

Reconstrução de molares decíduos com restauração indireta em resina composta

Restoration of primary molars with indirect restoration with composite resin

Débora de Moraes*
Rise Consolação I. Costa Rank**
Jose Carlos P. Imparato***

Resumo

A utilização da técnica indireta utilizando resina composta fotopolimerizável mostra-se como uma alternativa para resoluções estético-funcionais de grandes destruições coronárias em molares decíduos, principalmente por reduzir o tempo clínico com o paciente infantil. Este artigo relata o caso de uma paciente de sete anos que apresentava tratamento endodôntico e grande destruição das coroas dos elementos 55 e 65. No plano de tratamento optou-se por restaurações indiretas em resina composta. O material eleito foi resina composta (Z 100-3M ESPE) e a cimentação foi feita com Enforce (Dentsply). Após oito meses de controle clínico e radiográfico, o resultado foi satisfatório, principalmente quanto ao desempenho funcional e estético.

Palavras-chave: dentes decíduos, restaurações intracoronárias, resina composta.

Introdução

A destruição precoce de dentes decíduos posteriores pela doença cárie é um problema com o qual o odontopediatra defronta-se na clínica diária, apesar das medidas preventivas disponíveis. A anatomia dos molares decíduos motiva que se tornem elementos mais suscetíveis ao desenvolvimento de cárie (IMPARATO et al., 1998; BUSSADORI, GUEDES PINTO, IMPARATO, 2000).

A restauração de dentes decíduos extensamente destruídos, a devolução da estética e função são o grande desafio clínico em odontopediatria, pois o comportamento negativo do paciente pode comprometer o resultado final do tratamento (TAMAY et al., 2003).

A utilização da resina composta como material restaurador para dentes posteriores tem aumentado muito nos últimos anos em razão da crescente exigência estética dos pacientes e do aprimoramento das técnicas e dos materiais envol-

vidos nos procedimentos restauradores diretos e indiretos (BUSATO et al., 1996; FONOFF, CORRÊA, 1998; IMPARATO et al., 1998).

Como vantagens das restaurações indiretas podem ser citadas: melhor controle dos pontos de contato proximal e do contorno anatômico da restauração; restabelecimento das convexidades naturais do dente; facilidade de reconstrução das estruturas anatômicas perdidas; a excelente adaptação marginal, especialmente na parede gengival (CHAIN e BARTIERI, 1998); menor infiltração marginal; aumento do grau de polimerização; diminuição das porosidades com obtenção de superfície bem polida, e melhor controle da contração de polimerização (BUSATO et al., 1996; MONDELLI et al., 1998). Como desvantagens mencionam-se: aumento no tempo despendido para a confecção das restaurações, pois são necessárias várias sessões para a mol-

* Especialista em Odontopediatria pela Unicastelo/SP; especialista em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares pela APCD/SP; mestre em Odontopediatria pelo CEO São Leopoldo Mandic/SP.

** Especialista em Odontopediatria – Anápolis – GO; mestre em Odontopediatria pelo CEO São Leopoldo Mandic/SP; professora da Faculdade de Odontologia – Gurupi/TO.

*** Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação do CEO, São Leopoldo Mandic/SP.

Recebido: 30.04.2004 Aceito: 29.04.2005

dagem e restauração provisória (MONDELLI et al., 1998); custo é mais elevado em razão da maior quantidade de material envolvido; necessidade de uma fase laboratorial, embora o próprio profissional possa executar o trabalho (TAMAY et al., 2003).

O odontopediatra depara-se muitas vezes com lesões de grande destruição tecidual, as quais exigem preparos atípicos, requerendo técnicas que recuperem o diâmetro mesiodistal e a altura cervicoincisal, para restabelecer, simultaneamente, função e estética. Nesses casos, a restauração direta seria desgastante para a criança e para o profissional, também porque a técnica numa única sessão poderia levar ao insucesso, tanto pela dificuldade da reconstrução quanto pelos problemas comportamentais da criança (FONOFF, CORRÊA, 1998).

A incrustação ou técnica indireta com resinas compostas, também denominada “restauração *inlay* ou *onlay*,” é indicada em odontopediatria para grandes destruições, nas quais há necessidade de se restabelecer estética e função e, especialmente, reduzir o tempo clínico (IMPARATO et al., 1998; PETRUCCI et al., 2000).

O grande interesse pelas resinas compostas como material restaurador pode ser atribuído a várias causas, das quais se enumeram: são livres de mercúrio; não condutoras térmicas; esteticamente aceitáveis; possuem características manipulativas mais simplificadas que as porcelanas; são passíveis de serem reparadas na cavidade bucal e, pela sua capacidade de união à estrutura dentária, os materiais compósitos intensificam a integridade estrutural dos tecidos cúspideos adjacentes (MONDELLI et al., 1998).

Este artigo tem como objetivos apresentar a utilização de restaurações indiretas com resina composta nos elementos 55 e 65 e comentar as vantagens e desvantagens deste tratamento.

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, sete anos, foi trazida à clínica de

mestrado em Odontopediatria do Centro de Pesquisas São Leopoldo Mandic para dar continuidade ao tratamento odontológico.

Ao exame clínico intrabucal observou-se a necessidade de restaurações extensas nos elementos 55 e 65, nos quais haviam sido realizados tratamentos endodônticos, confirmados pelos exames radiográficos. Optou-se pela reconstrução desses dentes pela técnica de restauração indireta com resina composta. O tratamento constituiu-se de três fases: clínica inicial, laboratorial e clínica final. Na primeira fase, os preparos cavitários foram realizados; as paredes foram regularizadas para tornar o preparo expulsivo e, na base, foi colocada resina composta fotopolimerizável (Fig. 1 e 2). Realizaram-se a moldagem com hidrocolóide irreversível e a colocação de uma restauração temporária com um material provisório (Fermit -Vivadent).

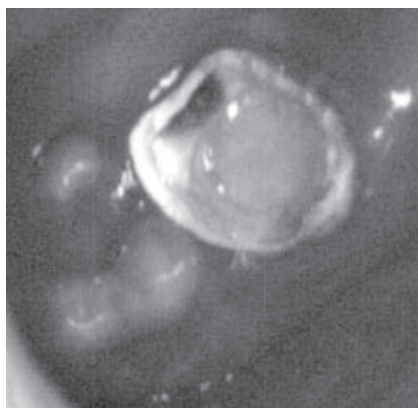


Figura 1 - Dente 65 preparado com base em resina composta



Figura 2 - Dente 55 preparado com base em resina composta

Na etapa laboratorial obteve-se o modelo em gesso-pedra tipo IV; fez-se a delimitação do preparo com grafite e o isolamento com duas camadas de metacrilato Superbond® (Fig. 3). Iniciou-se

a colocação de resina composta Z100 em camadas de aproximadamente 2 mm de espessura, seguida de fotopolimerização por 40 s (Fig. 4), até a obtenção completa da incrustação. Após esses procedimentos, foram feitos a escultura final, acabamento e polimento (Fig. 5).

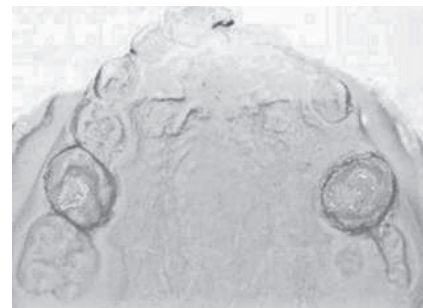


Figura 3 - Modelo de trabalho com delimitação do preparo em grafite e isolamento com Super Bonder®

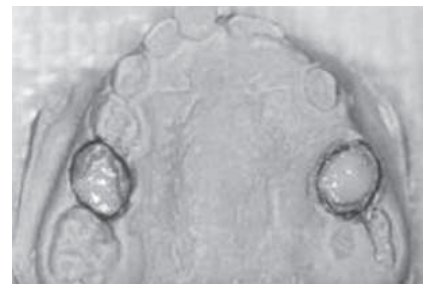


Figura 4 - Início da colocação da resina composta Z 100 por incrementos

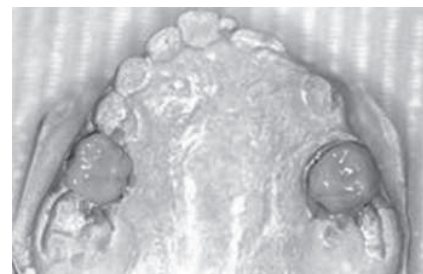


Figura 5 - Incrustações concluídas no modelo de trabalho

Na etapa clínica final realizou-se a prova e ajustes de contorno e forma das restaurações. Em seguida, fez-se profilaxia com pedrapomes e água com escovas de Robinson tanto nos dentes quanto nas restaurações em suas faces internas. Realizou-se o condicionamento ácido dos remanescentes e das peças com ácido fosfórico 37% por 15s, lavagem e secagem. Aplicou-se e fotopolimerizou-se o adesivo Prime e Bond 2.1 (Caulk Dentsply) de acordo com as instruções do fabricante. O passo seguinte foi a cimentação das restaurações com Enforce (Dentsply), seguida de fotopolimerização em todas

as margens da restauração, por 40s cada. Realizaram-se a remoção de excessos, ajuste oclusal e acabamento e polimento finais (Fig. 6, 7 e 8). Na Figura 9 consta o acompanhamento clínico após oito meses.

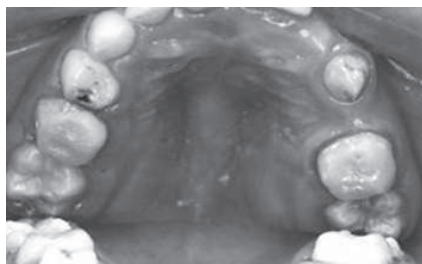


Figura 6 - Restaurações indiretas cimentadas com Enforce nos dentes 55 e 65

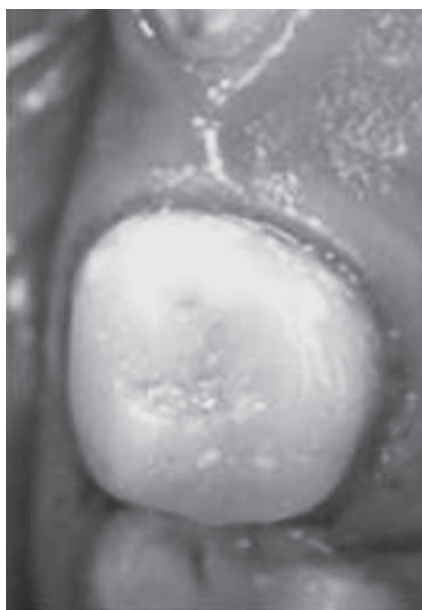


Figura 7 - Incrustação após ajuste oclusal, acabamento e polimento finais - dente 65

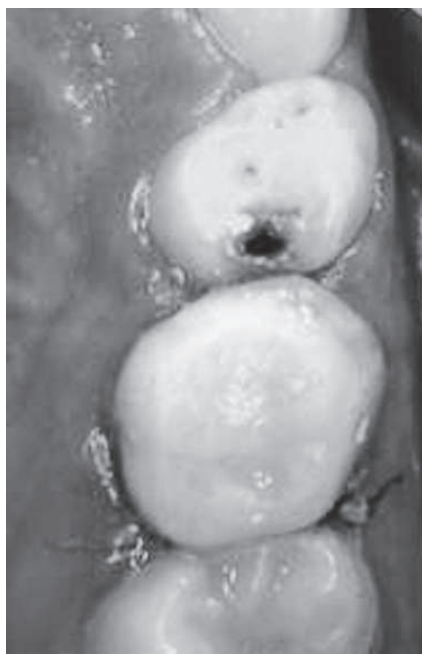


Figura 8 - Incrustação cimentada após ajuste oclusal, acabamento e polimento finais - dente 55

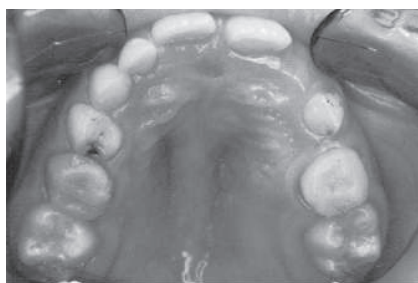


Figura 9 - Acompanhamento clínico após oito meses

Discussão

Destaca-se como vantagem das restaurações indiretas com resina composta a diminuição do tempo clínico, o que em odontopediatria é um fator essencial, tendo em vista que se realizam atendimentos em crianças na mais tenra idade (FONOFF, CORRÊA, 1998), fato que é corroborado neste trabalho. Há a desvantagem, como já citado, da necessidade de duas sessões e colocação de provisório (MONDELLI et al., 1988; TAMAY et al., 2003).

A técnica preconizada para restaurações indiretas com resina composta é hoje uma alternativa promissora na odontopediatria, podendo ser utilizada com praticidade em vez das restaurações convencionais em amálgama, coroas de aço ou resinas compostas diretas. Em relação à conservação da estrutura dentária, Imparato et al. (1998) salientam que essa técnica é conservadora, pois o preparo cavitário restringe-se à remoção do tecido cariado e à regularização das paredes cavitárias com materiais restauradores adesivos ou somente com auxílio de instrumentos cortantes rotatórios. Segundo Guedes-Pinto (2002), o preparo de uma restauração indireta pode resumir-se ao aplainamento das paredes cavitárias, tornando-as expulsivas de cervical para oclusal, o que facilita a confecção da incrustação e subsequente adaptação.

Embora a utilização dessa técnica exija uma fase laboratorial, necessária para a confecção da incrustação de resina composta, isso pode ser realizado no consultório pelo próprio clínico e tem como vantagens a facilidade de escultura, a possibilidade de acabamento e polimento melhores, sessões

mais curtas e menor risco de contaminação por saliva durante a técnica adesiva (FONOFF e CORRÊA, 1998; BUSSADORI, GUEDES-PINTO, IMPARATO 1998; IMPARATO, BUSSADORI, GUEDES-PINTO, 1999).

A prioridade da escolha para a etapa de cimentação são os cimentos resinosos de presa dual para boa polimerização após a cimentação, mas pode-se também lançar mão da cimentação com resina fluidificada fotopolimerizável, corrigindo algumas falhas que possam interferir na adaptação dente/resina, segundo Bussadori, Guedes-Pinto e Imparato (2000).

Com a evolução na dentística restauradora, novas técnicas e materiais tendem a ser introduzidos no mercado, oferecendo ao clínico, em especial ao odontopediatra, inúmeras opções para reabilitação bucal de pacientes infantis (CAVALCANTI et al., 1999).

Considerações finais

O sucesso de qualquer terapêutica está condicionado à avaliação, ao diagnóstico e ao plano de tratamento específicos para cada paciente.

A técnica da restauração indireta com resina composta apresenta-se como possibilidade restauradora para dentes decíduos, especialmente quando um dos objetivos for a diminuição do tempo clínico de trabalho com paciente infantil.

Abstract

The use of the indirect technique using light-curing composite resins shows an alternative for aesthetic-functional resolutions of large coronary destructions in primary molars, mainly for reducing the clinical time with the infantile patient. This article reports the case of a 7-year-old patient who presented endodontic treatment and large crown destruction of elements 55 and 65. In the treatment plan we opted for indirect restorations with composite resin. The elected material was Z-100 - 3M and Enforce for cementation. After 6 months of clinical and radiographic control, the result was satis-

factory, mainly for functional and aesthetic performance.

Key words: primary tooth, inlay, composite resin.

Referências

- BUSATO, A. L. S. et al. *Dentística*, Artes Médicas, 1996.
- BUSSADORI, S. K.; IMPARATO, J. C. P.; GUEDES-PINTO, A. C. *Tratamento de grandes destruições de dentes decíduos posteriores em dentística odontopediátrica*, São Paulo. Santos, 2000, p. 125-129.
- BUSSADORI, S. K.; GUEDES-PINTO, A. C.; IMPARATO, J. C. P. Dentística odontopediátrica. In: GUEDES-PINTO, A. C. *Odontopediatria clínica*. Série EAP/APCD, São Paulo: Artes Médicas, 1998. p. 127-148.
- CAVALCANTI, A. L. et al. Restaurações indiretas: técnica alternativa na reabilitação bucal em odontopediatria. *JBP*, Curitiba, ano 2, v. 2, n. 8, p. 274 - 276, 1999.
- CHAIN, M. C.; BARATIERI, L. Restaurações estéticas com resina composta em dentes posteriores. Artes Médicas, 1998. Série EAP/APCD, v. 12.
- FONOFF, R. D. N.; CORRÊA, M. S. N. P. Resinas compostas. In: CORRÊA, M. S. N. P. *Odontologia na primeira infância*. São Paulo: Santos, 1998. p. 431- 449.
- GUEDES-PINTO, A. C. Das coroas de aço às colagens de fragmentos. In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. *Odontopediatria – prevenção*. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 3-22.
- IMPARATO, J. C. P. et al. Reconstrução de molares decíduos através da técnica restauração indireta com resina composta – Acompanhamento clínico e radiográfico de 2 anos, *RPG*, v. 5, n. 2, p. 133-137, 1998.
- IMPARATO, J. C. P. BUSSADORI, S.K.; GUEDES-PINTO, A. C. Dentística operatória. In: GUEDES-PINTO, A. C. et al. *Reabilitação bucal em odontopediatria*. Atendimento integral. São Paulo: Santos, 1999. p. 121-152.
- MONDELLI, I. et al. Incrustações de Resina Composta com e sem cobertura cuspeada. *Rev. ABO Nac.*, v. 6, n. 2, p. 113-119, 1998.
- PETRUCCI, M. L. V. et al. Reconstrução de molares decíduos em resina composta pela técnica restauradora indireta. *JBD*, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 231-236, jul./set. 2000.
- TAMAY, T. K. et al. Restaurações indiretas em resina composta; técnica alternativa para reconstrução de molares decíduos. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v. 6, n. 31, p. 188-194, maio/jun. 2003.

Endereço para correspondência

Débora Moraes
Rua Dr. Samuel Libânio, 56
Centro
37550-000 – POUSO ALEGRE – MG
Fone: (35) 3423 6686 - (35) 9984-6686
debora-moraes@uol.com.br