

Reconstrução anterior em resina composta associada a pino de fibra de vidro: relato de caso

Anterior tooth reconstruction with composite resin and fiber reinforced aesthetic pin: case report

Rinaldo Abreu

Especialista em Dentística Restauradora pela ULBRA
Professor da Disciplina de Clínica Integral IV do Curso de Odontologia ULBRA – Torres

Maurício Schneider

Mestre em Dentística
Professor da Disciplina de Técnicas e Materiais em Dentística do Curso de Odontologia ULBRA - Torres

Guilherme Anziliero Arossi

Doutor em Genética e Toxicologia Aplicada
Coordenador do Núcleo de Pesquisa em Odontologia da ULBRA - Torres

RESUMO

A estética é uma preocupação do ser humano, tendo o sorriso nesse contexto um papel fundamental. O uso da faceta em resina composta está indicado para casos de grande perda de estrutura dentária vestibular. O objetivo deste trabalho é apresentar a confecção de faceta direta em resina composta no dente incisivo central superior direito (11) de um paciente com prejuízo estético e funcional. O trabalho salienta desde a urgência até a manutenção de saúde bucal, passando pelas fases de limpeza, cimentação do pino e construção da restauração, proporcionado por um tratamento integrado de diferentes especialidades.

Palavras-chave: cárie dentária; facetas dentárias; pinos dentários.

ABSTRACT

Aesthetics are a concern of human beings with the smile in this context a crucial role. The use of facet composite resin is indicated for cases of severe loss of tooth structure entrance. The objective of this paper is to present the making of facet direct composite resin in upper right central incisor (11) of a patient with disfigurement and functional. The paper stresses the urgency since to maintaining oral health, through the stages of cleaning, cementing the pin and construction of restoration provided by an integrated treatment of different specialties.

Keywords: dental caries; dental veneers; dental pins.

Introdução

A aparência estética é uma das preocupações do ser humano, o que leva a uma busca constante por uma estética que expresse harmonia, naturalidade e expressividade. Atualmente os procedimentos restauradores têm contribuído consideravelmente para a resolução de problemas estéticos (3). Diante dos mais diversos materiais e técnicas presentes no mercado para uso estético em Odontologia é importante saber indicá-los e utilizá-los mediante avaliação clínica da quantidade e qualidade da estrutura dental remanescente, grau de descoloração, relação entre a área comprometida e distâncias biológicas, análise da oclusão e ainda, o grau de higienização do paciente (5, 13, 16).

A utilização da técnica de faceta vestibular em resina composta está indicada para casos onde dois terços ou mais da face vestibular do dente esteja comprometida por alteração de cor, forma e/ou textura, alterações essas impossíveis de serem recuperadas por meios mais conservativos, como: restaurações convencionais, clareamento dental e microabrasão (10).

O tratamento dentário no caso de dentes bastante afetados pela cárie ou trauma deve ser multidisciplinar. Observando as características do remanescente e do grau de higienização do paciente (2), diz-se que quando a destruição do elemento dentário envolve menos da metade da sua estrutura o uso de pinos intrarradiculares não é necessário; apenas restauração direta com resina composta. Mas, nos casos de perdas estruturais mais extensas que 50%, há a necessidade de se utilizar pinos intrarradiculares. Contudo, uma correta escolha do tipo do pino intrarradicular define o resultado do procedimento restaurador. Para se realizar essa escolha devem ser considerados fatores relacionados com o remanescente dentário, a oclusão, a posição do dente no arco, a configuração e o diâmetro do canal; além de avaliar as características dos pinos como comprimento, diâmetro, formato, configuração superficial e material (4).

A quantidade de estrutura coronária remanescente é fator de grande importância na determinação do procedimento restaurador que será executado. Desta forma, o preparo do dente deve ser iniciado pela remoção de tecido cariado e esmalte sem sustentação, estabelecendo o término do preparo em estrutura dental sadia e assegurando altura e formato adequado para a reconstrução coronária (2).

Antes de realizar a restauração estética, deve-se selecionar criteriosamente a cor a ser empregada. A dificuldade em se obter cor, textura e forma apropriadas em casos de restaurações proximais é maior que nas facetas vestibulares, por isso muitas vezes o profissional opta por esta técnica. Mas, para que se tenha sucesso o profissional deve estar atento aos detalhes anatómicos, estética almejada pelo paciente e suas próprias limitações antes de iniciar o procedimento de faceta direta em resina composta (11).

O objetivo deste trabalho é relatar a reabilitação estético-funcional anterior de um incisivo central superior esquerdo com resina composta associada a pinos de fibra de vidro.

Relato de Caso Clínico

Paciente com 14 anos de idade, do gênero masculino, leucoderma, compareceu à clínica odontológica da ULBRA (Torres), queixando-se da estética do seu incisivo central superior direito (dente 11). Após criterioso exame clínico e radiográfico, observou-se a necessidade de um tratamento multidisciplinar

para este paciente (Figura 1). Num primeiro momento realizou-se uma profilaxia, anestesia infiltrativa e papilar, remoção do excesso gengival, colocação do isolamento absoluto, a remoção do tecido cariado e início do tratamento endodôntico, com abertura coronária, penetração desinfetante, medicação intracanal (Tricresol formalina) e restauração provisória com cimento ionômero de vidro fotopolimerizável do elemento dentário 11. Seguiu-se o controle de placa e orientação sobre saúde bucal, enquanto eram sanadas outras necessidades na cavidade bucal.

Após essa fase de adequação, anestesia infiltrativa e papilar, o isolamento absoluto; removeu-se a restauração provisória, realizou-se o tratamento endodôntico: preparo químico-mecânico, batente apical e obturação do canal radicular e selamento coronário provisório com cimento ionômero de vidro e instrução de higiene bucal.

Numa próxima sessão, foi realizada escolha da cor da resina composta (Charisma®, cor A2), anestesia infiltrativa e papilar, o isolamento absoluto, realizou-se a desobturação do canal radicular, escolha de um pino intrarradicular de fibra de vidro e cimentação deste pino. Realização de uma restauração de resina composta sobre o pino. Entretanto, essa restauração não ficou satisfatória e resolveu-se pela confecção de uma faceta direta em resina composta, a ser realizada numa próxima sessão, pra tanto foi colocada uma borracha ortodôntica para separação dos elementos dentários 21 e 11, no final da sessão realizou-se a instrução de higiene bucal (Figuras 2 e 3).

Na técnica de confecção da faceta direta em resina composta, durante o preparo do dente, foi utilizada a técnica da silhueta, para auxiliar no controle da profundidade do desgaste. Fez-se uma canaleta de orientação axial com a ponta ativa da broca diamantada tronco-cônica de extremidade arredondada nº 2135, acompanhando a curvatura da face vestibular, com aproximadamente 0,5mm de profundidade, dessa forma realizou o desgaste em metade da faceta. Após a comparação da quantidade de desgaste realizada com a metade íntegra, realizaram-se os mesmos procedimentos para finalizar o preparo na metade distal da face vestibular.

Após a proteção do dente vizinho com uma matriz de poliéster, aplicou-se um gel de ácido fosfórico a 37% durante 30 segundos, seguido de enxágue abundante por 1 minuto. A superfície foi então seca para a aplicação do adesivo e fotopolimerizado por 20 segundos.

Em seguida, iniciou-se a aplicação de uma camada de resina composta pela técnica incremental. O acabamento final, texturização e polimento foram realizados utilizando-se discos abrasivos sequenciais (Sof Lex, 3M). Assim, ao final do procedimento e nas sessões de manutenção periódica preventiva pôde-se verificar que a faceta direta em resina composta apresentava-se com a estética satisfatória (Figura 4).

Discussão

As modificações didático-pedagógicas que vêm acontecendo na forma de ensinar a Odontologia nas faculdades brasileiras (17), impulsionadas por um novo conhecimento embasado cientificamente, que emergiu nos anos 80 e 90 (18, 19, 20), culminaram com a adoção de uma Clínica Odontológica Integral como forma de aplicar sua ativida-



Figura 1. Aspecto inicial do dente 11

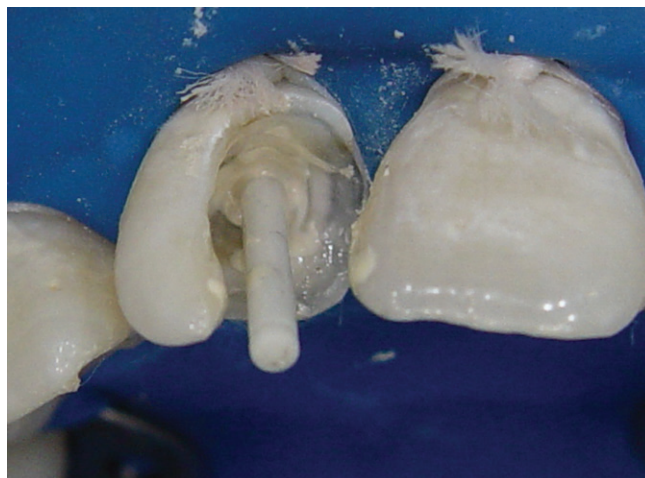


Figura 2. Cimentação de pino de fibra de vidro



Figura 3. Recuperação de espaço interproximal

de prática, evoluindo a partir de um conceito segmentado, onde especialidades eram ensinadas isoladamente. Isso permite que os profissionais vejam o paciente e seu tratamento como um todo, facilitando o planejamento, a adesão do paciente ao tratamento, o vínculo pessoal e a execução do que for necessário para promover o bem-estar dos pacientes. Este trabalho exemplifica a integralidade de tratamento praticada com uma visão holística do paciente, sobrepondo conhecimentos de diferentes especialidades em prol de um resultado comum.

Para reabilitar nosso paciente adolescente jovem, procurou-se por uma solução estética, com relativa durabilidade em função do remanescente, rápida e de custo acessível, podendo ainda ser considerado como parte essencial de um trabalho estético maior a ser realizado com o término do período de crescimento do paciente. O cirurgião-dentista executante deve saber diagnosticar corretamente um tratamento endodôntico que seja capaz de suportar a inserção de um pino intracanal sem prejudicar sua cicatrização periapical e associar a condição do remanescente à composição do pino escolhido para que se alcance o máximo de resistência possível antes da fratura radicular (21). A recuperação de espaços na arcada é também essencial para a arquitetura dentogengival se arranjar harmonicamente, o que pode ser obtido com separações mediatas – como no caso – imediatas ou com ortodontia. Disso resulta a necessidade da complementação do caso em uma segunda sessão.

Nesse segundo momento é possível uma maior atenção a detalhes como espessuras dos incrementos como diferentes tonalidades da resina, contornos incisais e planos inclinados, bem como perfis de emergência simulando as adjacências. Associado a isso está a adaptação de cor da resina composta, que deve ser manejada dentro de um período de tempo para que se verifique como a hidratação do material influenciou sua cor. Numa terceira sessão, é necessária a realização de um polimento final, bem como a sensibilização do paciente no que diz respeito aos cuidados preservativos.

Há mais de 15 anos as resinas compostas são indicadas como eleição para reabilitação anterior (6), sendo as reconstruções dentais em resina direta aplicadas em cerca de 90% dos casos de necessidade reabilitadora anterior, segundo relatos da literatura (12), que também possui outros relatos clínicos se-



Figura 4: Aspecto final da faceta


melhantes ao nosso (14, 1). Pinos não metálicos têm adequada resistência flexível quando associados a um remanescente adequado e absorvem o estresse ao qual o dente é submetido de uma forma mais favorável ao dente do que restaurações metálicas (9).

CHRISTENSEN (7) diz que restaurações em resina composta deveriam ser usadas com mais frequência que coroas totais para a reabilitação de incisivos unitários em função das necessidades de ajuste de cor e posição do dente no paciente em crescimento.

Mesmo que haja outras opções restauradoras com embasamento científico há muito evidenciado e resultados clinicamente satisfatórios, tais como pinos metálicos e restaurações cerâmicas, a opção exemplificada nesse trabalho é de fundamental importância para um treinamento do paciente para a saúde e a preservação de suas estruturas naturais e dos trabalhos reabilitadores de seu sistema mastigatório. Além disso, devido à simplificação técnica e menor custo, ampliam o acesso econômico de uma reabilitação anterior estética, tão necessária para a autoestima, a inserção social, o desenvolvimento cognitivo comportamental, bem como a mastigação e até mesmo a fala (15).

Conclusão

A técnica de faceta direta é uma alternativa capaz de restabelecer a harmonia do sorriso, no entanto, depende de um correto diagnóstico.

Quando corretamente indicada e executada, a técnica de confecção de faceta direta em resina composta é eficiente no sentido de restabelecer a estética dentária harmonizando o elemento tratado junto aos dentes adjacentes. 



Referências Bibliográficas

1. BAGIS, B. L., AYDO, E., BAGIS, Y. H. Direct Restorative Treatment of Missing Maxillary Laterals with Composite Laminate Veneer: A Case Report. *The Open Dentistry Journal*. 2008; 2: 93-5.
2. BARATIERI, L. N., MONTEIRO JUNIOR, S., ANDRADA, M. A. C. *et al.* Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades. São Paulo: Livraria Santos Editora Comp. Imp. Ltda, 2001. 739p.
3. BARKHORDAR, R. A., KEMPLER, D., PLESH, O. Effect of nonvital tooth bleaching on microleakage of resin composite restorations. *Quintessence Int.* 1997; 28 (5): 341-4.
4. BURGESS, J. O., XU, X. Pinos intracanáis. *Dental Advisor*. 1999; 6: 1-6.
5. BUSATO, A. L. S., BARBOSA, A. N., BALDISSERA, R. A. *et al.* *Dentística - Restaurações Em Dentes Anteriores*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 481p.
6. CHRISTENSEN, G. J. Resin restorations for anterior teeth - 1995. *J. Am. Dent. Assoc.* 1995; 126: 1427-8.
7. Christensen GJ. Restoring a single anterior tooth - Solutions to a dental dilemma. *JADA* 2004; 135:1725-27.
8. D'ALPINO, P. H. P. Resistência à fratura de dentes que receberam restaurações adesivas de resina composta e porcelana. Dissertação. Bauru: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2000.
9. EL-ELA, O. A. A., ATT, O. A., EL-MOWAFY, O. Fracture Resistance of Anterior Teeth Restored with a Novel Nonmetallic Post. *JCDA*. 2008; 74 (5): 441.
10. FERRARI, M., VICHI, A., MANNOCCI, F. *et al.* Retrospective study of the clinical performance of fiber posts. *Am. J. Dent.* 2000; 13: 19b-24b.
11. FREEDMAN, G. A. Esthetic post-and-core treatment. *Dent. Clin. North Amer.* 2001; 45: 103-16.
12. NASCIMENTO, M. M., GORDAN, V. V., QVIST, V. *et al.* Reasons for placement of restorations on previously unrestored tooth surfaces by dentists in The Dental Practice-Based Research Network. *J. Am. Dent. Assoc.* 2010; 141: 441-8.
13. PETRY, P. C., PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. (coord.) *et al.* ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas. 1999. p. 364-70.
14. SANTOS, M. P. A., MAIA, L. C. The Reference Guide: A Step-by-Step Technique for Restoration of Fractured Anterior Permanent Teeth. *JCDA*. 2005, 71 (9).
15. SERRANO, P. O., FAOT, F., CURRY, A. A. D. B. Effect of Dental Wear, Stabilization Appliance and Anterior Tooth Reconstruction on Mandibular Movements During Speech. *Braz. Dent. J.* 2008; 19 (2): 151-8.
16. SOUZA, G. A., MONTEIRO DA SILVA, A. M., GALVÃO, R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. *Pesq. Odontol. Bras.*, 2002; 16 (1): 57-62.
17. SILVEIRA, J. L. G. C. Diretrizes Curriculares Nacionais Para os Cursos de Graduação em Odontologia: Historicidade, Legalidade e Legitimidade. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.* 2004; 4 (2): 151-6.
18. MAZER, R. B., LEINFELDER, K. F. Evaluating a microfill posterior composite resin: a Five year study. *J. Am. Dent. Assoc.* 1992; 123 (4): 3238.
19. NAKABAYASHI, N., KOJIMA, K., MASUHARA, E. The promotion of adhesion by the infiltration of monomers into tooth substrates. *Journal Biomedical Materials Research*. 1982; 16 (3): 265-73.
20. PINTO, V. G. Saúde bucal: odontologia social e preventiva. São Paulo: Santos; 1989.
21. CHEUNG, D. M. D. A review of the management of endodontically treated teeth Post, core and the final restoration. *Dental Association*. 2005; 136 (5): 611-9.

Recebido em: 09/05/2013 / Aprovado em: 05/06/2013

Guilherme A. Arossi

Rua Universitária, 1900 - bairro Parque do Balonismo

Torres/RS, Brasil - CEP: 95569-000

E-mail: guilherme.arossi@ulbra.br