



Dr. Diogo Bezerra
TPD. Sandra Pinto

COMUNICAÇÃO LABORATORIAL PREVISÍVEL NA CRIAÇÃO DE SORRISOS ATRAVÉS DE RESTAURAÇÕES EM CERÂMICA

RESUMO

Atualmente, a Medicina Dentária possui diversas alternativas para proporcionar uma mudança do sorriso. A utilização de protocolos de trabalho são fatores fundamentais para a resolução de casos clínicos com previsibilidade. O objetivo deste artigo é apresentar uma forma de comunicação bastante assertiva e simplificada numa transformação de um sorriso, recorrendo à sua reabilitação com restaurações em cerâmica.

Introdução

Com o aumento da procura por tratamentos altamente estéticos e personalizados, o médico dentista deve estar cada vez mais capacitado para fazer uso de conceitos e técnicas que ampliem a sua visão estética para o diagnóstico, de maneira que possa orientá-lo no processo de planeamento e na execução do tratamento dentário. O conhecimento prévio das estruturas dentárias íntegras e dos tecidos periodontais circundantes torna-se imprescindível para o clínico que pretende optar por técnicas e materiais que reproduzam função, durabilidade e estética.

O conceito da medicina dentária reabilitadora da atualidade preconiza que, para qualquer tipo de procedimento, o clínico deve sempre optar pelo tratamento mais conservador. Isso faz com que sempre optemos pelo mínimo desgaste do elemento dentário¹. Porém, é preciso considerar que, em muitos casos, as restaurações indiretas associadas a movimentações ortodônticas, enxertos de tecido mole e duro e implantes requerem um planeamento controlado para se tornarem mais efetivas em termos de função, estética e durabilidade.

A partir desses conceitos, observa-se que, para a realização de uma medicina dentária estética, é necessário um conhecimento amplo de todas as áreas da medicina dentária, e o planeamento inicial torna-se primordial para o início de um plano de tratamento correto e previsível quando o objetivo é criarmos um novo sorriso ao paciente.

Podemos definir como criação, a situação em que devemos obter o máximo de informações sobre o paciente por meio de anamnese, protocolo de fotografias extra e intraorais e modelos de estudo, e em que o técnico e o clínico criam, em conjunto, uma nova organização dentária por meio de um encerramento diagnóstico. Esse encerramento terá a função de fornecer uma visão prévia do resultado a ser alcançado por meio do tratamento, garantindo assim uma previsibilidade total do resultado final.

Importante lembrar que para iniciarmos qualquer tratamento estético, devemos sempre começar uma análise de fora para dentro, analisando em primeiro lugar a face, em

seguida os movimentos labiais, para só então avaliar a estética dentária. Isso vai permitir que, no final dos tratamentos, haja uma harmonia entre o sorriso e a face do paciente².

Atualmente, a tecnologia ajuda o médico dentista na construção de um planeamento estético-funcional. Diversas formas de se fazer esse planeamento estão descritas na literatura como, por exemplo, a utilização do *software* Photoshop, do Powerpoint e do *keynote*, e mais recentemente o uso de tablets (iPad da Apple). O conceito de *Digital Smile Design* (desenvolvido pelo Dr. Christian Coachman) melhora significativamente a comunicação entre o médico dentista e o técnico de prótese dentária³.

Caso Clínico

Para a realização de trabalhos de criação, é necessário um protocolo de informações do paciente, como moldagem ou *scanner* inicial, radiografias e um protocolo fotográfico (Figura 1 a 8). Estas terão o objetivo de fornecer informações detalhadas para a realização do encerramento de diagnóstico (Figura 9), que será reproduzido na boca do paciente através de uma maquete ou *"mock-up"* de simulação (Figura 10), para que se possa ter uma visão prévia real do trabalho proposto.

Uma análise do sorriso tem de ser realizada de forma comparativa com os padrões estéticos difundidos pela literatura em medicina dentária.

De uma maneira individual, o incisivo central superior pode ser considerado como um *"dente-chave"* para o planeamento de um novo sorriso⁴. Este dente possui o papel de guiar os restantes elementos dentários nas devidas proporções (altura/largura), estabelecendo um resultado em harmonia com os lábios e a face. Na análise da exposição dentária durante o sorriso verificamos que se trata de um sorriso médio-alto (com exposição do incisivo central mais uma faixa de gengiva), mas assimétrico, o que denota uma acentuada inclinação do plano estético às duas linhas de referência: plano horizontal (inclinação da cabeça) e linha média facial (Figura 11).

Para a construção digital do sorriso, existem várias linhas de referência para criarmos a chamada moldura do sorriso.

A linha que serve como referência para os bordos incisais e oclusais é chamada de curva do sorriso. Esta linha deve ser ajustada com o objetivo de criar uma inclinação agradável para o plano oclusal. Já a linha que representa o comprimento em direção cervical dos dentes é chamada de curva da margem gengival. Esta linha deve ser ajustada com o objetivo de delimitar o comprimento dos centrais, dos caninos e dos demais dentes posteriores (Figura 12):

– É esteticamente interessante quando definimos a curva do sorriso seguindo a curvatura do lábio inferior, criando harmonia entre a borda incisal dos dentes superiores e a curva do lábio inferior durante o sorriso.

– Quando estamos a definir curva da margem gengival, na presença de um sorriso gengival, é importante definirmos uma harmonia com o lábio superior e a curvatura dos bordos incisais.

Para o processo da criação da anatomia dentária, o técnico de prótese dentária utiliza as bibliotecas digitais dos sistemas CAD e escolhe qual o modelo de dentes que melhor se ajusta para o paciente que está a ser estudado e associa o seu *"know-how"* e *"expertise"* das formas dentárias existentes na natureza, personalizando assim a forma mais adequada para cada caso clínico (Figura 13)⁵.

Após a aceitação pelo paciente e a definição da nova anatomia dentária, são realizados os procedimentos de preparo e confecção de provisórios (Figuras 14 e 15). Esse jogo de provisórios tem como principal objetivo a definição final das características dos elementos protéticos relativos à forma e função. Ultrapassada essa etapa, cada provisório é então substituído por uma restauração final adesiva em cerâmica (Figuras 16, 17 e 18).

Um detalhe a realçar foi a decisão da reabilitação dos dois incisivos centrais numa segunda etapa (Figuras 19 e 20). O porquê desta decisão está relacionada com o diferente tipo de restauração e espessura (a paciente já apresentava duas coroas metalo-cerâmicas nos respetivos elementos dentários) que opticamente influencia no resultado final⁶.



2. Sorriso Frontal com diferentes exposições labiais para facilitar diagnóstico da curvatura do sorriso e posição do lábio superior.



1. Lábio em repouso.



3. Sorriso meio perfil direito e esquerdo.



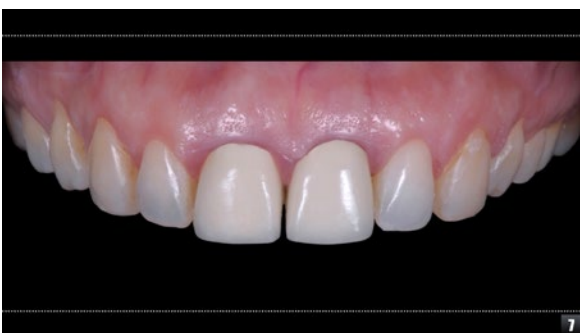
4. Máxima intercuspidação Habitual.



5. Protrusão.



6. Curvas de Spee e Wilson.



7. Superior fundo preto.



8. Oclusal superior.



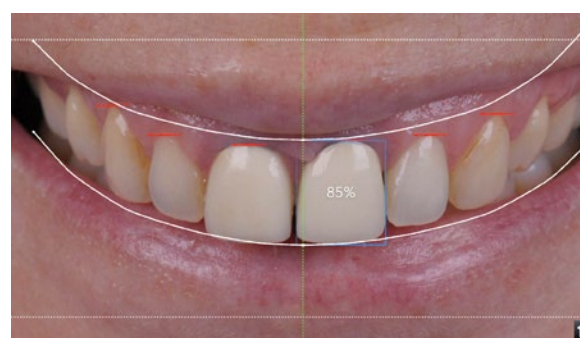
9. Enceramento diagnóstico.



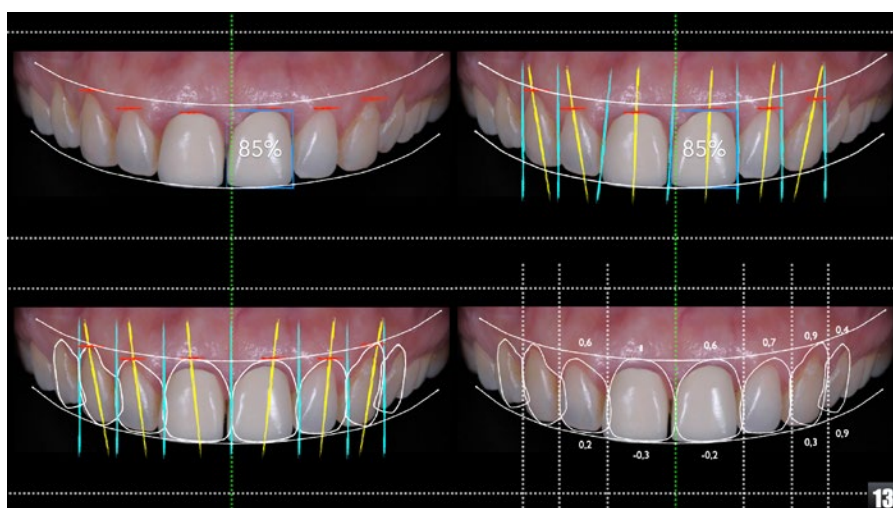
10. Sorriso frontal com Maquete / Mock-up finalizado: remoção de coroas metalo-cerâmicas antigas, gengivectomia e aplicação de mock-up com resina bis-acrílica Structur BL



11. Pré planeamento utilizando os recursos digitais.



12. Moldura do sorriso sendo formada pelas linhas incisal (curva do sorriso) e gengival (curva da margem gengival).



13. Composição dentária anterior: evolução das correções da posição e organização dentária, das proporções dente a dente, das inclinações axiais, da arquitetura gengival e das áreas de contacto inter-dentários e ângulos inter-incisivos.



14. Sequência de preparação dentária com guias de silicone.

Desta forma, o caso é finalizado com sucesso e sem surpresas (Figuras 21, 22 e 23).

Importante referir que a literatura científica já é unânime em afirmar que as restaurações em cerâmica, quando confeccionadas para uma correta indicação e com um protocolo clínico preciso, possuem uma grande longevidade devido

às características dos materiais, como a estabilidade físico-química, excelente compatibilidade biológica, coeficiente de expansão térmica semelhante às estruturas dentárias, suficiente resistência à compressão e à abrasão, excelente reprodução das propriedades ópticas, radiopacidade, adesão ao agente cimentante e aos substratos dentários, estabele-

idade de cor e longevidade clínica com trabalhos de até 20 anos^{7,8} de acompanhamento.

Discussão

Para realização de restaurações adesivas em cerâmica, um protocolo clínico criterioso deve ser realizado, em que cada



15. Sorriso frontal com provisório finalizado.



16. Facetas em cerâmicas IPS Empress CAD Ivoclar e coroas provisórias PMMA (#11 e #21).



17. Sequência de protocolo adesivo com isolamento absoluto.



18. Vista frontal após a finalização da adesão das cerâmicas e cimentação de coroas provisórias. Importante visualizar a saúde do periodonto após a técnica de isolamento absoluto.



19. Prova de "Try-in" de coroas IPS Empress CAD Ivoclar.

etapa tem grande importância e relevância para o resultado final¹. No planeamento, a interação da tríade "Clínico -Técnico de Prótese Dentária - Paciente" é essencial para o resultado final. Recursos como fotografias digitais, enceramento de diagnóstico digital e simulação com *mock-up* facilitam o

pleno entendimento das possíveis soluções que poderiam ser realizadas, sempre visando o melhor prognóstico².

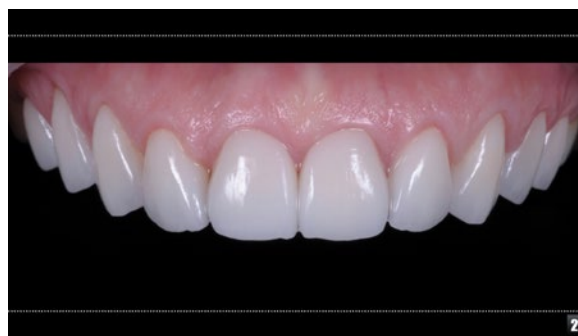
O enceramento de diagnóstico¹⁰ é fator fundamental para o resultado final do trabalho estético⁴ pois só assim, poderemos mostrar ao paciente uma simulação do resultado

final. O enceramento também é de grande importância na execução técnica, realçando estes dois fatores:

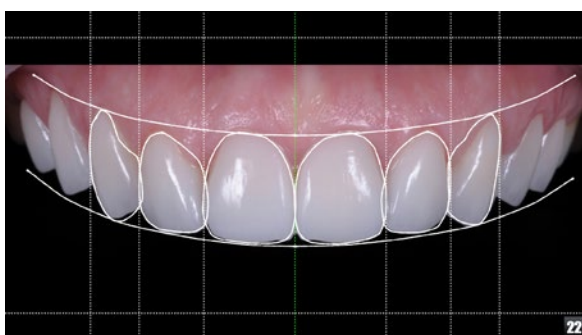
- determinação do desgaste das estruturas dentárias, realizando a sua orientação através do uso das guias de silicone (Figura 14)¹;



20. Sequência de protocolo adesivo com isolamento absoluto.



21. "Close-up" anterior. Detalhe para a naturalidade e perfeita integração das restaurações cerâmicas.



22. Validação da anatomia das restaurações finais em cerâmicas seguindo o planeamento inicial.



23. Sorriso frontal, meio perfil direito e esquerdo do resultado final.

– confecção de provisórios de modo a restabelecer o correto planeamento estético, previamente aprovado (Figura 15)¹¹.

Conclusão

A medicina dentária moderna foi e está a ser muito beneficiada com a inclusão dos processos digitais para a realização de planeamentos e tratamentos em reabilitação oral e, podemos mesmo afirmar, que este é um caminho sem volta. Os profissionais familiarizados com esse tipo de tecnologia estão, sem dúvida, um passo à frente daqueles profissionais que não desejam ou, até mesmo, não acreditam nesta tecnologia a favor da medicina dentária.

Nós acreditamos que a tecnologia chegou para ajudar a todos os envolvidos com o tratamento e o nosso objetivo principal é poder oferecer aos nossos pacientes um tratamento moderno e previsível, não só por motivos estéticos, mas também a nível funcional.

A inclusão destas ferramentas no diagnóstico, plano de tratamento e na execução técnica traz as seguintes vantagens:

- Procedimentos mais consistentes e uma sequência mais lógica de tratamento.
- Redução do tempo de trabalho clínico / laboratorial e dos materiais dentários.

– Produção de um resultado final mais efetivo e consistente.

Desta forma poderemos produzir para os nossos pacientes tratamentos estéticos, confortáveis e duradouros. ■

* Médico Dentista
** Técnica de Prótese Dentária, Atelier 32

Referências Bibliográficas

1. Magne P, Belser U. Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior: Uma abordagem biomimética. São Paulo Quintessence Editora Ltda, 2003.
2. Fradeani M. Esthetic Rehabilitation in Fixed Prosthodontics. Vol 1: Esthetic Analysis: A Systematic Approach to Prosthetic Treatment. Chicago: Quintessence, 2004
3. Coachman C, Calamita M. Digital Smile Design: a tool for treatment planning and communication in esthetic dentistry. Quintessence Dent Technol 2012;35:103-11
4. Coachman C, Van Dooren E, Gürel G, Landsberg CJ, Calamita MA, Bichacho N. Smile design: from digital treatment planning to clinical reality. In: Cohen M (Ed.). Interdisciplinary Treatment Planning. Vol 2: Comprehensive Case Studies. Chicago: Quintessence; 2012. p. 119-74
5. Paolucci B et al. Visagism: The Art of Dental Composition. QDT 2012
6. Gürel G, Bichacho N. Permanent diagnostic provisional restorations for predictable results when redesigning smiles. Pract Proced Aesthet Dent 2006;18:281-286.
7. Friedman MJ. A 15-year review of porcelain veneer failure: a clinician's observations. Int J Prosthodont. 2007 Jul-Aug;20 (4):389-96.
8. Layton D, Walton T. An up to 16-year prospective study of 304 porcelain veneers. Quintessence Int. 1985 Jan;16(1):5-12.
9. Clavijo VGR, et al. Cerâmica dentária: Em busca da excelência estética - Protocolo Clínico e laboratorial. R Dental Press Estét Maringá 2008;5(1):31-54
10. Magne P, Douglas WH. Additive contour of porcelain veneers: a key-element in enamel preservation, adhesion and esthetics for the aging dentition. J Adhes Dent 1999; 1:81- 91.
11. Scopin O, Romanini JC. Protocolo para laminados cerâmicos: Relato de caso clínico. R Dental Press Estét 2004;1(1):7-17.