

Reabilitação estética do segmento anterior da dentição decídua: alternativas de tratamento

Esthetical rehabilitation of primary anterior dentition – treatment alternatives

Gabriela Schnider¹
Regina M. Puppin Rontani²

Resumo

A destruição dos dentes decíduos anteriores é freqüentemente encontrada na clínica odontopediátrica como consequência, principalmente, de cárie rampante ou "cárie de mamadeira". Apesar de os dentes decíduos apresentarem um tempo limitado na cavidade bucal, seu restabelecimento é uma necessidade fundamental para a criança sob o aspecto psicológico como pelo desempenho de suas funções, tais como mastigação, fonética, deglutição, estética, e para o desenvolvimento da oclusão. Este trabalho tem por objetivo discutir as possíveis metodologias e materiais utilizados na reabilitação estética do segmento anterior, bem como as vantagens e desvantagens que cada categoria de material oferece, possibilitando selecionar o material adequado para a situação correta. Baseados nos conceitos observados na literatura, pode-se concluir que há necessidade do restabelecimento estético funcional de dentes decíduos perdidos por cárie e/ou traumatismo e que as técnicas e materiais restauradores/reabilitadores devem ser selecionadas de acordo com a capacitação profissional e a disponibilidade do material, podendo ser utilizados materiais restauradores através de técnicas diretas ou indiretas, de próteses fixas unitárias ou múltiplas e de próteses removíveis.

Palavras-chave: estética, dentes decíduos, tratamento restaurador do segmento anterior.

Introdução

Durante muitos anos, a exodontia foi a opção de tratamento mais utilizada nos casos de grande comprometimento coronário dos incisivos decíduos superiores em razão da dificuldade de retenção do material restaurador à estrutura dentária remanescente, assim como pela dificuldade do controle do comportamento dos pacientes (GALINDO et al., 2000). Apesar de apresentar um tempo de permanência limitado na cavidade bucal, a preservação do dente decíduo é uma necessidade fundamental para a criança, tanto do ponto de vista psicológico como do funcional, desenvolver os sistemas mastigatório e fonoarticulatório (GHERSEL et al., 1998).

A perda precoce de dentes decíduos anteriores pode acarretar inúmeras alterações, como perda da eficiência mastigatória, desvio no padrão da deglutição, distúrbios fonéticos, instalação de hábitos indesejáveis, perda de espaço e consequente desequilíbrio oclusal, além de comprometimento estético,

co, com prejuízo no desenvolvimento psicoemocional da criança.

As alterações oclusofuncionais relacionam-se diretamente com o dente perdido, com o estágio de desenvolvimento da dentição, idade da criança, as características próprias da arcada dentária e a presença de hábitos, anomalias e disfunções da musculatura orofacial.

Em relação à função mastigatória, a perda de um ou mais elementos dentários na região anterior propicia hábitos inadequados de alimentação, afetando diretamente a deglutição e o desenvolvimento dos músculos da face. A fonética também se altera, bem como a relação maxila-mandíbula, pela deficiência de desenvolvimento da pré-maxila. Além desses fatores, a posição dos dentes adjacentes modifica-se, podendo ocorrer o estabelecimento de hábitos para-funcionais associados à função dos lábios, língua e bochechas.

O principal objetivo de um tratamento integral em odontopediatria é a promoção de saúde, ou seja, o resgate do equilíbrio no processo saúde-doença. Os procedi-

¹ Cirurgiã-dentista, especialista em Odontopediatria pela FOP/Unicamp.

² DDS, MSc, PhD, professora Titular da Área de Odontopediatria da FOP/Unicamp.

mentos iniciais visam melhorar a ecologia bucal, viabilizar o controle de placa bacteriana e potencializar o contato das superfícies dentárias com o flúor, a fim de deter o processo de cárie e prevenir qualquer destruição posterior.

O tratamento restaurador assume um aspecto importantíssimo na reabilitação bucal do paciente infantil, devendo ser realizado segundo os princípios e características de cada material restaurador, preservando ao máximo a estrutura dental sadia.

Uma das grandes preocupações da odontologia desde seu início foi encontrar um material restaurador que, além de restabelecer a função do elemento dentário, apresentasse resistência adequada à abrasão, boa adaptação marginal, biocompatibilidade e reproduzisse a cor natural dos dentes.

Nos últimos cinquenta anos muitas mudanças ocorreram com a evolução dos materiais estéticos e o desenvolvimento de novas técnicas restauradoras adesivas, que têm possibilitado ampliar as opções de tratamento, levando a que um expressivo número de casos clínicos seja solucionado.

Existem variados recursos restauradores que são aplicados de acordo com a quantidade de estrutura dentária remanescente (cavidades classe III, IV ou V, destruição total da coroa) e/ou número de dentes perdidos. Dentre esses podem ser citadas técnicas restauradoras adesivas, repondo a perda de parte da estrutura dental, até a colocação de coroas unitárias (face-tas ou não) e de próteses fixas adesivas e removíveis.

Este trabalho tem por objetivo discutir os materiais e técnicas utilizados na reabilitação estética do segmento anterior de dentes decíduos e proporcionar um melhor entendimento dos componentes, das vantagens e desvantagens que cada categoria de material oferece, possibilitando selecionar o material adequado de acordo com cada situação.

Discussão da literatura

Para a correta reabilitação do segmento anterior, o profissional deve respeitar as características morfofuncionais e estéticas específicas da dentição decídua, lembrando que a restauração de dentes decíduos é significativamente diferente da restauração de dentes permanentes. Nos dentes decíduos, o diâmetro mesiodistal da coroa é maior que a dimensão cervicoclusal; as faces vestibular, lingual e palatina convergem para oclusal; a camada de esmalte é mais fina e consistente; os prismas do esmalte inclinam-se para oclusal, terminando abruptamente na cervical; a câmara pulpar é ampla e os cornos pulpares estão mais próximos da superfície. A altura menor da coroa clínica afeta a habilidade desses dentes em sustentar e reter adequadamente restaurações de recobrimento coronário parcial ou total (AAPDb, 1999).

Além da morfologia correta, outros fatores devem ser seguidos numa reabilitação estético-funcional. A seleção da cor do material, tanto para procedimentos diretos como indiretos é muito crítica, exigindo do profissional empenho e relativa experiência, uma vez que qualquer erro nessa fase pode comprometer o resultado final. A restauração estética só será bem sucedida quando a cor e o contorno forem imperceptíveis, criando a harmonia de conjunto (HAUPTMANN e MARIN, 1999).

A baixa translucidez do esmalte do dente decíduo, explicitado tanto pela sua espessura quanto por sua menor mineralização, quando comparado aos seus sucessores, e a dentina de cor mais alta tornam a confecção de uma restauração estética mais simplificada em termos de interação de cores (ARAÚJO e FALSTER, 2000), porém mais difícil com referência aos materiais presentes no mercado odontológico.

A restauração estética ideal, segundo Croil (1998), deveria apresentar cor imperceptível ou muito

próxima dos dentes adjacentes; ser durável o bastante para permanecer na boca até a esfoliação normal do dente, fixada ao dente com cimento biocompatível ao tecido pulpar, de rápida confecção e rápido manuseio, e, preferencialmente, colocada numa única sessão.

Vários recursos têm sido utilizados com o objetivo de manter o espaço e a estética na dentição decídua. Esses recursos restauradores e protéticos vão desde restaurações classe III, IV e V em resina composta até o recobrimento total da coroa, caracterizando próteses fixas unitárias, além de próteses fixas adesivas e removíveis para situações nas quais houve a perda precoce dos dentes decíduos.

Tratando-se de prótese fixa unitária, diversas técnicas são descritas na literatura para a reconstrução de dentes decíduos anteriores, desde a utilização de restaurações de resina indireta (ELLIS, DONLY, WILD, 1992; SANTOS-PINTO et al., 2001) até a colagem de coroas e pinos naturais (GRANER e IMPARATO, 1998). A reconstrução de coroas de incisivos decíduos com resina composta tem sido, entretanto, uma das técnicas mais utilizadas na atualidade.

Coroas de acrílico são utilizadas desde 1979, tendo sido modificadas em razão do desgaste fisiológico incisal/oclusal apresentado pelos dentes decíduos. A modificação consistia na preservação da borda incisal do dente decíduo, atribuindo-se a essa modificação melhor desempenho clínico em razão da diminuição da abrasão e melhoria da retenção oferecida pela preservação da borda incisal dental, garantindo maior longevidade.

O material foi aperfeiçoado e, quando bem trabalhadas, essas coroas são excelentes tanto na adaptação como no resultado estético, pois são confeccionadas em duas etapas: clínica e laboratorial (ELLIS, DONLY, WILD, 1992; BENGSTON, BOZOLA, GUEDES-PINTO, 1997; SANTOS-PINTO et al., 2001). Entretanto, por apresentarem, na confecção, fase laboratorial, aumentavam-se o custo fi-

nal e o número de sessões; por outro lado, o tempo clínico da criança na cadeira é diminuído, melhoram-se a adaptação cervical, a estética e a função em geral. Esses fatores são especialmente importantes quando existe pequena quantidade de remanescente dentário, insuficiente para a boa adaptação do dique de borracha, associado a pouca colaboração de crianças muito pequenas, as quais necessitam de contenção durante o tratamento por causa do choro compulsivo. Isso conduz o profissional a optar por um tratamento que exija tempo de trabalho dividido em sessões de curta duração para a correta execução dos procedimentos operatórios (WANDERLEY, TRINDADE, CORRÊA, 1998 e GALASSI, BORSATTO, SANTOS PINTO, 1999).

Outra opção para a reabilitação dos dentes decíduos anteriores são as coroas de policarbonato, de acordo com Wanderley et al. (1998), indicadas na reabilitação bucal das crianças de menor faixa etária pela praticidade e rapidez da técnica. Outras vantagens são seu custo relativamente baixo, por não exigirem a etapa laboratorial, e seu resultado esteticamente satisfatório. Entretanto, a grande falha das coroas de policarbonato que contra-indica seu uso é a pobre adaptação cervical, que provoca dificuldade de higienização e acúmulo de placa bacteriana na região, propiciando a instalação de processos de gengivite localizada e deterioração da margem gengival, além de não ser muito resistente aos esforços mastigatórios.

A seleção do material restaurador, segundo Berg (1998), deve ser feita antes do início do tratamento (quando possível) e preferencialmente no momento do diagnóstico e plano de tratamento. Em alguns casos, entretanto, a seleção do material não pode ser determinada até que a preparação da cavidade esteja completa e uma avaliação mais clara da estrutura dental remanescente possa ser feita. Para a dentição decídua, nos casos de classe III, IV e V, em que a estética é a preocupação principal, o au-

tor recomenda a utilização de resinas compostas, pois apresentam excelente estética e durabilidade clínica.

O uso de resinas compostas como material restaurador mostra-se como uma das principais opções quando se pensa em estética e boa resistência mecânica (FONOFF e CORRÊA, 1998). Entretanto, Croll e Helpin (1996), apesar de concordarem que é o tipo de restauração mais atraente e natural para incisivos decíduos, acreditam que as reconstruções com resina composta consomem bastante tempo para sua confecção; são sensíveis à técnica; podem se fraturar ou se deslocar quando sob traumatismos e necessitam de um ambiente seco para sua colocação, sendo contra-indicadas quando o preparo é subgengival e ocorre sangramento. Além disso, a durabilidade das restaurações de resina composta está diretamente relacionada com a polimerização inicial. Nesse aspecto, o tipo de aparelho utilizado na fotoativação e o potencial de cura da luz são importantes fatores considerados.

O resultado estético de uma restauração com resina composta na região anterior depende dos "fatores primários" da restauração (matiz, croma e valor) e da estrutura de suporte em estética dental: forma e cor (ARAÚJO e FALSTER, 2000). A forma pode ser identificada facilmente e reproduzida com detalhes por meio do estudo dos aspectos relacionados ao dente natural, dentre os quais o tamanho, o contorno e a morfologia da superfície. As regiões cervical, média e incisal constituem o "mapa cromático" dos dentes. Nos dentes decíduos, selecionam-se as cores da resina composta unicamente pela intensidade da cor (croma), pois o esmalte é pouco translúcido e a dentina é bastante clara, deixando o dente com aspecto leitoso, muito claro. São preconizadas resinas compostas híbridas na superfície palatina, nas faces proximais e em toda área correspondente à dentina. Na região vestibular, as resinas microparticuladas são indicadas, reproduzindo a porção

de esmalte perdido. Croll (1990) reportou que os tipos híbridos de resina composta nos tons claro e extraclaro para restauração de dentes decíduos anteriores oferecem uma combinação de um material resistente e altamente suscetível ao polimento.

Matrizes anatômicas de celulóide próprias para dentes decíduos foram desenvolvidas em virtude de falhas apresentadas pelas coroas de policarbonato e coroas de aço para a reconstrução de dentes com perdas estruturais extensas. A técnica de reconstrução coronária através da matriz de celulóide possui as vantagens de proporcionar uma restauração estética, funcional, durável e econômica numa única sessão, sendo simples e de rápida execução (POLLARD, CURZON. FENLON, 1991). As matrizes de celulóide permitem um bom acabamento na margem cervical e suportam bem esforços mastigatórios (MATHIAS et al., 1997); seus excelentes resultados estéticos e de resistência devem-se à cobertura total da coroa (DRUMMOND, 1993).

Entretanto, para Mendes, Portella, Gleiser, (1993), as coroas de celulóide são contra-indicadas quando há grande destruição coronária, em que não resta esmalte intacto (sem estrutura para conseguir retenção somente com o ataque ácido). Nesses casos, devem ser utilizados pinos curtos de resina intracanal em forma de "cogumelo invertido", seguido pela reconstrução coronária com resina composta pela técnica direta. Classifica-se essa técnica como um método durável, com estabilidade de cor e excelentes qualidades estéticas. Porém, a reconstrução da coroa em resina composta pelo método direto exige mais habilidade do profissional e maior tempo de cadeira odontológica, além de estrutura dentária remanescente suficiente para os procedimentos de condicionamento ácido e adesão (SANTOS-PINTO et al., 2001).

Waggoner, em 1996, afirmou que as coroas de resina composta são frequentemente utilizadas por serem mais estéticas, embora pos-

sam mudar de cor com o tempo. Sua retenção dependerá da quantidade de estrutura dentária presente, assim como da qualidade do ataque ácido. São indicadas quando a estética é de grande preocupação, a estrutura dental remanescente é suficiente para o condicionamento ácido e adesão, quando a criança não é suscetível a traumas e quando a hemorragia gengival está controlada.

As resinas compostas associadas aos sistemas de união devem ser indicadas para pacientes com manifestações já controladas da doença cárie, num contexto de plano de tratamento integral no qual já foram utilizadas manobras clínicas e educativas para devolver a saúde bucal ao paciente.

Deve-se levar em consideração que, apesar de as resinas compostas fotopolimerizáveis associadas aos sistemas de união fotoativados apresentarem elevada força de união, durabilidade e pequeno risco de contaminação ambiental, na boca, as pressões oclusal e mastigatória, as mudanças térmicas e os alimentos que os pacientes consomem afetam os resultados clínicos das restaurações (KIMURA et al., 1999).

Quando a prótese fixa unitária (coroa total) exigir pinos intracondutos em razão da pouca ou de nenhuma estrutura coronária remanescente, esses pinos, segundo Ferreira et al. (1999), não devem ultrapassar o terço médio da raiz em comprimento, com a finalidade de não interferir no processo de rizólise do dente decíduo. A falta de cuidado diante desse detalhe pode levar à sobrecarga de forças sobre o elemento dentário em questão, provocando a reabsorção patológica da raiz e, conseqüentemente, sua esfoliação precoce. Os pinos estão contra-indicados para dentes decíduos anteriores de pacientes portadores de bruxismo, com mordida profunda, os quais, durante os movimentos de protrusão, exercem enorme força oclusal sobre esses elementos e naqueles pacientes que apresentam grande perda de dimensão vertical.

Segundo Wanderley et al. (1999), os núcleos intraconduto de resina composta têm baixa resistência à carga; o reforço com fios ortodônticos retidos mecanicamente requer um certo nível de habilidade do clínico; os núcleos parafusados representam um custo excessivo aos cirurgiões-dentistas porque são comprados num conjunto que nunca é totalmente utilizado. Além disso, tensões apicais são criadas podendo levar à fratura radicular durante a instalação. Os autores recomendam a utilização dos núcleos de Ni-Cr por oferecerem uma melhor distribuição de forças das cargas mastigatórias. A possibilidade de união químico/mecânica pelo uso de sistemas adesivos permite a integração da restauração à estrutura dental.

Outra alternativa à reconstrução coronária é a utilização de coroas naturais, que possibilitam anatomia e estética extraordinárias, preservação da coloração natural dos dentes, bem como comportamento ideal das restaurações no que se refere aos desgastes fisiológicos, lisura superficial e adaptação cervical (GALINDO et al., 2000). Contudo, essa técnica é trabalhosa e requer novos estudos, com amostragens e acompanhamento clínico por períodos maiores. Apresenta vantagens como a estética e baixo custo, uma vez que a matéria-prima provém de dentes esfoliados. Os autores ainda afirmam que os pinos intracanaís confeccionados de dentes naturais apresentam a vantagem de proporcionar melhor estética em relação ao pino metálico fundido, além de sofrer reabsorção na mesma velocidade da raiz do dente decíduo.

No outro extremo encontram-se as coroas de aço. Para Wanderley, Trindade, Correa (1998), essas coroas, quando utilizadas em dentes anteriores decíduos, comprometem de maneira radical a estética do paciente, além da dificuldade de se obterem contorno cervical adequado e ajuste oclusal correto. Para resolver o problema estético das coroas de aço, existem no mercado coroas de aço pré-

fabricadas facetadas, onde foram aplicadas facetas estéticas em resina na face vestibular. Essas coroas facetadas possuem um custo mais elevado, porém a aparência melhorada justifica sua utilização, bem como possuem recorte cervical satisfatório, diminuindo o tempo gasto pelo profissional com o ajuste e a adaptação na região cervical.

Entretanto, há controvérsias visto que Wiendenfeld, Draugnn, Welford, (1994) e Croll e Helpin (1996) observaram serem frequentemente difíceis de se ajustar, pois a face vestibular não pode ser contornada em razão do risco de o material estético se desprender. Além disso, não existem vários tons de resina disponíveis neste tipo de faceta, e as que são comercializadas apresentam-se bastante claras, podendo muitas vezes mostrar-se artificiais na boca. Assim, Curzon, Robert, Kennedy, (1997) recomendam restaurar os quatro incisivos superiores decíduos, se cariadados, ao mesmo tempo para se obter um resultado estético mais satisfatório.

Para Croll e Helpin (1996), a técnica de confecção de coroas de aço pré-facetadas foi desenvolvida com o intuito de servir como uma solução conveniente, durável, confiável e estética para o difícil desafio de restaurar incisivos decíduos cariadados, ou seja, para simplificar a técnica e melhorar a estética.

As coroas de aço podem, ainda, receber uma faceta estética do próprio profissional, já transformando as coroas de aço convencionais em coroas de aço facetadas pelo método de adesão direta do compósito à face vestibular da coroa de aço desgastada e previamente ajustada em todo o contorno cervical (Wiendenfeld, Draugnn, Welford, 1994). A técnica resulta em excelente estética e apresenta um nível alto de resistência de adesão (24,4 MPa). Para os autores, essa é uma opção que tem vantagens sobre outros métodos, pois as coroas de acetato necessitam de um ambiente livre da saliva ou sangue e, embora os resultados em pacientes cooperativos possam ser

esteticamente agradáveis, a carga funcional associada à retenção inadequada freqüentemente resulta em durabilidade imprevisível. As coroas de aço com faceta aberta *open-faced* resultam na exposição de metal na vestibular, na região próxima às faces proximais, ocorrendo uma falha na estética, além de essas facetas se deslocarem com mais facilidade e exigirem mais tempo para sua confecção. As coroas de aço convencionais têm excelente longevidade, porém sua estética é pobre, e as coroas de aço pré-facetadas não permitem o contorno da face vestibular para seu ajuste, requisito que é preenchido pelo facetamento direto na técnica preconizada pelos autores.

Em 1995, Wiendenfeld, Draughn, Goltra, aperfeiçoaram a técnica de adesão direta do compósito sobre a face vestibular de coroas de aço, simplificando a colocação do material e o contorno vestibular, com o cuidado, porém, de manter a resistência e a estética da técnica original. Nessa técnica foi introduzido um agente de união ao metal (Restobond Four®; All Bond2® ou Probond®), seguido por um cimento resinoso de cor opaca (Enforce) e uma resina composta (TPH, B1 Opaque). Para os autores, os sistemas de adesão Restobond Four® e All Bond2® tornaram-se os métodos preferidos para o condicionamento do metal por terem sido considerados mais fáceis de manusear quando comparados com o Probond. Os autores notaram que a estética era favorecida quando se restauravam os quatro incisivos superiores decíduos ao mesmo tempo, pois coroas de aço unitárias facetadas produzem, geralmente, pequeno erro de cor se comparadas aos dentes naturais.

Um dos grandes questionamentos na literatura é em relação à durabilidade dessas facetas estéticas nas coroas de aço para dentes decíduos anteriores. Baker, Moon, Mourino (1996) observaram que, embora as coroas de aço facetadas ofereçam muitas vantagens sobre outras alternativas, quando as

facetas se fraturam, se deslocam ou se deformam, podem resultar num problema estético para a criança.

Quando ocorre a perda dentária precoce na região anterior durante a dentição decídua, está indicado o uso de mantenedores de espaço fixo ou removível. A escolha do tipo de mantenedor deve levar em conta a idade da criança, a quantidade de dentes perdidos, a valorização da estética pela criança e pelos pais, a possibilidade de manter o controle do paciente e a ausência de interferências oclusais importantes. Com um aparelho removível ou fixo, podem-se restaurar as funções fonética, mastigatória e de deglutição, além de devolver a estética e evitar o desenvolvimento de hábitos indesejáveis, como a interposição de língua (AAPD, 1999 a).

Em perdas dentárias de mais de um dente decíduo, de acordo com Orsi et al. (1999), um mantenedor de espaço removível deve ser preferido, desde que seja projetado de modo a não causar interferência no processo de desenvolvimento da arcada e dos dentes. Quando usados durante o crescimento e quando os dentes adjacentes estão em fase de irrupção, mantenedores de espaço removíveis necessitam de ajustes periódicos e seu sucesso depende muito da cooperação da criança. Wanderley, Trindade, Correa, (1998) recomendam o uso desse aparelho em crianças com maturidade emocional para aceitar o uso de um aparelho removível e acreditam ser esta uma das maneiras mais práticas de se obter uma reabilitação. Esses autores citam, ainda, as vantagens de, com um aparelho mantenedor removível, a possibilidade de reabilitar, ao mesmo tempo, os segmentos anterior e posterior; de instalar dispositivos impedidores de hábitos como grade ou acrílico impedidora de língua; de recuperação da dimensão vertical de oclusão; a técnica de confecção exigir curto tempo de trabalho, além da facilidade de higienização da peça.

Quando não há cooperação por parte do paciente para uso de mantenedores de espaço removíveis, ou seus dispositivos provocam desconforto ou deglutição atípica, próteses parciais fixas devem ser preferidas, levando em consideração o crescimento pré-maxilar. Orsi et al. (1999) propuseram uma prótese fixa com cursor. Essa prótese permite o crescimento pré-maxilar fisiológico, não impedindo o crescimento em lateralidade, e está indicada para áreas edentadas de pequena extensão e com dentes pilares sem cáries ou com pequenas restaurações. Wanderley, Trindade, Correa, (1998) também descreveram essa técnica, na qual é realizado um sistema de encaixe, porém preconizam, favorecendo a abertura caso ocorra o crescimento em lateralidade, a colocação da prótese se os dentes adjacentes estão comprometidos por cáries dentárias extensas, para não incorrer no desgaste de superfícies hígidas.

Outro tipo de prótese fixa é a *em cantilever*. Wanderley, Trindade, Correa, (1998) indicam-na para a reposição de um único dente decíduo, em que um dos dentes adjacentes ao espaço da perda se apresenta totalmente hígido. O resultado funcional desta prótese é favorável, contudo deve-se tomar cuidado com o excesso de forças mastigatórias na região.

Já Paiva, Neves, Ribeiro, (2000) acreditam que prótese fixa adesiva direta para a região anterior reforçada com fitas de fibra de polietileno é o mantenedor de espaço estético-funcional ideal para situações em que houve perda de um dente decíduo. Esta prótese apresenta técnica simples, não necessita de passos laboratoriais e pode ser realizada numa única sessão, restabelecendo, assim, a estética, a função e o aspecto emocional da criança.

Piassi et al. (2001) demonstraram a confecção de um mantenedor de espaço fixo alternativo para a região anterior da dentição decídua inspirado no mantenedor de Steffen. Esse mantenedor dife-

re dos demais por apresentar dentes artificiais fixados sobre um arco palatino contínuo e unidos por bandas ortodônticas cimentadas nos segundos molares decíduos. Para os autores, a técnica de confecção é de simples execução e o uso independe da colaboração do paciente, recuperando, assim, as funções fonética, estética e mastigatória perdidas.

O pré-requisito básico para um trabalho protético ter sucesso na dentição decídua é o controle da alimentação do paciente pelos seus pais ou responsáveis, seguido de higiene bem feita. Os pacientes devem retornar periodicamente às consultas para avaliação da prótese, bem como do estágio de rizogênese dos dentes permanentes.

A experiência clínica tem demonstrado que a combinação de conhecimentos precisos dos materiais, das técnicas empregadas e da habilidade artístico-pessoal do profissional resulta na compreensão, interpretação e realização de restaurações esteticamente agradáveis, proporcionando melhoria no sorriso dos pequenos pacientes, com uma imediata repercussão no seu bem-estar físico e psicológico.

Como pôde ser observado no presente trabalho, a odontologia está em constante processo evolutivo. A cada dia, novas técnicas e materiais são desenvolvidos, oferecendo ao odontopediatra diferentes possibilidades de tratamento reabilitador na região anterior de dentes decíduos, com grandes destruições coronárias e até mesmo nos casos de ausência de um ou mais elementos dentários. Cabe ao profissional escolher a técnica e o material que melhor se adaptam a cada caso, podendo sua escolha ser influenciada pelo comportamento da criança, pela habilidade profissional, pelo resultado estético desejado e, até, pelo custo do material.

Considerações finais

Baseados nos conceitos observados na literatura, pode-se afirmar que há necessidade do resta-

belecimento estético-funcional de dentes decíduos perdidos por cárie e/ou traumatismo. As técnicas e materiais restauradores/reabilitadores devem ser selecionados de acordo com a capacitação profissional e a disponibilidade do material, podendo ser utilizados materiais restauradores através de técnicas diretas ou indiretas, de próteses fixas unitárias ou múltiplas e próteses removíveis.

Abstract

Anterior primary teeth damage is the most frequent finding in Pediatric Dentistry Clinic, being a consequence, mainly, of rampant and nursing bottle decay. Despite primary teeth show a limited time in the oral cavity, its restoration (when necessary) is of fundamental need for the child, both in the psychological aspect and for its functions, such as mastication, phonetics, esthetics, swallowing and for the development of dental arcade and occlusion. The aim of this study is to discuss the methodologies and materials used in the esthetic rehabilitation of the anterior segment in the primary dentition, as well as the advantages and disadvantages that each class of material offers, making easier the choice of the material according to the situations.

Key words: esthetics, primary teeth, restorative treatment of the anterior segment.

Referências

- AAPD. Guidelines for pediatric restorative dentistry. *Pediatr Dent*, Chicago, v. 4, n. 5, p. 55-59, May 1999(a).
- _____. Quality assurance criteria for pediatric dentistry, section IV: Pediatric Restorative Dentistry. *Pediatr Dent*, Chicago, v. 20, n. 6, p. 97-99, 1999 (b).
- ARAÚJO, F. B.; FALSTER, C. A. Estética em odontopediatria. *Rev Soc Bras Odontol Estet*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 115-124, 2000.
- BAKER, L. H.; MOON, P.; MOURINO A. P. Retention of esthetic veneers on primary stainless steel crowns. *ASDC J Dent Child*, Chicago, v. 63, n. 3, p. 185-189, May/June 1996.
- BENGSTON, A. L.; BOZOLA, J. R.; GUEDES-PINTO, A. C. Prótese em odontopediatria. In: GUEDES-PINTO, A. C. *Odontopediatria*, 6. ed. São Paulo: Santos, 1997. cap. 36. p. 657-684.
- BERG, J. H. The continuum of restorative materials in Pediatric Dentistry – A review for the clinician. *Pediatr Dent*, Chicago, v. 20, n. 20, p. 93-100, Mar./Apr. 1998.
- ROLL, T. P. Bonded composite resin crowns for primary incisors: Technique update. *Quintessence Int*, Berlin, v. 21, n. 2, p. 153-157, Feb. 1990.
- _____. Primary incisor restoration using resin-veneered stainless steel crowns. *ASDC J Dent Child*, Chicago, v. 65, n. 2, p. 89-95, Mar./Apr. 1998.
- ROLL, T. P.; HELPIN, M. L. Prefabricated resin-veneered stainless steel crowns for restoration of primary incisors. *Quintessence Int*, Berlin, v. 27, n. 5, p. 309-313, May. 1996.
- CURZON, M. E. J.; ROBERT, J. F.; KENNEDY, D. B. In: KENNEDY, D. B. *Dentística operatória pediátrica*. 4. ed. São Paulo: Premier, 1997. 204 p.
- DRUMMOND, B. K. Restoration of primary anterior teeth with composite crowns. *NZ Dent J*, Dunedin, v. 89, n. 397, p. 92-95, July 1993.
- ELLIS, R. K.; DONLY, K. I.; WILD, T. W. Indirect composite resin crowns as an esthetic approach to treating ectodermal dysplasia: A case report. *Quintessence Int*, Berlin, v. 23, n. 11, p. 727-729, Nov. 1992.
- FERREIRA, M. S. L.; et al. Recursos protéticos utilizados em odontopediatria. In: GUEDES-PINTO, A. C. et al. *Reabilitação bucal em odontopediatria: atendimento integral*. São Paulo: Santos. p. 229-269, 1999.
- FONOFF, R. D. N.; CORRÊA, M. S. N. P. Resinas compostas. In: CORRÊA, M. S. N. P. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos, 1998. cap. 31. p. 431-449.
- GALASSI, M. S.; BORSATTO, M. C.; SANTOS PINTO, L. M. Reabilitação de dentes decíduos anteriores. Relato e acompanhamento de um caso clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebês*, Curitiba, v. 2, n. 7, p. 175-178, 1999.
- GALINDO, V. A. C. et al. Pinos biológicos e colagens de coroas naturais – Uma alternativa na reabilitação de dentes decíduos anteriores. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebês*, Curitiba, v. 3, n. 16, p. 513-519, nov./dez. 2000.
- GHERSEL, E. L. A. et al. Restauração de dentes decíduos anteriores: Técnica alternativa de coroas de resina composta e pinos biológicos. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebês*, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 13-22, 1998.

GRANER, R. O. M.; IMPARATO, J. C. P. Restaurações biológicas em dentes decíduos. In: CORRÊA, M. S. N. P. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos, 1998. cap. 33. p. 451-72.

HAUPTMANN, R.; MARIN, G. Cores contribuindo na estética. *J Bras Clin Estet Odontol*, Curitiba, v. 3, n. 14, p. 43-4, 1999.

KIMURA, M. et al. A clinical study of restoration of the primary teeth by light-cured composite resin and bonding system: 3-year follow-up study. *Pediatr Dent*, Chicago, v. 9, n. 1, p. 63-68. July 1999.

MATHIAS, R. S. et al. Dentística operatória e restauradora. In: GUEDES-PINTO, A.C. *Odontopediatria*. 6. ed. São Paulo: Santos, 1997. cap. 33 p. 569-607.

MENDES, S.; PORTELLA, W.; GLEISER, R. Técnica do núcleo com pino curto de resina para restaurações de dentes decíduos anteriores – Relato de um caso. *Rev Odontopediatr*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 75-81, abr./mai. 1993.

ORSI, I. A.; et al. The use of a resin-bonded denture to replace primary incisors: Case report. *Pediatr Dent*, Chicago, v. 21, n. 1, p. 64-66, Jan./Feb. 1999.

PAIVA, I. G. O.; NEVES, P. A. M.; RIBEIRO, C. C. C. Uso de fitas de fibra de polietileno em mantenedor de espaço anterior em odontopediatria *J Bras Odontopediatr Odontol Bebês*, Curitiba, v. 3, n. 16, p. 481-484, nov./dez. 2000

PIASSI, E. et al. Mantenedor de espaço fixo para região anterior na dentição decídua. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebês*, Curitiba, v. 3, n. 14, p. 273-78, jul./ago. 2001.

POLLARD, M. A.; CURZON, J. A.; FENLON, W. L. Restoration of decayed primary incisors using strip crowns. *Dent update*, London, v. 18, n. 4, p. 150-152, May. 1991.

SANTOS-PINTO, L. et al. Reabilitação oral anterior – Alternativas de tratamento em odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebês*, Curitiba, v. 4, n. 19, p. 216-220, mai./jun. 2001.

WAGGONER, W. F. Odontologia restauradora para dentição decídua. In: PINKHAN, C. *Odontopediatria da infância à adolescência*. 2. ed. São Paulo: Artes médicas, 1996. p. 327-370.

WANDERLEY, M. T.; et al. Primary anterior tooth restoration using posts with

macroretentive elements. *Quintessence Int*, Berlin, v. 30, n. 6, p. 432-436, 1999.

WANDERLEY, TRINDADE, C. P.; CORRÊA, M. S. N. P. Recursos protéticos em odontopediatria. In: CORRÊA, M. S. N. P. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos, 1998. cap 35. p. 497-512.

WIEDENFELD, K. R.; DRAUGHN, R. A.; WELFORD, J. B. An esthetic technique for veneering anterior stainless steel crowns with composite resin. *ASDC J Dent Child*, Chicago, v. 61, n. 5-6, p. 32-36, Sep./Dec. 1994.

WIEDENFELD, K. R.; DRAUGHN, R. A.; GOLTRA, S. E. Chairside veneering of composite resin to anterior stainless steel crowns: another look. *ASDC J Dent Child*, Chicago, n. 62, v. 4, p. 270-273, July/Aug. 1995.

Endereço para correspondência

Profa. Dra. Regina M. Puppin Rontani
Dept. Odontologia Infantil Fop/Unicamp
Av. Limeira 901
13414-018 - Piracicaba - SP
E-mail: rmpuppin@fop.unicamp.br