

Considerações clínicas para a realização de quatro facetas cerâmicas coladas

"Graças ao aparecimento de novos materiais adesivos (de colagem), as próteses em cerâmica coladas representam um novo avanço não negligenciável ao nosso arsenal terapêutico". Artigo dos Drs. Marc Obrecht, Edson Ávila, Hiram Fischer com a colaboração do protésico C. Orvis.

A evolução da Dentisteria nesta última década deve-se, particularmente, ao domínio da colagem de material cerâmico. Contudo, a técnica de reconstrução para a cerâmica colada abriu novos horizontes, que permite a realização de restaurações dentárias com grande respeito pelos tecidos dentários.

Estas técnicas, com uma integração estética notável, asseguram a consolidação de todo o tecido dentário degradado, permitindo, desta forma, trabalhar com muito pouca espessura de material cosmético, o que assegura uma economia de tecido dentário.

Por outro lado, uma das etapas clínicas essenciais consiste na realização de restaurações provisórias ou transitórias, sendo o paciente submetido a uma proposição estética, que uma vez aprovada, permite-nos avançar para a confecção da facetas em cerâmica.

Esta etapa indispensável permite transmitir as referências morfológicas muito úteis ao laboratório de prótese.

Apresentação de um caso clínico

A paciente com 31 anos apresentou-se com os quatro incisivos superiores com restaurações deficitárias. O exame clínico revela a presença de grande destruição coronária, preenchida por antigas restaurações em compósito (Figs. 1 e 2). A análise estética destaca uma aparência degradada do sorriso com um desgaste prematuro dos bordos livres dos dois incisivos centrais (assim como a cor escura provém da aposição de dentina secundária (Fig. 3). O exame radiográfico mostra o grau de destruição coronária com aparente conservação da vitalidade pulpar confirmada através dos testes clínicos.



Prof. Dr. Marc Obrecht é Diplomado pela Faculdade de Medicina de Estrasburgo (França). Professor do curso de "Prótese, Estética e Oclusão" da European Clinics Corporation Portugal – www.estheticschool.eu – e do curso de "Implantologia e Reabilitação Oral" da European Implantology Center Portugal – www.implantologycenter.eu

Colaboradores:

Dr. Edson Ávila – www.estheticschool.eu

Dr. Hiram Fischer – www.implantologycenter.eu

C. Orvis, Protésico Dentário

Proposta de tratamento

O objectivo das restaurações duráveis dos incisivos superiores passa pela conservação da vitalidade pulpar. Propusemos à paciente renovar as suas antigas restaurações em compósito. Estas restaurações são realizadas através de um isolamento absoluto do campo operatório com dique de borracha (Figs. 4 a 8). A remoção destas antigas restaurações é obrigatória para a remoção de cáries e esterilização da dentina infiltrada.

Esta primeira etapa consiste em controlar e refazer as restaurações em compósito e, ao mesmo tempo, fazer um teste estético com esta nova proposição.

Se esta proposição estética está bem para a paciente, as próprias restaurações servem de guia para a reprodução das futuras facetas cerâmicas.



Figura 1: Vista vestibular do bloco incisivo superior onde se observa uma grande alteração de cor nas margens das restaurações em compósito



Figura 2: Vista palatina, onde são visíveis destruições coronárias volumosas, reconstruídas por compósito mal adaptado



Figura 3: Sorriso da paciente



Figuras 4 e 5: Instalação do dique de borracha, remoção das antigas restaurações, remoção das cáries residuais e descontaminação das cavidades



Figura 6: Realização das restaurações em compósito



Figura 7: Vista vestibular das restaurações elaboradas com compósito Miris



Figura 8: Vista palatina das mesmas restaurações



Figura 11: Redução do bordo incisal de 2mm



Figura 9: - Eixos de preparação da face vestibular do incisivo central superior

A etapa das preparações

As regras básicas das preparações para elementos colados devem respeitar os mesmos critérios anatômicos que todas as preparações coronárias cerâmicas ou metalocerâmicas que são:

1. Respeito pelos eixos de preparação vestibulares dos incisivos superiores (Fig. 9).
2. Redução do bordo incisal para manter o espaço suficiente para o material cosmético (Figs. 10, 11 e 12).
3. Penetração controlada com a redução vestibular do espaço correspondente à técnica de restauração escolhida (facetas de cerca de 1mm de espaço) (Figs. 13 a 21).
4. Preparação das faces palatinas com a intenção de cobrir as restaurações em compósito (Fig. 22).



Figura 10: Uma chave de silicone vestibular que nos permite guiar durante a preparação

Seja qual for o tipo de preparação, os incisivos superiores apresentam dois eixos de preparação na maioria dos casos: um primeiro ao nível cervical, e o segundo no bordo incisal que entra um pouco.

Interesse e confecção das próteses temporárias

Importância das facetas provisórias

1. Protecção dos tecidos preparados.
2. Permitem uma restituição e integração dos tecidos gengivais, através de um ajuste cervical correcto.
3. Favorece o encontro de um compromisso estético por parte do paciente.
4. O modelo duplicado das próteses temporárias serve de guia para o laboratório realizar as facetas em cerâmica.



Figura 12: Estojo universal de brocas para preparações cerâmicas ou metalocerâmicas



Figura 13: Penetração controlada com a broca n.º SA 5856018



Figura 14: Preparação de acordo com o primeiro eixo - cervical



Figura 15: Preparação de acordo com o segundo eixo - incisal



Figura 16: Redução incisal, vestibular e proximal do 11



Figura 17: Redução homotética da face vestibular



Figura 18: Tipo de faceta realizada neste caso. Este tipo de faceta deve recobrir os limites das restaurações em compósito realizadas anteriormente



Figura 19: Preparação do dente 12, com o recobrir do limite do compósito



Figura 20: Penetração mínima controlada no dente 21



Figura 21: Preparações concluídas. Observar a manutenção dos pontos de contacto entre laterais e caninos



Figura 22: Com uma chave palatina é possível controlar o desgaste suficiente do bordo livre



Figura 23: As preparações são isoladas com vaselina líquida



Figura 24: Realização das provisórias com a técnica de sobre-impressão



Figura 25: Dentes provisórios após o ajuste da oclusão, acabamento e polimento



Figura 26: As restaurações provisórias correctamente realizadas vão permitir uma cicatrização dos tecidos gengivais e evitar a infiltração de bactérias na dentina preparada

Técnica de realização

1. Uma impressão em silicone da situação clínica presente (como neste caso).
2. Após as preparações (Fig. 23), a impressão é carregada com resina autopolimerizável e reposicionada sobre as preparações.
3. A sobre-impressão é retirada várias vezes a fim de compensar a retracção da resina e também, em simultâneo, com o resfriamento com spray de ar e água.
4. A resina é acabada e polida (Figs. 25 e 26).

Impressão e preparação dos modelos

Técnica de impressão

1. Aplicação de um fio de retracção embebido em cloreto de alumínio a 20% (Fig. 27).
2. Após 5 minutos o fio é retirado.
3. A impressão é então realizada com a técnica de dupla mistura, com a injeção de um silicone light, recoberto por um putty soft em fase plástica (Fig. 28).

Realização do modelo de laboratório

1. A impressão é vazada em gesso extra-duro.
2. Os modelos são preparados de forma tradicional no laboratório (passagem para o modelo de trabalho, com o troquelamento e aplicação dos postes e base de gesso de qualidade idêntica).



Figura 27: Aplicação dos fios de retração gengival

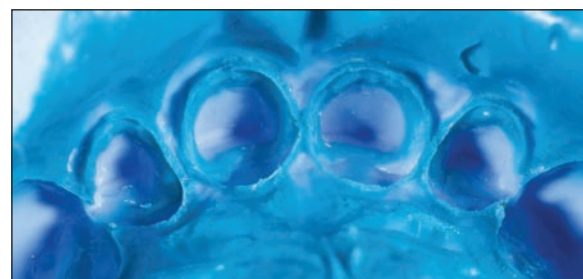


Figura 28: Impressão com a técnica de dupla mistura



Figuras 29 e 30: Vista palatina e vestibular dos modelos de trabalho. Os pontos de contacto entre incisivos laterais e caninos estão intactos e correctamente copiados



Figura 31: Facetas após finalização



Figuras 32 e 33: Colagem realizada com cimento resinoso Variolink II, vista após a curetagem e remoção dos excessos



Figura 34: Os pontos de oclusão marcados em todo o sector anterior



Figura 35: Sorriso final alcançado. Resultado três semanas após a colagem



Figura 36: Resultado três semanas após a colagem



Figura 37: Situação inicial da paciente



Figura 38: Sorriso após o tratamento

3. Neste caso em particular, os modelos não são serrados em distal dos incisivos laterais, para se manterem intactos os pontos de contacto que foram preservados durante a preparação.
4. Os modelos são montados em articulador semiajustável na clínica e devolvidos ao laboratório.
5. Um verniz espaçante de cor marfim é aplicado sobre os preparos (Figs. 29 a 30).

A etapa da colagem

1. Eliminação completa do cimento provisório (Fig. 31).
2. Prova em boca das facetas com o uso de fit checker, verificação da qualidade do ajuste periférico, das zonas de contacto e o teste estético (Fig. 32).
3. A preparação de retenção das facetas faz-se segundo os procedimentos descritos por Calamia em 1985: ácido fluorídrico, limpeza da superfície, silanização e aplicação de cimento de colagem à base de compósito.
4. Neste caso apresentado, o cimento de colagem é translúcido (Variolink II).
5. Este cimento é auto e fotopolimerizável. O polimento final faz-se com pontas e pasta diamantada, com o perfeito ajuste da oclusão, que deve repartir os contactos sobre o conjunto de bordos livres (Figs. 33 a 39).

Conclusão

A técnica das próteses em cerâmica apresenta uma alternativa terapêutica durável quando comparadas com as restaurações em compósito que são mais limitadas. Este tipo de tratamento constitui um método viável que dá uma resposta muito favorável a integração biológica, fonética e estética. As facetas coladas exigem, contudo, uma metodologia rigorosa, tanto a nível clínico como na fase de laboratório, apresentando um certo número de limites que convém conhecer:

- impossibilidade de utilizar um material dentinogénico como o hidróxido de cálcio;
- a reconstrução não é imediata (passa por uma fase de laboratório);
- necessita de um protésico perfeitamente familiarizado com esta técnica.

Graças ao aparecimento de novos materiais adesivos (de colagem), as próteses em cerâmica coladas representam um novo avanço não negligenciável ao nosso arsenal terapêutico. A sua realização respeita os princípios de economia nos tecidos porque permitem limitar a preparação periférica mutilante, sem, no entanto, sacrificar a longevidade destas restaurações. Elas permitem restaurar uma nova forma e aspecto, que resultam num sorriso mais estético e harmonioso para os nossos pacientes. ■

Bibliografia

1. Bichacho N. Porcelain laminates. Integrated concepts in treating diverse aesthetic defects. PPAD: 1995; 7 (3) 3-22.
2. Belser UC, Magne P, Magne M. Ceramic laminate veneers: continuous evolution of indications. J. Esthet Dent. 1997; 9: 197-207.
3. Calamia JR. Etched porcelain veneers: the current state of the art. Quintessence Inter. 1985; 5-12.
4. Calamia JR. Clinical evaluation of etched porcelain veneers. Am J Dent. 1989; 2: 9-12.
5. Calamia JR. The current status of etched porcelain veneer restorations. J Indiana Dent Assoc. 1993; 72 (5): 10-5.
6. Fraedani M. Six-Years follow-up with Empress veneers. Int J Periodont Rest Dent. 18: 216-225, 1998.
7. Fuzzi M, Bouillaguet S, et Holz J. Improved marginal adaptation of ceramic veneers: a new technique. J Esthet Dent. 1996; (8) 2: 84-91.
8. Garber D. Porcelain Laminate veneers: ten years later. Part. 1: Tooth preparation. J Esthet Dent. 1993; (5) 2: 57-61.
9. Lacy AM, Wada C, Du W, et Watanabe L. In vitro microleakage at the gingival margin of porcelain and resin veneers. J Prosthet Dent. 1992; 67: 7-10.
10. Magne P, et Magne M. Facettes en céramique à l'aube de l'an 2000: une fenêtre ouverte sur la biomimétique. Réalités cliniques. 1998; 9: 329-343.
11. Pissis P. Le collage amélo-dentinaire des facettes: procédures cliniques. Les Cahiers de Prothèse. 1993; 83,23-30.
12. Touati B, Pissis P, et Miara P. Les restaurations unitaires collées et concept des préparations pelliculaires. Les Cahiers de Prothèse. 1995; 52: 95-130.