# REABILITAÇÃO ORAL MULTIDISCIPLINAR: TRATAMENTO ORTODÔNTICO, IMPLANTE DENTÁRIO E FACETAS EM CERÂMICA FELDSPÁTICA

## Introdução

A Medicina Dentária da era moderna tem como objectivo restituir ao paciente um correcto perfil, função, conforto, estética, fonética e saúde, mesmo partindo de situações de atroVia, 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 fisicas e evidência científica sobre durabilidade. A utilização de uma restauração totalmente cerâmica não garante, por si só, um resultado esteticamente agradável.

O clinico deve optar, em cada caso, pelo sistema que mais se adequa à necessidade do paciente [8].

Figs. 1,2 e 3. Aspecto inicial (extra-oral).

## Restauracões anteriores: cerâmica feldspática laminada

O uso de restaurações de cerâmica laminadas tem vindo a tornar-se cada vez mais popular[6], sendo uma opção consideravelmente menos invasiva[2]. Testes in vitro e in vivo têm vindo a comprovar a resistência deste tipo de restaurações[6], apresentando uma taxa de sobrevivência aproximada de 95% a 10 anos[5]. 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 anos[3].

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 fractura significativamente mais elevada[1]. Desta forma, quando restauramos 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 correcto protocolo de adesão e com uma correcta selecção 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 óptima higiene oral[6].

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 ambos[7]. A avaliação pré-operatória realizada através de enceramento de diagnóstico nos modelos e maquete aditiva clinicamente facilitam o diagnóstico, a comunicação e a preparação dentária, tornando o tratamento mais previsível[3].

A literatura sugere que os insucessos se relacionam com casos em que existe grande discrepância marginal e insuficiente resistência à fadiga por parte do compósito adesivo. Embora estes problemas não tenham impacto directo 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 masculino, com 42 anos de idade, apresentou-se na consulta de medicina dentária com queixas em relação à estética: "quero melhorar o aspecto do meu sorriso".

Na anamnese não há nenhum dado relevante a assinalar. Ao exame clínico e radiográfico não foram detectadas lesões de cárie. Apresenta vários dentes com tratamentos restauradores; ausência por agenésia do dente 23, estando o dente 63 presente na arcada; anatomia conóide dos dentes 12 e 22.

Observou-se alguma compressão dos processos alveolares maxilares resultando em mordida cruzada do lado direito entre as peças dentárias 14,15,16 e 44,45,46 e desgaste incisal acentuado nas peças 43,42 e 41 por trauma oclusal e má-oclusão.

Foi proposto tratamento ortodôntico a fim de corrigir alguns problemas de base na posição dentária. Corrigir a

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

**Dra. Susana Melo**
Médica Dentista;
Clinica de Medicina Dentária dos Carvalhos Prática Exclusiva de Ortodontia.

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

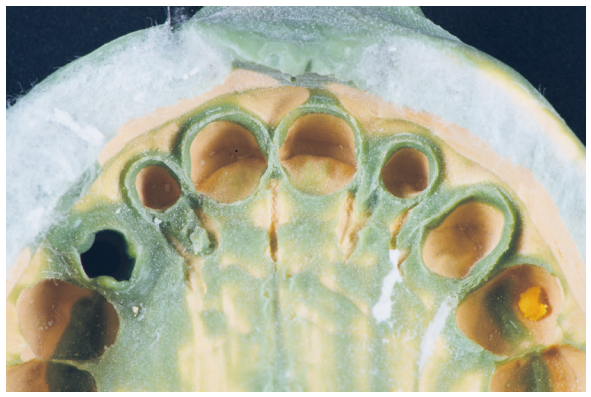
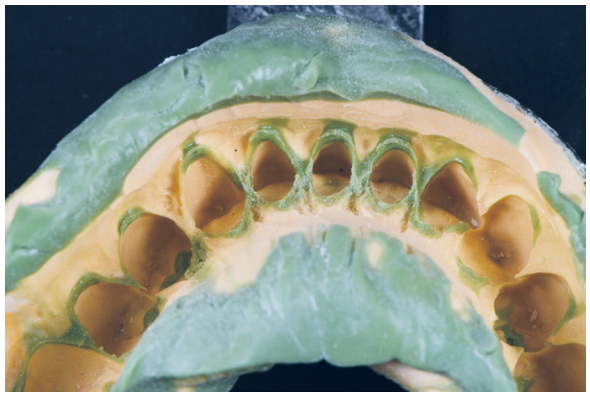
**Dr. Fernando Almeida**
Médico Dentista;
PhD FMDUP 2006 "Carga Imediata sobre Implantes";
Orador convidado em conferencias nacionais e Internacionais;
Administrador da Clínica de Medicina Dentária dos Carvalhos; Clínica Infante Sagres; Labdent, estudos prostodônticos Ltd.

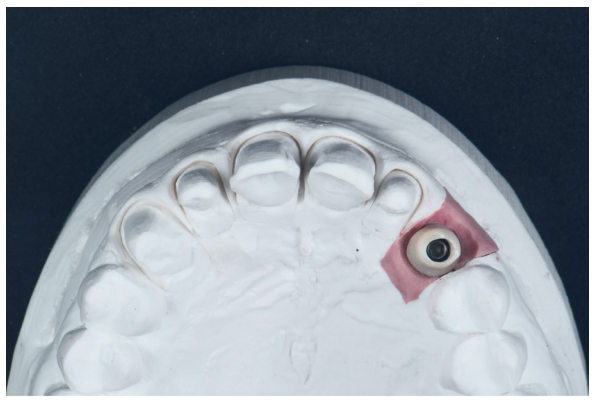



OJDentistry N20.indd 20 08/07/15 17:41

Figs. 4,5,6 e 7. Aspecto inicial (intra-oral).

OJDentistry N20.indd 21 08/07/15 17:41



OJDentistry N20.indd 22 08/07/15 17:42

OJDentistry N20.indd 24 08/07/15 17:42

compressão do maxilar superior eliminando corredores bucais; corrigir mordida cruzada do lado direito; distribuir espaços na zona anterior a fim de permitir tratamento restaurador menos invasivo e com melhor resultado estético. O dente 63 seria extraído e colocado um implante dentário, utilizando o aparelho ortodôntico com fixação de um dente provisório. Após remoção do aparelho seria realizado tratamento restaurador com recurso a facetas de cerâmica feldspática. Em suma, o tratamento proposto foi o seguinte:

**1 - Tratamento ortodôntico:**

**a**. Expansão da arcada superior.

**b**. Correcção da mordida cruzada do lado direito.

**c**. Distribuição uniforme de espaço entre os dentes do sector antero-superior.

**2 - Extracção do dente 63 e colocação de implante dentário.**

**3 - Correcção estética dos dentes antero-superiores e correcção oclusal (desgaste e reposição da guia canina direita) antero-inferior com facetas laminadas em cerâmica fedspática.**

Foi utilizada uma técnica de correcção com aparelho ortodôntico autoligado, neste caso estético, com a duração de 14 meses.

Três meses antes do final do tratamento ortodôntico foi extraído o dente 63 e colocado um implante imediato. Um dente provisório foi fixado com um bracket ao arco do aparelho superior; nesta fase avançada, o arco quadrado do aparelho permitiu a fixação de um dente sem grande mobilidade.

No dia em que foi retirado o aparelho ortodôntico, e estando já o implante osteointegrado, foi elaborado um dente provisório fixo para modelação de tecidos moles. Foi também confeccionada uma goteira de contenção removível para cada uma das arcadas. Foram realizadas impressões para o modelo de estudo e, consequentemente, um enceramento de diagnóstico para planeamento reverso da correcção a executar.

A equipa multidisciplinar decidiu incluir na reabilitação as peças superiores de 13 a 23 (para correcção estética) e na arcada inferior as peças 43,42,41 e 31 (recolocando a guia canina direita e corrigindo o plano oclusal)

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

Após a aprovação do mock-up e oito semanas de condicionamento de tecidos ao redor do implante, verificando-se a saúde e estabilidade dos tecidos moles, partiu-se para a preparação dentária e tomada de impressões. Foram preparadas as peças dentárias 13,12,11,21,22,32,41,42 e 43. A preparação dentária teve em conta o conceito de mínima invasão, 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 criadas a partir do enceramento de diagnóstico.

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

Foi efectuado um modelo Geller, no qual foram realizadas facetas feldspáticas e uma coroa sobre pilar em zircónia para o implante do dente 23.

Ao final de 15 dias as restaurações foram colocadas através de um protocolo adesivo, executado com isolamento absoluto.

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

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

## Comentário

Relativamente à selecção do tipo e 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 e médio e longo prazo, com a vantagem de preservar a estrutura dentária.

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

## Referências Bibliográficas


1. Chun YH, Raffelt C, Pfeiffer H, Bizhang M, Saul G, Blunck U, Roulet JF.; Restoring strenght of incisors with veneers and full ceramic crowns; J Adhes Dent. 2010 Feb; 12(1):45-54. doi: 10.3290/j jad.a17533
2. Gresnigt M, Ozcan M.; Esthetic rehabilitation of anterior teeth with porcelain sectional veneers.; J Can Dent Assoc. 2011;77:b143
3. Gurel G, Morimoto S, Calamita MA, Coachman C, Sesma N.; Clinical performance of porcelain laminate veneers: outcomes of the esthetic pre-evaluate temporary (APT) technique.; Int J Periodontics Restoratice Dent 2012 Dec;32(6):625-35.
4. Gurel G, Sesma N, Calamita MA, Coachman C, Morimoto S; InEluence of enamel preservation on failure rates of porcelain laminate veneers.; Int J Periodontics Restorative Dent. 2013 Jan-Feb;33(1):33-9
5. Layton DM, Clarke M, Walton TR.: A systematic review and meta-analysis of the survival of fedspathic porcelain veneers over 5 and 10 years.; Int J Prosthodont 2012 Nov-Dec:25(6):590-603
6. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, VanherVle G.; Porcelains veneers: a review of the literature; J Dent Mar; 28(3):163-77.
7. Roberts M, Shull GF Jr; Treating a young adult with bonded porcelain veneers.; J Am Dent Assoc. 2011 Apr; 142 Suppl 2:105-35.
8. Donovan TE, Factors essential for successful all-ceramic restorations; J Am Dent Assoc. 2008 Sep; 139 Suppl: 14S-18S)
9. Guess (2011) - All-Ceramic Systems: Laboratory and Clinical Performance


Os autores escrevem ao abrigo da antiga ortografia



OJDentistry N20.indd 26 08/07/15 17:43