

TÉCNICA FÁCIL E RÁPIDA DE ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO UTILIZADA NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PÚBLICO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI

José Guilherme Férrer Pompeu¹
Vera Lúcia Gomes Prado²

Rua Lisandro Nogueira, 1625-1º andar
64.000-200 Teresina – PI
(86)221.6662 pompeu@webone.com.br

1 - Professor Adjunto Doutor Departamento de Odontologia Restauradora da UFPI
2 - Professora Adjunta Departamento de Odontologia Restauradora da UFPI

RESUMO

Este trabalho refere-se a um relato de caso em que se utilizou a proposta de técnica fácil e rápida de enceramento diagnóstico com uso de fôrmas dentárias industrializadas, a qual apresenta a mesma eficácia e vantagens do enceramento diagnóstico convencional, mas sem a necessidade de esculpir a superfície oclusal, o que permite que alunos e técnicos menos experientes possam rapidamente aprendê-la e aplicá-la com resultados ótimos.

UNITERMOS: Enceramento diagnóstico.
Reabilitação oral.

ABSTRACT

This is a case report in which patient the easy and quick technique of diagnostic waxing with commercial dental plates was employed. This modification in the conventional technique for diagnostic waxing has presented the same efficacy and advantages, but without the need of sculpturing the occlusal plane, allowing students and less skilled professionals to learn it and put it into practice quickly with optimal results.

UNITERMS: Diagnostic waxing. Oral rehabilitation

INTRODUÇÃO

O enceramento diagnóstico constitui procedimento imprescindível para o correto planejamento de recuperação oral em pacientes edentados. Nestes casos, as disposições, a forma e a estética corretas dos dentes serão determinadas pelo enceramento diagnóstico, atendendo-se os seguintes princípios: a perfeita harmonia entre os determinantes dos movimentos mandibulares e a morfologia oclusal, e a ocorrência suave, harmoniosa e sem contatos deflexivos dos movimentos cêntricos e excêntricos. Estes princípios é que vão assegurar a prevenção das disfunções musculares e dos distúrbios da articulação têmporo-mandibular (ATM), resultando em melhor estabilidade do sistema estomatognático^{2,6}.

Basicamente, o enceramento serve para reconstruir a porção desgastada dos dentes e substituir os dentes ausentes, de modo a determinar corretamente o plano oclusal, os contatos simultâneos nos dentes posteriores e guia anterior⁷.

A importância do enceramento diagnóstico associado a um planejamento integral para a obtenção de reabilitação oral ideal foi evidenciada por¹, que também atribuiu a esta técnica a função de ser guia e, ao mesmo tempo, servir de demonstração para o paciente do trabalho a ser executado e do provável prognóstico funcional e estético. Este autor relatou um caso de micrognatismo, perda de dentes e de dimensão vertical cuja reabilitação oral só foi possível após análise oclusal, enceramento diagnóstico, planejamento integrado com especialidades afins e instalação de próteses metálo-cerâmicas superior e inferior. Com o enceramento diagnóstico é possível prever a estabilidade oclusal, a liberdade de movimentos mandibulares e a ausência de interferências, que, por sua vez, são essenciais para o equilíbrio do aparelho estomatognático.

Na análise do inter-relacionamento da prótese dentária com implantodontia fundamentada na literatura pertinente, DIAS et al.⁴ concluíram pela importância do enceramento diagnóstico para o nivelamento do plano oclusal. Recomendaram, para tanto, a perfeita sintonia no trabalho dos cirurgiões e protesistas, uma vez que, para a realização de implantes, é crucial a condição do rebordo alveolar.

É por meio deste procedimento - o enceramento diagnóstico - que os protesistas podem avaliar o caso antes de qualquer cirurgia para posicionamento de implantes osseointegrados ou da colocação de próteses fixas, de modo a garantir o resultado final ideal da prótese^{2,6,9}.

A importância do enceramento diagnóstico extrapola a fase de planejamento. A sua relevância tem sido atestada também na fase de tratamento⁵, durante a qual o sobrecontorno das regiões cervicais deve ser evitado, de modo que se evite, igualmente, o acúmulo de placa bacteriana e se facilite o acesso à higienização⁸. Isso, porém, só é possível a partir de

preparo adequado que, por sua vez, depende do melhor entrosamento possível com o técnico de laboratório^{5,3}.

Habitualmente, o enceramento diagnóstico é realizado pelo protético em laboratório. Para tanto, o cirurgião dentista clínico molda a boca do paciente, procede ao vazamento que resulta no modelo em gesso da boca deste paciente e executa a montagem em articulador. O protético, então, se encarrega de esculpir os espaços edêntulos ou completar dentes(s) desgastado(s) ou quebrado(s).

Trata-se, contudo, de um processo relativamente complexo para o aluno de graduação em Odontologia ou para técnicos menos experientes. Por outro lado, o mercado dispõe de fôrmas dentárias (Conformix) cujo uso dispensa que os alunos tenham que esculpir a superfície oclusal, procedimento mais difícil e delongado.

Este trabalho, portanto, refere-se ao relato de um caso em que a técnica de enceramento diagnóstico foi realizada com modificações, no sentido de torná-la mais fácil e mais rápida para o aluno, permitindo-lhe otimizar o atendimento odontológico público.

Relato do caso

Um paciente do sexo masculino, com 55 anos de idade, foi atendido no Serviço à Comunidade da Universidade Federal do Piauí. Ao exame clínico, foi observada perda de vários elementos dentários comprometendo toda a oclusão funcional deste paciente, requerendo, portanto, reabilitação oral imediata.

Para o planejamento dessa reabilitação, empregou-se a técnica fácil e rápida de enceramento diagnóstico.

Inicialmente, a boca do paciente foi devidamente moldada, e o molde foi vazado para obtenção do modelo em gesso especial. A montagem foi realizada com articulador semi-ajustável (ASA), seguindo-se todos os passos convencionais deste procedimento.

Os modelos obtidos montados em RC permitiram evidenciar tanto o desgaste patológico quanto a perda dos princípios de oclusão (Figura 1). Lateralmente, os modelos evidenciaram alteração da curva de Spee, ausência da guia de desocclusão e perda da dimensão vertical (Figura 2). Na vista oclusal dos modelos, demonstraram-se as facetas de desgaste e os espaços edêntulos (Figura 3).



Figura 1

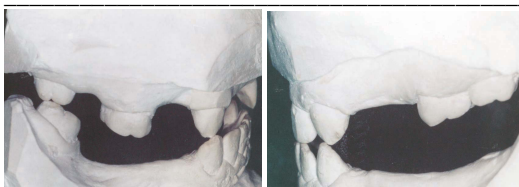


Figura 2

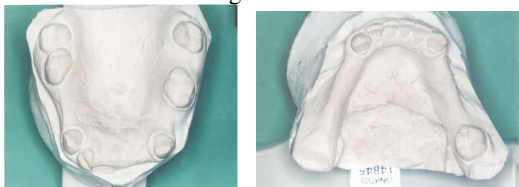


Figura 3

Para a confecção dos dentes, utilizou-se o *kit* industrializado Conformix, que é composto de quatro fôrmas (Figura 4): (1) uma com dentes superiores anteriores direitos e esquerdos; (2) uma com dentes inferiores anteriores direitos e esquerdos; (3) uma com dentes superiores posteriores direitos e esquerdos; (2) uma com dentes inferiores posteriores direitos e esquerdos.



Figura 4

Para tanto, mediu-se o espaço edêntulo de modo a encontrar, nas fôrmas Conformix, uma bateria de dentes com tamanho igual ou bastante aproximado aos necessários (Figura 5). Foram, assim, utilizadas fôrmas dentárias com tamanho aproximado aos dentes necessários.

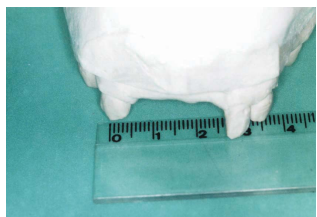


Figura 5.

Com o emprego de pingador, Lecron, cubeta metálica para derreter a cera e lâmpada à álcool como instrumentais (Figura 6), iniciou-se a fase seguinte da técnica. Foi colocada no modelo uma camada fina de cera utilidade para auxiliar no posicionamento dos dentes de cera (Figura 7). As formas escolhidas foram preenchidas com cera, e aguardou-se o seu endurecimento para a retirada dos dentes (Figura 8).

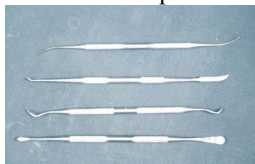


Figura 6



Figura 7

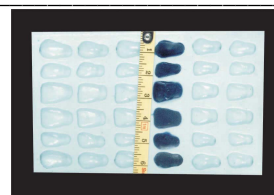
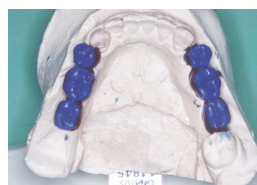
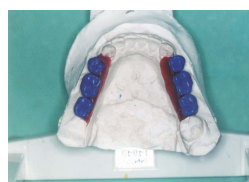
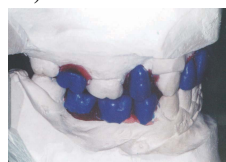


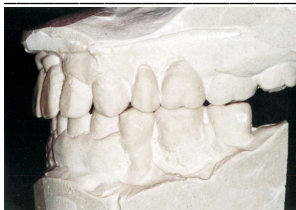
Figura 8

Os dentes construídos em cera foram devidamente lapidados e posicionados (Figuras 9 a 12), atendendo-se rigorosamente aos princípios de oclusão, orientados a partir dos movimentos realizados no ASA (Figura 13).



Por fim, os dentes foram fixados com cera de escultura, e a aplicação dos princípios de oclusão pôde ser ainda mais refinada resultando em enceramento diagnóstico concluído e lapidado (Figura 13).





Os modelos assim obtidos foram mostrados ao paciente, que recebeu todas as explicações sobre como seria conseguido o seu protótipo, e qual seria o prognóstico estético e funcional de sua reabilitação.

DISCUSSÃO

É indiscutível a importância do enceramento diagnóstico para o planejamento de uma reabilitação oral ideal (BASSANTA, 1992¹; DIAS et al., 1993⁴; SHIRATA et al., 1999⁶; SHIROMA et al., 2000⁷). Todavia, a prática convencional desta técnica vem sendo de uso quase que exclusivo dos protéticos e dos cirurgiões dentistas habilitados e mais experientes, sempre requerendo um entrosamento bastante amplo destes técnicos, o que acaba em um processo mais demorado do que a necessidade imediata da reabilitação em si do paciente.

Este fato se torna ainda mais discutível quando consideramos o atendimento odontológico público em serviços à comunidade, cujos pacientes acabam por abandonar o atendimento mais demorado. Do ponto de vista sócio-econômico, também é problemática a necessidade de diferentes profissionais, nem sempre disponíveis no serviço público, se considerarmos a enorme demanda pela reabilitação oral em nosso país, especialmente nas regiões menos privilegiada.

Outro ponto conflitante é o aprendizado da técnica convencional que, exigindo passos técnicos mais complexos, como a escultura da superfície oclusal, atrasa a possibilidade de alunos e estagiários (geralmente os que atendem os pacientes que procuram serviço público) aplicá-la eficazmente, quando a conseguem aplicar.

Por isso, tomando conhecimento da disponibilidade em mercado do *kit* Conformix, e conhecendo as propriedades da cera utilidade, desenvolvemos a técnica fácil e rápida de enceramento diagnóstico.

Os alunos vêm nos mostrando que se trata de técnica cujo aprendizado permite a reprodução mecânica da relação dinâmica entre as faces oclusais dos elementos dentários, ressaltando todos os seus acidentes anatômicos, funcionais e estéticos. Com este aprendizado, os alunos também se tornam cirurgiões dentistas graduados já conhecendo, na prática, todas as indicações e contra-indicações, vantagens e desvantagens das técnicas de enceramento.

E, além deste aspecto acadêmico, que confere aplicabilidade imediata de conhecimentos, a facilidade e rapidez de aplicação da técnica permite a atuação direta dos alunos e recém-graduados no atendimento a pacientes que procuram os serviços públicos à comunidade.

No enceramento diagnóstico convencional, os dentes são esculpidos um a um, em processo quase artesanal. Os dentes moldados em fôrmas, por sua vez, não requerem processo tão complexo de escultura da superfície oclusal, mas exigem uma série de adaptações que se constituem em um jogo de ajustes realizados por meio de lapidação do dente como um todo, o que, portanto, permite ao aluno uma relação íntima com os princípios de oclusão para posicionamento dos dentes nos espaços edêntulos e com os movimentos mandibulares.

Conclusões

A técnica fácil e rápida de enceramento diagnóstico com uso de fôrmas dentárias industrializadas apresenta a mesma eficácia e vantagens do enceramento diagnóstico convencional, mas sem a necessidade de esculpir a superfície oclusal, o que permite que alunos e técnicos menos experientes possam rapidamente aprendê-la e aplicá-la com resultados ótimos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bassanta AD. A importância do enceramento de diagnóstico na reabilitação oral. *Rev. bras. Odontol* 1992; 49(6):10-15.
2. Bassanta AD, Bortoli Júnior N. Enceramento de diagnóstico em implantes rosqueados osseointegrados: caso clínico. *Ambito Odontol.* 1996; 5(29):5-10.
3. Bassanta AD et al. A prótese provisória a partir do enceramento de diagnóstico. Disponível em: www.equipamentome-dico.com.br. Acessado em: 19 de agosto de 2003.
4. Dias PV et al. Exame do paciente, diagnóstico e prognóstico relacionado com implantes osseointegrados e enceramento de diagnóstico. *Rev. Inst. Ciências Saúde* 1993; 11(1):27-31.
5. Machado MAC. et al. Enceramento de diagnóstico para um contorno anatômico. *Rev. paul. Odontol* 1994; 16(3):26, 18, 30.
6. Shirata OC et al. As influências dos determinantes da oclusão no enceramento de diagnóstico. *Odonto* 1999; 7(16):46-50.
7. Shiroma E, Castillo DB. Aplicação do enceramento diagnóstico na Dentística: relato de caso clínico. 3º Congresso Sul-mato-grossense de Odontologia. Campo Grande, agosto de 2002.
8. Sonoda HM. et al. Enceramento dos casquetes para retentores com problemas periodontais. *Rev. ABO Nac* 1994; 2(1):33-5, 38-9.
9. Zani IM et al. Enceramento de diagnóstico durante o planejamento pré-cirúrgico para o posicionamento de implantes osseointegrados. *BCI* 1999; 6(2):53-8.