

Reconstrução estética utilizando prótese adesiva como forma de reabilitação oral em serviço público

Aesthetic reconstruction using adhesives prosthesis for oral rehabilitation in public service

Ivone Lima Santana¹, Cadidja Dayane Sousa do Carmo², Lívia Câmara de Carvalho Galvão³, Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira⁴

¹ Professora Adjunta III Doutora de Prótese Dentária – UFMA.

² Mestranda em Odontologia pela UFMA

³ Graduada em Odontologia – UFMA.

⁴ Professora Adjunta II Doutora de Periodontia – UFMA.

DESCRITORES:

Reabilitação Bucal; Prótese Dentária; Assistência Pública.

RESUMO

OBJETIVO: Relatar um caso clínico sobre uso de prótese adesiva para reabilitação bucal em serviço público odontológico. **MÉTODOS:** Foram confeccionados pônticos da prótese adesiva com resina composta reforçada por fibra de vidro para substituir dentes ântero-superiores, perdidos em paciente atendida na clínica odontológica da escola Sotero dos Reis, integrante do Programa Saúde na Escola. **RESULTADOS:** Dentro das limitações de uma instituição pública, foi possível realizar um procedimento reabilitador de forma satisfatória. **CONCLUSÃO:** Através desse procedimento clínico, houve o restabelecimento da função, estética e a inclusão social da paciente.

Keywords:

mouth rehabilitation, dental prosthesis, public assistance.

Abstract

OBJECTIVE: To present a clinical case report about using adhesive prosthesis for mouth rehabilitation in public dental assistance. **METHODS:** Pontics of adhesive prosthesis were placed in patient utilizing direct resin-bonded fibre-reinforced composite for maxillary central anterior teeth replacement. The study was held at the dental clinics of Sotero dos Reis School Health Program. **RESULTS:** Within the limitations of public service, it was possible to perform oral rehabilitation satisfactory. **CONCLUSION:** This clinical procedure was viewed as a simple means of allowing the function, aesthetic and social patient's inclusion.

271

Endereço para correspondência

Ivone Lima Santana
Departamento de Odontologia I – UFMA.
Rua Quéops - Qda. 22, Nº 14, Ap 703 - Renascença II - São Luís – MA/BRASIL
CEP – 65075-800
E-mail: ilima@usp.br

INTRODUÇÃO

A cárie e a doença periodontal são apontadas como as doenças bucais de maior prevalência e, na maioria das vezes, responsáveis por grande parte das perdas dentais¹, assim como o trauma por queda, colisão, atividades esportivas, violência e outras².

Somando-se a isso, a condição sócio-econômica dos indivíduos também deve ser considerada, já que muitos deles, especialmente os de baixo nível sócio-econômico, têm a extração dentária como método de solução para a dor³.

Sabe-se que a ausência de elementos dentais, principalmente anteriores, desempenha um importante papel na estética e harmonia por meio da autoestima, autoexpressão,

comunicação e estética facial⁴.

A Odontologia, nas últimas décadas, tem apresentado inúmeras opções restauradoras com o intuito de oferecer resultados cada vez mais satisfatórios ao paciente⁵. E, como técnicas disponíveis para reabilitar ausência de elemento dental anterior, tem-se, por exemplo, o uso de prótese implanto-suportada⁶, prótese adesiva indireta⁷, prótese adesiva confeccionada em resina laboratorial associada à fibra de reforço⁸, prótese adesiva direta confeccionada com o próprio dente natural⁹ ou prótese fixa convencional¹⁰.

As próteses adesivas foram inicialmente propostas por Rochette em 1973, como forma de ferulização periodontal¹¹. A indicação para substituição de dentes anteriores, entretan-

to, foi introduzida por Howe & Denehy em 1977¹².

Em destaque, o uso de prótese adesiva tem como vantagens o menor desgaste da estrutura dentária sadia, quando comparada com os preparos para as próteses fixas convencionais assim como facilidade na execução do preparo, menor tempo clínico, excelente estética, reversibilidade do tratamento e menor custo. Como limitações, oclusão em sobremordida, espaço edêntulo extenso, dentes pilares com coroas clínicas curtas e pacientes com parafunção⁶. Em casos de espaço protético muito amplo, existe a necessidade de se associar prótese adesiva com plástica dental prévia, sendo esta última definida pela caracterização total dos dentes, utilizando todos os recursos à disposição do cirurgião-dentista, desde a amelo-plastia até o acréscimo em resina composta, para proporcionar beleza e melhor aparência ao indivíduo¹³.

A evolução dos sistemas adesivos e a associação de fibras de reforço possibilitaram o surgimento da prótese adesiva livre de metal⁶. Dessa forma, os sistemas de fibras vêm sendo empregados como novo tipo de procedimento restaurador para substituição de um ou dois elementos dentais perdidos, com o mínimo de desgaste da estrutura sadia. Com isso, a impregnação das fibras pelo sistema adesivo e a associação com resina composta permite a somatória da resistência à tração das fibras de vidro com a resistência à compressão da resina composta, resultando em menor índice de falhas, quando comparado às ferulizações com fios ortodônticos¹⁴.

Deve ser ressaltado que a Odontologia é uma ciência vinculada à promoção de saúde, que busca harmonização e satisfação do paciente. No entanto, os conceitos básicos referentes a tratamento odontológico vêm sofrendo evolução, e, com ela, a busca pela estética ganhou reforços, na medida em que não é mais dissociada da saúde, sendo considerada pré-requisito para o bem-estar psíquico-social do indivíduo¹⁵.

Dentro desse contexto, este trabalho objetiva mostrar um caso clínico de confecção de prótese adesiva direta em resina composta com associação de fibras de reforço impregnadas por resina composta como método reabilitador de espaço edêntulo referente a dois elementos dentais ântero-superiores.

RELATO DE CASO

Paciente leucoderma, 14 anos de idade, sexo feminino, compareceu à clínica da Escola Sotero dos Reis integrante do Programa Saúde na Escola - PSE, em São Luís/MA. Inicialmente, foram realizados anamnese e exame físico, nos quais foi verificada destruição total das coroas dos dentes 21 e 22. A radiografia periapical revelou a necessidade da remoção dos remanescentes radiculares devido ao grande comprometimento destes. A paciente encontrava-se em condição emocional prejudicada, pois se constrangia em sorrir, o que ocasionava mal-estar psicossocial.

Planejou-se, então, a fase cirúrgica assim como as fases protética, laboratorial e clínica, para reabilitação estética da paciente.

A fase cirúrgica foi iniciada com a remoção dos remanescentes radiculares dos dentes 21 e 22 (Figura 1). Em seguida, foi realizada moldagem do arco superior (Figura 2) e inferior bem como registros intermaxilares, para viabilizar o início da fase protética.

Sobre os modelos, foram, então, realizadas todas as etapas prévias à fase clínica. A mensuração do espaço edêntulo permitiu a confecção dos pônticos em resina composta Z350 (3M ESPE FiltekTM) assim como o posicionamento des-



Figura 1: Espaço edêntulo referente aos dentes 21 e 22.



Figura 2: Moldagem do espaço edêntulo referentes aos dentes 21 e 22.

tes. Esse relacionamento foi registrado a partir de um guia de silicone. Os pônticos foram obtidos em resina composta (Figura 3), com o auxílio de coroas pré-fabricadas de poliacetato (Ableh moldados termoplásticos LTDA - Brasil).



Figura 3: Pônticos em resina composta

Os nichos foram confeccionados nos pônticos, em toda a extensão palatina e à altura dos cíngulos e nos suportes em gesso, dos dentes 11 e 23, respectivamente nas faces méso e distopalatinas (Figura 4).

A fase protética clínica foi iniciada com a confirmação



Figura 4: Nichos confeccionados nos pônticos e nos dentes suportes em gesso.

da cor obtida nos pânticos, conforme informações durante o exame clínico: A3,5 no terço cervical, A3, no terço médio e A2, na incisal, além do opaco OA3. Foram confeccionados os nichos nos dentes suportes de forma similar aos preparos confeccionados nos modelos de gesso (Figura 5), sendo, para tanto, utilizadas brocas nº 2130 e 2131 (KG Soresen®).

Os pânticos e dentes suportes foram submetidos à



Figura 5: Nichos confeccionados nos elementos dentais de suporte (dentes 11 e 23).

profilaxia, utilizando pedra pomes e água, a fim de se evitar qualquer contaminação que pudesse interferir na adesividade do cimento resinoso (3M ESPE – RelyX™ ARC) utilizado para fixar a fibra de vidro aos nichos confeccionados nesses dentes. Foi feito o isolamento do campo e ataque ácido em pânticos e suportes. Após lavagem e secagem, utilizou-se adesivo de três passos (3M ESPE – Scotchbond™ Multi-Purpose).

O procedimento de cimentação se deu com o auxílio da guia de silicone (Zetalabor – Zhermack) (Figura 6) a qual foi devidamente posicionada e, em seguida, os pânticos. O tama-



Figura 6: Adaptação da guia de silicone para cimentação dos pânticos.

no exato da fibra de reforço foi obtido a partir de mensuração inicial com fio dental, para se obter o real tamanho e contorno da fibra, procedimento indispensável para evitar excessos desta e facilitar a sua inserção e adaptação aos nichos. O cimento resinoso (3M ESPE – RelyX™ ARC) foi inserido e, sobre ele, a fibra de reforço (Fibra de vidro Interlig – Ângelus), sendo o conjunto fotoativado por 40 segundos. Depois disso, restaurações foram feitas nas faces palatinas de pânticos e suportes.

O ajuste oclusal foi executado com o auxílio de papel carbono (AccuFilm II) , e, por fim, acabamento e polimento (Figura 7)

Orientações sobre higiene e cuidados foram prestadas



Figura 7: Após ajuste oclusal, acabamento e polimento.

à paciente. Após três dias, ela voltou para que fosse feita a caracterização dos pânticos, o que trouxe um resultado estético superior àquele obtido após o acabamento e polimento (Fotografia 8). A referida paciente autorizou a realização de tais procedimentos por meio de assinatura de um termo de



Figura 8: Aspecto após a caracterização dos pânticos com resina composta.

consentimento livre e esclarecido.

DISCUSSÃO

Numerosos estudos mostram que as consequências da perda dental não estão limitadas aos aspectos clínicos e que há uma relação direta com as atividades diárias dos indivíduos¹⁶. No entanto, alguns profissionais, ainda, valorizam somente os aspectos biológicos e restauradores, desconsiderando as implicações da perda dental no bem-estar de cada indivíduo^{17,18,19}. Problemas estes de ordem funcional, como comer, mastigar ou falar e social, como alterações comportamentais, insatisfação com a aparência, não aceitação na sociedade e no mercado de trabalho⁴.

Os traumatismos dentários podem produzir deslocamentos dentários, fraturas coronárias e/ou radiculares e lesões ósseas e dos tecidos moles. A reabilitação de espaços anteriores por meio de prótese adesiva é perfeitamente viável, pois o aprimoramento de técnicas adesivas restringiu grandemente o desgaste da estrutura dentária remanescente de um dente a ser restaurado, visto que a união do material restaurador se dá às custas da adesão.

Considerando a condição clínica da paciente, aliada ao abalo psicossocial e à condição financeira desfavorável, optou-se pela realização de prótese adesiva confeccionada com resina composta e reforçada com fibra de vidro como tratamento reabilitador. Esse tratamento será, inicialmente, de caráter temporário, até o momento em que a paciente tenha condições de lançar mão de outro tipo de reabilitação. O resultado alcançado foi extremamente satisfatório, uma vez que resgatou a função, a estética e o bem-estar social, proporcionando à paciente os anseios de vida oferecidos por um sorriso.

A prótese adesiva com reforço de fibra de vidro foi a opção escolhida, por apresentar efetividade reabilitadora¹¹, fornecer a associação da resistência à tração das fibras de vidro com a resistência à compressão da resina composta²⁰, além de ser um procedimento conservador da estrutura dental, de rápida execução e de menor custo, o que torna possível sua realização dentro do serviço público odontológico.

Dessa forma, o serviço público tem que ser visto como opção de promoção, prevenção e reabilitação da saúde bucal e não, como mera opção mutiladora. O cirurgião-dentista deve ter como objetivo oferecer o melhor para o paciente

dentro de suas condições de trabalho assim como deve alertar a administração do serviço público sobre a necessidade de condições dignas que o permitam realizar uma Odontologia de qualidade.

Percebe-se a necessidade de maior dedicação dos profissionais de saúde, por deterem o conhecimento científico odontológico e dos respectivos gestores, que são pessoas capacitadas e responsáveis pela oferta de condições de trabalho com o intuito de que mais tratamentos como esses possam ser eticamente oferecidos e realizados.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados estéticos e psicológicos, obtidos com o caso descrito, conclui-se que o uso de prótese adesiva reforçada com fibra de vidro pode ser uma opção para a reabilitação de dentes anteriores perdidos, dentro das limitações do serviço público odontológico.

REFERÊNCIAS

1. Loe H, Brown J. Classification and epidemiology of periodontal diseases. *Periodontology* 2000, 1993; 3(5): 229-38.
2. Sousa DL, Neto M, Siebra JJ, Gondim, JO, Bezerra FJG. Prevalência de trauma dental em crianças atendidas na Universidade Federal do Ceará. *Rev. Odonto Ciência*, 2008; 23(4): 355-59.
3. Paixão HH, Vargas AMD. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2005; 10(4): 1015-24.
4. Murdoch-Kinch CA, Mc Lean ME. Minimally invasive dentistry. *JADA*, 2003; 134(1): 87-95.
5. Castro JCM, Castro MAM, Pedrini D, Panzarini SR, Pelielo AR. Prótese Adesiva: uma opção estética, conservadora e funcional. *Rev Gaúcha Odontológica*, Porto Alegre, 2006; 54(3): 225-29.
6. Holst S, Blatz MB, Hegenbarth E, Wichmann M, Eitner S. Prosthodontic considerations for predictable single-implant esthetics in the anterior maxilla. *J Oral Maxillofac Surg.*, 2005; 63(9 Suppl 2): 89-96.
7. Ozcan M, Akkaya A. New approach to bonding all-ceramic adhesive fixed partial dentures: a clinical report. *J Prosthet Dent.*, 2002; 88(3): 252-4.
8. Husein A, Berekally T. Indirect resin-bonded fibre-reinforced composite anterior bridge: a case report. *Aust Dent J*, 2005; 50(2): 114-8.
9. Soares PBF, Castro CG, Santos Filho PCF, Gervásio AM, Soares CJ. Prótese adesiva imediata direta confeccionada com dente natural e reforço de fibra de vidro: relato de caso clínico. *Rev Odontológica de Araçatuba*, 2006; 27(2): 113-18.
10. Studer S, Pietrobon N, Wohlwend A. Maxillary anterior single-tooth replacement: comparison of three treatment modalities. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1994; 6(1): 62-5.
11. Rochette AL. Attachment of a splint to enamel to lower anterior teeth. *J. Prosthet. Dent*. 1973; 30: 418-23.
12. Howe DF, Denehy GE. Anterior fixed partial dentures utilizing the acid-etch technique and a cast metal frame work. *J. Prosthet. Dent*, 1977; 37: 28-31.
13. Mauro SJ, Brogini EC, Sundfeld RH. Plástica Dental: um Recurso Estético para Promoção de Saúde. *JBD – Jornal Brasileiro de Dentística e Estética*, 2003; 2(5): 15-27.
14. Andrade MC, Porto Neto S, Saad JRC. Utilização de fibras de reforço nas restaurações estéticas. In: Cardoso, R. J. A, Gon-

çalves, E. A. N. *Odontologia estética*. São Paulo: Ed. Artes Médicas; 2002. p. 151-168.

15. Fornaziero CC, Souza Júnior MHSE. *Odontologia estética: Estudo das dimensões e formas dos incisivos superiores*. JBC. *Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada*, 2003; 2(8): 291-300.

16. Strassburger Ckrschbaum T, Heydecke G. Influence of Implant and Conventional Prosthesis on Satisfaction and Quality of Life: A Literature Review. Part 2: Qualitative Analysis and Evaluation on the Studies. *Int J Prosthodont*. 2006, 19(4): 339-48.

17. Wolf SMR. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 1998; 52(4): 307-15.

18. Fiske J, Davis DM, Francês C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J*, 1998; 184(2): 90-3.

19. Davis DM, Fiske J, Scott B, Radford DR. The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *Br Dent J*, 2000; 188(9): 503-6.

20. Soares CJ, Pfeifer JMGA, Marra CC, Cavalcanti KM. Prótese adesiva anterior direta confeccionada com dente extraído associado à fibra de reforço. *J Bras Clin Odontol Int*, 2003; 7(40): 275-80.