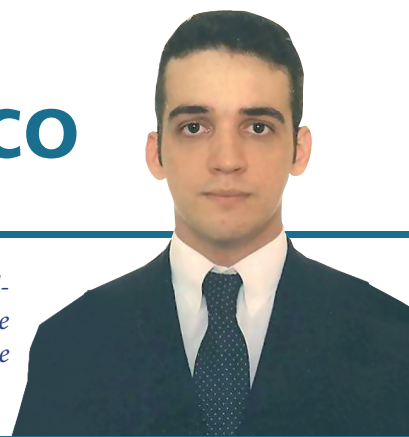




## Do especialista para o clínico



*O clínico Marcelo Traitel entrevista Dr. Fabiano Malafaia, doutor em Odontologia pela Universidade de Taubaté, mestre em Prótese Dentária pela Universidade de Taubaté, coordenador da especialização em Prótese Dentária da Universidade Gama Filho (UGF) e professor de Prótese Dentária e Oclusão da UGF.*

### **1. Hoje em dia, devemos optar por qual tipo de coroa cerâmica em região anterior? Qual seria a característica do preparo, da moldagem e da coroa propriamente dita, no momento da cimentação?**

Para restaurações unitárias anteriores as coroas que possuem as melhores qualidades são as coroas de cerâmicas com base em cerâmicas reforçadas (aluminizadas). Essas coroas têm preparos dentários com algumas características próprias, tais como um arredondamento de ângulos e uma maior profundidade com relação ao término que deve ser em chanfro profundo. A moldagem é semelhante às coroas tradicionais e a cimentação também não apresenta diferenças com relação ao substrato dentário. Devemos somente atentar para as diferentes técnicas de tratamento da superfície interna das próteses nos diferentes sistemas cerâmicos.

### **2. Qual o melhor cimento para se utilizar na cimentação de coroas do tipo metalocerâmica, base de zircônia e cerâmica pura? Quais os motivos para tais escolhas?**

A cimentação final das restaurações protéticas apresenta características distintas relacionadas aos comportamentos clínicos de cada material. A definição errada entre o material restaurador e o cimento utilizado resulta, por diversas vezes, em fracasso clínico. Infelizmente, o profissional não poderá empregar um único agente cimentante para todos os casos devendo estar atento às características de cada situação clínica, para que possa selecionar corretamente a técnica e o agente cimentante mais adequado. Percebo porém que os cimentos de ionômero de vidro modificados e os cimentos resinosos são os mais amplamente utilizados. Porém, acredito que se o preparo possuir características geométricas corretas, podemos utilizar o tradicional fosfato de zinco e obtermos sucesso em um grande número de casos. Os cimentos resinosos

não possuem uma relação favorável de união com as superfícies internas de cerâmicas com baixo conteúdo de sílica.

### **3. RMF devem ser feitas com qual liga metálica para se conseguir a melhor qualidade possível de acabamento, polimento e durabilidade, indiferente do custo da mesma? Que cimento está indicado para cimentação destes tipos de restaurações?**

As ligas que apresentam as melhores performances são as ligas de ouro. Fundição, usinagem e durabilidade são privilegiadas. Algumas ligas substitutas também possuem bom rendimento, visto que estas ligas tendem a se comportar mais proximamente às ligas áureas. Utilizo paládio-prata com bons resultados. Em alguns países há uma direção no sentido de limitar a utilização de ligas metálicas em ambiente bucal, sendo aceitas somente ligas áuricas ou de titânio. Veja que o desenvolvimento de restaurações metal free também possui um lado biológico além do lado estético que é o mais explorado. A cimentação destas restaurações pode ser realizada com o cimento de ionômero de vidro modificado, pois em sendo metálicas não serão comprometidas por possível expansão tardia destes materiais.

### **4. Quando devemos indicar o uso de uma RMF em vez de uma restauração de compósito fotopolimerizável ou amálgama de prata? Os conceitos aplicados como distância intercuspidica e paredes remanescentes continuam a ser referências nesta escolha?**

Acho que essa dúvida persegue muitos dentistas e pelos casos que examino muitas vezes o profissional peca pela indicação errada da modalidade reabilitadora. A sobreindicação do material restaurador direto ocorre em muitas situações. De maneira geral cavidades com istmos maiores que 1/3 da face oclusal devem ser tratadas com restaurações indiretas. Muitos indicam restaurações diretas, onde deveriam ser feitas restaurações parciais indiretas e ainda indicam RMF em casos indicados para a utilização de coroas totais. Em muitos casos vejo resinas fotopolimerizáveis utilizadas nessas situações, exigindo demais do material restaurador e certamente diminuindo a vida útil da restauração. E ainda a enorme quantidade de RMFs que soltam, queixa frequente de

nossos pacientes, apresentando falha de retenção, possivelmente poderia ser diminuída com a indicação de preparos totais. Com certeza quanto maior a cavidade maior as exigências funcionais da restauração. Desta forma, os procedimentos indiretos, como restaurações fundidas ou de cerâmicas reforçadas, estariam melhores indicados.

#### **5. O bruxismo é realmente um limitador para reabilitações posteriores à base de laminados cerâmicos? Por quê?**

Infelizmente o bruxismo é uma desordem que acomete cada vez mais em indivíduos e muitas vezes esse acometimento acontece de forma “silenciosa”, ou seja, o paciente não tem a consciência que range os dentes. Gosto muito das superfícies metálicas para a reabilitação oclusal de pacientes com hábitos parafuncionais. Isto dá segurança ao profissional com relação à longevidade estrutural da restauração. Por outro lado, como sabemos, a exigência estética é em muitos casos uma solicitação dos pacientes. Assim sendo, em muitas situações somos solicitados a reabilitarmos os pacientes com cerâmica mesmo nos dentes posteriores destes pacientes. Se o caso assim nos apresentar, devemos acrescentar ao tratamento deste paciente a utilização imperiosa da placa miorelaxante para a manutenção destas restaurações. A indicação recairia ainda em preparos totais que são preparos com melhores características mecânicas que os preparos para laminados.

#### **6. Quando devemos utilizar próteses parciais removíveis mucossuportáveis? A perda de um ou dois elementos dentários justifica tal uso? Que tipo de liga e acabamento devemos solicitar ao nosso TPD?**

Entre as principais indicações para a utilização de PPRs encontram-se a ampla extensão do espaço protético ou ainda a existência de extremidades livres nas arcadas. Espaços protéticos pequenos devem ser reabilitados com implantes osteointegrados. Quando da realização de próteses removíveis utilizo as ligas de cromo cobalto. Vale ressaltar que existem diversas marcas de ligas de Cr-Co, devendo portanto estarmos atentos para que o laboratório de prótese utilize uma liga com qualidade superior, principalmente com relação à resistência da mesma. Assim sendo, podemos trabalhar com armações metálicas delicadas e funcionais. É bastante interessante a utilização de um banho de ouro na região relativa às selas para que não aconteça uma possível limitação estética pelo sombreamento da parte gengival pelo metal.

#### **7. Existem dentes artificiais com valores de dureza e qualidades diversas. Quais as características e cuidados que devemos observar nestes, para que tenhamos um resultado funcional e estético favorável nas próteses totais e parciais removíveis? Por quê?**

Os dentes artificiais de resina acrílica são amplamente difundidos existindo uma infinidade de modelos e marcas comerciais disponíveis para o dentista. As principais diferenças entre eles estão na dureza da resina utilizada e na quantidade de camadas utilizadas em sua fabricação. Dentes que apresentam valores de resistência

aos desgastes mais elevados mantêm os aspectos oclusais de forma mais equilibrados por mais tempo. Evitando ou restringindo a perda da dimensão vertical de oclusão e ainda prolongando a função mastigatória eficiente de forma mais duradoura. É claro que é importante a indicação de dentes estéticos e quanto mais camadas os dentes artificiais apresentarem, maior será a fidelidade dele quanto à cópia fiel do dente natural. Assim sendo será maior a chance de sua mimetização no sorriso do paciente. Obviamente, dentes esteticamente satisfatórios e que proporcionem uma função adequada contribuem para a aceitação destas próteses por diversos pacientes.

#### **8. Em qual situação devemos utilizar núcleo de preenchimento antes de realizarmos uma restauração parcial fixa? Qual o material preconizado para este preenchimento dependendo do tipo de restauração (metálica ou cerâmica)?**

O núcleo de preenchimento deve ser sempre realizado quando o remanescente dentário possuir condições de retenção do material utilizado. Se a quantidade ou qualidade do dente for insatisfatória devemos utilizar retenção intrarradicular. Assim ao nos depararmos com um dente extensamente destruído devemos nos questionar se aquele elemento ainda possui alguma condição de reter o material de base. O núcleo de preenchimento quando bem realizado promove, acima de tudo, condições para o profissional realizar preparos mais adequados, otimizando os princípios mecânicos e contribuindo desta forma para a realização de um preparo geometricamente favorável, prolongando a vida útil da prótese. Existem materiais próprios para a realização de núcleos, apresentando retenção a estrutura dentária e dureza suficiente semelhante à dentina. De modo geral, a realização de resinas fotopolimerizáveis, respeitando a técnica de condicionamento para evitar sensibilidade em dentes vitais, apresenta-se como uma solução bastante eficiente para o clínico. 