

REABILITAÇÃO COM FACETAS FELDSPÁTICAS EM CASOS COM COLORAÇÕES SEVERAS E DIASTEMAS: CASO CLÍNICO

Introdução

A medicina dentária da era moderna tem como objetivo restituir ao paciente um correcto perfil, função, conforto, estética, fonética e saúde, mesmo partindo de situações de atrofia, doença ou lesão do sistema estomatognático. A reabilitação fixa tem evoluído continuamente como resultado do avanço em matérias e técnicas laboratoriais conjuntamente com os avanços no tratamento multidisciplinar, fundamental para que se possam alcançar resultados de excelência.

O uso de técnicas restauradoras totalmente cerâmicas tem vindo a aumentar, e tudo indica que essa tendência se deverá manter. Contudo, existem variadas opções que diferem no seu potencial estético, propriedades físicas e evidência científica sobre durabilidade. A utilização de uma restauração totalmente cerâmica não garante, por si só, um resultado esteticamente agradável.

O clínico deve optar, em cada caso, pelo sistema que mais se adequa à necessidade do paciente⁸.

Restaurações anteriores: cerâmica feldspática laminada

O uso de restaurações de cerâmica laminadas tem vindo a tornar-se cada vez mais popular⁹, sendo uma opção consideravelmente menos invasiva². Testes *in vitro* e *in vivo* têm vindo a comprovar a resistência deste tipo de restaurações⁶, apresentando uma taxa de sobrevivência aproximada de 95% a 10 anos⁵. Esta opção apresenta uma excelente performance clínica em termos de adaptação marginal, descoloração, recessão gengival, cáries secundárias, sensibilidade

pós-operatória e satisfação com a tonalidade da restauração após 12 anos³.

Estudos *in vitro* sugerem uma taxa de fratura semelhante aos dentes intactos, desde que as margens da restauração sejam mantidas em esmalte. Dentes com margens de preparação em dentina apresentam uma taxa de fratura significativamente mais elevada¹. Desta forma, quando se restaura um dente tendo em conta a sua resistência, é recomendável que as linhas de terminação dos preparos sejam em esmalte. Quase 70% das facetas preparadas em esmalte apresentaram uma resistência funcional semelhante a coroas, com a vantagem adicional da preservação da estrutura dentária^{1,4}.

Desta forma, a excelência de uma restauração adesiva laminada é conseguida com uma preparação em esmalte, mas também através de um correto protocolo de adesão e com uma correta seleção dos agentes de colagem. A manutenção da estética no médio-a-longo prazo é excelente, a satisfação dos pacientes é elevada, e não existem efeitos adversos na saúde gengival em pacientes com ótima higiene oral⁶.

A colaboração entre clínico e técnico é essencial para atingir sucesso no tratamento. Da mesma forma, é importante que o paciente participe no processo de decisões, na medida em que a sua opinião sobre o resultado estético pode ser distinta da de ambos⁷. A avaliação pré-operatória feita através de enceramento de diagnóstico nos modelos e maquete aditiva em boca facilitam o diagnóstico, a comunicação e a preparação dentária, tornando o tratamento mais previsível³.

A literatura científica sugere que os insucessos se relacionam com casos em que há grande discrepância marginal e insuficiente resistência à fadiga por parte do compósito adesivo. Embora estes problemas não tenham impacto direto no sucesso clínico a médio prazo, a sua influência na performance clínica a longo prazo é ainda desconhecida e necessita de ser mais estudada^{6,4}.

Descrição do Caso

Paciente do sexo feminino, com 38 anos de idade, apresentou-se na consulta de medicina dentária com queixas em relação à estética: “não gosto da cor e dos espaços que tenho entre os dentes”.

Na anamnese não existe nada nenhum dado relevante a assinalar. Ao exame clínico e radiológico não foram detetadas lesões de cárie. Apresenta vários dentes com tratamentos restauradores; manchas com coloração entre moderada a severa nas peças dentárias da zona antero-superior. Neste mesmo setor apresenta diastemas entre as peças 13, 12, 11, 21, 22 e 23. O dente 15 apresenta tratamento endodôntico e uma restauração em resina bastante extensa e

inadequada do ponto de vista funcional e estético. Os dentes 36 e 46 estão ausentes.

O tratamento proposto foi a execução de um *jacket* cerâmico no dente 15 e a correção da zona antero-superior com recurso a facetas de cerâmica. A reabilitação das zonas edêntulas foi realizada através de 2 implantes.

Numa primeira consulta foram obtidas impressões em alginato e um *set-up* fotográfico que permitiu passar ao técnico laboratorial toda a informação necessária à execução de um enceramento de diagnóstico. Logo à partida este estudo deveria permitir aferir a distribuição dimensional entre as várias peças dentárias, encerrando os diastemas; bem como perceber o equilíbrio entre o desgaste necessário das peças dentárias *versus* a espessura mínima de material restaurador tendo em conta a posição vestibular das peças dentárias antero-superiores.

Ainda antes de aplicar o enceramento à apreciação como maquete em boca, a equipa multidisciplinar decidiu incluir na reabilitação as peças superiores de 13 a 23, como forma de melhor redimensionar as peças dentárias. Para além do facto de que a anatomia dos dentes 13 e 23 não era muito satisfatória.

A partir do enceramento foi elaborado uma maquete aditiva em boca, através de uma chave de silicone e resina. Este procedimento permitiu, não só uma melhor comunicação entre a equipa médica, a paciente e o técnico de prótese, como também fornecer à equipa multidisciplinar a percepção da posição ideal das peças dentárias afim de reduzir a quantidade de tecido a eliminar durante a preparação dentária para as restaurações. Neste dia foi selecionada a cor.

Após a aprovação da maquete, partiu-se para a preparação dentária e tomada de impressões. Foram preparadas as peças dentárias 13, 12, 11, 21, 22, 23 e 15. A preparação dentária teve em conta o conceito de mínima invasividade, confinando as margens de desgaste ao esmalte e, também assim, potenciando a adesão das restaurações. Para que assim fosse, foi usada magnificação de 3,3x, e guias de desgaste em silicone feitas a partir do enceramento de diagnóstico.

De realçar que as preparações, nos casos em que se pretendem encerrar diastemas, devem na zona interproximal estender-se até à zona infra-gengival, permitindo uma emergência suave do perfil da restauração evitando zonas de impactação alimentar e, conseqüentemente, problemas biológicos.

Finalizada a preparação foi executada a impressão e adaptado um provisório de forma direta com auxílio da chave de silicone.

Foi efetuado um modelo Geller, no qual foram realizadas facetas feldspáticas de 13 a 23 e um *jacket* para o dente 15. Ao final de 15 dias as restaurações foram colocadas atra-



Dr. Pedro Sá

Médico Dentista; Clínica de Medicina Dentária dos Carvalhos; Formador dos Cursos de Implantologia e Reabilitação Oral do Centro de Formação Prof. Dr. Fernando Almeida



TPD Rudiger Nugebauer

Técnico de Prótese Dentária; DNS Laboratório Lda.; Formador e Palestrante Internacional na área da Reabilitação Oral.



Dr. Fernando Almeida

Médico Dentista; PhD FMDUP 2006 “Carga Imediata sobre Implantes”; Orador convidado em conferências nacionais e Internacionais; Administrador da Clínica de Medicina Dentária dos Carvalhos; Clínica Infante Sagres; Labdent, estudos prostodónticos Ltd.



Fig. 1 a 7 - Aspeto inicial (extra-oral).



Fig. 8 a 10 - Aspeto inicial (intraoral).





vés de um protocolo adesivo executado com isolamento absoluto.

Após um período de 15 dias pós-operatório foi registado o aspeto e estabilidade final do tratamento, bem como dos tecidos adjacentes.

Ao final de 6 meses foi feita uma consulta de controlo, verificando-se a estabilidade e perfeita integração da reabilitação realizada.

Comentário

Relativamente à seleção do tipo de material restaurador existem variadas opções que diferem no seu potencial estético, propriedades físicas e evidência científica.

As facetas laminadas de cerâmica feldspática representam uma alternativa válida na restauração estética de dentes anteriores. Constituem uma solução com excelente resultado estético, e de resistência a médio e longo prazo, com a

vantagem de preservar a estrutura dentária.

A conjugação de uma equipa multidisciplinar é fundamental para que se possam alcançar resultados de excelência. ■

Referências Bibliográficas

Pedido de referências bibliográficas para editorial@jornaldentistry.pt