

Tratamento restaurador multidisciplinar- relato de caso clínico

Multidisciplinary restoration treatment – a clinical report

Frederico dos Reis Goyatá¹
Elisa Moraes Oliveira de Souza Thomé²
Sileno Corrêa Brum³
Rodrigo Simões de Oliveira⁴
Thalyta Furlani dos Reis Zouain Ferreira¹

1 - Professor de Dentística e Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra – Vassouras-RJ.

2 - Cirurgiã- dentista graduada pelo curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra- Vassouras-RJ.

3 - Professor Doutor de Odontopediatria e Saúde Coletiva do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra – Vassouras-RJ.

4 - Professor de Escultura e Dentística do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra – Vassouras-RJ.

Correspondência:

Frederico dos Reis Goyatá
Avenida Rui Barbosa, 310 apto 802 –
CEP: 27521-190 - Resende – RJ
E-mail: fredgoyata@oi.com.br

RESUMO

Num tratamento restaurador muitas vezes é importante uma interação multidisciplinar para se obter sucesso clínico. O desejo por parte dos pacientes por um sorriso bonito e saudável tem estimulado os profissionais de Odontologia a buscar opções de tratamento cada vez mais sofisticadas. Entretanto, é necessário um planejamento cuidadoso visando função e estética para as restaurações diretas e indiretas a fim de que, realmente, seja restabelecida função mastigatória, fonética e consequentemente estética dos dentes tratados. O objetivo deste trabalho foi apresentar, por meio de um caso clínico, uma opção de planejamento para uma reabilitação oral, em um paciente de 78 anos com múltiplas ausências dentais, perda de dimensão vertical e colapso oclusal, enfocando uma prática clínica multidisciplinar.

Palavras-chave: Planejamento integrado; Reabilitação oral; tratamento multidisciplinar.

ABSTRACT

In a prosthetic treatment is very important a multidisciplinary planning to obtain clinical success. The patients wish a beautiful and healthy smile have stimulated a dentist to obtained treatment sophisticated clinical options. Is necessary a planning to objective a function and aesthetic direct and indirect restorations to restored masticator function, phonetic and esthetic teeth. The aim this study was presents a clinical case with planning to oral rehabilitation, in a 78 years patient with multiply missing teeth, occlusal collapse and vertical dimension missing based on a multidisciplinary clinical practice.

Key words: Integrated Planning; Oral Rehabilitation; Multidisciplinary Treatment.

INTRODUÇÃO

O sistema estomatognático é a unidade funcional do corpo responsável, principalmente, pela fala, mastigação, deglutição e também está relacionado com o paladar e a respiração. O sistema é composto por ossos, articulação, dentes, ligamentos e músculos. Esses componentes são coordenados por um complexo sistema neurológico o qual permite uma harmonia funcional da oclusão através de seu controle^{1,2}. Diversos fatores podem contribuir para prejudicar o equilíbrio oclusal, sendo assim, é necessário que, embasado em uma visão multidisciplinar, faça-se o planejamento criterioso objetivando o sucesso do tratamento e a

satisfação estética e funcional do paciente^{3,4,5}.

A reabilitação da cavidade oral resume-se, basicamente, em reposição dos elementos perdidos e reconstrução dos remanescentes dentais, restabelecendo assim, a função e o equilíbrio do sistema estomatognático. É fundamental que tanto o guia canino como a guia anterior seja estabelecida em todo o tratamento reabilitador. A proteção mútua entre o segmento anterior e o posterior da cavidade oral é o elemento de equilíbrio para todo o complexo oclusal. Qualquer alteração nesse mecanismo de proteção mútua resulta em sérios prejuízos; como o colapso oclusal (ausência dos elementos posteriores), leva-se a uma sobrecarga das forças mastigatórias nos dentes anteriores

provocando reações como reabsorções, desgastes de estrutura dentária, fraturas coronárias e/ou radiculares o que gera as necessidades restauradoras^{6,7}.

A obtenção de uma adequada reabilitação oral se dá por meio de tratamentos planejados minuciosamente. Avaliações clínicas, radiográficas, posições e movimentos mandibulares em articuladores semi-ajustáveis constituem aspectos fundamentais para restabelecer funcional e esteticamente o sistema estomatognático alterado.

O objetivo deste artigo é apresentar um caso clínico que, devido a sua complexidade, foi necessário um planejamento multidisciplinar entre diversas áreas da Odontologia; prótese, dentística restauradora e oclusão, buscando uma correta finalização do caso e sucesso do tratamento.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente P.A.S., sexo masculino, 78 anos de idade, apresentou-se à Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra, Vassouras – RJ; queixando-se de suas múltiplas ausências dentais. Durante o exame clínico constatou-se a falta dos seguintes dentes: 18, 17, 14, 12, 22, 18, 38, 37, 36, 35, 34, 45, 46, 47, e 48; perda de inserção gengival nos elementos: 16, 33, 44 e 23(existência de uma prótese fixa deficiente) resultado de contatos prematuros; perda de inserção associada à restauração deficiente nos dentes: 15, 23, 24, 25, 26, 27 decorrente de um desequilíbrio da oclusão devido ao colapso oclusal, o que também implica no acentuado desgaste observado na face vestibular de todos os dentes ântero-inferiores (Figura 1). Todas essas alterações culminaram na perda das curvas de Spee e de Wilson, além de perda da dimensão vertical. Ao exame radiográfico, observou-se reabsorção óssea nos elementos 16, 15, 25, 26 e necessidade de retratamento endodôntico no elemento 13.

Após realização dos exames clínicos e radiográficos, foi realizada a moldagem das arcadas superior e inferior, utilizando-se alginato (Jeltrate – Dentsply –Brasil), para obtenção do modelo de estudo, registro do arco facial e montagem dos modelos em ASA – articulador semi-ajustável para a confecção das próteses provisórias a fim de se restabelecer a oclusão do paciente

(Figuras 2, 3, 4 e 5).



Figura 1.

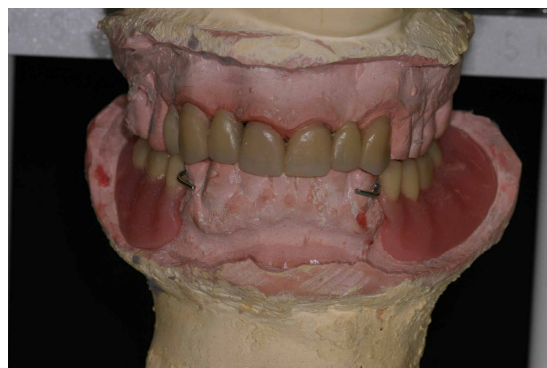


Figura 2.



Figura 3.

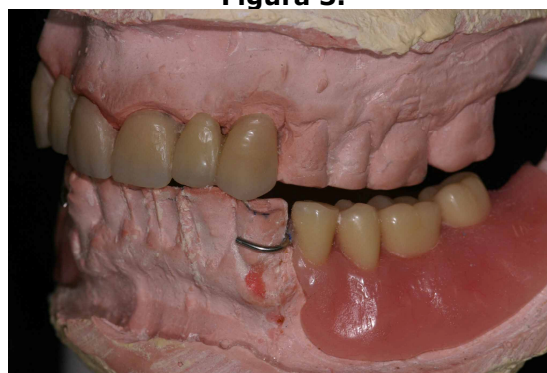


Figura 4.

**Figura 5.**

Iniciou-se pela instalação de uma prótese parcial removível provisória para restabelecimento da dimensão vertical (Figuras 6). Retratamento endodôntico do dente 13, que se apresentava com uma pequena lesão e sem condições de ser restaurado proteticamente. Como retentores intra - radiculares, utilizou-se pino pré-fabricado de fibra de vidro (Exacto cônico- Ângelus - Brasil). Os pinos foram, previamente, selecionados de acordo com o diâmetro do conduto de cada dente, adaptados no conduto e cimentados com cimento de ionômero de vidro (Magic Glass C- Vigodent- Brasil). Os dentes pilares (23, 21, 11 e 14) foram preparados (Figura 7) para confecção de uma futura prótese fixa metalocerâmica de sete elementos.

**Figura 6.****Figura 7.**

Realizados os preparos nos dentes pilares, promoveu-se a adaptação seguida de um reembasamento da ponte fixa provisória em resina acrílica com termopolimerização previamente confeccionada em laboratório e posterior cimentação provisória com cimento de óxido de zinco sem eugenol (Temp Bond NE - Kerr- EUA). Após a cimentação das próteses provisórias, restauraram-se os dentes ântero - inferiores com resina composta microhíbrida 4-Seasons (Ivoclar Vivadent- Lichenstein) nas cores A3 e A2 de dentina A2 de esmalte, concluindo-se a reabilitação provisória do paciente (Figura 8).

**Figura 8.**

Buscando uma estabilidade oclusal, foi necessário ainda, restaurar a face oclusal dos dentes 44, 15, 16, 24, 25, 26 assim como as cervicais dos dentes 15, 24, 25, utilizando-se resina composta microhíbrida 4-Seasons (Ivoclar-Vivadent- Lichenstein) nas cores A3 e A2 de dentina e esmalte.

Após todo o preparo inicial realizado e a oclusão do paciente estabilizada, foi realizada uma moldagem da arcada superior com silicona de adição (Adsil - Vigodent- Brasil) e obtenção de um modelo funcional (Figura 9) para confecção da ponte fixa metalocerâmica, assim como moldagem da arcada inferior com alginato para planejamento da futura prótese parcial removível.

Procedeu-se ao delineamento do modelo para confecção de uma estrutura metálica para a prótese parcial removível (PPR) do arco inferior.

Provou-se a estrutura metálica em Níquel-Cromo da ponte fixa superior (Figura 10) assim como da PPR inferior (Figura 11 e 12). Com as infra-estruturas em posição realizou-se o registro oclusal em relação cêntrica com resina acrílica (Duralay II- Labordental- EUA). Moldou-se todo o conjunto (infra-estrutura metálica e registro

superiores) com alginato para transferência e selecionou-se a cor com escala VitaPan 3DMaster (Vita- Alemanha) para aplicação da porcelana de cobertura no laboratório São Lucas, em Juiz de Fora – MG.



Figura 9.



Figura 10.



Figura 11.



Figura 12.

Realizou-se a prova e ajuste das próteses superior e inferior. Seguiu-se com a cimentação da prótese fixa metalocerâmica com cimento resinoso autocondicionante dual (BisCem - Bisco-EUA) e instalação da prótese parcial removível inferior (Figura 13, 14 e 15).



Figura 13.

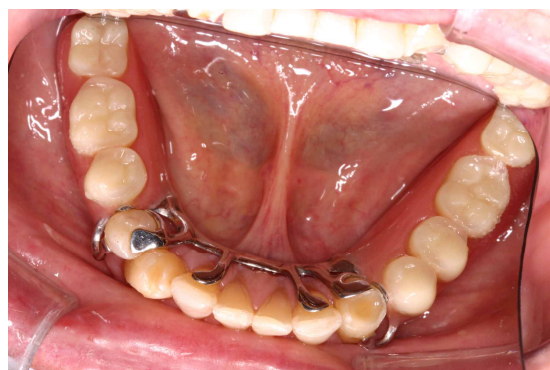


Figura 14

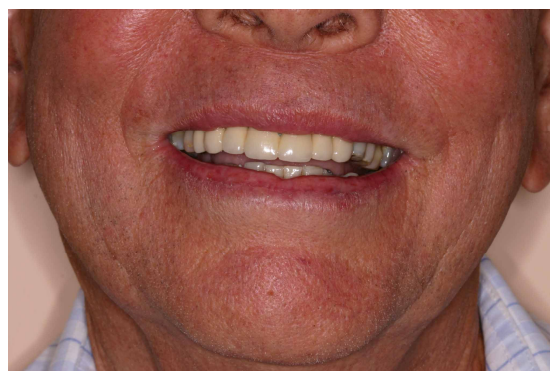


Figura 15.

DISCUSSÃO

Em grandes reabilitações bucais, o restabelecimento de uma condição oclusão ideal com próteses provisórias é muito importante³⁻⁵. Os provisórios permitem ao clínico ter uma previsibilidade para a futura prótese denominada definitiva, além de aguardar o reparo tecidual, estabelecer a

posição ideal da mandíbula em relação à maxila e permitir que o paciente tenha conforto^{8,9}, conforme demonstrado neste relato de caso clínico.

Uma das formas de manifestação clínica das patologias oclusais é a presença de desgastes dentários, que podem resultar de parafunções como bruxismo e interferência oclusal, assim como o colapso oclusal que é responsável pelas alterações ocorridas em pacientes que apresentam ausências dos dentes posteriores; como reabsorções e desgastes dentários, conforme relatado neste caso clínico.

Buscando a harmonia do sistema estomatognático, deve ser estabelecido um adequado planejamento e posterior tratamento das estruturas oclusais. Com a utilização de restaurações fixas, permite-se restabelecer integralmente sua função, além de contribuir para conforto do paciente e melhorar sua capacidade mastigatória, mantendo a saúde e integridade dos arcos dentais^{1,6}.

Neste caso o material restaurador foi selecionado devido a sua alta capacidade de absorver tensões de forças de compressão, quando comparadas com outros materiais. Nas restaurações em que se utilizam resinas compostas, o impacto das forças transmitidas para o dente é reduzido de forma considerável, além de possuir um módulo de elasticidade satisfatório¹⁰⁻¹².

Na maioria dos casos, os dentes tratados endodônticamente são associados às restaurações envolvendo pinos intraradiculares^{13,14}. Os núcleos metálicos fundidos são bem aceito para reabilitação em grandes perdas de estrutura dentária, juntamente com vários tipos de pinos pré-fabricados⁷.

Os pinos de fibra de vidro apresentam características físicas e mecânicas mais próximas da estrutura dental do que os pinos metálicos. Pode ser fixada a estrutura dentária com utilização de cimentação adesiva permitindo o reforço do remanescente dental; estes pinos têm a capacidade de resistir aos impactos mastigatórios sem se deslocar ou provocar o efeito cunha na raiz o que pode levar a fratura do dente. Permite conservar estrutura dental sadia pelo fato de não necessitarem de preparo convencional para instalação do pino, apresenta facilidade em sua manipulação e baixo custo o que favorece ainda mais seu uso na clínica odontológica¹⁵.

CONCLUSÃO

Com a evolução dos sistemas restauradores com propriedades mecânicas e estéticas cada vez melhores, tem-se a possibilidade de novas alternativas para uma reabilitação estética e funcional. O profissional capacitado a realizar um planejamento norteado em uma visão multidisciplinar, consegue alcançar um resultado satisfatório para ambos os requisitos: saúde, função e estética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Parker MW. The significance of occlusion's in restorative dentistry. *Dent Clin North Am* 1993; 37(3):341-51.
- 2- Okeson, JP. Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão. 4ª Ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
- 3- Costa MM et al. Overlays: Próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral. *Prótese Clínica e Laboratorial* 2002; 4(7): 8-16.
- 4- Cura C, Saraçoglu A, Ozturk B. Prosthetic rehabilitation of extremely worn dentitions: case reports. *Quintessence Int* 2002; 33(3):225-30.
- 5- Soares CJ et al. Importância do emprego de próteses provisórias na recuperação da dimensão vertical viabilizando procedimentos restauradores diretos - relato de caso. *JBO, ATM e Dor Orofacial* 2004; 4(14):27-32.
- 6- Shillenburg JR, Herbert T, Hobo S, Whitsett LD. Fundamentos de Prótese Fixa. 3ª Ed. São Paulo: Quintessence, 1998.
- 7- Bottino, MA et al. Estética em Reabilitação Orla: Metal Free. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
- 8- Todescan R, Silva E, Bernardes E, Silva OJ. Atlas de Prótese Parcial Removível. São Paulo: Editora Santos, 1996.
- 9- Gil C, Nakamae AE, Avaliação das Disfunções Craniomandibulares em Pacientes Parcialmente Edentados Unilaterais - Um Estudo Longitudinal sobre o Efeito da Utilização de Prótese Parcial Removível. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1999; 13(3):275-282.
- 10- Leinfelder KF. New developments in resin restorative systems. *J Am Dent Assoc* 1997; 128(5):573-81.
- 11- Amaral D, Vargas E, Maia RR. Resina Composta em Dentes Anteriores. *Estética do Sorriso-Arte e Ciência*. São Paulo: Santos, 2000.
- 12- Conceição EM, Pires LAG. Restaurações diretas com compósitos. *Rev APCD* 2002; 2(56):109-113.
- 13- Scotti R. Reconstrução Pré- Protética de Dentes Despolpados com Pinos de Fibra: Orientação Atual e Linhas de Pesquisa. *Int J Braz Dent* 2006; 3(2):302-304.
- 14- Seefeld F, Wens H, Ludwig K, Kern M. Resistance to fracture and structural characteristics of different fiber reinforced post systems. *Dent Mater* 2007; 23(3):259-392.
- 15- Cardoso PE. Avaliação in vitro da Eficácia de Reforços Intra-radiculares em Dentes Fragilizados (Dissertação). Mestrado em Odontologia Restauradora, Especialidade Endodontia. UNESP, São Jose dos Campos-SP, 2005.