

REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM FACETAS CERÂMICAS



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Na medicina dentária atual, os resultados estéticos são tão importantes como os funcionais. As facetas em cerâmica conciliam ótimos resultados estéticos com biocompatibilidade e dentisteria minimamente invasiva. São inúmeras as situações em que as facetas podem ser aplicadas, tais como restaurações extensas, fecho ou redução de diastemas, correção de mal posições dentárias e alteração da forma ou cor dos dentes. Nos últimos anos assistiu-se a uma evolução dos materiais de substituição (cerâmicas feldspáticas, dissilicato de lítio) e dos produtos de adesão (essencialmente adesivos e resinas compostas)

O sucesso clínico das facetas é influenciado quer pela preparação dentária e cimentação quer pela manutenção da saúde gengival. O ideal é que o desgaste dentário seja maioritariamente realizado em esmalte, pois a adesão é superior em relação à dentina e não causa problemas de hiper-sensibilidade. Pode haver mesmo ausência de desgaste, se a nível funcional isto for possível.

Com a evolução dos sistemas e técnicas adesivas, atualmente é possível confeccionar lâminas cerâmicas extremamente finas, tendo como vantagem a preservação do tecido dentário. Em restaurações estritamente aditivas torna-se possível melhorar a anatomia sem nenhuma perda

estrutural e com um material que não sofre degradação no meio oral. A cerâmica não pigmenta nem perde o brilho pelo que é preferível às resinas compostas.

O protocolo da preparação dentária ainda não é consensual, nomeadamente quanto aos desgastes incisal e lingual. Alguns autores seguem uma abordagem puramente adesiva sem preparação lingual. Para outros, o bordo incisal deve ser coberto pelo menos por 1,0mm de cerâmica, garantindo função e estética através de uma espessura adequada de cerâmica suficiente para suportar as forças mastigatórias. Este desgaste promove ainda a refração da luz e translucidez do bordo incisal.

A linha de acabamento deste tipo de restaurações deve ser justa-gengival, preservando o espaço biológico.

A escolha do cimento deve ter em conta o tempo de polimerização (foto ou dual) suficiente para permitir o correto assentamento da faceta e a eliminação cuidadosa dos excessos de resina.

Para o sucesso do tratamento, é fundamental o planeamento do caso com um enceramento de diagnóstico quanto à forma, espessura e dimensões. Este passo permite ao paciente visualizar e tornar reais as suas expectativas, guiar o preparo e criar facetas provisórias que permitem ao paciente testar em função as alterações propostas (*mock-up*), tornando o tratamento mais previsível.

Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 57 anos, não gostava do “aspecto” do seu sorriso por ter os dentes muito pequenos, pigmentados e incertos em termos de forma.

A paciente apresentava sinais de desgaste por bruxismo e ausência do dente 22.

Foi então proposto à paciente realizar um enceramento de diagnóstico para a zona estética superior de forma a estudar a possibilidade da reabilitação com facetas, acompanhada ou não de gengivectomia para aumentar o comprimento dentário.

Fez-se um *mock-up* indireto com base no enceramento, que resultou numa aceitação imediata do tratamento pelo paciente. Sendo um procedimento muito simples permite

ao médico e ao paciente a toma de decisões antes de se realizar qualquer procedimento invasivo. O enceramento é a chave do tratamento.

Foram confeccionadas facetas de dissilicato de lítio com estratificação de cerâmica IPS-e.max®Ceram sobre os preparos, obtendo-se um resultado estético que foi do extremo agrado da paciente e dos profissionais responsáveis pelo trabalho.

Conclusão

As facetas são uma boa alternativa na correção de más posições dentárias e encerramento de diastemas. Neste caso, foram confeccionadas facetas de dissilicato de lítio de forma a mascarar a coloração escura dos dentes da paciente. Assim, foi possível obter um bom resultado estético com uma solução minimamente invasiva.

Protocolo de cimentação de facetas de dissilicato de lítio

1. Colocar cada faceta no respetivo dente e verificar se está devidamente ajustada, sem presença de espaços e de degraus. Neste passo pode-se aplicar uma pequena gota de glicerina sobre o dente de forma a estabilizar a faceta.

2. Caso se tenha aplicado glicerina, limpar superfície do dente e face interna da faceta com álcool a 95%.

3. Colocação de fio de retração, seguindo-se o isolamento absoluto.

4. Aplicar ácido fluorídrico a 5% na face interna da faceta durante 20 segundos

5. Lavar com água, abundantemente, durante 20 segundos

6. Aplicar ácido ortofosfórico 37% durante 60 segundos (esfregar com pincel durante esse período de tempo)

7. Lavar abundantemente durante 20 segundos



Dra. Ana Pais

Clinica de Medicina Dentária dos Carvalhos;
Centro de Formação FA.



Prof. Doutor Fernando Almeida

Director Clínico da Clinica de Medicina Dentaria dos Carvalhos e Clinica Infante de Sagres;
Director do Centro de Formação FA.



Figs. 4-6. Fotografias finais.



Fig. 7.



Fig. 8.

8. Secar

9. Aplicar álcool etílico a 95% (esfregar com pincel durante esse período de tempo)

10. Secar

11. Colocar facetas em banho de ultra-sons com água destilada durante 2 minutos.

12. Secar – Verificar se fica com um aspeto “baço” mas sem ser esbranquiçado/flocular, caso contrário repetir os passos 6, 7, 8, 9, 10, 11.

13. Aplicar, com um *microbrush*, uma gota de silano e aplicar por toda a superfície da faceta durante 20 segundos (1 camada)

14. Colocar uma compressa no interior de um recipiente para aplicar fonte de calor e colocar as facetas no interior com a face interna voltada para a fonte de calor. Aplicar o ar quente (por exº secador de cabelo) o mais próximo possível, para atingir a máxima temperatura – Aplicar fonte de calor durante 2 minutos. A superfície tem de ficar

“baça”, se ficar espelhada significa que há silano a mais, pelo tem de se repetir todos os passos desde o nº 6 ao nº 14.

15. Aplicar jato de óxido de alumínio (preferencial com sílica) na superfície dentária (partículas 30-50 um).

16. Colocar ácido ortofosfórico 37% no dente que se vai cimentar a faceta, durante 30 segundos (ter o cuidado de proteger os dentes adjacentes para não serem submetidos ao ataque ácido)

17. Lavar abundantemente durante 20 segundos

18. Secar

19. Aplicar uma resina hidrofóbica (Excite F dual/adesivo Clearfill SE/optibond FL) na face interna da faceta e, ao mesmo tempo, no dente, sem fotopolimerizar.

20. Misturar o cimento e aplicar na face interna da faceta.

21. Colocar cada faceta e pressionar, muito ligeiramente, de forma a saírem os excessos de cimento. Remover

todo o material excedente com um pincel seco e fio interdentário.

Para uma maior exatidão da posição da faceta, cimentar com a presença de uma faceta adjacente, não estando esta última preparada para aderir, e no momento da aplicação do fotopolimerizador remove-se a faceta sem cimento.

Fotopolimerizar 60 segundos todas as faces, exceto a face palatina que deverá ser 90 segundos.

22. Colocar glicerina nas zonas de transição dente/faceta e fotopolimerizar 60 segundos cada face (para polimerizar a camada mais superficial da resina que habitualmente é inibida na presença de oxigénio).

23. Remover excessos com lâmina de bisturi nº 12.

Quando houver dificuldade em se detetar os excessos de cimento utilizar lupas e/ou aplicar álcool na transição dente/faceta e de seguida aplicar ar – o cimento ficará com aspeto mais baço.

24. Verificar oclusão – Não pode haver contactos oclusais na transição dente/faceta

25. Polimento com taças de borracha. ■