

Resina Indireta - Opção de reabilitação em odontopediatria. Relato de caso

Carlos Davi Maia*

Elisa Vieira Rodrigues Coelho*

Juliano Prata*

Isabella Romania Alves Carvalho*

Karla Tavares Versiani de Andrade Freitas*

Xislana Cheroto Machado Versiani**

Resumo

As grandes destruições coronárias em dentes decíduos, decorrente da doença cárie, podem afetar vários elementos dentais resultando em alterações oclusais que levam a desvios funcionais, estéticos. Um sorriso não harmônico pode determinar alterações de comportamento, como baixa autoestima e até mudanças na personalidade. O objetivo deste trabalho foi apresentar a reabilitação bucal estética em uma criança com a técnica da resina indireta, que consiste no preparo do dente, após preenchimento com cimento de ionômero de vidro, moldagem, confecção e cimentação em sessões rápidas, proporcionando vantagens de uma técnica simples e efetiva. Como resultado observamos que as restaurações indiretas possibilitaram reabilitação bucal, recuperação da dimensão vertical, melhora das funções mastigatórias e estética, acarretando um efeito positivo na auto-estima da criança. Assim, concluímos que indicação de resina indireta é uma opção viável para reanatomização de dentes decíduos, alcançando um alto grau de satisfação do paciente, responsável e profissional. Palavras-chave: Resina indireta. Odontopediatria. Reabilitação bucal. Multidisciplinaridade odontológica

Abstract

INDIRECT RESIN - OPTION OF REHABILITATION IN ODONTOPEDIATRIA. CASE REPORT.

The large coronary destruction in deciduous teeth, due to caries disease, can affect several dental elements resulting in occlusal alterations that lead to functional, aesthetic deviations. A non-harmonious smile can determine behavioral changes, such as low self-esteem and even changes in your personality. The objective of this study was to present the aesthetic oral rehabilitation in a child with the indirect resin technique, which consists of tooth preparation, after filling with glass ionomer cement, molding, confection and cementation in quick sessions, providing advantages of a simple technique and effective. As a result, we observed that the indirect restorations allowed oral rehabilitation, recovery of vertical dimension, improvement of masticatory functions and aesthetics, having a positive effect on

*Acadêmicos do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE

**Professora Mestre da Disciplina de Odontopediatria da UNIVALE

the child's self-esteem. Thus, we conclude that indirect resin indication is a viable option for reanatomization of deciduous teeth, achieving a high degree of patient satisfaction, responsible and professional.

Keywords: Indirect resin. Pediatric dentistry. Oral rehabilitation. Multidisciplinary dental practice

Introdução/Revisão da Literatura

A doença cárie pode provocar grandes destruições coronárias e quando afetam vários elementos dentais podem resultar em perda de dimensão vertical, devido a alterações oclusais que levam a desvios funcionais e estéticos. A estética deve merecer uma atenção especial em crianças portadoras de lesões múltiplas de cárie, por envolver além do aspecto funcional, o psicológico. A mastigação deficiente pode levar o paciente infantil a evitar alimentar-se corretamente, ocasionando deficiência nutritiva e imunossupressão, além da instalação de hábitos deletérios. Com o exposto, torna-se imprescindível a reabilitação estética e funcional do paciente, havendo uma necessidade de um planejamento interdisciplinar (IMPARATO et al., 2011)

As restaurações não têm a capacidade de tratar a doença cárie, portanto medidas preventivas e terapêuticas como orientação de higiene bucal, dieta e hábitos são fundamentais para a manutenção e longevidade dessas restaurações. Assim sendo, os pais e o paciente devem ser orientados quanto à importância da correta higienização bucal e dieta equilibrada. (ARAUJO, 1999)

Novas técnicas restauradoras vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de reabilitar a criança na mastigação e oclusão, especialmente com os materiais adesivos que possibilitam a preservação de maior quantidade de tecido dentário sadio.

A literatura relata que as restaurações em resina composta apresentaram alta porcentagem de sucesso clínico, quando comparadas ao amálgama, justificando assim a sua utilização, principalmente na fase de dentadura mista, onde a previsão de permanência dos dentes decíduos no arco é menor. O grau de desgaste das restaurações em resina composta nos dentes decíduos não tem sido apontado como problema, uma vez que os materiais atuais acompanham o desgaste fisiológico sofrido por esses dentes, tornando-se um requisito importante deste material. (PENA et al., 2009)

Segundo Nandini (2010), quando um compósito resinoso é comparado com porcelana, a transferência de forças de mastigação é consideravelmente menor. A

resina composta têm demonstrado uma maior capacidade para absorver forças de carga de compressão e de reduzir as forças de impacto em 57% mais do que a porcelana.

Segundo Baratieri, 2001 e Turbino et al, 2011, a técnica indireta em resina composta associa princípios e vantagens da técnica indireta, como a confecção da peça fora da boca do paciente, conseguindo um melhor controle da contração de polimerização e anatomia detalhada, maior conforto ao paciente decorrente da diminuição do tempo da sessão clínica se comparada a uma restauração feita de modo direto, além de garantir boa durabilidade. E, também, alia características da técnica direta, como a possibilidade de se realizar o reparo na peça e repolimento após sua cimentação. A técnica apresenta limitações em preparos subgingivais, devido às dificuldades nos procedimentos de moldagem e cimentação da peça (TURBINO et al, 2011).

A técnica restauradora indireta com resina composta apresenta resultados eficientes quando utilizados em dentes decíduos com cárie extensa. Esta técnica permite a reabilitação oral e é apresentada como uma alternativa de tratamento devido ao baixo custo, e menor tempo de atendimento no consultório. Apresenta vantagens em relação às diretas, no que diz respeito às suas propriedades mecânicas e na possibilidade de caracterizações de cor e detalhes anatômicos, que são realizados em laboratório. (NOVAES JR et al, 2017)

Apesar das incrustações mostrarem vantagens como melhor definição anatômica, maior facilidade para realização dos procedimentos de acabamento, polimento e possibilidade de minimizar a microinfiltração, existe o inconveniente da peça, às vezes, não se adaptar corretamente ao modelo. Os fatores responsáveis por insucessos podem ser: o preparo incorreto, falha na moldagem para obtenção do modelo e a contração de polimerização da resina composta. Porém, um pequeno desajuste não significa insucesso total, pois o material de cimentação pode reparar essa desadaptação da peça com o dente (IMPARATO et al., 1998).

A restauração em resina composta indireta é realizada em molar decíduo com grande destruição coronária e necessidade de reconstrução para recuperar suas dimensões. O fator tempo é o elemento que fundamenta a seleção dessa técnica. O preparo do elemento dental, moldagem, confecção da incrustação e a cimentação podem ser realizados em única sessão. A incrustação é confeccionada sobre modelo em silicone obtida através da moldagem do paciente. Rank et al., 2003 concluíram que os resultados clínicos e radiográficos

cos conseguidos durante dois anos de acompanhamento mostraram a eficiência desta técnica, bem como a indicação para grandes reconstruções de decíduos em uma sessão, garantindo a função e estética do elemento dental.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é apresentar a reabilitação bucal estética em uma criança com a técnica da resina indireta que consiste no preparo do dente, após preenchimento com cimento de ionômero de vidro, moldagem, confecção e cimentação em sessões rápidas, proporcionando vantagens de uma técnica simples e efetiva.

Relato do Caso

A paciente E.G.C do sexo feminino, 4 anos de idade, compareceu à clínica de odontopediatria da faculdade UNIVALE com grandes destruições coronárias nos dentes decíduos anteriores, em decorrência da doença cárie (figura 1). Observou-se um sorriso tímido, contido, e relato de que a criança sofria bullying na escola devido à aparência “feia” dos seus dentes. A mãe assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do prontuário e autorizou o registro do caso clínico, assim como o registro por imagens. O diagnóstico clínico bucal evidenciou desvios funcionais e estéticos.

As lesões de cárie extensas apresentavam-se clínica e radiograficamente com cavidades em dentina, porém, inativas. A necessidade de endodontia foi descartada. Desta forma, elaborou-se um plano de tratamento, iniciando pela adequação do meio, removendo parcialmente o tecido cariado e restaurando temporariamente com cimento ionômero de vidro (CIV), que atuou também como primeiro reconstrutor coronário.

Na sessão seguinte foi realizado o preparo protético mais conservador possível nos incisivos decíduos superiores (figura 2). A moldagem, que foi realizada com silicona de adição leve e pesada, com o objetivo de copiar, em detalhes, os dentes a serem restaurados. Vazamento com o gesso pedra (figura 3). Após a moldagem, a seleção de cor foi realizada para a confecção da coroa. A partir do modelo de gesso obtido foram confeccionadas as restaurações indiretas em resina composta fotopolimerizável dos elementos 52, 51, 61, os quais apresentavam maior destruição estrutural. Para o elemento 62 foi planejado uma restauração classe III em resina direta, preservando assim, a estrutura dental sadia. Na fase laboratorial, o modelo de

trabalho foi isolado com vaselina líquida. Incrementos de resina fotopolimerizável foram colocados até que o formato coronário adequado fosse atingido.

Na sessão clínica seguinte, foi testada a adaptação das peças protéticas. Em seguida, passou-se aos procedimentos de cimentação, etapa mais importante na utilização das resinas indiretas, que compreende o preparo da superfície dental, o preparo da superfície interna das peças protéticas e a cimentação propriamente dita (figuras 4, 5, 6).

Com o campo isolado, foi realizada a profilaxia com pedra pomes e água, utilizando escova de Robson, visando à remoção de agentes contaminantes capazes de interferir no contato íntimo entre o sistema adesivo/ cimento resinoso/ peça protética e o dente. Realizou-se o ataque ácido por 15 segundos, lavagem abundante, e secagem com leves jatos de ar à distância. A hibridização aplicando o Prime, aguardando 30 segundos, aplicado à segunda camada do prime, após 1 minuto, aplica o adesivo (bond) e fotopolimeriza por 20 segundos. Após o preparo do dente, foi feito o preparo da peça utilizando o agente de união silano. Cimentaram-se as restaurações indiretas com o cimento resinoso Dual, e fotopolimerizou por 60 segundos em cada face do dente.

No aspecto clínico final, as restaurações indiretas dos incisivos decíduos superiores, depois de cimentadas, restabeleceram as dimensões méso-distais e vestibulo-palatinas das coroas melhorando a estética e função mastigatória da paciente, quando comparada ao estado inicial (figura 7).

Segundo a mãe da criança, ela passou a sorrir, demonstrando satisfação com o resultado clínico da reabilitação bucal e melhor qualidade de vida.



Figura 1

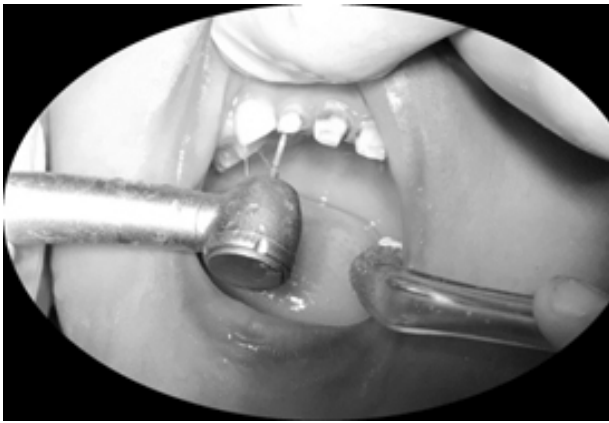


Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

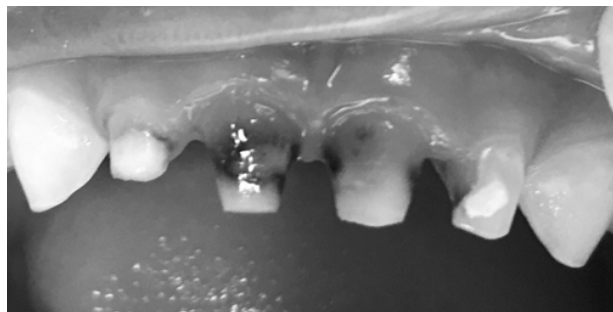


Figura 7

Considerações finais e conclusão

As incrustações de resina composta apresentam vantagens de ter melhor estética e melhor adaptação final do que as reconstruções diretas. Rank et al. e Fonoff e Corrêa acrescentaram ainda que as restaurações indiretas possuíam vantagens de sessões clínicas mais curtas, facilidade de escultura, polimento e aca-

bamento proximal, além de diminuir o grau de contração, e de polimerização da resina que pode romper a ligação adesiva entre dente e restauração, gerando problemas como ausência de selamento, infiltração marginal, sensibilidade pós-operatória e, conseqüentemente, cárie secundária. As desvantagens dessa técnica seriam o tempo adicional de mais uma sessão clínica, maior número de passos clínicos, maior quantidade de material envolvido e, conseqüentemente, custo mais elevado, quando comparada à restauração convencional direta. (FONTANA 2005).

Segundo Baratieri, 2001, Turbino et al, 2011, e Conceição et al., 2012, o fato de ter toda sua polimerização realizada fora do meio bucal garante a ausência de contração de polimerização na cavidade e a estabilidade dimensional da resina composta. Clinicamente, a contração de polimerização fica reduzida à camada de cimento de resina, minimizando assim algumas das suas conseqüências como sensibilidade pós-operatória, dor, desconforto durante a mastigação e microinfiltração marginal.

Uma análise radiográfica criteriosa antes, durante e após a restauração direta e indireta, tem um papel importante como: garantir o vedamento de todo o preparo evitando infiltrações, orientar a distância entre dentina e polpa para que não haja perfurações na câmara pulpar e analisar a quantidade de tecido saudável remanescente. Outro fator importante a ser considerado durante as restaurações é o desenvolvimento correto dos protocolos protéticos, preparos bem feitos, materiais usados no tempo certo, manipulados com cautela e seguindo as proporções indicadas pelo fabricante que garantem durabilidade e resistência à restauração (MANFIO, 2006).

Os efeitos negativos da cárie, interferem diretamente no comportamento da criança, causando desconforto e baixa-autoestima. Com isso, a proposta deste tratamento foi a reabilitação estética e funcional evitando-se hábitos deletérios como interposição de língua e problemas de fonação, e conseqüente desenvolvimento de uma maloclusão.

Concluímos que as restaurações indiretas possibilitaram a reabilitação bucal, recuperação da dimensão vertical, melhora das funções mastigatórias, e estética acarretando um efeito positivo na auto-estima da criança. Assim é de suma importância um estudo integrando a estética-dentística, prótese, oclusão, avaliação ortodôntica, radiologia e odontopediatria em seu cuidado integral com o paciente infantil.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO FB, TOVO MF. **Abordagem terapêutica em pacientes portadores de cárie rampante.** In: Vanzilotta OS, Salgado LPS. *Odontologia Integrada.* Rio de Janeiro: Pedro Primeiro; 1999.

BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas.** Vol. 1 e 2. São Paulo: Santos, 2011.

BLANCO A, P.C.; MONTEIROA, A.M.D.A.; SILVA, S.M.D.A.; VELOSOA, C.D.B.S. Restauração de Dentes Conóides com Resina Indireta: Relato de Caso. **UNOPAR cient ciênc biol saúde**, p. 257-261, 2012.

CONCEIÇÃO, E. N. et al. **Visão Horizontal: Odontologia Estética para todos.** Vol. 1 e 2. 1ed. Maringá: Dental Press, 2012.

EID, N.L.M.; IMPARATO, J.C.P.; MOLINA, O.F.; RANK, M.S.; RANK, R.C.L.C. Reabilitação bucal infantil por meio da reconstrução de dentes decíduos com resina composta – caso clínico. **Revista Amazônia**, p. 40-48, 2013.

FONTANA, A. C. D. **Restaurações indiretas de resina composta Inlay/Onlay.** Monografia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

IMPARATO, J. P. C., et al. Reabilitação bucal infantil por meio da reconstrução de dentes decíduos com resina composta – caso clínico. **Revista Amazônia.** 2013;1(1):40-48.

IMPARATO, J. P. C., et al. Reconstrução de molares decíduos através da técnica restauradora indireta com resina composta: acompanhamento clínico e radiográfico de 2 anos. **RPG**, v. 5, p. 133-137, 1998.

LONGHI, D.G.K. Onlay de resina composta pela técnica semi-direta. Porto Alegre, p. 46, 2013.

PENA CE, VIOTTI RG, DIAS WR, SANTUCCI E, RODRIGUES JA, REIS AF. Esthetic rehabilitation of anterior conoid teeth: comprehensive approach for improved and predictable results. **Eur J Esthet Dent**

2009;4(3):210-24.

MANFIO, A. P. et al. Coroa Total de Resina Composta: Procedimento Alternativo na Reconstrução do Elemento Dental. **RGO**, P. Alegre, v. 54, n. 1, p. 27-30, jan./mar. 2006.

NANDINI, S. Indirect resin composites. **J Conserv Dent**, v. 13, n. 4, p. 184-194, Out-Dez, 2010.

NOVAES JR, J.B., et al. **Restauração indireta em resina composta**. Surya Dental. Belo Horizonte, 2017.

RANK, R. C. I. C. et al. Técnica restauradora semi-direta extra-bucal de molar decíduo em única sessão. (Acompanhamento clínico e radiográfico de 2 anos). **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. 4, p. 15-20, set./dez. 2003.

TURBINO, M. L. et al. Restaurações de resina composta semi-direta em dentes posteriores. In: PEDROSA, S.F. et al. **Pró-Odonto Estética: programa de atualização em odontologia estética**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2011. p. 99-135.

Endereço para correspondência:

Xislana Cheroto M. Versiani

Av. rio Doce, 1533, Ilha dos Araújos, Governador Valadares - MG

CEP 35020-500

xislana.versiani@univale.br

(33)999034128