últimos anos alguns pacientes estão relutantes em serem submetidos à terapia ortodôntica, devido a limitações profissionais e / ou sociais. Nesses casos, ou se a terapia ortodôntica não for indicada, tratamentos alternativos podem ser propostos. Dentre eles, citam-se restaurações à base de resina, diretas ou indiretas e restaurações cerâmicas indiretas, que devem oferecer uma abordagem minimamente invasiva indicadas para modificações menores em áreas sem intensa carga oclusal. Restaurações anteriores em resina composta mostram algumas limitações em termos de estabilidade da cor e resistência ao desgaste comparadas com

as restaurações cerâmicas indiretas. Em alguns casos, as restaurações indiretas requerem um preparo extenso do dente e acabam necessitando de uma terapia endodôntica (ANDRADE *et al.*, 2012; LEAL, 2016).

A evolução das técnicas restauradoras tem sido descrita como direta ou indireta. Sendo que, na técnica direta, geralmente sessão única, aplica-se a resina composta diretamente na estrutura dental. Já na técnica indireta, é necessário um maior número de sessões clínicas que depende de uma etapa laboratorial e de um técnico em prótese dentária, onde posteriormente a restauração será cimentada sobre a superfície dental preparada. As restaurações indiretas em cerâmicas têm como principais características a biocompatibilidade com a estrutura dental, uma excelente propriedade ótica, estabilidade de cor e lisura superficial, além de longevidade quando bem indicadas, propriedades mecânicas superiores, maior resistência a fraturas, e menor acúmulo de placa são vantagens dessa técnica quando comparado às resinas compostas (UGUR, YUCEL e YILDIZ, 2015).

As restaurações diretas com resina composta resultam em procedimentos minimamente invasivos e de máxima preservação da estrutura dental, comparados com as restaurações indiretas. O aprimoramento das resinas compostas e suas propriedades físicas e mecânicas permitem reproduzir melhor as características do esmalte e dentina. Essas restaurações podem ser facilmente reparadas e não necessitam de uma cimentação adesiva, permitem conservação de estrutura dentária, e menor custo do tratamento e tempo de trabalho, pois pode ser realizada em sessão única (BASTOS *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2015). Para que haja uma durabilidade a longo prazo desse tipo de restauração, é necessário a observação de alguns fatores como: seleção do paciente, o local em que é instalada, a escolha do material e a execução minuciosa da técnica que exige o isolamento do campo, uso de matrizes, a inserção incremental correta da resina, método adequado de polimerização e um cuidadoso acabamento e polimento (SADOWSKY, 2006).

Já as restaurações indiretas dependem principalmente da comunicação entre o clínico e o laboratório e de um plano de tratamento que considere a preservação da estrutura dental, a vitalidade pulpar e da saúde periodontal. O preparo para este tipo de restauração é recomendado ser realizado com cautela e a redução da estrutura dental deve ser feita de forma estratégica e bem planejada (ANDRADE *et al.*, 2012)

Diante disso, percebe-se que as restaurações diretas e indiretas apresentam um alto índice de sucesso clínico a longo prazo, de forma que quando bem indicadas e executadas o grau de longevidade desses procedimentos é grande (UGUR, YUCEL e YILDIZ, 2015; BASTOS *et al.*, 2018).

5 CONCLUSÃO

A partir da revisão de literatura realizada no presente trabalho, nota-se que em casos onde houver comprometimento estrutural e biológico o uso da ortodontia será a opção mais conservadora, mas em determinadas situações o uso dos procedimentos restauradores pode ser a melhor opção. Diante disso, alguns critérios devem ser avaliados para auxiliar a escolha do tratamento, dentre estes parâmetros estão: estabilidade oclusal, necessidade de restaurações, a arquitetura gengival e a possibilidade de fornecer um contorno e arranjo agradáveis por meio de restaurações.

Ambos os tratamentos, restaurador e/ou ortodôntico, apresentam vantagens e desvantagens, mas a vontade do paciente deve ser levada em consideração, porém cabe ao profissional orientá-lo sobre as limitações de cada técnica. Contudo, clinicamente os estudos a longo prazo são escassos, sendo assim, necessárias mais pesquisas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. *et al.* **Etiologia das Más Oclusões - Causas Hereditárias e Congênitas, Adquiridas Gerais, Locais e Proximais (Hábitos Bucais)**. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, Maringá, v. 5, n. 6, p. 107-129, nov./dez. 2000.

ANDRADE *et al.* **Esthetic and functional rehabilitation of crowded mandibular anterior teeth using ceramic veneers: a case report**. Quintessence international, Berlin, v. 43, n. 8, p. 661-670, Sep. 2012.

BAL, A. *et al.* **Principles Of Esthetic Evaluation For Anterior Teeth**. Journal of Dental and Medical Sciences, v. 15, n. 3, p. 28-38, 2016.

BASTOS, N. A. *et al.* **Clinical performance of the composite resin veneers: the minimally invasive approach**. Arch Health Invest, v. 7, n.9, p. 392-396, 2018.

BREA, L. *et al.* **Dental Crowding: The Restorative Approach**. Dental Clinics of North America, v. 55, n. 2, p. 301-310, 2011.

CÂMARA, C. A. L. P. **Estética em Ortodontia: diagramas de referencias estéticas dentárias (DRED) e Faciais (DREF)**. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, v.11, n.6, p. 130-56, nov/dez 2006.

CÂMARA, C. A. **Estética em Ortodontia: seis linhas horizontais do sorriso**. Dental Press Journal of Orthodontics, v. 15, n. 1, p. 118-31, Jan./Fev. 2010.

CÂMARA, C.A. **Análise morfológica tridimensional do sorriso**. Dental Press Journal of Orthodontics, v.11, n. 3, p. 10-24, jun-jul 2012.

CARRILHO, E. V. P., PAULA, A. **Reabilitações estéticas complexas baseadas na proporção áurea**. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, v. 48, n. 1, p. 43- 53, 2007.

CARIOLI, A. *et al.* **Avaliação do contorno gengival na estética do sorriso.** Revista do Instituto de Ciências da Saúde, v.26, n.2, p.242-245, 2008.

CARVALHO, B. C. F. **Utilização de imagem digital para diagnóstico e planejamento estético.** Revista Dental Press de Estética, v. 3, n. 1, p. 72-82, 2006.

CUNHA, T. D. *et al.* **Proporção áurea em dentes permanentes anteriores superiores.** Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais, v. 5, n. único, p. 33-38, 2013.

DELALÍBERA, H. V. C. *et al.* **Avaliação estética de pacientes submetidos a tratamento ortodôntico.** Acta Scientiarum. Health Sciences, v. 32, n. 1, p. 93-100, 2010.

DOMARQUES, M. C. O. *et al.* **Relação da má-oclusão, o sistema estomatognático e a postura global do paciente.** Revista da AcBO, Rio de Janeiro: v.7, n.3, p.175-178, 2018.

FRADEANI, M.; BARDUCCI, G. **Reabilitação Estética em Prótese Fixa. Tratamento Protético. Uma Abordagem Sistemática a Integração Estética, Biológica.** São Paulo: Editora Quintessence, 2009.

HIRATA, Ronaldo. **Restaurações estéticas e transformações anteriores.** *In:* HIRATA, Ronaldo. TIPS: dicas em odontologia estética. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2011.

JACOBSON, N.; FRANK, A. **The myth of instant orthodontics: an ethical quandary.** The Journal of the American Dental Association, v. 139, n. 4, p. 424-434, abr. 2008.

LEAL, Maria Cristina Sponholz. **Desalinhamento dental: dentística ou ortodontia?** 2016. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Odontologia – UFSC, Florianópolis, 2016.

MALTAGLIATI, L. A. **Análise dos fatores que motivam os pacientes adultos a buscarem o tratamento ortodôntico.** Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, Maringá, v. 12, n. 6, p. 54-60, nov./dez. 2007.

NOAR, J.H *et al.* **A discerning approach to simple aesthetic orthodontics.** British Dental Journal, v.218, n. 3, p. 157-166, 2015.

OLIVEIRA, P. T. G. *et al.* **Fechamento de diastemas em incisivos laterais superiores após tratamento ortodôntico.** Revista Ortodontia Gaúcha, v. 22, n. 2, p. 37-48, 2017.

PROFFIT, W. R. **Má Oclusão e Deformidade Dentofacial na Sociedade Contemporânea.** In: PROFFIT, W. R., FIELDS, H. W. Jr., SARVER, D. M. (Org). Ortodontia Contemporânea. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p. 3-21.

RAJ, V. **Esthetic paradigms in the interdisciplinary management of maxillary anterior dentition-a review.** Journal of Esthetic and Restorative Dentistry, v.25, n. 5, p. 295–304, 2013.

SADOWSKY, S. J. **An overview of treatment considerations for esthetic restorations: a review of the literature.** The Journal of prosthetic dentistry, v. 96, n. 6, p. 433-442, dez. 2006.

SOUZA, F. H. C. *et al.* **Direct anterior composite veneers in vital and non-vital teeth: a retrospective clinical evaluation.** Journal of Dentistry, v. 43, n. 11, p. 1330-1336, nov. 2015.

SPEAR, F. M. **The esthetic correction of anterior dental malalignment conventional vs. instant (restorative) orthodontics.** Journal of the California Dental Association, v. 32, n. 2, p. 133-141, Fev. 2004.

SPEAR, F. M.; KOKICH, V. G.; MATHEWS, D. P. **Interdisciplinary management of anterior dental esthetics.** The Journal of the American Dental Association, v. 137, n. 2, p. 160-169, Fev. 2006.

UGUR, E. YUCEL, T. YILDIZ, E. **Treatment options, timing and sequencing: direct-Indirect restorative treatment.** Esthetic and Functional Management of Diastema. Nova York. Editora: Springer, dez. 2015, p.169-183.

