

## Reabilitação oral conservadora numa percepção global

A qualidade estética de um trabalho está aliada ao aspecto saudável dos tecidos periodontais, tratados com muito cuidado durante todas as etapas do tratamento. Com o intuito de preservar as estruturas dentárias saudáveis, a equipa procura fazer um estudo mais conservador para alcançar o melhor resultado a nível estético e funcional.

Com o intuito de preservar as estruturas dentárias saudáveis, procuramos fazer um estudo mais conservador à procura de alcançar o melhor resultado a nível estético e funcional. É sempre fundamental uma avaliação mais aprofundada, com a utilização de exames e meios fiáveis para se obter um perfeito diagnóstico que possibilite a realização de um tratamento mais indicado e de acordo com as expectativas do paciente. Com a evolução da medicina dentária, através dos meios terapêuticos, das técnicas cirúrgicas, dos equipamentos e materiais

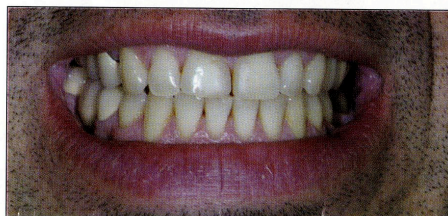


Figura 1: Sorriso inicial, linha do sorriso média com uma exposição do contorno gengival e papilas



Figura 2: Fotografia frontal com a boca ligeiramente aberta

restauradores, é possível alcançar resultados com elevado grau de excelência.



**Dr. Edson Ávila.** Médico Dentista, Professor e Coordenador Científico do curso de "Reabilitação e Estética" e do curso de "Implantologia e Reabilitação Oral", promovido pelo European Implantology Center (CEI) e a E.S.O.R.I.B. – European School of Oral Rehabilitation Implantology and Biomaterials no Porto. [www.aestheticschool.eu](http://www.aestheticschool.eu)



**Dr. Hiram Fischer Trindade.** Director Científico e Professor do European Implantology Center – [www.implantologycenter.eu](http://www.implantologycenter.eu). Pós-graduado em "Implantology and Oral Rehabilitation" na New York University. Professor da E.S.O.R.I.B – Madrid.



**Prof. Marc Obrecht.** Médico Dentista, Diplomado pela Faculdade de Medicina de Estrasburgo (França). Director e Professor do "Curso de Reabilitação e Estética" em Portugal promovido pelo European Clinics Corporation.



Figura 3: Vista interna com uma fotografia frontal com a boca fechada

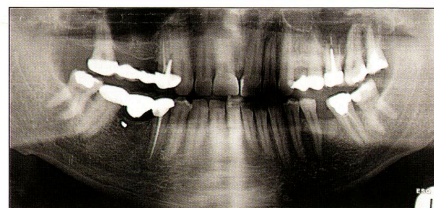


Figura 4: Ortopantomografia mostrando perfuração radicular no dente 14, amálgama de prata intra óssea na região do 46 e resos radiculares do 36

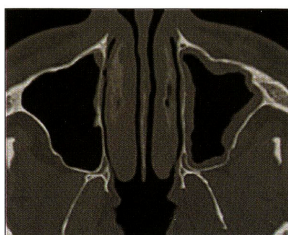


Figura 5: Corte horizontal da TAC da maxila com inflamação da membrana de Schneider no seio maxilar esquerdo

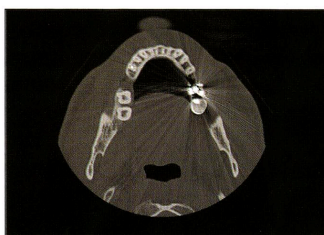
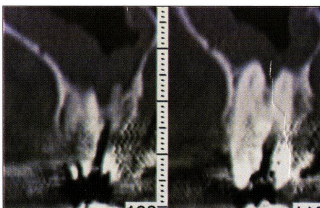


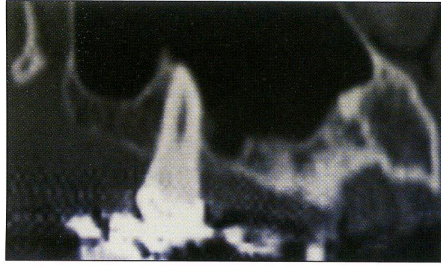
Figura 6: Corte horizontal da mandíbula evidenciando a reabsorção óssea



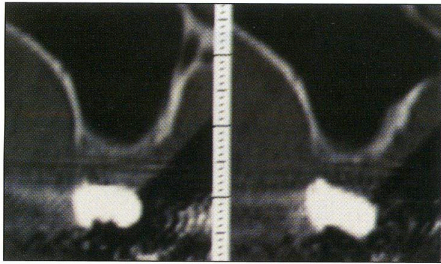
Figura 7: Corte horizontal da maxila com patologia no seio maxilar esquerdo



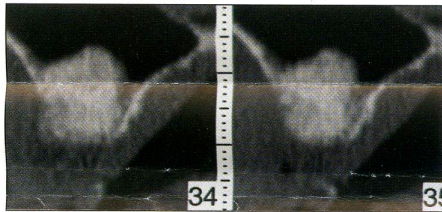
Figuras 8 e 9: Cortes axiais referente ao dente 26 com raízes contaminadas no interior do seio maxilar



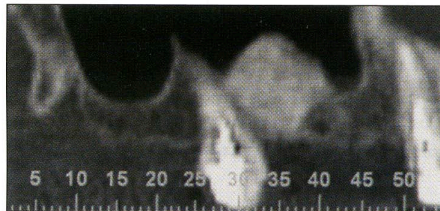
**Figura 10:** Corte sagital da região dos dentes 15 e 16 onde se observa uma elevada atrofia do processo alveolar



**Figura 11:** Cortes axiais da mesma região



**Figura 12:** Cortes axiais após o enxerto directo com biomaterial e PRP do seio maxilar

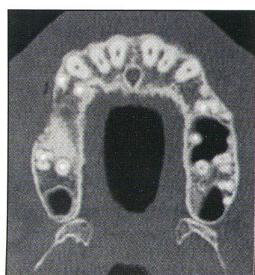


**Figura 13:** Corte sagital da área enxertada



**Figura 14:** Corte horizontal da maxila. Observa-se o volume do enxerto ósseo e a integridade dos seios maxilares em ambos os lados com o

desaparecimento da patologia do seio esquerdo após retratamento endodôntico das estruturas radiculares comprometidas



**Figura 15:** Corte horizontal da maxila onde se observa o enxerto com biomateriais no seio maxilar direito, inclusive entre as raízes vestibulares e a palatina do dente 17

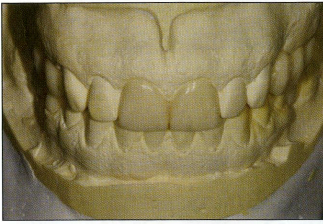


Figura 16: Vista anterior dos modelos iniciais montados em articulador preparados e com a escultura do encerado diagnóstico finalizada

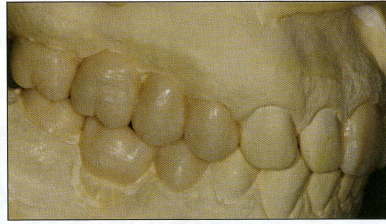


Figura 17: Vista lateral direita do encerado diagnóstico



Figura 18: Vista lateral esquerda do encerado diagnóstico

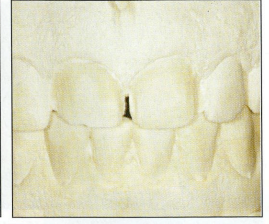


Figura 19: Vista anterior dos duplicados dos modelos em gesso previamente preparados



Figura 20: Vista oclusal dos duplicados dos modelos em gesso



Figura 21: Vista lateral direita dos mesmos modelos



Figura 22: Modelo com enceramento diagnóstico superior



Figura 23: Moldagem do modelo encerado com silicone panasil, somente com o putty



Figura 24: Aplicação de acrílico autopolimerizável no local dos dentes preparados, internamente na respectiva moldagem, e aplicação sobre o modelo

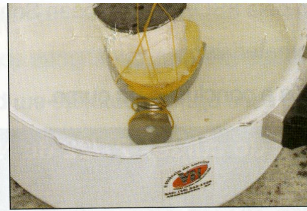


Figura 25: O conjunto é colocado no interior de uma panela com água morna, onde será injectado ar comprimido

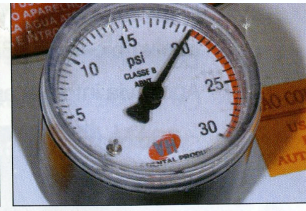
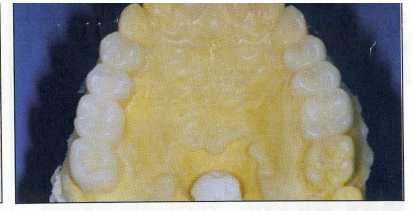


Figura 26: A pressão interna deverá estar em 20 libras



Figuras 27 e 28: Resultado imediato após remoção dos modelos da panela, vista oclusal e anterior

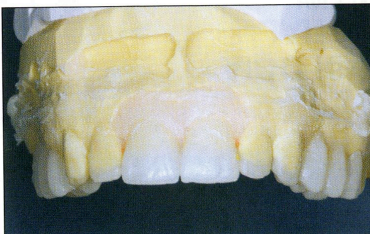
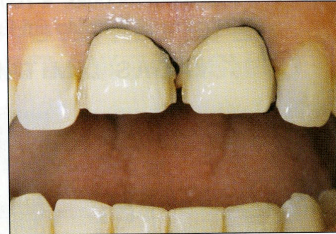


Figura 28



Figuras 29 e 30: Aplicação prévia do fio de retração gengival e preparação dos dentes

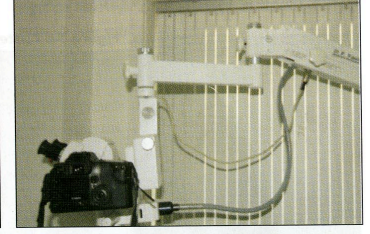


Figura 31: Microscópio óptico



Figura 32: Delimitador do limite cervical

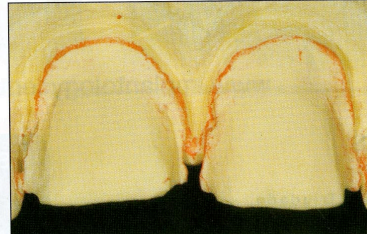


Figura 33: Vista anterior do modelo superior preparado, com a marcação do limite cervical



Figura 34: Vista oclusal do modelo com a evidência da linha de término, marcada por computador



Figura 35: Com a placa termoformada a vácuo é possível verificar o preparo através da sua transparência

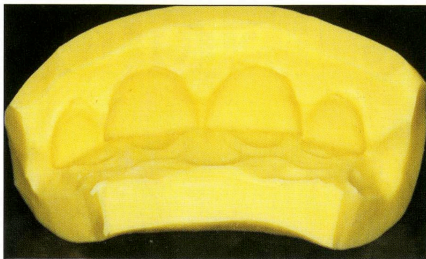
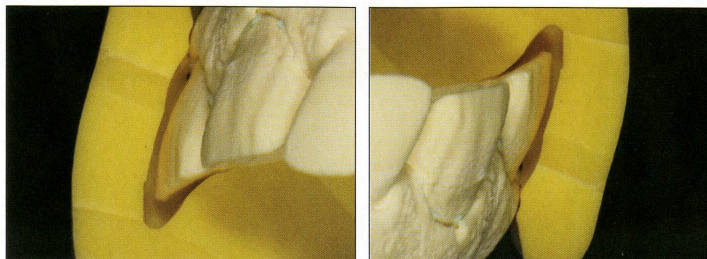


Figura 36: Chave de silicone



Figuras 37 e 38: Secção vestibulo-palatino das chaves de silicone



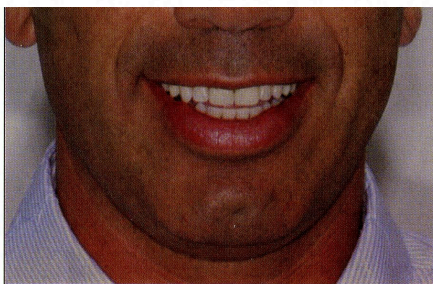
Figura 39: Sorriso com aplicação dos dentes temporários e facetas temporárias em resina acrílica



Figura 40: Variolink II - adesão a ser utilizada para as facetas em Empress II



Figura 41: Aplicação das facetas após a dupla polimerização, remoção dos excessos e remoção dos fios de retração. As próteses fixas posteriores foram cimentadas com ionômero de vidro



Figuras 42 e 43: Sorriso final alcançado num plano anterior e num plano lateral

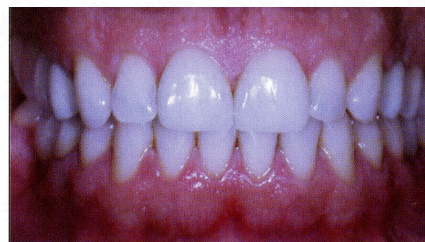


Figura 44: Resposta dos tecidos após duas semanas da aplicação do trabalho

## Apresentação de um caso clínico

Neste caso clínico observamos a consequência de trabalhos de próteses feitos sem rigor, perfurações laterais de raízes com comprometimento intra ósseo da base do falso coto, endodontias fracassadas, resíduos de amálgama intra ósseo, presença de raiz fracturada, dentisteria deficiente e uma concepção inadequada de reabilitação. Podemos verificar na fase inicial do estudo do caso, onde os princípios básicos da oclusão não foram respeitados (Figs. 1, 2 e 3), a presença de contactos prematuros posteriores que provocam de imediato um desvio mandibular que pouco a pouco destrói estruturas saudáveis, como o osso alveolar e o periodonto, podendo provocar também fracturas dos dentes ou desgastes acima dos fisiologicamente aceitáveis.

Com a solicitação dos exames radiológicos (ortopantomografia e TAC) iniciamos o estudo da oclusão com a elaboração de um exame clínico, seguido de modelos de estudo, montagem do arco facial e transferência destes modelos para um articulador semi-ajustável. Desta forma, temos em mãos os elementos base para começar a elaborar um diagnóstico.

Nas imagens da TAC constatamos a necessidade de elevação do seio maxilar direito pela técnica directa (Caldwel-Luc). O material utilizado foi o xenoenxerto com Plasma Rico em Plaquetas (Figs. 5 a 15), e após cinco meses de osteogénese foram aplicados os implantes.

Após a definição da melhor posição articular para a relação cêntrica, iniciámos as devidas correcções e alterações nos modelos, juntamente com a elaboração do plano de tratamento, que é o "plano arquitectónico da futura reabilitação", conhecido como enceramento de diagnóstico (Figs. 16, 17 e 18).

Corrigimos toda a anatomia dos dentes em causa, acertámos as curvas de Spee e Wilson, plano oclusal posterior e anterior, guia anterior de grupo e de lateralidades caninas. Logo após, duplicámos os modelos e fizemos um ensaio sobre estes modelos com a elaboração de preparos prévios (Figs. 19, 20 e 21), aplicámos um isolamento a estes modelos com Super Sep e vaselina líquida, e com a duplicação do enceramento de diagnóstico obtemos as bases para a confecção das próteses temporárias (Figs. 22 e 23).

Aplicámos resina acrílica autopolimerizável Lang 3/4 translúcida e 1/4 cor A2 no interior do molde em silicone Panasil; sujeitamos a resina sobre os modelos preparados e pressionamos um contra o outro para promover o extravasamento do excesso de acrílico, pressionados externamente por elásticos.

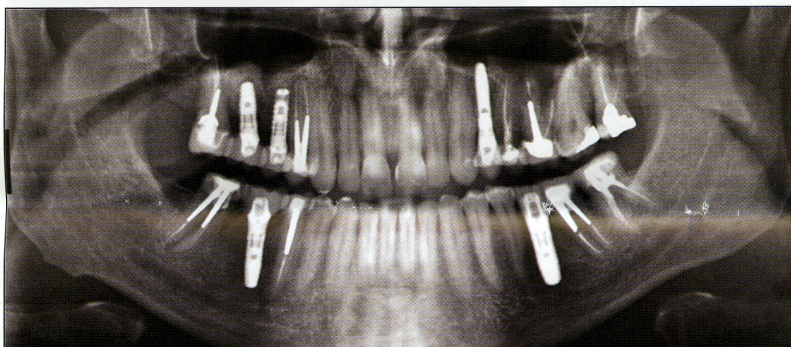
Introduzimos este conjunto dentro de uma panela de pressão de ar com água a 50°C e injectamos ar a uma pressão de 20 libras durante 10 minutos para polimerizar (Figs. 24, 25 e 26). Separamos o molde do modelo e verificamos que o acrílico permanece no modelo (Figs. 27 e 28). Fazemos a remoção dos excessos e deixamos-os submersos em água para manter as propriedades da resina acrílica até à consulta seguinte, altura em que vamos preparar os dentes naturais e fazer o reembasamento, remoção dos excessos, acabamento, polimento e aplicação.

A preparação em boca é precedida da aplicação de fio de retração gengival para manter a integridade destes tecidos (Figs. 29 e 30).

O microscópio óptico é pouco utilizado em Medicina



**Figuras 45, 46 e 47: Expressão final do sorriso com naturalidade**



**Figura 48: Ortopantomografia depois de concluído**

Dentária e nos laboratórios de prótese, no entanto, é um instrumento que melhora significativamente a qualidade de preparação e a adaptação dos nossos trabalhos (Fig. 31).

Um delimitador cervical é importante para marcar os limites, sendo aqui utilizado o da marca Kerr (Fig.32).

Com a marcação dos limites (Fig. 33) e a evidência destas marcações através de computador (Fig.34), será possível uma melhor visualização para a finalização do limite dos trabalhos.

Diferentes guias servem de orientação, tanto em boca como nos modelos (Figs. 35 a 38). Para conseguir próteses que respeitem as espessuras correctas, não tendo falta de material nem sobre contornos, é fundamental o uso destas guias, tanto na fase clínica como no laboratório. Com isso diminuimos significativamente os riscos da prótese final ser uma surpresa negativa para o profissional e para o paciente.

A aplicação de uma prótese transitória devidamente concebida é fundamental para o êxito final da reabilitação (Fig. 39).

A colagem das restaurações adesivas é realizada com Variolink II (Fig. 40), com a aplicação de fio de retração, condicionamento da estrutura dentária com ácido fosfórico e das facetas com

ácido fluorídrico. Aplicamos o adesivo em ambos e a colagem é realizada com polimerização dual. As próteses posteriores são cimentadas com iônomo de vidro.

Logo após a colagem nos dentes anteriores e a cimentação dos posteriores, são removidos os excessos e é realizado um polimento e remoção dos fios retractores (Fig. 41).

É com satisfação que alcançamos um resultado final dentro dos padrões estéticos desejados pelos profissionais envolvidos no tratamento, devolvendo ao paciente a segurança de sorrir sem constrangimentos (Figs. 42 e 43).

A qualidade estética de um trabalho está aliada ao aspecto saudável dos tecidos periodontais, tratados com muito cuidado durante todas as etapas do tratamento. O contorno cervical fica perfeitamente ajustado duas semanas após a aplicação do trabalho final (Fig. 44).

Nas diferentes posturas do sorriso, o alinhamento do plano anterior é mostrado e observamos um correcto enquadramento. A disposição da curvatura anterior recuperou a beleza do sorriso e proporcionou ao paciente uma imagem mais jovem e natural (Figs. 45, 46 e 47).

A ortopantomografia de controlo (Fig. 48) após a conclusão do tratamento. ■