

REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR– RELATO DE CASO CLÍNICO

AESTHETIC AND FUNCTIONAL INTERDISCIPLINARY REHABILITATION - CASE REPORT

Gabrielle Martins CARUNCHO¹

Marcos Vinícius de Almeida BALABEM¹

Maria Augusta RAMIRES²

RESUMO

Introdução: Atualmente no Brasil, a busca ao consultório odontológico e ao cirurgião dentista tem crescido a cada ano com intuito não apenas sanar a dor ou restabelecer a função mas sim, com objetivo de obter um sorriso mais harmônico e estético, tornando cada vez mais comum o uso de facetas, e lentes de contato em cerâmica. **Objetivo:** realizar o relato de um caso clínico de reabilitação estética e funcional de um paciente com estética e função deficientes, por meio de um tratamento interdisciplinar finalizado com a utilização de próteses fixas em zircônia recobertas por cerâmica feldspática. **Considerações finais:** Foi possível observar que a reabilitação necessita de um esforço interdisciplinar para que se tenha um resultado efetivo, partindo de um bom planejamento culminando para um resultado funcional, reabilitador e estético que satisfaça, ou se possível, supere as expectativas dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: reabilitação estética, reabilitação funcional, cerâmica feldspática.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays in Brazil, searching for the dental office and clinicians has been growing every year with the intention of not only healing the pain or restoring the function, but also aiming for a more harmonious and aesthetic smile, making it increasingly common use of ceramic contact lenses. **Objective:** The aim of this study was report a clinical case of aesthetic and functional rehabilitation in a patient with deficient aesthetics and function, through an interdisciplinary treatment concluded with use of zirconia prostheses covered by feldspathic ceramics. **Final considerations:** It was possible to observe that rehabilitation needs an interdisciplinary effort in order to have an effective result, starting from a good planning reaching a functional, rehabilitative and aesthetic satisfactory results or, if it possible, overcome expectations of patients.

KEYWORDS: aesthetic rehabilitation, functional rehabilitation, feldspathic ceramics.

¹Acadêmico do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero – Curitiba – PR

² Mestre em Estomatologia, docente do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero – Curitiba – PR

E-mail para correspondência: vinicius-balabem@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Atualmente no Brasil, a busca ao consultório odontológico e ao cirurgião dentista tem crescido com intuito não apenas de sanar a dor ou restabelecer a função mas sim, com objetivo de obter um sorriso mais harmônico e estético, tornando cada vez mais comum o uso de facetas

cerâmicas. A sociedade preconiza um padrão de sorriso cada vez mais branco, formatos mais simétricos e perfeitos, fugindo do que o cirurgião dentista estabelece como prioridade. Os pacientes chegam ao consultório com uma ideia formada e com uma grande expectativa sobre o resultado estético do trabalho a ser realizado, devido a influência das mídias sociais e dos meios de comunicação¹.

Essa nova realidade exige do cirurgião dentista muito mais que conhecimento científico e clínico, exige flexibilidade para entender as necessidades e expectativas de seu paciente e ainda orientá-lo sobre as formas de intervenções, indicações e como será realizado o processo de sua reabilitação estética e funcional. Executando um trabalho natural com resultados satisfatórios ao paciente, porém, nunca negligenciando os princípios da odontologia apenas para satisfazer as expectativas do paciente^{1,2}.

Um tratamento odontológico integrado como por exemplo a reabilitação envolve adequação de meio bucal, com intuito de proporcionar saúde periodontal, função oclusal e mastigatória. Em casos complexos, para que tenhamos um resultado eficaz, é extremamente importante um bom planejamento interdisciplinar, englobando técnica, expectativa e realidade social do paciente².

Enquanto, para muitos indivíduos, os procedimentos estéticos são necessidades sociais e profissionais essenciais, para outros, é o desejo do sorriso impecavelmente simétrico e branco. O grande desafio nos dias atuais, cada vez mais frequente nos consultórios, é a irrealidade dos desejos estéticos aliada a incapacidade em satisfazer-se com os resultados que não superam as expectativas do paciente³.

Para estabelecer um consenso entre paciente e as técnicas estéticas disponíveis é necessário um planejamento adequado visando maior previsibilidade do resultado, englobando as expectativas e a indicação do trabalho para esse paciente em questão¹.

A odontologia diante dessa nova demanda, viu a necessidade de melhorar seus materiais afim de não apenas restabelecer saúde e função, mas também de obter um aspecto mais natural e estético. A evolução dos materiais odontológicos é constante e acontece desde os adesivos até

o material restaurador final, visando não apenas a estética mas também a longevidade da restauração⁴.

A popularidade das restaurações cerâmicas vem crescendo nos últimos anos devido a melhores propriedades estéticas e a sua estrutura livre de metal⁵. As cerâmicas são materiais biocompatíveis e tem uma durabilidade maior em condições clínicas comparada a outros materiais restauradores⁶.

No decorrer desse desenvolvimento os sistemas cerâmicos metal free, surgiram como uma alternativa para as restaurações convencionais, pois proporcionam maior resistência a fratura, maior longevidade, tonalidades mais próximas aos dentes naturais e melhor estética. Dentro dos sistemas cerâmicos conhecidos, o sistema de cerâmica feldspática, compostas basicamente de feldspato de potássio e quartzo, tem se apresentado como um excelente material devido ao tempo de produção, fácil manejo, maior possibilidade de caracterização e individualidade da peça protética para cada paciente. Quando bem indicadas e planejadas proporcionam tratamento reabilitador altamente seguro, longo e satisfatório⁷.

Tendo em vista esses pontos positivos em relação as cerâmicas odontológicas, o estabelecimento da adesão durável e confiável entre a cerâmica dental e a resina composta é necessário para a longevidade do trabalho realizado, sendo justificada pela ampla utilização em restaurações cerâmicas adesivamente cimentadas⁸.

Para que tenhamos um resultado final satisfatório, devemos levar em conta qual material será utilizado para realizar a cimentação. A escolha dos agentes se resume em foto-ativados, que proporcionam maior tempo de trabalho, quimicamente ativados, menos utilizados devido a menores opções de cor e menor tempo de trabalho, e os cimentos duais, tempo suficiente de trabalho além de presa química e fotoativada⁹.

Atualmente, é utilizado também como agente de cimentação, a resina composta aquecida. Esta técnica ajuda na maior conversão e em melhores propriedades mecânicas sem comprometer o selamento marginal. O pré aquecimento do compósito (60° C), sob uma condição isotérmica, é capaz de aumentar a conversão de monômero, tanto a mobilidade molecular é aumentada quanto a frequência de colisão das espécies reativas¹⁰.

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi realizar o relato de um caso clínico de reabilitação estética e funcional de um paciente com estética e função deficientes, por meio de um tratamento interdisciplinar finalizado com a utilização de próteses fixas em zircônia recobertas por cerâmica feldspática.

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente A. H. sexo masculino, 36 anos de idade, compareceu a clínica da Faculdade Herrero, Curitiba-Paraná, com queixa principal de insatisfação estética com seu sorriso, principalmente no elemento 11 que possuía uma prótese provisória, a qual constantemente se soltava e o mesmo relatou que a reposicionava com uma cola caseira (Super Bonder®). Na anamnese constatou-se boa saúde geral, sem uso de medicamentos ou hábitos deletérios. Ao exame clínico odontológico observou-se excesso de placa bacteriana, gengiva edemaciada com sangramento ao toque, fratura coronal no elemento 11, lesões cáries, restaurações deficientes e ausência de alguns elementos dentários (Figura 1). O diagnóstico clínico foi confirmado com exames radiográficos complementares.



Figura 1. Aspecto clínico inicial extra e intra-oral.

O plano de tratamento foi realizado através do auxílio de protocolo fotográfico com fotos intra e extra orais de perfil e anterior (Figura 2) e moldagem com alginato (Hydrogum®) para confecção do modelo de estudo. Após o enceramento diagnóstico (Figura 3) constatou-se a necessidade de aumento de coroa clínica dos elementos 11 ao 14.



Figura 2. Fotos extra orais.



Figura 3. Enceramento diagnóstico.

Realizada a intervenção cirúrgica de aumento de coroa clínica (Figuras 4 A-F) foi necessário um período pós operatório de cinquenta dias para cicatrização e reorganização dos tecidos. Restabelecido o zênite gengival, foi confeccionado uma nova moldagem para um novo encerramento definindo a reabilitação protética.



Figura 4. Cirurgia de Aumento de Coroa Clínica. A. Inicial. B. Delimitação. C. Gengivoplastia. D. Após diérese. E. Criação de novo espaço supra crestal e F. Sutura.

Concluindo o planejamento e a terapia periodontal, iniciou-se a adequação do meio bucal, que envolveu troca de restaurações e tratamentos endodônticos. Em seguida, deu-se início a reabilitação protética, iniciando pela colocação do pino de fibra de vidro (WhitePost DC - FGM®) no elemento 11 associado ao núcleo de preenchimento com resina composta (Vittra EA1 - FGM®), consecutivamente os preparos para coroas nos elementos 14, 17, 21, 22, 24, 25. Foram realizados preparos para lentes de contato nos elementos 12, 13 e onlay cerâmico no elemento 26, utilizando brocas finas de baixa granulação (KG Sorensen®). Uma prótese fixa foi planejada para os elementos ausentes 15, 16 e 23, restabelecidos através de pônticos reforçados com zircônia e suportados pelos elementos 14, 17 e 22, 24.

Foram executados os preparos de todos os elementos da maxila em uma única sessão, seguida da moldagem para confecção do provisório em resina acrílica (Ivoclar Ivocron A1). Neste momento foi instalada uma prótese provisória fixa que foi reembasada unindo todos os elementos inclusive os ausentes, até que o novo provisório fosse confeccionado. Dessa forma, confeccionando um novo provisório, fabricado de acordo com os preparos realizados (Figura 5), elimina a etapa de um novo reembasamento, fazendo com que a gengiva seja condicionada

exatamente no nível desejado para receber a prótese final. Além disso, o paciente pode permanecer com a prótese provisória por tempo maior, se adaptando com a nova dimensão vertical que foi programada e planejada evitando assim possíveis problemas de adaptação ou fraturas, muito comuns nesse tipo de reabilitação.



Figura 5: Provisório acrílico unindo todos os dentes da maxila.

Após 3 meses, o tempo necessário para adaptação, o paciente retornou a clínica odontológica, onde foram removidos os provisórios e realizado o acabamento e polimento dos preparos (Figura 6), melhorando inserção e removendo ângulos vivos, possibilitando a moldagem efetiva com silicone de adição (Variotime – Light Flow), sem o uso de fio retrator devido aos términos estarem supragengivais.



Figura 6: Preparo protéticos para confecção dos *copings* em zircônia.

Após essa etapa clínica, inicia-se a etapa laboratorial. Primeiramente foi realizado um enceramento manual (Figura 7), que futuramente foi escaneado e sobreposto sobre o modelo dos preparos, etapa realizada virtualmente. Em seguida, começa a fresagem das estruturas e coping em zircônia (Figura 8), realizada pela fresadora Zirkon Zahn®. Escolhemos a zircônia devido aos espaços extensos a serem reabilitados, cor dos remanescentes, facilitando a equalização da cor em todas as próteses confeccionadas, chegando a uma cor uniforme no resultado final.



Figura 7: Enceramento para confecção de estruturas e coping em Zircônia.



Figura 8. Estruturas e coping em Zircônia.

Os laminados cerâmicos foram confeccionados com cerâmica feldspática sobre Zircônia Prettau Anterior, material com uma grande translucidez facilitando a polimerização na cimentação (figura 9).



Figura 9. Aplicação da cerâmica Feldspática sobre estruturas em Zircônia.

Terminando a parte laboratorial, promoveu-se a cimentação. A técnica consiste em preparação das peças protéticas utilizando primer (YZAP - YLLER®) importante porque é um agente de união química em processos de adesão e cimentação entre resina e zircônia. Após a preparação das peças protéticas, as mesmas foram provadas utilizando duas técnicas: Prova seca, avaliando sua inserção no elemento dentário no momento em que a mesma é inserida. Prova úmida, após a inserção, estando bem posicionada, verificamos adaptação no término cervical utilizando uma pequena quantidade de água depositada entre a peça e o elemento dentário (Figura 10).



Figura 10. Prova das peças avaliando inserção e adaptação.

A preparação da cavidade bucal para cimentação, consiste em anestesia tópica (Benzotop® 20%) seguida de anestesia infiltrativa (Mepivacaína 2% com Epinefrina 2% 1:100.000) nos elementos 17 e 26 que receberam os grampos de isolamento modificado. Esse isolamento é executado da seguinte forma: feita a marcação nos dentes 17 à 26, é feita a perfuração nas marcações com pinça perfuradora de Ainsworth, posicionando as extremidades do dique de borracha voltado para palatina e sulco vestibular, deixando os elementos dentários da maxila protegidos de umidade e facilitando o acesso.

Em seguida é feita a preparação dos elementos dentários com o uso de ácido fosfórico (Ultra Etch IndiSpense 35% - ULTRADENT®) utilizado para limpeza da superfície do esmalte, cria uma descalcificação seletiva, formando poros. Esses poros na superfície do esmalte aumenta o embricamento mecânico pela penetração da resina. Aplicação de primer (Primer Clearfil SE Bond - Kuraray®) e secagem com ar, fazendo a proteção da dentina, evitando futura hipersensibilidade dentinária. Aplicação de duas camadas de adesivo (Adesivo Clearfil SE Bond - Kuraray®) secagem com ar e fotopolimerização por vinte segundos, faz a ligação química com o cimento. Concluindo-se a preparação, a peça protética junto a resina (Z100 – 3M®) foram aquecidas utilizando uma base de calor (HOT SET - TECHNOLIFE®) destinada para esse tipo de trabalho, essa base acomoda a peça protética fazendo com que ela se aqueça e consecutivamente aqueça a resina composta, melhorando sua viscosidade e facilitando seu escoamento. Em seguida a peça protética é levada até o elemento dentário, inserida até sua posição fazendo o extravasamento do material evitando bolhas na linha de cimentação, remoção do excesso do material de cimentação, polimerização inicial por vinte segundos, essa técnica é realizada em cada elemento até que todos estejam em posição para que seja feita a polimerização final por mais quarenta segundos, vinte por palatina e vinte por vestibular.

A escolha da resina composta como material de cimentação, justifica-se por seus benefícios como ajuda no controle da cor, translucidez, fluorescência, biocompatibilidade, coeficiente de expansão térmica, radiopacidade, resistência a compressão, diminuição na absorção de água, adesão.

Caruncho GM et al.Reabilitação estética e funcional interdisciplinar– relato de caso clínico. RGS.2019;20(2):50-64.

Após a polimerização final, é dado início a fase de acabamento, que consiste na remoção de excessos marginais com lâmina 12, tiras de lixas metálicas (Microcut - TDV®) e tiras de lixas plastificadas dando acabamento nas proximais e pontos de contato. Verificação da oclusão usando pinça Muller e papel carbono (Accufilm-100micra) evitando, desta forma, contatos prematuros e fraturas das peças protéticas (Figura 11). Uma semana após a cimentação, o paciente retornou a clínica da Faculdade Herrero para uma consulta de controle em que foi verificado e removido alguns excessos de material de cimentação que podem afetar a qualidade marginal e proximal da restauração. Nova verificação oclusal, polimento e fotos finais (Figura 12).



Figura 11: Resultado imediato pós cimentação.



Figura 12: Resultado Final.

3. DISCUSSÃO

Hoje em dia, devido os padrões de beleza atuais, os procedimentos restauradores não tem se limitado apenas com o objetivo de reabilitar a forma e função dos elementos dentários. Alguns autores^{1,7} ressaltam que o sucesso de um tratamento reabilitador estético, é em grande parte, resultado de um planejamento detalhado associado as expectativas e opiniões do paciente. Logo, deve integrar e adequar conceitos clínicos, estéticos, personalidade e concepção do paciente.

De acordo com Alves et al. (2015)¹¹, a harmonização entre estética branca (elementos dentários) e vermelha (periodonto) é a chave para o sucesso de um tratamento reabilitador, pois afetam o resultado devido a discrepância na diferença do nível gengival, muitas vezes imperceptível antes de um planejamento. Com o auxílio do enceramento diagnóstico, conseguimos planejar possíveis correções estéticas e prever quais dentes serão envolvidos no procedimento cirúrgico. Devido ao tempo de cicatrização prolongado, a cirurgia periodontal acaba sendo a primeira etapa da reabilitação.

O cirurgião-dentista possui diversas opções restauradoras que podem ser diretas ou indiretas, com resinas compostas ou cerâmicas. Melo Neto et al.(2016)¹², descreve que as cerâmicas tem sido um material que mais tem superado as expectativas clínicas, além de serem usadas de inúmeras formas na odontologia, isso se dá pelas suas características positivas incluindo a capacidade de imitar as características do esmalte e da dentina, além de sua biocompatibilidade e durabilidade. Segundo Shibayama et al.(2016)¹³, as cerâmicas odontológicas tem sido amplamente utilizadas em restaurações e demonstram um resultado estético final satisfatório quando empregadas na realização de tratamento reabilitador com coroas protéticas, facetas e ponte fixas. Vindo de encontro Fernández et al. (2003)¹⁴ afirmou que suas propriedades físicas biológicas e óticas permitem manter a cor da restauração ao longo do tempo e conferem resistência a abrasão. Segundo Soares et al.(2012)¹⁵, muitas cerâmicas apresentam estrutura vítrea, translúcidas apresentando reflexão da luz muito semelhante a estrutura dental, podem ser reforçadas com outros materiais, e são indicadas para inlay, onlay, facetas, coroa total anterior e posterior, próteses parciais fixas de até três elementos em região anterior.

Segundo Garcia et al.(2011)¹⁶, as cerâmicas feldspáticas foram introduzidas no mercado no início da década de 1980. Apresentam 45% de cristais de mica tetracíclica com flúor fundido a temperatura de 1.350 a 1.400 °C. Alguns autores ^{17,18} salientaram que existem diversos sistemas cerâmicos disponíveis no mercado, isso faz com que o cirurgião dentista individualize e planeje cada caso para que selecione o material que tenha a correta indicação, bem como o tipo do preparo possibilitando um resultado funcional, reabilitador e que satisfaça as expectativas do paciente.

Os princípios básicos e o conjunto de procedimentos empregados em um tratamento reabilitador integrado devem ser corretamente entendidos, selecionados e aplicados afim de devolver ao local a função e a harmonia estética. Para tanto, torna-se necessário lançar mão, de forma integrada, de todos os procedimentos mecânicos-biológicos e preventivos cientificamente aceitos, que podem ser utilizados no campo da odontologia^{19,20}. O resultado do tratamento, com restabelecimento de estética e função reafirma a importância de um planejamento interdisciplinar, envolvendo a prótese, a periodontia e a dentística. Apenas com um planejamento detalhado, conseguimos definir as etapas necessárias para realizar a reabilitação de forma correta, selecionando os melhores materiais e as técnicas que se encaixem no tratamento selecionado. Aos olhos de um cirurgião dentista, o tratamento pode não ser admitido como o mais estético, porém, além da função, outro fator relevante de todo planejamento foi alcançado: a satisfação da paciente dentro das suas possibilidades¹⁹.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante ao estudo deste caso, foi possível concluir que a reabilitação necessita de um esforço interdisciplinar para que se tenha um resultado efetivo, partindo de um bom planejamento culminando para um resultado funcional, reabilitador e estético que satisfaça, ou se possível, supere as expectativas dos pacientes.

5. REFERÊNCIAS

1. Menezes M, Carvalho E, Silva F, Reis G, Borges M. Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: relato de caso clínico. Revista Odontol Bras Central. 2015;24(68):37-43.

2. Galbiatti A, Pavesi I, Ferrari F, Pessutti M. Tratamento reabilitador integrado no restabelecimento funcional e estético: relato de caso. *Revista Fluminense de Odontologia*. 2011;36:3.
3. Luís Guilherme Leite [homepage na Internet] Desejo e frustração em tratamentos estéticos em odontologia: insights. Disponível em: <http://luisgustavoleite.com.br/blog/>. Acessado: 8 de junho de 2018.
4. Bezerra R, Portella L, Silva D, Silva E. Reabilitação estética e funcional do sorriso: relato de caso clínico. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2014;35(1):34-37.
5. Kitayama S, et al. Effect of primer treatment on bonding of resin cements of zirconia ceramic. *Dent Mater*. 2010;26:426-432.
6. Shimada Y, Yamaguchi S, Tagami J. Micro-shear bond strength of dual-cured resin cement to glass ceramics. *Dent Mater*. 2002;18:380-388.
7. Sampaio L. Reabilitação estética e funcional de dentes anteriores por meio de coroas totalmente cerâmicas: relato de caso clínico. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Estadual de Londrina. 2014.
8. Hooshmand T, Noort R, Keshvard A. Bond durability of the resin-bonded and silane treated ceramic surface. *Dent Mater*. 2002;18:179-188.
9. Goulart M, Erhardt G. Efeito in vitro do aquecimento de resinas compostas utilizadas como agente de cimentação sobre a resistência de união e formação de interface adesiva de restaurações indiretas. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013.
10. Fróes N, Salgado R, et al. Composite pre-heating effects on marginal adaptation, degree of conversion and mechanical properties. *Dent Mater*. 2010;26:908-914.
11. Alves N, Santana T, Landim E, Tavares G. Reabilitação estética e funcional do sorriso: revisão de literatura. *Revista Interfaces*. 2015;3:8.
12. Melo Neto CL, Poluha RL, Sbeghen S, Sábio SS, Leite JS, Sábio S. Planejamento interdisciplinar para reabilitação oral: relato de caso clínico. *J Health Sci*. 2016;18(2):95-103.
13. Shibayama R, Tiozzi R, Queiroz M, Dallazen E, Campaner M. Reabilitação estética dos elementos anteriores utilizando o sistema ips e.max. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2016;37(2):9-16.

14. Álvarez-Fernández MA, Peña-Lopez JM, González-González IR, Olay-García MS. Características generales y propiedades de las cerámicas sin metal. RCOE 2003; 8(5): 525-546
15. Soares P, Zeola L, Souza P, Pereira F, Milito G, Machado A. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. Revista Odontol Bras Central. 2012;21(58):538-543.
16. Garcia L, Consani S, Cruz P, Pires F. Análise crítica do histórico do desenvolvimento das cerâmicas odontológicas. Revista Gaúcha Odontol. 2011;59:67-73.
17. Baldsara P, Llukacej A, Ciocca L, Valandro FL, Scotti R. Translucency of zircônia copings made with different CAD/CAM systems. The Journal of Prosthetic Dentistry.2010; 104: 6-12.
18. Manso AP, Silva NR, Bonfante EA, Pegoraro TA, Dias RA, Carvalho RM. Cements and adhesives for all-ceramic restoration. Dent Clin North Am. 2011; 55(2): 311-32.
19. Miranda R, Rizza G, Bettero F, Simamoto P, Novais V. Tratamento odontológico integrado com ênfase em estética: relato de caso clínico. Revista Odontol Bras Central. 2016;25(74):162-169.
20. Barcellos C, Silva F, Carneiro R, Borges M, Pereira D, Menezes M. Reabilitação funcional e estética do sorriso: relato de caso clínico. Full Dent Sci. 2015;7(25):102-113.