

Reabilitação estética de dente conóide: relato de caso

Recebido: 15-07-2023 | Aceito: 25-07-2023 | Publicado: 17-10-2024

Anna Danielle Oliveira dos Santos

Faculdade do Amazonas (IAES), Brasil.
E-mail: anadani_santos@hotmail.com

Diana Fernandes de Melo

Faculdade do Amazonas (IAES), Brasil.
E-mail: dianafmelo123@gmail.com

Jorge Alberto Carrazana Moya

Faculdade do Amazonas (IAES), Brasil.
E-mail: jorge.carrazana67@gmail.com

Kathleen Rebelo de Sousa

Faculdade do Amazonas (IAES), Brasil.
E-mail: kathleenrebelo@gmail.com

Lizete Karla Filgueiras de Souza

Faculdade do Amazonas (IAES), Brasil.
E-mail: lizetefilgueiras@hotmail.com

Marcela Lopes Linhares

Faculdade do Amazonas (IAES), Brasil.
E-mail: marcelalinhaires@gmail.com

Márcio Langbeck Castelo Branco

Faculdade do Amazonas (IAES), Brasil.
E-mail: marcio.langbeck@gmail.com

Márcio Lopes Linhares

Faculdade do Amazonas (IAES), Brasil.
E-mail: marciolinhaires74@gmail.com

Como citar: Santos ADO, Melo DF, Moya JAC, Sousa KR, Souza LKF, Linhares ML, et al. Reabilitação estética de dente conóide: relato de caso. Revista Clínica de Odontologia. 2023;5(1):67-79.

RESUMO

À medida que a estética avança na Odontologia Moderna, as expectativas das pessoas em relação aos seus sorrisos tornam-se cada vez mais altas. A microdontia ou dente conóide, que se refere a dentes menores que o normal, é uma das anormalidades que causa maiores queixas estéticas devido às suas características. Os dentes conóides têm prevalência de 0,6 a 9,9%, sendo os dentes laterais superiores cônicos afetando aproximadamente 55.000 pessoas, sendo as mulheres mais susceptíveis do que os homens. Muitos fatores devem ser considerados ao restaurar dentes anteriores, dependendo das expectativas do paciente e da prática odontológica. A técnica de

resina composta direta tem se destacado por proporcionar benefícios estéticos, preservar a estrutura dentária, ser realizada em uma única consulta, ser mais barata e não necessitar de nenhum processo laboratorial. O objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico de reabilitação estética em dente conóide no incisivo lateral superior esquerdo com restauração de resina composta com a técnica direta. O planejamento clínico é essencial para a escolha da técnica e do material restaurador a ser utilizado. Apesar das diversas técnicas propostas para o tratamento dos incisivos laterais conóides, a reanatomização estética com faceta direta de resina composta, utilizado neste estudo, foi de forma eficaz e de baixo custo, permitindo um tratamento minimamente invasivo e de passíveis ajustes posteriores, possibilitando o restabelecimento da autoestima e a harmonia do sorriso da paciente.

Palavras-chave: Reabilitação Bucal. Estética Dentária. Resina Composta.

ABSTRACT

As aesthetics advance in modern dentistry, people's expectations of their smiles become ever higher. Microdontia or conoid tooth, which refers to teeth smaller than normal, is one of the abnormalities that causes major aesthetic complaints due to its characteristics. Conoid teeth have a prevalence of 0.6 to 9.9%, with conical upper lateral teeth affecting approximately 55,000 people, with women being more susceptible than men. Many factors must be considered when restoring anterior teeth, depending on patient expectations and dental practice. The direct composite resin technique has stood out for providing aesthetic benefits, preserving tooth structure, being performed in a single consultation, being cheaper and not requiring any laboratory process. The objective of this study was to report a clinical case of aesthetic rehabilitation in a conoid tooth in the upper left lateral incisor with composite resin restoration using the direct technique. Clinical planning is essential for choosing the technique and restorative material to be used. Despite the various techniques proposed for the treatment of conoid lateral incisors, the aesthetic reanatomization with a direct veneer of composite resin, with diagnostic waxing, used in this study, was effective and inexpensive, allowing a minimally invasive treatment and possible posterior adjustments, enabling the restoration of self-esteem and the harmony of the patient's smile.

Keywords: Oral Rehabilitation. Dental Aesthetics. Composite resin.

INTRODUÇÃO

Os indivíduos estão se tornando cada vez mais exigentes com seus sorrisos à medida que a estética na Odontologia Contemporânea se desenvolve. Portanto, vários fatores, incluindo anomalias de forma, cor, tamanho ou posicionamento dos dentes, podem interferir na estética do sorriso. Logo, a perspectiva estética tem importante influência na vida dos indivíduos, podendo afetar sua autoestima, comportamento social e qualidade de vida^(1,2).

A microdontia ou dente conóide, que se refere a dentes menores que o normal. É uma anomalia dentária que se distingue pela redução dos diâmetros mesiodistal e cervico-incisal (por alteração coronária ou nível das margens gengivais) da coroa dentária, razão pela qual são considerados dentes pequenos com anatomia adequada, podendo ocorrer de forma generalizada ou em um único dente, sendo o incisivo lateral superior frequentemente acometido^(3,4).

Os dentes conóides têm uma prevalência de 0,6 a 9,9%, com cerca de 55 mil pessoas acometidas por dentes laterais superiores cônicos, sendo as mulheres mais propensas que os homens⁽⁵⁻⁷⁾.

Quanto à etiologia dos dentes conóides, autores afirmam que tais alterações de desenvolvimento podem acontecer devido a fatores sistêmicos, ambientais, locais, hereditários ou traumáticos. Os incisivos laterais conóides apresentam um forte componente genético em sua etiologia, apresentando expressão de um gene autossômico dominante⁽⁸⁻¹⁰⁾.

O plano de tratamento ideal para reanatomização de dente conóide deve-se optar pelo mais conservador, ou seja, aquele que preserva ao máximo a estrutura dentária, sendo minimamente invasivo. Deve priorizar aspectos mecânicos, biológicos e funcionais, para que se alcance um resultado estético com longevidade, duradouro⁽¹¹⁻¹³⁾.

Desde sua introdução na década de 1960, as resinas compostas tornaram-se cada vez mais populares e agora são consideradas materiais universais, sendo a primeira escolha para restaurações diretas em dentes anteriores e posteriores. As características estéticas de adaptação à cor natural do dente, capacidade de aderir aos tecidos dentais, menor necessidade de remoção total do dente e o baixo custo em relação aos materiais indiretos são alguns dos motivos da grande popularidade das resinas compostas⁽¹¹⁻¹³⁾.

As resinas compostas são uma mistura complexa de resinas polimerizáveis misturadas com partículas inorgânicas de enchimento. Para ligar as partículas de enchimento à matriz de resina, as partículas são revestidas com silano, um agente de ligação. Outros aditivos são incluídos na formulação, como

os fotoiniciadores, que iniciam a polimerização, ajustam a viscosidade e melhoram a opacidade radiográfica^(4,14).

A matriz de resina é composta por monômeros de dimetacrilato alifáticos ou aromáticos. Esses monômeros (Bis-GMA - bisfenol-A-glicidil metacrilato e trietileno glicol dimetacrilato - TEGDMA) desempenham papel fundamental no potencial de contração de polimerização de resinas. Normalmente utilizado em conjunto, esse sistema apresenta resultados clínicos relativamente satisfatórios, mas ainda existem propriedades que precisam ser melhoradas, como a resistência à abrasão. As partículas de carga conferem estabilidade dimensional à matriz de resina e melhoram suas propriedades, reduzindo a contração de polimerização, a absorção de água e o coeficiente de dilatação térmica, proporcionando aumento da resistência à tração, compressão e abrasão, aumentando o módulo de elasticidade (rigidez) da resina composta⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Na restauração de dentes anteriores, existem muitos fatores a serem considerados que dependem das expectativas do paciente e da prática da Odontologia. Dependendo da situação clínica encontrada, existem várias opções de tratamento para restaurar a forma, a estética e a função, como tratamento ortodôntico, facetas laminadas, coroas cerâmicas ou restaurações em resina composta^(18,19).

Por meio de tratamentos minimamente invasivos, as restaurações estéticas em resina composta buscam devolver ao sorriso a naturalidade, a cor, a forma, a funcionalidade e, principalmente, a harmonia. Existem dois métodos de reanatomização: direto e indireto. Ambos os métodos oferecem resultados excelentes, bem como benefícios e desvantagens que podem ser físicos, financeiros ou psicológicos. A técnica direta de resina composta tem se destacado por oferecer benefícios estéticos, manter a estrutura do dente, ser concluída em uma consulta, ser mais barata e não requerer nenhum processo laboratorial. A técnica indireta é indicada para cavidades extensas. É fundamental ressaltar a importância da adesão a protocolos e planos restauradores com resina composta, a fim de sanar dificuldades estéticas, obter bons resultados e garantir a satisfação do paciente com o tratamento proposto^(6,7,14,17,20).

O objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico de reabilitação estética em dente conóide no incisivo lateral superior esquerdo com restauração de resina composta com a técnica direta.

RELATO DE CASO

Paciente IZDN, 21 anos, gênero masculino, leucoderma, compareceu a clínica integrada da Faculdade do Amazonas – IAES com queixa principal “eu me sinto muito incomodado com a estética do meu dente na hora de sorrir”. Na anamnese o paciente relatou está realizando tratamento ortodôntico, mas ainda assim incomodava o tamanho do dente. No exame clínico observou-se a presença dente conóide no incisivo lateral superior esquerdo (22) comprometendo a estética do sorriso (Figuras 1 e 2).



Figura 1 – Aspecto inicial frontal.



Figura 2 – Aspecto inicial sem aparelho.

O tratamento proposto foi a reanatomização estética do dente conóide no incisivo lateral superior esquerdo (22) por meio de restauração direta de resina composta. Os possíveis riscos e benefícios foram apresentados ao paciente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1) e o paciente concordou em participar assinando e o Termo de Autorização de Uso de Imagem (Anexo 1). O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas e encontra-se sob aguardo de parecer (Anexo 2).

Foi feita a seleção de cor (Figura 3). Para a realização do procedimento restaurador, iniciou-se o preparo do dente conóide no incisivo lateral superior esquerdo com broca diamantada cônica ponta de lápis (FG, American Burrs®) (Figura 4).



Figura 3 – Seleção de cor.

Feito o preparo, realizou-se o isolamento relativo com teflon, em seguida, foi feito o preparo cavitário com broca diamantada ponta de lápis para confecção de arranhuras para melhor adaptação da resina. Em seguida, a superfície vestibular em esmalte foi condicionada com Gel de Ácido Fosfórico à 37% (Condac 37®) durante 30 segundos (Figura 3). Fez-se a lavagem do ácido fosfórico com água pelo dobro de tempo (Figura 4). Em seguida, realizada aplicação do sistema adesivo Universal (Ambar®) por 20 segundos com aplicador Microbrush fino (Allprime®) (Figura 5), em seguida, jato de ar para evaporação do solvente (Figura 5) e fotopolimerização por 20 segundos (Figura 6).



Figura 4 - Preparo do dente conóide



Figura 5 - Condicionamento ácido.



Figura 6 - Lavagem pelo dobro de tempo.



Figura 7 - Aplicação do sistema adesivo.



Figura 8 - Jatos de ar.



Figura 9 - Fotopolimerização do elemento.

Com o auxílio de uma matriz de poliéster confeccionamos a concha palatina na técnica direta (Figura 10 A-B), na sequência, com auxílio de uma espátula Modella LM-Arte (Quinelato®), foi aplicada as resinas de dentina nano-híbrida nas cores A3E (Filtek Z350 XT, 3M®) e A2D (Kerr®) (Figuras 11 A-B), selecionadas antes do isolamento, para reanatomizar do dente conóide. A cada incremento de resina composta foi fotopolimerizada por 20 segundos, e ao final da restauração, por 40 segundos (Figuras 12 e 13).

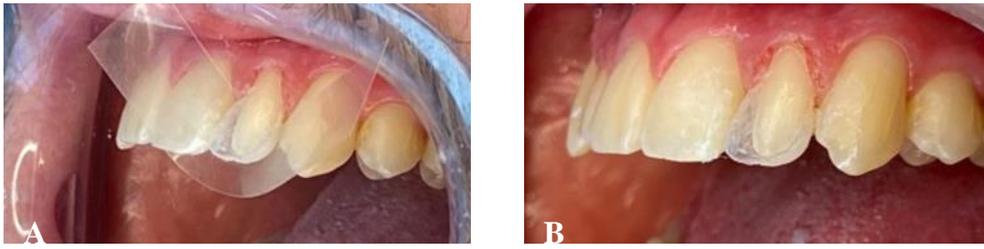


Figura 10 (A) - Preparação da concha palatina; (B) - Concha palatina.



Figura 11 (A) - Seleção da resina na cor A2D; (B) - Seleção da resina na cor A3E.



Figura 12 - Aspecto após fotopolimerização

Após 48h, foi realizado o acabamento cervical, inicialmente através da remoção dos excessos com lâmina de bisturi nº 12. Foram removidos os excessos nas faces cervicais e proximais com broca #3195FF, e acabamento com borracha abrasiva, discos de lixas com granulação média (Praxis, TDV, Pomerode, SC, Brasil), e finas (Pop On Sof-Lex, 3M, SP, Brasil) e tira de lixas de poliéster em regiões próximas (Figura 13 A-C). Finalizando o polimento com borrachas espirais kit polidor Jiffy Polisher Espiral (Ultradent®), e discos de feltro com pasta diamantada (Ultradent®), obtendo uma superfície lisa e brilhante (Figura 14 A-C). Ao final do polimento, a resina apresentou aspectos ópticos avançados e cor harmônica com os demais elementos do sorriso (Figura 15).



Figura 13 (A) - Borracha abrasiva grossa; (B) - Borracha abrasiva média.



Figura 13 (C) - Disco polidor abrasivo



Figura 14 (A) - Pasta diamantada de polimento.



Figura 14 (B) - Kit polidor Jiffy Polisher Espiral; (C) - Kit polidor Jiffy Polisher Espiral



Figura 15 - Aspecto final imediato.

DISCUSSÃO

Elfadil et al.⁽²¹⁾ consideram que a chave para um resultado de tratamento bem-sucedido é um diagnóstico correto e um plano de tratamento adequado. A etiologia e os fatores que contribuem para o espaçamento maxilar anterior, como genética, cárie, doença periodontal, protrusão lingual e inserção do frênulo alto, devem ser cuidadosamente considerados antes de determinar o tipo de restauração final.

Segundo Fahl e Ritter⁽²²⁾ o desenvolvimento do dente é um processo complexo, resulta da interação do epitélio derivado do primeiro arco e das células ectomesenquimais derivadas das células da crista neural. Para Araujo e Perdigão⁽²³⁾, o processo fisiológico do desenvolvimento dentário envolve vários estágios, como iniciação, proliferação, histodiferenciação, morfodiferenciação e aposição. Quaisquer alterações que ocorram no processo normal de desenvolvimento do dente podem levar a anomalias de desenvolvimento do dente. No presente caso, o paciente em questão apresentava anomalia dentária no incisivo lateral superior, conforme preconizado pelos autores.

Segundo Omeish et al.⁽²⁴⁾ a prevalência dos incisivos laterais conóides é de 1,6% a 4,9% da população, acometendo mais as mulheres e podem ser bilaterais ou unilaterais, com maior ocorrência na arcada dentária do lado esquerdo e. No caso apresentado, em contrapartida aos autores supracitados, o paciente era do gênero masculino, porém, foi acometido o incisivo lateral esquerdo.

Para Lekwani et al.⁽²⁵⁻²⁷⁾ as anomalias dentárias na dentição humana consistem em uma variação considerável no tamanho, número, posição, forma e estrutura do dente, como exemplo a microdontia ou dente conóide. Reitera Haak et al.⁽²⁸⁾ que o dente conóide é a variação no tamanho dos dentes em que os dentes são menores em tamanho do que o normal, podendo ocorrer tanto na dentição decídua quanto na permanente, sendo mais acometido os incisivos laterais superiores. Em conformidade com os autores, o incisivo lateral superior esquerdo (22) do paciente apresentava acometimento em alteração de tamanho.

Conforme Chen et al.⁽²⁷⁾, o tratamento para dente conóide geralmente requer restauração estética com faceta de resina composta direta ou indireta. Laverty e Thomas⁽²⁹⁾ sugeriram a ortodontia como forma de tratamento para fechar as lacunas entre os dentes. Porém, existe situações em que o tratamento ortodôntico não consegue fechar completamente esses espaços, e manter a oclusão correta e o bom aspecto estético. No presente caso, optou-se como forma de tratamento a reabilitação estética do elemento dental 22 com restauração estética de faceta direta em resina composta.

Para Haak et al.⁽²⁸⁾ a abordagem mais conservadora para restabelecer a forma do incisivo lateral é a faceta direta de resina composta por ser uma abordagem conservadora minimamente invasiva. Os recentes materiais estéticos de resina composta têm propriedades físicas e mecânicas semelhantes às dos dentes naturais, além deles oferecerem uma ampla gama de tons de cores e opacidades variadas projetadas especificamente para a técnica de camadas. Contribui Miyoshi et al.⁽³⁰⁾ afirmando que além disso, o tratamento de faceta direta de resina composta é mais barato em comparação com as facetas de cerâmica. No caso apresentado, optou-se em utilizar faceta direta de resina composta, corroborando com os autores supracitados.

Para Ningsih, Asih e Putri⁽³¹⁾ as restaurações diretas de resina composta para dentes conóides, embora possam ser concluídas em uma visita, requerem um tempo de tratamento mais longo. As desvantagens das facetas diretas de resinas compostas para tratamento de dente conóide são vazamento de borda, fratura, descoloração e irritação da margem gengival, caso o paciente tenha problemas com bruxismo severo existe limitações funcionais que exigem manutenção para repolimento superficial.

Destacam Brito, Ferreira e Yamashita⁽³²⁾, que o acabamento e polimento das facetas de resina composta na execução devem ser feitos de forma adequada para evitar problemas com porosidade, falta de brilho e mudança de cor. A durabilidade das facetas depende tanto do material escolhido durante o planejamento quanto de fatores relacionados ao paciente e à qualidade do procedimento realizado pelo dentista. No caso apresentado, a etapa de

acabamento e polimento foi realizado de forma minuciosa e cuidadosa conforme preconizado pelos autores.

CONCLUSÃO

O planejamento clínico é essencial para a escolha da técnica e do material restaurador a ser utilizado. Apesar das diversas técnicas propostas para o tratamento dos incisivos laterais conóides, a reanatomização estética com faceta direta de resina composta, utilizado neste estudo, foi de forma eficaz e de baixo custo, permitindo um tratamento minimamente invasivo e de passíveis ajustes posteriores, possibilitando o restabelecimento da autoestima e a harmonia do sorriso da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Pena CE, Viotti RG, Dias WR, Santucci 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.
2. Aragão AC, Pepino JC, Barbosa IF, Câmara JVC, Campos PRB, Castro GFB. Reanatomization of conoid theeth in a patient with epilepsy: a case report. *Res Soc Dev.* 2020;9(11):1–10.
3. Sena JF, Araújo RR, Martinho PVA. Treatment options for conoid teeth: a literature review. *Int J Adv Eng Res Sci.* 2021;8(12).
4. Wang Y, Li J, Chen D, Li L. Analysis of cosmetic effect of nanocomposite resin on anterior teeth. *Comput Math Methods Med.* 2021;2021.
5. Lobato MF, Sbardelotto C, Isaac SZ, Hilger LA. Reanatomização de dente conóide com resina composta por meio de técnica de aplicação simplificada. *Rev Nav Odontol.* 2019;46(1):31–6.

6. Yuan JX, Yang KY, Ma J, Wang ZZ, Guo QY, Liu F. Step-by-step teaching method: improving learning outcomes of undergraduate dental students in layering techniques for direct composite resin restorations. *BMC Med Educ.* 2020 Sep 11;20(1).
7. Souza LS, Donato TR, Cerqueira GA, Cavalcanti AN, Mathias P. Color stability of an artificially aged nanofilled composite resin post-cured with different techniques. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2021;15(1):53.
8. Mohan KR, Thangavelu RP, Fenn SM. Bilateral inverted mesiodens: a rare case evaluated by cone-beam computed tomography. *Cureus.* 2022 Jul 7;14(7).
9. Alarcón J, Guzmán J, Masuko TS, Cáceres PN, Fuentes R. Non-syndromic familial mesiodens: presentation of three cases. *Diagnostics.* 2022 Aug 1;12(8).
10. Barham M, Okada S, Hisatomi M, Khasawneh A, Tekiki N, Takeshita Y, et al. Influence of mesiodens on adjacent teeth and the timing of its safe removal. *Imaging Sci Dent.* 2022;52(1):67.
11. Dionysopoulos D, Gerasimidou O. Wear of contemporary dental composite resin restorations: a literature review. *Restor Dent Endod.* 2021;46(2).
12. Valizadeh-Haghi H, Molaee S, Kamran A, Davoodzadeh S. Masking ability of bleach shade composite resins in different thicknesses. *Int J Dent.* 2022;2022.
13. Gwon B, Bae E Bin, Lee JJ, Cho WT, Bae HY, Choi JW, et al. Wear characteristics of dental ceramic CAD/CAM materials opposing various dental composite resins. *Materials (Basel).* 2019 Jun 1;12(11).
14. Jaramillo-Cartagena R, López-Galeano EJ, Latorre-Correa F, Agudelo-Suárez AA. Effect of polishing systems on the surface roughness of nano-hybrid and nano-filling composite resins: a systematic review. *Dent J.* 2021 Aug 1;9(8).
15. Lee MJ, Seo Y Bin, Seo JY, Ryu JH, Ahn HJ, Kim KM, et al. Development of a bioactive flowable resin composite containing a zinc-doped phosphate-based glass. *Nanomaterials.* 2020 Nov 1;10(11):1-12.
16. Zhang X, Zhang Q, Meng X, Ye Y, Feng D, Xue J, et al. Rheological and mechanical properties of resin-based materials applied in dental restorations. *Polymers (Basel).* 2021 Sep 1;13(17).
17. Martínez-Ccahuana L, Álvarez-Vidigal E, Arriola-Guillén E, Aguilar-Gálvez D. Effect of pediatric mouthwashes on the color stability of dental restorations with composite resins. In vitro comparative study. *J Clin Exp Dent.* 2022;14(11):e897.

18. Worthington H V., Khangura S, Seal K, Mierzwinski-Urban M, Veitz-Keenan A, Sahrman P, et al. Direct composite resin fillings versus amalgam fillings for permanent posterior teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Aug 13;2021(8).
19. Guarnieri FDF, Briso ALF, Ramos FDSES, Esteves LMB, Omoto ÉM, Sundfeld RH, et al. Use of auxiliary devices during retreatment of direct resin composite veneers. *PLoS One.* 2021 Jun 1;16(6).
20. Shah Y, Shiraguppi V, Deosarkar B, Shelke U. Long-term survival and reasons for failure in direct anterior composite restorations: A systematic review. *J Conserv Dent.* 2021 Sep 1;24(5):415.
21. Elfadil S, Nassar HI, Elbeshbeishy RA, Annamma LM. Esthetic Rehabilitation of Pediatric Patients Using Direct Bonding Technique-A Case Series Report. *Child (Basel, Switzerland)* [Internet]. 2023 Mar 13 [cited 2023 Jun 5];10(3):546. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36980104/>
22. Fahl N, Ritter A V. Composite veneers: The direct-indirect technique revisited. *J Esthet Restor Dent.* 2021 Jan 1;33(1):7-19.
23. Araujo E, Perdigão J. Anterior Veneer Restorations - An Evidence-based Minimal-Intervention Perspective. *J Adhes Dent.* 2021 Apr 7;23(2):91-110.
24. Omeish N, Nassif A, Feghali S, Vi-Fane B, Bosco J. Esthetic and functional rehabilitation of peg-shaped maxillary lateral incisors: Practical recommendations. *Clin Case Reports.* 2022 Mar;10(3).
25. Lekhwani PS, Marwah N, Sharma Y, Yadav P. A rare occurrence of nonsyndromic focal microdontia of primary teeth with hypodontia of permanent teeth in a pediatric patient. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2022 Feb 1;26(Suppl 1):S22.
26. Limothai P, Leevailoj C. Esthetic treatment of anterior spacings in a patient with localized microdontia using no-prep veneers combined with periodontal surgery: a clinical report. *Dent J* [Internet]. 2019;39(2):115-25. Available from: http://www.dt.mahidol.ac.th/division/th_Academic_Journal_Unit
27. Chen Y, Zhou F, Peng Y, Chen L, Wang Y. Non-syndromic occurrence of true generalized microdontia with hypodontia: A case report. *Med (United States).* 2019;98(26).
28. Haak R, Siegner J, Ziebolz D, Blunck U, Fischer S, Hajtó J, et al. OCT evaluation of the internal adaptation of ceramic veneers depending on preparation design and ceramic thickness. *Dent Mater.* 2021 Mar 1;37(3):423-31.
29. Laverty DP, Thomas MBM. The restorative management of microdontia. *Br Dent J.* 2016 Aug 26;221(4):160-6.

30. Miyoshi C, Rached R, Meira T, Allahham A, Saga A, Tanaka O. The eye-tracking study of the impact of the gingival margin height of maxillary lateral incisors. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2020 Mar;40(2):261-70.
31. Ningsih JR, Asih R, Putri RMK. Restorasi mahkota jaket resin komposit pada gigi insisivus lateralis maksila yang mengalami mikrodonisia. *J Med Heal*. 2021 Feb 27;3(1):61-72.
32. Brito JAO de, Ferreira V da S, Yamashita RK. Indicações e longevidade das facetas de resina composta: revisão de literatura. *Res Soc Dev*. 2022;11(13):e467111335738.