

CURSO DE ODONTOLOGIA

Franciani Lizzi

**REABILITAÇÃO BUCAL EM PACIENTE NA TERCEIRA IDADE – ESTUDO DE
CASO**

Santa Cruz do Sul

2016

Franciani Lizzi

**REABILITAÇÃO BUCAL EM PACIENTE NA TERCEIRA IDADE – ESTUDO DE
CASO**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Professor Orientador: Me. Helder Luiz Dettenborn

Santa Cruz do Sul

2016


Franciani Lizzi

**REABILITAÇÃO BUCAL EM PACIENTE NA TERCEIRA IDADE – ESTUDO DE
CASO**


Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.



Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn
Professor Orientador - UNISC



Prof. Me. José Luiz Santos Martins
Professor Examinador - UNISC



Prof. Me. Fabiano Bender Panta
Professor Examinador - UNISC

Santa Cruz do Sul

2016

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Wilson e Eva Leoni

Por toda confiança dedicada em mim durante toda minha caminhada, por serem sempre meus exemplos de coragem e determinação. Obrigado por me mostrarem os caminhos da vida, e fazer que eu os percorresse sempre com força e coragem. Vocês são a razão da minha vida. Muito obrigada!

À minha irmã Francieli

Por ser sempre minha companheira, por me apoiar nas minhas escolhas ou tentar fazer que eu mudasse o caminho para não me decepcionar. Obrigada por ter me presenteado com a chegada do Davi, ele veio para nos trazer mais alegria. Obrigada por ser uma das minhas referências como profissional na Odontologia.

Ao meu namorado Ariel

Por ter me apoiado sempre nas minhas decisões durante os cinco anos da faculdade, por ter vivido comigo as minhas escolhas, por me dar forças para seguir em frente. Obrigado por acreditar em mim.

Ao mestre Helder Luiz Dettenborn

Por ter aceitado ser meu orientador e ter assumido comigo esse trabalho, pelo apoio durante a execução deste trabalho, por depositar em mim a sua confiança e por ter sempre me passado os seus conhecimentos. Obrigado!

Aos professores do Curso de Odontologia – UNISC

Por terem dividido comigo um pouco das suas experiências, por me moldarem para ser uma profissional completa e competente, por me ensinarem que é necessário ter determinação para seguir nossas escolhas. Saibam que admiro profundamente cada um de vocês que passou pela minha formação acadêmica.

RESUMO

A população idosa no Brasil vem sofrendo um grande aumento. Diante dessa afirmação, o Cirurgião-Dentista deve estar atento e ser conhecedor de assuntos sobre Odontogeriatría. Deve-se ter em mente que idosos normalmente apresentam uma ampla variação no se refere ás condições sistêmicas, sociais e psicológicas, além de apresentarem várias alterações advindas do processo de envelhecimento natural, podendo assim apresentar perdas dentárias. Ao indicar um tratamento de reabilitação bucal a um idoso, aspectos como expectativas e desejos, longevidade do tratamento, questões financeiras, estética e função do sistema estomagnático devem ser levados em consideração. Esse trabalho de conclusão de curso relata um tratamento reabilitador em um paciente na terceira idade, utilizando-se de próteses fixas metalocerâmicas, próteses parciais removíveis e restauração dos dentes inferiores anteriores, sendo um tratamento indicado levando em conta aspectos citados anteriormente.

Palavras-chave: Reabilitação Bucal, Prótese Fixa Metalocerâmica, Prótese Parcial Removível, Dimensão Vertical de Oclusão.

ABSTRACT

The elderly population in Brazil is experiencing a large increase. Given this statement, the Surgeon-Dentist must be attend and be knowledgeable about issues Odontogeriatrics. It should be borne in mind that older people usually have a wide variation in relation to systemic, social and psychological conditions, in addition to having a number of changes resulting from the natural aging process and can thus provide tooth loss. By indicating an oral rehabilitation treatment will an elderly, aspects such as expectations and desires, longevity treatment, financial issues, aesthetics and function return estomagnático system must be taken into consideration. This course conclusion work reports a rehabilitation treatment in a patient in old age, using the metal-ceramic fixed prostheses, removable partial and restoring lower anterior teeth prosthesis, one recommended treatment taking into account aspects mentioned above.

Keywords: Oral Rehabilitation, Fixed Partial Denture, Removable Partial Denture, Vertical Dimension of Occlusion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fotografia inicial.....	25
Figura 2 - Fotografia inicial – oclusão.....	26
Figura 3 - Fotografia inicial - PPA – oclusão	26
Figura 4 - Fotografia inicial – vista oclusal superior.....	27
Figura 5 - Fotografia inicial – vista oclusal inferior.....	27
Figura 6 - Fotografia inicial – sorriso frontal	28
Figura 7 - Radiografia panorâmica.....	29
Figura 8 - Radiografias periapicais.....	29
Figura 9 - Adequação da moldeira superior com cera utilizada.....	30
Figura 10 - Molde inicial arcada superior	31
Figura 11 - Adequação da moldeira inferior com cera utilizada	31
Figura 12 - Molde inicial da arcada inferior	32
Figura 13 - registro do garfo.....	33
Figura 14 - Montagem do arco facial.....	33
Figura 15 - Modelo e placa base inicial superior	34
Figura 16 - Modelo e placa base inicial inferior	34
Figura 17 - Determinação da DVO com o auxílio do compasso de Willis	35
Figura 18 - Registro da relação maxilomandibular	35
Figura 19 - Modelos montados em ASA.....	36
Figura 20 - Enceramento diagnóstico e montagem da PPA – vista frontal	37
Figura 21 - Enceramento diagnóstico e montagem da PPA – vista lateral direita.....	37
Figura 22 - Enceramento diagnóstico e enceramento da PPA – vista lateral esquerda	38
Figura 23 - Confecção da muralha sobre o enceramento diagnóstico	38
Figura 24 - Muralha de silicone	39
Figura 25 - Muralha de silicone recortada sobre o modelo de gesso	39
Figura 26 - Manipulação da resina acrílica autopolimerizável e muralha carregada de resina acrílica	40
Figura 27 - Muralha de silicone com resina acrílica autopolimerizável em boca.....	40
Figura 28 - Mockup com excessos.....	41
Figura 29 - Mockup com excessos removidos	41
Figura 30 - Prova da montagem das próteses parciais acrílicas	42

Figura 31 - Núcleos metálicos fundidos cimentados com Fosfato de Zinco	44
Figura 32 - Preparo concluído do dente 33	45
Figura 33 - Preparo concluído do dente 43	45
Figura 34 - Preparo concluído dos dentes 14 e 15.....	46
Figura 35 - Casquetes de moldagens finalizados e numerados.....	47
Figura 36 - Moldagem dos preparos dos dentes 33 e 43 - utilizando casquete de moldagem.....	47
Figura 37 - Moldagem dos preparos dos dentes 14 e 15 - utilizando casquete de moldagem.....	48
Figura 38 - Vista oclusal do molde superior	48
Figura 39 - Vista oclusal do molde inferior	49
Figura 40 - Coppings em resina acrílica - superior.....	50
Figura 41 - Coppings em resina acrílica - inferior.....	50
Figura 42 - Coppings em resina acrílica e placa base inferior.....	51
Figura 43 - Coppings em resina acrílica e placa base superior.....	51
Figura 44 - Coppings metálicos sobre o modelo superior	52
Figura 45- Coppings metálicos sobre o modelo inferior	53
Figura 46 - Coppings metálicos em boca – dentes 14 e 15	53
Figura 47 - Coppings metálicos em boca – dentes 33 e 43 – vista oclusal	54
Figura 48 - Coppings metálicos em boca – dentes 33 e 43 – vista lingual.....	54
Figura 49 - Prova dos coppings metálicos e placas bases.....	55
Figura 50 - Prova dos coppings metálicos e placas bases.....	55
Figura 51 - Pasta Zinco-Enólica aplicada no rodete de cera superior	56
Figura 52 - Pasta Zinco-Enólica fazendo o registro da oclusão	57
Figura 53 - Molde de alginato superior com os coppings metálicos	57
Figura 54 - Molde de alginato inferior com os coppings metálicos	58
Figura 55 - Modelos montados em ASA.....	58
Figura 56 - Cerâmica aplicada e armação metálica inferior	59
Figura 57 - Cerâmica aplicada e armação metálica superior	59
Figura 58 - Vista lingual das próteses fixas.....	60
Figura 59 - Vista oclusal das próteses fixas	60
Figura 60 - Vista oclusal dos encaixes superiores	61
Figura 61 - Vista oclusal dos encaixes inferiores	61
Figura 62 - Armação metálica com rodete de cera superior.....	62

Figura 63 - Armação metálica com rodete de cera inferior.....	63
Figura 64 - Registro das relações maxilomandibulares com marcação das linhas ...	63
Figura 65 - Modelos montados em ASA.....	64
Figura 66 - Marcação oclusal na pasta Zinco-Enólica no rodete superior.....	64
Figura 67 - Prova da montagem dos dentes	65
Figura 68 - Próteses fixas cimentadas e as PPR	66
Figura 69 - Enceramento diagnóstico.....	66
Figura 70 - Primeiro incremento de resina composta nos dentes 32 e 42	67
Figura 71 - Restaurações dos dentes 32 e 42 sem acabamento e polimento.....	68
Figura 72 - Primeiro incremento de resina composta nos dentes 31 e 41	68
Figura 73 - Restaurações sem acabamento e polimento	69
Figura 74 - Restaurações com acabamento e polimento	69
Figura 75 - Registro da cor inicial do dente.....	71
Figura 76 - Registro da cor final do dente após clareamento.....	71
Figura 77 - Dentes anteriores inferiores - inicial	72
Figura 78 - Dentes anteriores inferiores – após restaurações.....	72
Figura 79 - Oclusão – vista frontal - inicial	73
Figura 80 - Oclusão – vista frontal - após reabilitação final.....	73
Figura 81 - Sorriso - inicial.....	74
Figura 82 - Sorriso – após reabilitação final	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Envelhecimento populacional x Perdas dentárias	12
2.2 Reabilitação bucal.....	12
2.3 Moldagem com hidrocolóide irreversível (Alginato)	13
2.4 Modelos de estudo.....	14
2.5 Montagem de modelos em Articulador Semi Ajustável (ASA)	15
2.6 Enceramento diagnóstico.....	16
2.7 Mockup.....	17
2.8 Prótese Parcial Provisória	17
2.9 Prótese Fixa Metalocerâmica	18
2.9.1 Preparo do dente.....	19
2.9.2 Nucleos metálicos fundidos.....	20
2.9.3 Provisório.....	21
2.9.4 Cimentação	21
2.10 Prótese Parcial Removível (PPR).....	22
2.11 Restaurações diretas anteriores com resina composta	23
2.12 Clareamento externo – Peróxido de Hidrogênio 35%	24
3 RELATO DO CASO CLÍNICO	25
4 DISCUSSÃO	75
5 CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXO A – Apresentação do Projeto.....	84
ANEXO B–Termo de Consentimento Livre Esclarecido	85

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a população idosa do Brasil vem sofrendo um grande aumento. Entretanto, a falta de programas de saúde bucal voltados para essa população é preocupante. A saúde bucal dos integrantes dessa população tem se mostrado precária (DA SILVA; DE SOUZA; WADA, 2005). A Odontologia ainda encontra alguns desafios, entre eles se destaca a perda dentária, principalmente na população idosa (DA COSTA et al., 2013). O país ainda carrega a herança de uma cultura curativa, mutiladora e com baixo poder de resolutividade (MOTTA; NOGUEIRA; TOASSI, 2014). Acredita-se que o aumento da expectativa de vida pode estar ligado à necessidade do uso de próteses dentárias (BOMFIM et al., 2008).

Antigamente, podia se notar que o próprio cirurgião-dentista é quem sugeria a exodontia parcial ou total de elementos dentários que causavam dor e até mesmo, os que não causavam incômodo. É neste contexto histórico que houve grandes perdas dentárias, deixando muitos indivíduos total ou parcialmente edêntulo (HIRAMATSU; TOMITA; FRANCO, 2007).

Em pacientes que estão na terceira idade, as condições bucais podem ser afetadas por valores pessoais. Esses acreditam que dor e falta de dentes são inevitáveis nessa idade, levando o idoso a subestimar sua condição bucal. É também nesse contexto que a reposição de dentes perdidos com um tratamento reabilitador protético pode ajudar na qualidade de vida do indivíduo, recuperando a autoestima, devolvendo uma adequada função do sistema estomatognático, estimular o paciente a voltar ao convívio social e aumentando a expectativa de vida (BARBIERI; RAPOPORT, 2009).

Ao indicar algum tipo de tratamento reabilitador, tem-se que levar em conta alguns aspectos: saber quais são as expectativas do paciente em relação ao tratamento sugerido; recursos financeiros disponíveis; longevidade do tratamento; capacidade do paciente de se adequar a esse tratamento e a segurança do profissional ao realizar o tratamento proposto (SOUZA; SILVA; LELES, 2009). A

prótese tem como objetivo repor estruturas perdidas, devolvendo uma adequada mastigação, fonação e estética ao paciente (MAURI FILHO et al., 2004).

O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de uma paciente na terceira idade com múltiplas perdas dentárias e perda da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), utilizando coroas metalocerâmicas, próteses parciais removíveis e restauração dos dentes anteriores inferiores. Assim devolvendo à paciente a correta função do sistema estomatognático, estética e aumentando a autoestima, deixando a paciente, confortável para estar no convívio social.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento populacional x Perdas dentárias

A população no Brasil, assim como em outros países do mundo, está envelhecendo. Neste país, idosos são considerados indivíduos com mais de 60 anos de idade, que hoje compõe um segmento populacional que mais cresce em termos proporcionais. Durante muito tempo, aproximadamente até a década de 60, o tratamento odontológico baseava-se em extrações dentárias para todas as faixas etárias. Após, se investiu muito em tratamentos curativos, e ao fim do século XX, preocupava-se com a prevenção. Para o século XXI, saúde bucal não é só um sinônimo de dentes preservados, mas sim o que influencia na qualidade e expectativa de vida das pessoas (CALDAS JÚNIOR et al., 2005).

Como no nosso país, programas voltados aos grupos de pacientes idosos ainda são raros, as poucas pesquisas epidemiológicas realizadas mostram uma situação preocupante, pois, sem renda para a utilização de serviços privados e sem prioridade nos serviços públicos, os idosos apresentam grande quantidade de problemas bucais, como dentes extraídos, sextantes com doença periodontal, lesões da mucosa bucal e necessidade de próteses (DA SILVA; VALSECKI JÚNIOR, 2000).

Complicações advindas da perda de dentes incluem insuficiência mastigatória, disfagia moderada, desordens da articulação e fala, perda de suporte facial com comprometimento estético e atrofia óssea alveolar e do osso basal (GOLDS, 1985). Somando a isso, o aspecto psicológico e a qualidade de vida podem ser comprometidos quando as perdas dentárias afetam a estética e a expressão facial, sendo que os dentes são importantes para a comunicação pessoal e habilidade de falar claramente (CALDAS JÚNIOR et al., 2005).

2.2 Reabilitação bucal

A reabilitação bucal de pacientes parcialmente edentado é variável, podendo ser realizada de diversas maneiras, devendo considerar o julgamento profissional, as vontades do paciente, evidências científicas disponíveis, necessidade de tratamento odontológico, as limitações biológicas, a higiene bucal, a mudança na

qualidade de vida, os custos, e as competências técnicas do profissional (CAVALCANTI; OLIVEIRA; BATISTA, 2015).

Em grandes reabilitações bucais, quando são necessárias intervenções clínicas das diversas especialidades odontológicas, é indicado o uso de Prótese Parcial Removível Provisórias. A instalação de próteses definitivas deve ser realizada somente após a adequação do meio bucal, quando as necessidades de tratamento odontológico forem sanadas e as estruturas orais estejam preparadas para receber os dispositivos protéticos planejados para conclusão do tratamento reabilitador. Além disso, a instalação de PPR provisórias pode contribuir para adaptação do paciente a uma nova condição oral, bem como para o correto relacionamento maxilomandibular, especialmente nos casos de diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão (DA SILVA et al., 2011).

A dimensão vertical da face pode ser representada pela Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) e pela Dimensão Vertical de Repouso (DVR). Sendo a dimensão vertical a distância linear entre pontos fixos da maxila e mandíbula, a DVO corresponde na posição de máxima intercuspidação, e a DVR, na posição habitual de repouso. A diferença entre as medidas DVO e DVR compreende o espaço funcional livre (EFL). Sugere-se que as alterações da Dimensão Vertical estão intimamente relacionadas com as disfunções do sistema estomatognático e a alteração do relacionamento maxilomandibular pode resultar no aparecimento de sinais e sintomas dessas disfunções. A busca pelo correto relacionamento maxilomandibular é objetivo da reabilitação bucal nos tratamentos protéticos. As perdas dentárias apresentam influência direta sobre o desequilíbrio do sistemaestomatognático, na medida em que podem acarretar em alterações na mastigação, fonética, estética e na harmonia facial. Além do comprometimento estético e funcional, as relações dentárias, esqueléticas, ou musculares inadequadas também podem acarretar dor, desgastes das estruturas articulares, desgastes dentários e estresses musculares (FELTRIN et al., 2008).

2.3 Moldagem com hidrocolóide irreversível (Alginato)

Com a segunda guerra mundial, o alginato teve seu uso impulsionado, pois o ágar, material mais usado até então, ficou escasso (AMORIN et al., 2015). O uso do alginatocomo material de moldagem, empregado para obtenção de modelos de

estudo e delineamento, transferências, registro intermaxilar e matriz para confecção de coberturas provisórias, é um dos materiais de preferência do cirurgião dentista. Essa aceitação está relacionada com a fácil manipulação do material, baixo custo, conforto para o paciente, boa reprodução (AMORIN et al., 2015). A moldagem com alginato dispensa o uso de equipamentos sofisticados para a sua manipulação, além de ser fácil limpeza e permitir o controle do tempo de trabalho (LEMOS et al., 2010).

Uma das etapas mais importantes para a confecção de próteses é a moldagem, que consiste em levar à boca um material capaz de registrar o relevo anatômico e dentes da área desejada e manter-se estável dimensionalmente de modo que nele fique reproduzida fielmente a área moldada (CHEN et al., 2004).

O alginato é o material de escolha para a obtenção de modelos de estudo na fase de planejamento do tratamento odontológico (SANTOS et al., 2008). Sendo assim, o material mais utilizado por profissionais na obtenção de moldes de arcos parcialmente desdentados, para a confecção de aparelhos parciais removíveis do sistema de grampos (ABRITTA et al., 1989).

2.4 Modelos de estudo

O modelo de estudo é obtido a partir de um molde feito com alginato. Esse modelo deve apresentar uma cópia fiel das estruturas bucais do paciente, como dentes remanescentes, acidentes anatômicos presentes, processo alveolar e rebordo residual. Os modelos de estudo permitem avaliar o contorno dos dentes remanescentes; a indicação de restaurações fixas; a necessidade de correção cirúrgica de exostoses, frênulo proeminente e áreas de retenção em tecidos moles (TODESCAN, 1996).

É necessário que o gesso utilizado, na obtenção dos modelos de estudo, seja de boa qualidade, especialmente nas áreas das superfícies oclusais dos dentes remanescentes. Assim previne-se o risco de quebra ou desgaste em regiões importantes dos modelos (ANUSAVICE, 1998).

Existem diferentes tipos de gessos, que podem ser utilizados na Odontologia, sendo eles:

Tipo I: gesso para moldagem, atualmente em desuso.

Tipo II - gesso comum: utilizado para modelos de estudo e planejamento, preenchimento de muflas, modelos preliminares em prótese total, fixação de modelos em articulador.

Tipo III - gesso pedra: usado para montagem em articulador de alta precisão, modelos para confecção de aparelhos ortodônticos, placas de clareamento e placas interoclusais.

Tipo IV – gesso pedra especial (baixa expansão): utilizado para confecção de troqueis nos quais serão utilizados enceramentos para confecção de trabalhos cerâmicos ou metalocerâmicos. É também indicado para modelos para a confecção de provisórios, placas prensadas, núcleos fundidos, próteses totais, próteses parciais removíveis e próteses sobre implante.

Tipo V – gesso pedra especial (alta expansão): utilizado para a fundição de ligas com alta contração de solidificação (CHAIN, 2013).

2.5 Montagem de modelos em Articulador Semi Ajustável (ASA)

O articulador é um instrumento que reproduz uma posição craniomandibular. O ASA busca reproduzir os movimentos mandibulares, podendo ser usado para planejamento e diagnóstico de trabalhos protéticos. O uso da montagem em ASA nas reabilitações bucais/oclusais baseia-se na suposição de que as relações interoclusais dos modelos montados são uma representação exata dos arcos dentais opostos. Uma adequada relação intermaxilar registrada, utilizando modelos por meio do articulador, favorece a confecção de novas próteses removíveis ao sistema estomatognático (ZARB et al., 2013).

O ASA possui algumas vantagens como: o uso do arco facial para montar o modelo superior em relação apropriada com seu eixo de rotação, com adequada distancia intercondilar; permitem registros de mordida interoclusal protusiva para ajuste da inclinação condilar; possibilitam ainda registros de mordida interoclusal lateral, o que permite os ajustes das angulações condilares (MACIEL, 1996).

Assim, os articuladores são empregados com o intuito de estudo, de diagnóstico, de planejamento e de execução do trabalho definitivo, reproduzindo de

maneira bastante significativa as posições e movimentos da mandíbula (GENNARI FILHO, 2007).

2.6 Enceramento diagnóstico

O tratamento de pacientes com desgaste e/ou falta de dente, utilizando próteses fixas ou removíveis, exige o estudo e o planejamento individualizado de cada caso clínico. Após a montagem dos modelos de estudo em articulador semiajustável e realização do enceramento diagnóstico, são fornecidas as informações necessárias para avaliar as opções de tratamento do paciente (MOSLEHIFARD et al., 2012).

O enceramento diagnóstico é uma técnica previsível e que auxilia o entendimento entre laboratório, profissional e paciente. Com o enceramento é possível simular a restauração de estrutura dentária desgastada e até mesmo substituir dentes ausentes no arco. Dessa forma o profissional pode estabelecer a correta inclinação do plano oclusal e os contatos dentários desejados. O enceramento diagnóstico é muito usado por cirurgiões dentistas para planejamento de próteses dentárias, fixas ou removíveis (MEIRELES; BAVIA; VILANOVA, 2013).

Essa técnica assume na Odontologia um papel muito importante. É a partir do enceramento diagnóstico, que é feito sobre um modelo de estudo, que o profissional pode avaliar o resultado estético em três dimensões. Após o enceramento diagnóstico pode-se obter o ensaio estético (Mockup) (CALIXTO; BANDECA; ANDRADE, 2011).

A importância do enceramento diagnóstico associado a um planejamento integral para a obtenção de reabilitação oral ideal é de extrema relevância. Tendo essa técnica à função de ser guia e, ao mesmo tempo, servir de demonstração para o paciente do trabalho a ser executado e do provável prognóstico funcional e estético (BASSANTA, 1992).

O enceramento permite, não somente visualizar o resultado final esperado, como também dar um discernimento de qualquer problema que possa ser encontrado enquanto trabalhamos para alcançar o objetivo. Depois de completado o enceramento, o tratamento pode ser iniciado com maiores chances de sucesso (MEIRELES; BAVIA; VILANOVA, 2013).

2.7 Mockup

A sociedade atual está cada vez mais buscando da beleza. Esse fato ocorre também na Odontologia, onde temos cada vez mais pacientes em busca de um padrão estético. Esse desejo estético é individual e subjetivo que pode estar ligado com fatores culturais, sociais e psicológicos.

Para a realização de alguns tratamentos odontológicos estéticos precisa-se que tenha uma previsibilidade das ideias para poder visualizar seus objetivos. Assim também podemos obter o aceite do paciente em relações a soluções sugeridas. O mockup tem esse propósito, que atua como um ensaio restaurador transitório (NETO et al., 2015).

Primeiramente realiza-se o enceramento diagnóstico, que vai restaurar a forma e tamanho do dente. Caso o profissional disponha de grande habilidade, isso pode ser realizado diretamente sobre a estrutura dental, com resinas compostas sem condicionamento ácido, para que depois possa ser removido com facilidade.

Após realiza-se uma moldagem do enceramento diagnóstico com silicone de condensação, obtendo-se um molde que então é preenchido com resina bis-acryl, leva-se sobre os dentes não preparados, até completar seu ciclo de polimerização. Assim o paciente e o profissional podem avaliar o ensaio e observar se há necessidade de ajustes ou modificações para que tenha o resultado estético desejado (HIGASHI et al., 2006).

2.8 Prótese Parcial Provisória

O sistema estomatognático é a unidade funcional responsável, principalmente, pela fala, mastigação, deglutição, e também está relacionado com o paladar e a respiração. O sistema é composto por ossos, articulação, dentes, músculos e ligamentos. Esses componentes são coordenados por um complexo sistema neurológico o qual permite uma harmonia funcional da oclusão através de seu controle. Diversos fatores podem contribuir para prejudicar o equilíbrio oclusal, sendo assim, é necessário um planejamento multidisciplinar criterioso, objetivando o sucesso do tratamento, bem como a satisfação estética e funcional do paciente (COSTA et al., 2002).

Um planejamento adequado de uma reabilitação protética não deve transferir o restabelecimento da DVO às próteses novas, no momento do final do tratamento, podendo sofrer o risco de o paciente não se adaptar a essas próteses. Assim, o restabelecimento da DVO deve ser obtido de forma gradual e no início do tratamento, podendo ser utilizado para isso às próteses parciais removíveis provisórias.

O uso das próteses parciais removíveis provisória assume um papel de grande importância no início do tratamento reabilitador, visando à adaptação do paciente a uma nova condição oclusal, desta forma favorecendo o sucesso do mesmo. Sendo isso mais crítico quando a dimensão vertical de oclusão estiver alterada (DA SILVA et al., 2011).

2.9 Prótese Fixa Metalocerâmica

A cerâmica dental é um dos materiais mais utilizados no cotidiano da odontologia restauradora, uma vez que atualmente se verifica uma crescente demanda por materiais estéticos (CAMARGO et al., 2004). As restaurações metalocerâmicas são compostas por uma infraestrutura metálica que se encaixa sobre o preparo do dente e por uma parte de cerâmica fundida à infraestrutura metálica (SHILLINBURG et al., 1998)

O sistema que combina metal e cerâmica trouxe uma alteração significativa na prática odontológica. Por meio da associação da resistência do metal com as qualidades estéticas da cerâmica, tornou-se possível a realização de restaurações unitárias e múltiplas, compatíveis com os tecidos orais, restabelecendo as funções mastigatórias e estéticas (RIBEIRO et al., 2010).

Entretanto, não somente a combinação das características do metal com o efeito estético agradável das porcelanas culmina no sucesso clínico desse tipo de restauração, pois a precisão da adaptação marginal também é fator de muita importância. Assim como a precisão da adaptação marginal, o rigor na confecção dos preparos é requisito primordial para a durabilidade da restauração, uma vez que as formas de retenção e resistência de um preparo dentário para uma prótese parcial fixa são fatores críticos que devem ser cuidadosamente planejados e executados (PIGOZZO et al., 2009).

Apesar de possuir inúmeras vantagens, a cerâmica também apresenta desvantagens, como: custo elevado, necessidade de equipamentos específicos, friabilidade, baixa resistência à tração e alto módulo de elasticidade. Isso pode, além de comprometer a integridade marginal se sua espessura e assentamento ao dente não forem corretos, promover desgaste exagerado dos dentes antagonistas (BRUNO et al., 2003).

A longevidade das coroas metalocerâmicas encontra-se vinculada a uma série de fatores tais como: correto planejamento da infraestrutura metálica; qualidade da liga metálica utilizada; compatibilidade entre a cerâmica e a liga metálica escolhida; integridade estrutural e estado biológico dos dentes pilares e tecidos periodontais; grau de carga funcional e/ou parafuncional exercida sobre as restaurações; manutenção apropriada; controle de placa realizado pelo paciente; escolha do agente de cimentação, bem como a precisão com a qual o técnico e o profissional trabalham em todos os passos de sua confecção (SANTOS; KATO; CONTI, 2003).

2.9.1 Preparo do dente

Um preparo coronário ideal deve apresentar um desgaste que acompanhe corretamente a anatomia dental. Em dentes anteriores devem-se ter dois planos nas faces vestibulares e um correto desgaste incisal, pois com isso evita-se um desgaste excessivo da coroa possibilitando a devolução da estética e mantendo a integridade pulpar (HOBO; SHILLINGBURG, 1973).

Um dos objetivos básicos de uma técnica de preparo está na simplicidade dos procedimentos. O preparo para coroa metalocerâmica anterior se encontra subdividido nas seguintes etapas: 1) confecção de sulco marginal cervical, com o objetivo de se estabelecer a linha de término no início do preparo, com uma ponta diamantada esférica de 1,4mm de diâmetro posicionada a 45° em relação ao longo eixo do dente; 2) sulcos de orientação nas faces vestibular, incisal e linguocervical, considerando-se que as coroas metalocerâmicas necessitam de 1,3mm de desgaste nas faces axiais e 2,0mm na face incisal; 2.1) os sulcos verticais serão realizados inicialmente na face vestibular com pontas diamantadas com extremidade ogival (1,2mm de diâmetro) acompanhando os planos inclinados desta face; 2.2) os sulcos

incisais seguem- -se acompanhando a mesma direção dos sulco vestibulares com a mesma ponta inclinada aproximadamente a 45° em relação ao longo eixo do dente e dirigida para a face lingual; 2.3) na região linguocervical os sulcos deverão apresentar uma profundidade de 0,6mm correspondente a metade do diâmetro da ponta e permitindo espessura suficiente para o metal; 3) união dos sulcos de orientação; desgastes proximais, realizado com ponta diamantada tronco-cônica fina com o objetivo de separar o dente a ser preparado do dente vizinho para o desgaste posterior com a broca de volume correto; 4) desgaste lingual com ponta diamantada em forma de pêra; 5) preparo subgingival, ajuste da terminação marginal escondendo a terminação no interior do sulco gengival livre (PEGORARO, 2001).

Em dentes posteriores, também deve-se observar a quantidade de desgaste necessário, evitando injurias a câmara pulpar. Seguindo os sulcos de orientação, que irão guiar a profundidade de desgaste desejada para a confecção de próteses metalocerâmicas. Teremos ao final do preparo os seguintes desgastes: face vestibular, desgaste de 1,2mm em um plano, face oclusal, desgaste de 1,2 a 2mm, face lingual, desgaste de 0,6mm e terminação em chanfro de 1,2mm na face vestibular e 0,6mm na face lingual (FARIAS et al., 2011).

2.9.2 Núcleos metálicos fundidos

Dentes tratados endodônticamente requerem atenção ao serem restaurados proteticamente, uma vez que apresentam perda substancial de estrutura dental, devido ao acesso para o tratamento endodôntico ou devido à lesão de cárie, que levam a modificações nas suas propriedades físicas e mecânicas. A maneira de repor estrutura dental perdida, para que o dente possa novamente desenvolver suas funções na cavidade bucal, em situações de maior destruição coronária, o tratamento deve envolver a utilização de retentores intra-radicular para reconstruir a porção coronária, criando estrutura capaz de restabelecer retenção adequada à restauração final. Para isto, os núcleos metálicos fundidos são os mais utilizados e sua confecção exige uma série de criteriosos passos clínicos, essenciais para a manutenção da resistência radicular, assepsia e selamento do canal, os quais, se alterados, interferem na longevidade da restauração (HILGERT et al., 2004).

2.9.3 Provisório

Desde o momento da confecção do preparo até a cimentação da coroa metalocerâmica, o dente pilar deve ficar protegido por uma coroa provisória que é de suma importância, tendo funções de manutenção da posição do dente na arcada, proporcionando uma oclusão estável e satisfatória, devolvendo a anatomia correta dos dentes envolvidos, recompondo a estética e a fonética, permitindo uma simplificada higienização ao paciente. Ela deve permanecer em boca, sem deslocamento, até a confecção da prótese final, evitando transtornos no dente, no periodonto e desconforto psicossocial para o paciente (GUIMARÃES; GREGO; JANSEN, 2010).

2.9.4 Cimentação

A seleção do agente cimentante também é um fator importante que deve ser levado em conta. Sua escolha deve ser determinada pelas condições clínicas de cada caso, pelas propriedades físicas do material restaurador indireto, e pelas características físicas e biológicas do material cimentante, tais como: adesividade, solubilidade, resistência e biocompatibilidade.

Os agentes cimentantes devem preencher a interface entre o dente preparado (suporte) e a restauração, conferindo retenção, resistência à restauração e ao remanescente dentário, promovendo vedamento marginal e favorecendo a longevidade dos trabalhos protéticos. Portanto, um agente cimentante ideal deveria ter resistência mecânica e ser insolúvel aos fluidos orais. Uma característica adicional desejável num cimento odontológico é que este apresente uma espessura de película que proporcione uma adaptação satisfatória entre as superfícies do dente e da restauração (RIBEIRO et al., 2007).

O cimento de fosfato de zinco tem sido utilizado na Odontologia por mais de um século, assim, é o agente cimentante mais antigo em uso e com longa história de sucesso clínico para próteses metálicas, metalocerâmicas e cerâmicas. É um dos cimentos mais utilizados na cimentação de coroas, visto que apresenta baixo custo, facilidade de trabalho, boas propriedades mecânicas e ainda apresenta uma pequena espessura de película, devido ao seu bom escoamento, o que favorece o

assentamento final da prótese e limita o metabolismo de bactérias cariogênicas (PAVANELLI et al., 1997). No entanto, o cimento de fosfato de zinco apresenta algumas limitações como: falta de adesão à estrutura dentária e alta solubilidade, assim, aumentando a possibilidade de ocorrer infiltração marginal (PEGORARO, 1998).

2.10 Prótese Parcial Removível (PPR)

A reabilitação dos pacientes parcialmente desdentados, em sua grande maioria, é realizada através da utilização das próteses parciais removíveis (CARREIRO et al., 2008). Na prática odontológica, o uso da PPR assume um papel satisfatório para casos de reabilitação protética em pacientes parcialmente desdentados, pois seu custo é acessível para grande parte da população, e é, na maioria dos casos, compatível biologicamente com os tecidos bucais (LELES; MELO; OLIVEIRA, 1999).

Esse tipo de prótese visa devolver ao paciente as funções fonéticas, estética e mastigatória, funções essas que foram parcialmente prejudicadas com a perda parcial de elementos dentários (DE FIORI, 1989). Assim, o sistema de prótese parcial removível, visa substituir, funcional e esteticamente os dentes naturais ausentes, sem causar danos na sua estrutura ou na dos elementos biológicos que estão relacionados a este tipo de reabilitação (OLIVEIRA et al., 2009).

O cirurgião dentista com auxílio de exame clínico e radiográfico, modelos de estudo montados em articulador e delineados, deve planejar minuciosamente cada caso e após enviar ao laboratório de prótese com os desenhos da futura prótese e orientações ao técnico de prótese dentária (FERNANDES et al, 2004).

Para que seja confeccionada uma prótese parcial removível, é necessário que o cirurgião-dentista mantenha um íntimo contato com o técnico em prótese dentária, para poder passar-lhes as informações referentes ao planejamento da prótese, para que essa seja executada da maneira mais adequada ao paciente. O planejamento e os demais procedimentos clínicos envolvidos na confecção da prótese, como confecção de nichos, moldagem, entre outros, são técnicas que devem ser executadas restritamente pelo cirurgião dentista (DE FIORI, 1989).

2.11 Restaurações diretas anteriores com resina composta

Existe uma variedade de possibilidades de tratamentos para obter um sorriso mais natural e expressivo. Mas a eficiência dos sistemas adesivos e as excelentes propriedades das resinas compostas possibilitam a utilização de material restaurador adesivo direto, com a máxima preservação da estrutura dentária, como alternativa para solucionar situações de fraturas e perda de estrutura dental (DIETSCHI, 2008).

A odontologia vem avançando muito no quesito estético, graças principalmente ao aspecto natural obtido pelas restaurações adesivas diretas, que ganharam espaço por apresentarem translucidez, matiz, croma e valor muito similares aos das estruturas dentais. Restaurações estéticas em dentes anteriores possuem uma alta complexidade devido à diversidade de cores, texturas e formas envolvidas (PUCCI et al., 2009).

As restaurações adesivas diretas de resina composta, quando realizadas com critérios e conhecimentos sobre cor e forma de dentes naturais, tornam-se excelente opção de tratamento segura e conservadora, com obtenção de resultados satisfatórios do ponto de vista estético e funcional (DEVOTO; SARACINELLI; MANAUTA, 2010).

O uso de um bom tipo de matriz para dentes anteriores fraturados, restaurações classe IV extensas, redução e/ou fechamento de diastemas e recontornos cosméticos pode ser obtido a partir de um ensaio restaurador diagnóstico, por meio de uma moldagem com a parte densa de um silicone por adição ou condensação. Essa matriz é na verdade um “guia de silicone”, que pode ser feita diretamente na boca ou a partir de um modelo de gesso encerrado. Uma das grandes vantagens de se trabalhar com este tipo de matriz é a segurança do correto posicionamento dos bordos incisais e proximais, onde a partir da região palatina outras camadas de resinas são inseridas pela técnica incremental policromática (BARATIERI et al., 2002).

Enquanto a adesão ao esmalte é duradoura e efetiva, a união resina-dentina constitui-se um desafio, uma vez que este substrato é intrinsecamente úmido, tornando o procedimento adesivo altamente. Desta forma, a união adesiva só será confiável quando executada sob rigoroso controle e um protocolo bem definido e executado (HILGERT et al., 2008).

2.12 Clareamento externo – Peróxido de Hidrogênio 35%

As técnicas do clareamento dental apresentam vantagens pela obtenção de bons resultados e conservação da estrutura dentária, porém também possuem limitações e riscos. Portanto, é importante para o profissional conhecer os diferentes tipos de alterações de cor, bem como seus efeitos etiológicos, para ter condições de escolher corretamente o agente e a técnica para o tratamento (SOARES et al., 2008).

O peróxido de hidrogênio pode-se apresentar na forma em gel, sendo a forma preferível, por ter um melhor controle da aplicação. É o agente clareador mais utilizado em consultório odontológico (a uma concentração de 35%), são mais seguros e confortáveis para o paciente, além de serem mais rápidos (CUNHA, 2004).

O peróxido de hidrogênio na concentração de 35% apresenta um alto poder de penetração no esmalte e dentina, o que é justificado pelo baixo peso molecular e pela propriedade de desnaturar proteínas — macromoléculas de pigmentos — tanto as que estiverem na superfície do dente como as localizadas mais profundamente, o que aumenta o movimento de íons através do dente.

Deve-se levar em conta que este produto é cáustico. Por isso seu manuseio deve ser cauteloso, isolando todos os tecidos moles: gengiva, bochecha, língua e lábios do paciente (BARATIERI, 1995).

O peróxido de hidrogênio apresenta um pH ácido em torno de 3, o que é uma desvantagem por este pH ser abaixo do crítico para o dente — em torno de 5,5. No entanto, já existem materiais a base de peróxido de hidrogênio em que o pH se apresenta mais alto e, portanto, são mais eficientes. O peróxido de hidrogênio e o peróxido de carbamida são agentes muito efetivos no clareamento dental, porém, quando comparados isoladamente, ambos a uma concentração de 35%, o peróxido de hidrogênio apresenta uma eficiência 2,76 vezes maior do que o peróxido de carbamida (CUNHA, 2004).

3 RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 68 anos de idade, leucoderma. Compareceu a Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, na Disciplina de Prótese Total I, para avaliação protética. Inicialmente a vontade da paciente era de realizar exodontia de todos os elementos dentários para posterior confecção de prótese total dupla. Durante anamnese e exame clínico, a paciente relatou insatisfação com seu estado bucal (figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6) falta de autoestima e falta de vontade de estar inserida no meio social, pois a mesma fazia uso de uma prótese parcial provisória há anos, que estava em um estado de conservação precário.

Figura 1 - Fotografia inicial



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 2 - Fotografia inicial – oclusão



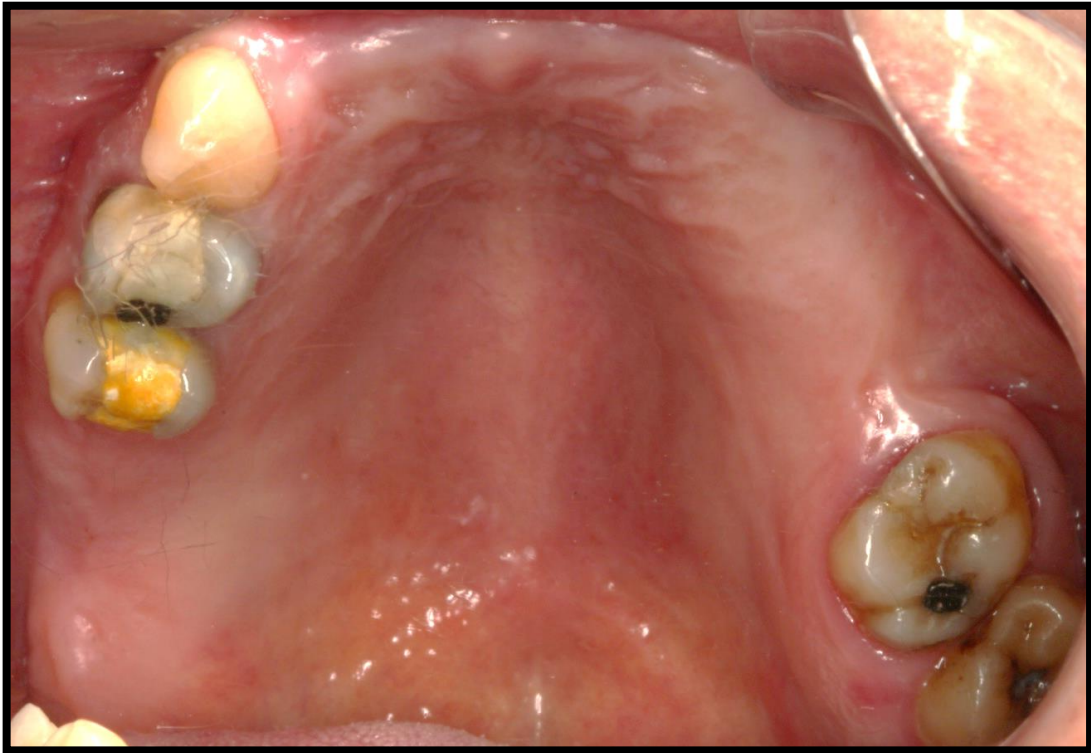
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 3 - Fotografia inicial - PPA – oclusão



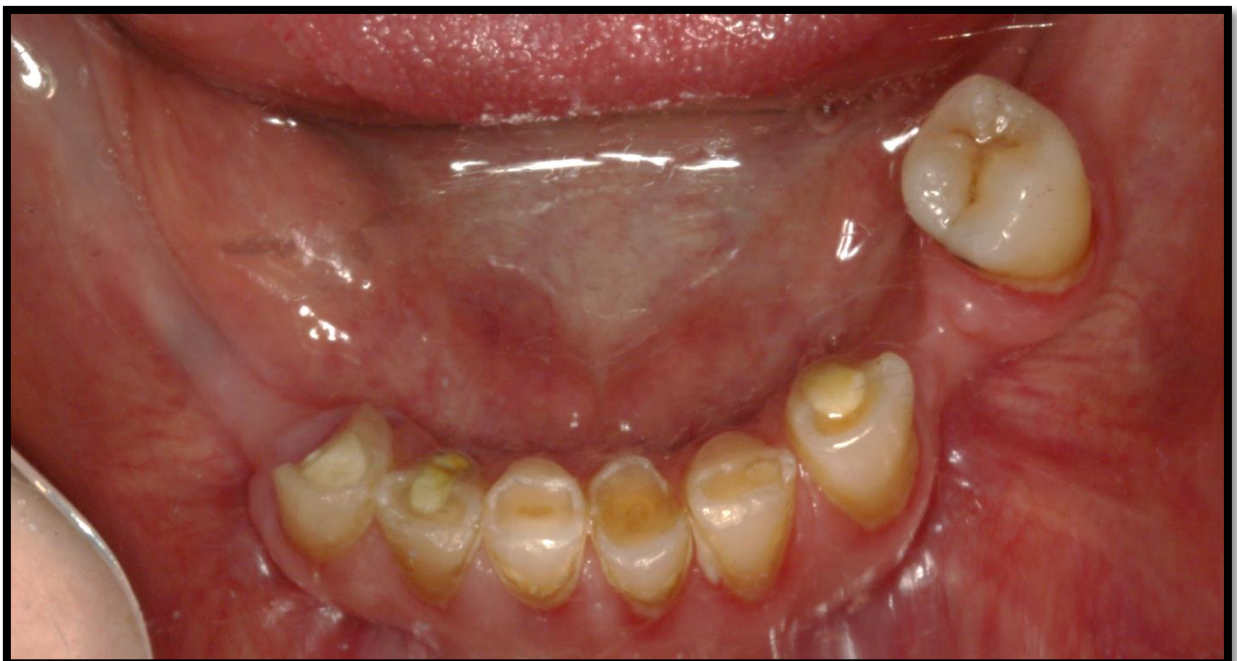
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 4 - Fotografia inicial – vista oclusal superior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 5 - Fotografia inicial – vista oclusal inferior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 6 - Fotografia inicial – sorriso frontal



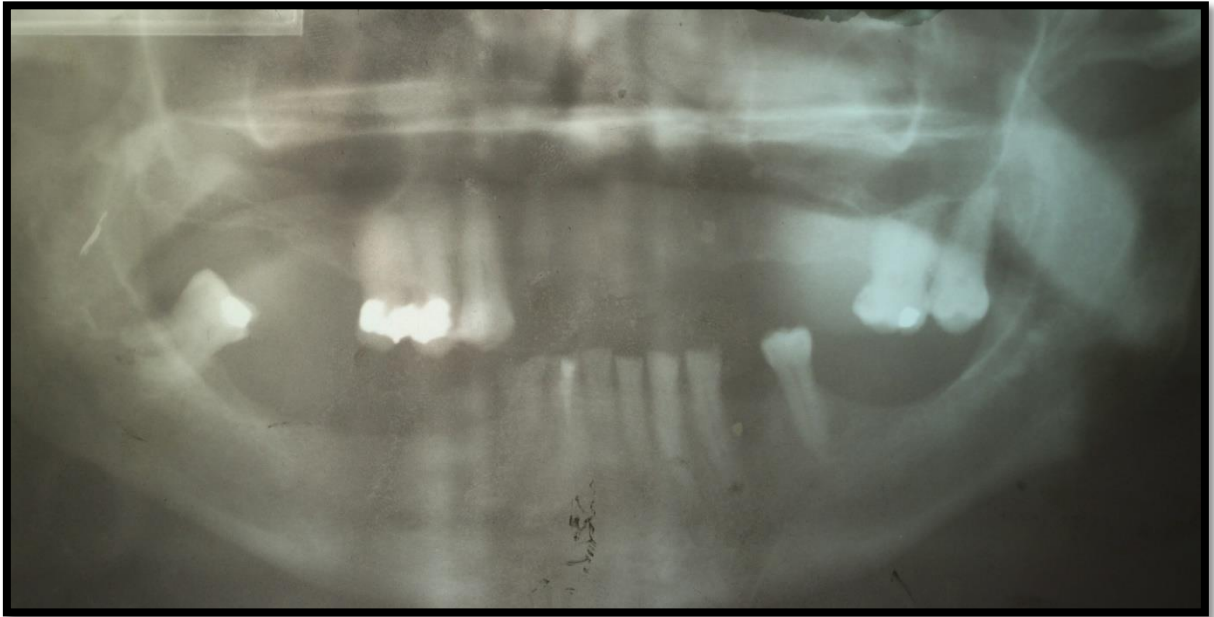
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Ao analisar os exames radiográficos (figura 7 e 8), na arcada superior verificou-se a possibilidade de tratamento endodôntico nos elementos dentários 14 e 15 para posteriormente receberem núcleo metálico fundido e coroa metalocerâmica. Também foi constatado que a arcada superior estava apta para receber prótese parcial removível.

Já na arcada inferior foi diagnosticado que os dentes 33 e 43 deveriam receber endodontia para posterior confecção de núcleo metálico fundido e coroa metalocerâmica. Dente 42 apresentou tratamento endodôntico insatisfatório, sendo recomendando retratamento endodôntico. Dentes 32, 31, 41 e 42 com possibilidade de reconstrução com resina composta, devido ao grande desgaste coronal que apresentavam. E para reabilitar a falta de dentes da arcada inferior, foi indicada também, prótese parcial removível.

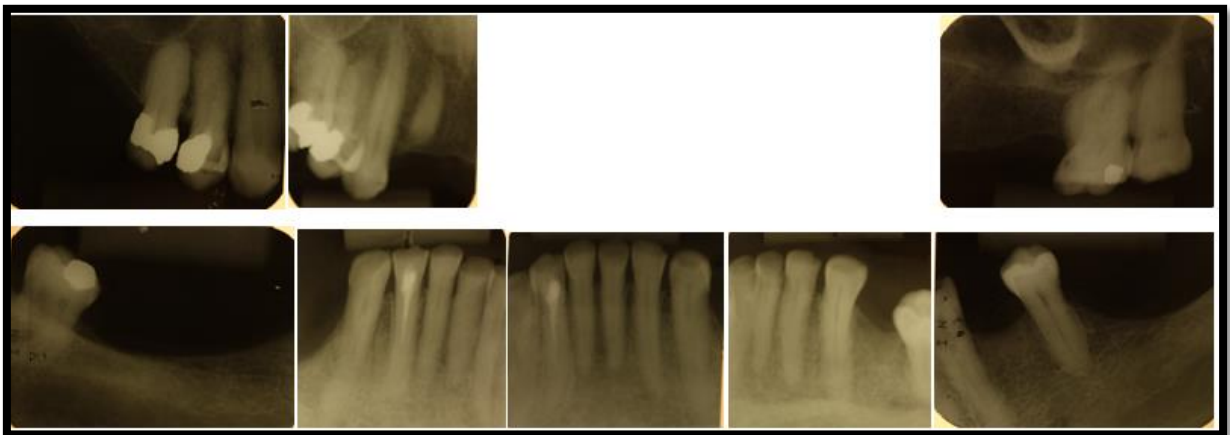
A paciente então foi informada de outras possibilidades de tratamento, como implantes dentários, por exemplo; diante da explicação das opções à paciente, a mesma aceitou o tratamento oferecido.

Figura 7 - Radiografia panorâmica



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 8 - Radiografias periapicais



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Primeiramente a paciente foi encaminhada a disciplina de Estágio Supervisionado em Dentística e Endodontia para realização de endodontia nos elementos 14, 15, 33 e 43; também indicado retratamento endodôntico no dente 42. Após realizado tais procedimentos, a paciente estava apta para iniciar a fase de reabilitação protética e restauradora.

Foi efetuada a moldagem de estudo das arcadas superior e inferior, fazendo uso do alginato de presa rápida Jeltrate® (Dentsply, USA) sobre moldeiras metálicas de estoque número 3 (figuras 10 e 12), devidamente individualizadas (figuras 9 e 11), e posterior obtenção dos modelos de estudo com gesso Pedra Herodent® (Vigodent, Rio de Janeiro).

Figura 9 - Adequação da moldeira superior com cera utilidade



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 10 - Molde inicial arcada superior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 11 - Adequação da moldeira inferior com cera utilidade



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 12 - Molde inicial da arcada inferior

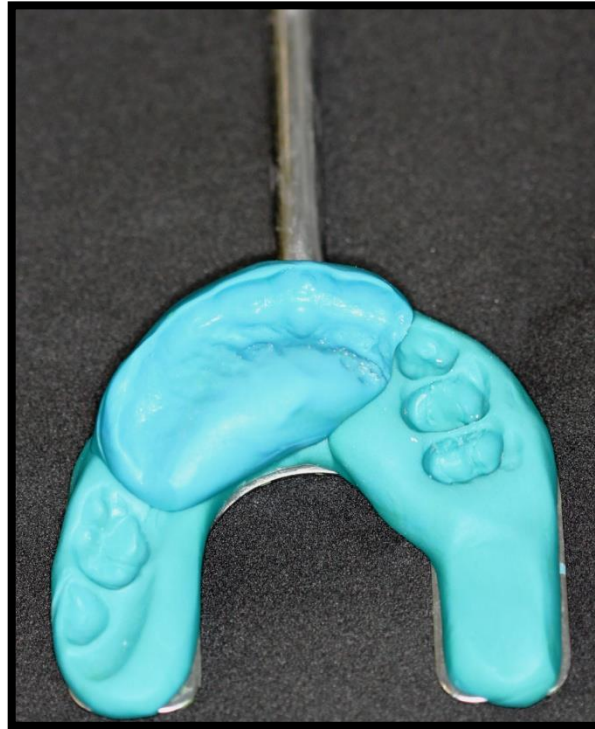


Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Obtivemos o registro da posição da maxila no garfo do arco facial, através do uso do silicone de condensação Clonage® (figura 13), para posterior montagem do arco facial A7 Plus® (Bio – Art, São Paulo) (figura 14). Sobre os modelos foram confeccionadas placas bases para haver possibilidade do registro da relação maxilomandibular (figuras 15 e 16). Com as placas bases com rodets de ceram, foram feitas as medições para verificar a DVO, utilizamos para isto, o auxílio do Compasso de Willis (figura 17), foram utilizados também testes fonéticos e estéticos. Após verificarmos a DVO, marcamos nos rodets de cera a linha média da paciente, linha do sorriso e linha canina do lado esquerdo (figura 18).

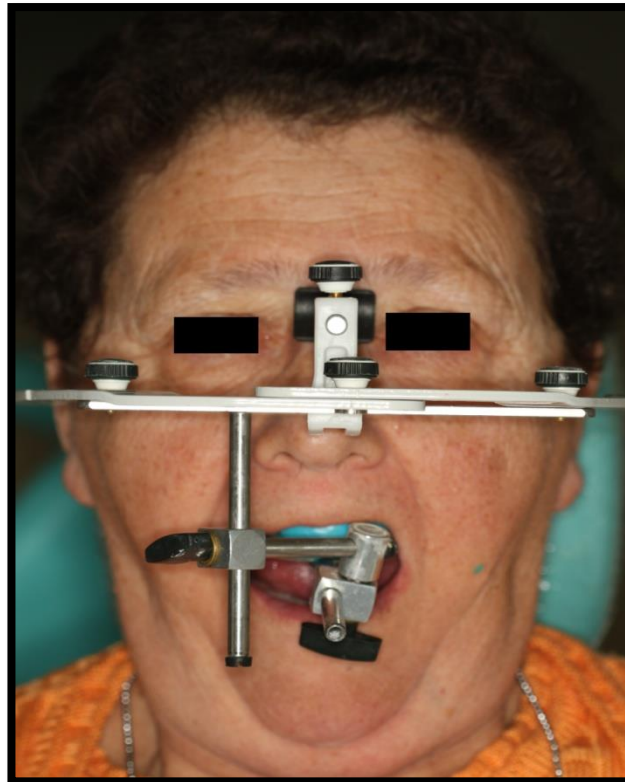
Em seguida, o registro do garfo e arco facial foram transferidos ao Articulador Semi-Ajustável (ASA) A7 Plus® (Bio – Art, São Paulo) (figura 19).

Figura 13- registro do garfo



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 14 - Montagem do arco facial



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 15 - Modelo e placa base inicial superior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 16 - Modelo e placa base inicial inferior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 17 – Determinação da DVO com o auxílio do compasso de Willis



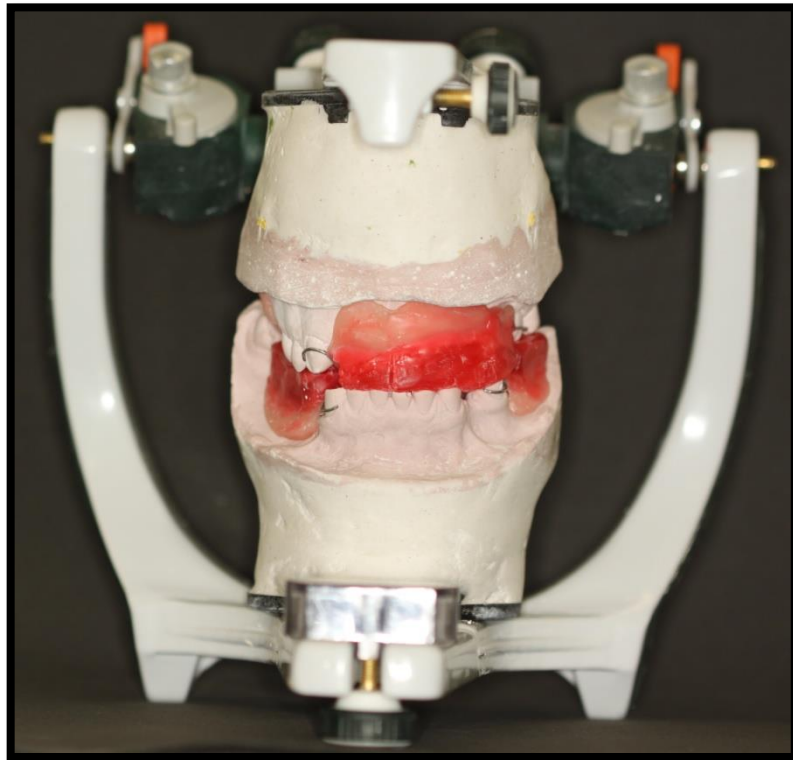
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 18 - Registro da relação maxilomandibular



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

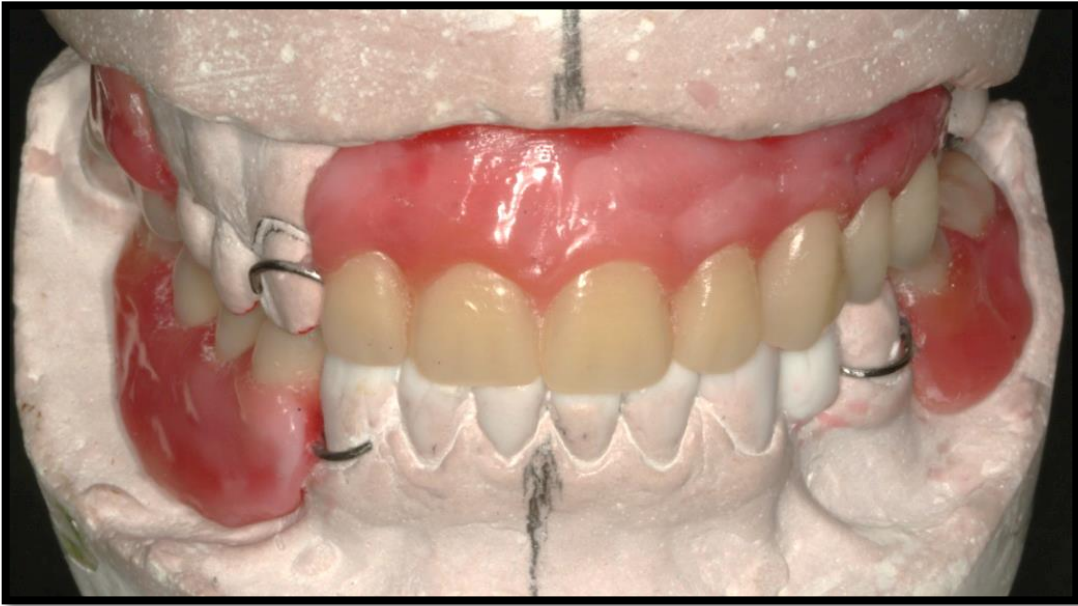
Figura 19 - Modelos montados em ASA



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

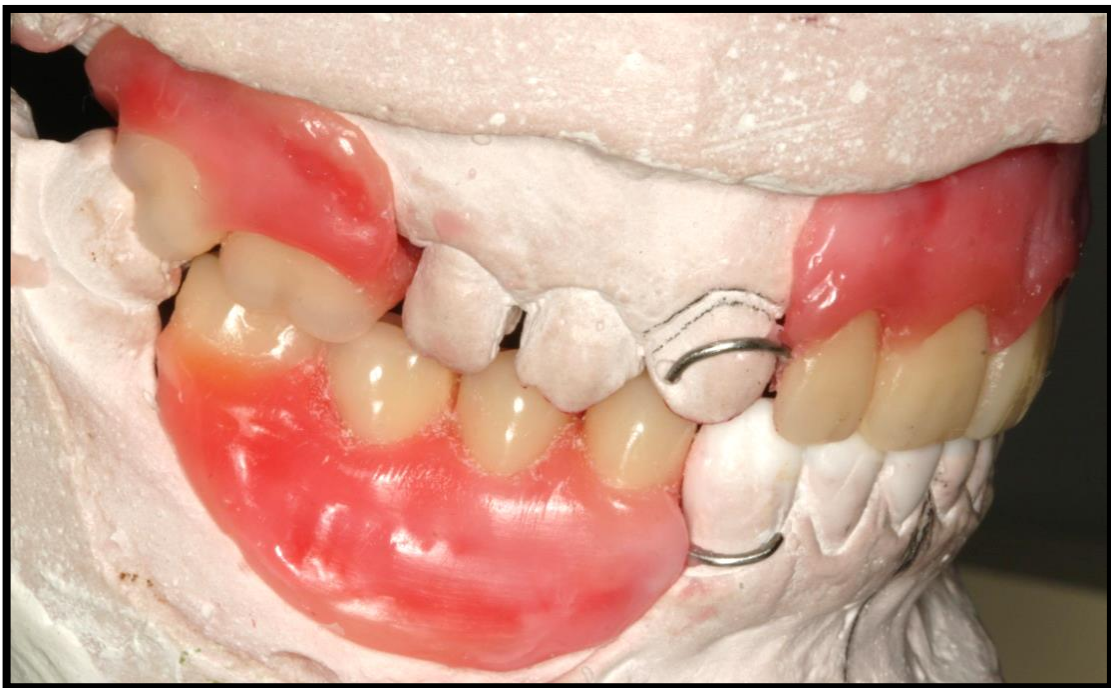
Com os modelos montados em ASA, pode ser realizado o estudo da oclusão do paciente. Sendo assim foi enviado ao laboratório de prótese para confecção do enceramento diagnóstico, bem como a montagem dos dentes da prótese parcial acrílica (PPA) superior e inferior (figuras 20, 21 e 22).

Figura 20 - Enceramento diagnóstico e montagem da PPA – vista frontal



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 21 - Enceramento diagnóstico e montagem da PPA – vista lateral direita



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

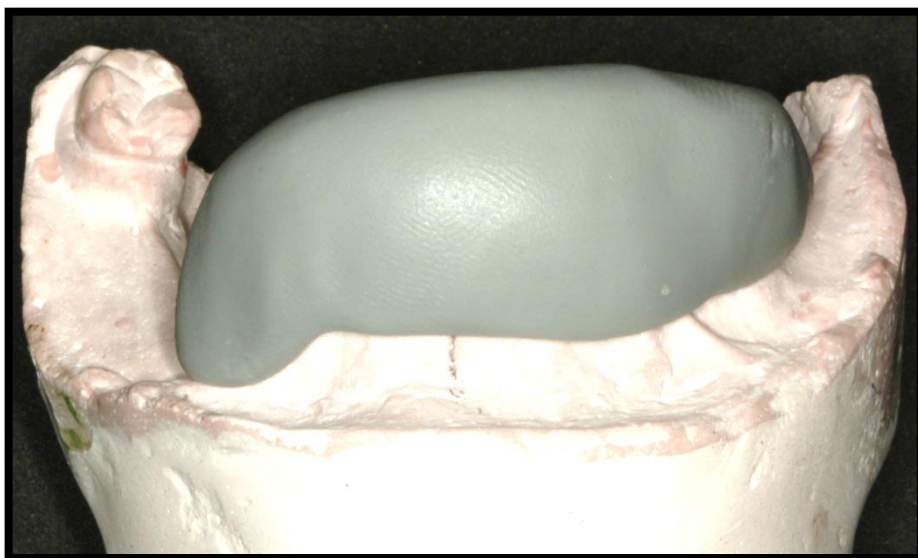
Figura 22 - enceramento diagnóstico e enceramento da PPA – vista lateral esquerda



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Posteriormente, foi confeccionada uma muralha de silicone sobre os enceramentos dos dentes anteriores inferiores com silicone de condensação pesado Zetaplus® (Zhermack, Itália), para a confecção do mockup sobre os dentes 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42 e 43 (figuras 23 e 24).

Figura 23 - Confeção da muralha sobre o enceramento diagnóstico



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

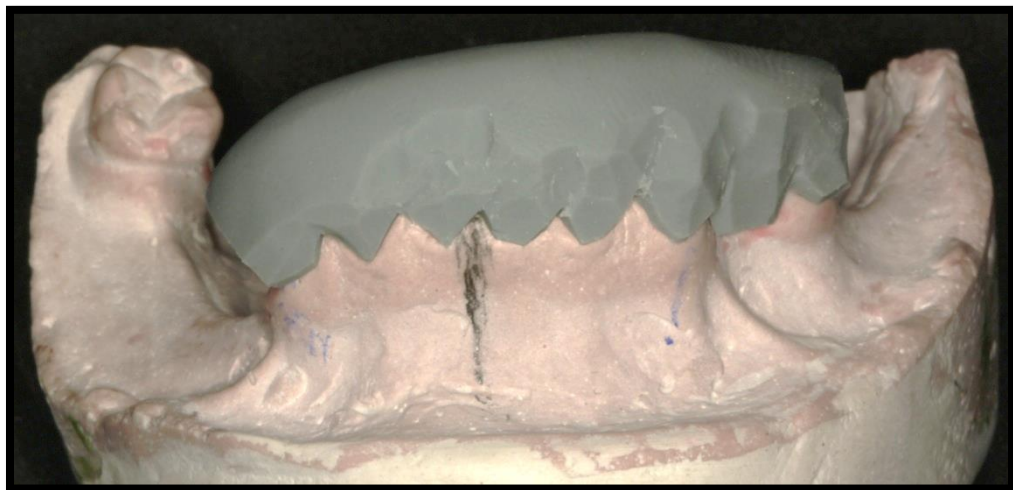
Figura 24 - Muralha de silicone



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Após a confecção da muralha de silicone, a mesma foi recortada com bisturi, para facilitar a remoção dos excessos de resina durante o preparo do mockup (figura 25).

Figura 25 - Muralha de silicone recortada sobre o modelo de gesso



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Antes da confecção do mockup, foi realizado isolamento dos tecidos moles com vaselina. Em seguida, foi realizada a manipulação da resina acrílica autopolimerizável Duralay® de cor 66 em dappen de vidro (figura 26). A resina acrílica foi devidamente manipulada e aplicada na parte interna da muralha de silicone, então posicionou-se a muralha sobre os dentes do paciente (figura 27).

Figura 26 - Manipulação da resina acrílica autopolimerizável e muralha carregada de resina acrílica



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 27 - Muralha de silicone com resina acrílica autopolimerizável em boca



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Após a polimerização da resina acrílica, a muralha de silicone foi retirada da boca do paciente e o mockup permaneceu sobre os dentes (figura 28). Então foi realizado o acabamento da resina com o Kit Acabamento Granulação Fina da KG

SORENSEN® (KG Sorensen Indústria e Comércio Ltda) (figura 29). Posteriormente ao acabamento do mockup, foi realizado a prova das próteses parciais acrílicas (figura 30).

Figura 28 - Mockup com excessos



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 29 - Mockup com excessos removidos



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 30 - Prova da montagem das próteses parciais acrílicas



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Inicialmente utilizamos o mockup como provisório dos dentes anteriores inferiores, juntamente com as próteses parciais acrílicas, que seriam entregues posteriormente a acrilização das mesmas, para que a paciente já se habituasse com a nova DVO.

A paciente retornou para realizar a remoção do mockup que estava sobre o dente 43, para realizar a desobturação do canal radicular. A desobturação foi feita utilizando brocas Largo® (Dentsply Mayllefer – Ballaigues, Suíça), numeração 1 e 2, deixando um comprimento de 4mm de guta percha no ápice do canal. Após foi selecionado o Pinjet® (Angelus Industria de Produtos Odontológicos S/A) de resina. Foi iniciado a modelagem do pino radicular com o Pinjet® e resina acrílica autopolimerizável Duralay® de cor vermelha. Pós pino modelado, foi iniciado a confecção do provisório para o dente 43, utilizando dente de estoque, pino metálico intracanal MetalPin® e resina autopolimerizável Duralay® de cor 69. O provisório reembasado após e cimentado com cimento de hidróxido de cálcio HydroC® (Dentsply Mayllefer – Ballaigues, Suíça). Na semana seguinte os mesmos passos citados anteriormente foram realizados para o dente 33.

Após sete dias foi iniciada a desobturação dos dentes 14 e 15 utilizando brocas Largo® (Dentsply Mayllefer – Ballaigues, Suíça), numeração 1 e 2, deixando um comprimento de 4mm de guta percha no ápice do canal. No decorrer da desobturação, devido à fragilidade da coroa de ambos os dentes, pelas amplas restaurações e já apresentando cárie devido à infiltração marginal, foi optado por realizar o preparo coronário no mesmo dia. Foram utilizadas pontas diamantadas 3216, 3118, 3168, 3202, 4137 e 4138 da KG SORENSEN® (KG Sorensen Indústria e Comércio Ltda) e para acabamento dos remanescentes foram utilizadas as séries F e FF das mesmas pontas. Para confeccionar os provisórios desses elementos dentários, foi realizado seleção do pino metálico intracanal MetalPin® e colocados no interior dos canais radiculares, posteriormente foi feita moldagem com Zetaplus® (Zhermack, Itália) dos dentes 14 e 15 no modelo de gesso, e preenchimento dessa muralha com resina acrílica autopolimerizável Duralay® de cor 69 e levado em boca do paciente, resgatando assim, os pinos metálicos que estavam no interior dos canais. Após polimerização da resina acrílica foi realizado reembasamento dos pinos metálicos e acabamento com fresas e borrachas do kit de Acabamento e Polimento Universal American Burrs® e cimentação com HydroC® (Dentsply Mayllefer – Ballaigues, Suíça).

Na semana posterior a paciente retornou para realizar a moldagem dos canais radiculares dos dentes 14 e 15. Removido os provisórios foi realizado a moldagem dos dentes, com uso de moldeira parcial de alumínio Tecnodent® (Tecnodent Indústria e Comércio - Várzea de Baixo São Paulo – SP) e utilizando da técnica de dois tempos. Primeiramente foi efetuada moldagem com o silicone de adição pesado, Express™XT Putty Soft VPS Impression Material 3M ESPE I, fazendo sua manipulação sem luvas, pois o látex inibe a polimerização do silicone de adição, após manipulado o silicone foi acomodado na moldeira parcial e levado em boca. Após polimerização do silicone de adição foi realizado um desgaste com fresa para acomodar o silicone de condensação leve. Posteriormente foi realizada a aplicação do silicone de adição leve Express™ Vinyl Polysiloxane Impression Material 3M ESPE, dentro dos canais radiculares dos dentes 14 e 15 com uma broca Lântulo Dentsply®. Também foi aplicado silicone de adição leve sobre o molde de silicone pesado, assim levando a moldeira em boca. Após obter então a moldagem, foi feita a modelagem com gesso especial Durone® Dentsply. Após realizado a

moldagem dos canais, os provisórios foram cimentados com HydroC® (Dentsply Mayllefer – Ballaigues, Suíça).

Já na próxima semana os núcleos metálicos fundidos dos dentes 33 e 43 estavam prontos. Os provisórios foram removidos de ambos os dentes, e foi efetuado a cimentação dos núcleos com cimento de Fosfato de Zinco SSWhite® (figura 31).

Figura 31 - Núcleos metálicos fundidos cimentados com Fosfato de Zinco



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

A paciente retornou na semana seguinte para efetuar os preparos dentários nos dentes 33 e 43. Para esse processo, foram utilizadas pontas diamantadas 3216, 3118, 3168, 3202, 4137 e 4138 da KG SORENSEN® (KG Sorensen Indústria e Comércio Ltda) e para acabamento dos remanescentes foram utilizadas as séries F e FF das mesmas pontas (figuras 32 e 33). Após termino dos preparos, foram removidos os pinos intracanaís dos provisórios para fazer seu reembasamento e posterior cimentação com HydroC® (Dentsply Mayllefer – Ballaigues, Suíça).

Figura 32 - Preparo concluído do dente 33



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 33 - Preparo concluído do dente 43



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

O próximo passo foi na semana posterior, onde foi realizado remoção dos provisórios dos elementos 14 e 15 para cimentação dos núcleos metálicos fundidos com cimento de Fosfato de Zinco SSWhite®. Os pinos metálicos foram removidos dos provisórios, deixando espaço interno da coroa provisória, para que pudesse fazer reembasamento sobre os núcleos metálicos fundidos, melhorando sua adaptação, após foram cimentados com o mesmo cimento usado HydroC®. Também nessa consulta, foram entregues as próteses parciais acrílicas de

transição, feito seu devido ajuste oclusal a paciente foi embora fazendo uso das mesmas.

Na semana posterior, foi removido o provisório dos elementos 14 e 15 para realizar o reparo do núcleo metálico fundido e do remanescente coronário, utilizando as mesmas pontas diamantadas usadas no preparo anterior (figura 34). Após foi realizado uma moldagem, com moldeira parcial de alumínio, com silicone de condensação Zetaplus® (Zhermack, Itália) e feita o vazamento com gesso Pedra Herodent® (Vigodent, Rio de Janeiro), tendo em vista a obtenção de modelos para confecção dos casquetes de moldagem. A mesma moldagem foi realizada nos dentes 33 e 43 após a remoção dos seus provisórios.

Figura 34 - Preparo concluído dos dentes 14 e 15



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

No decorrer da semana, utilizei o tempo livre para confeccionar os casquetes de moldagem sobre os modelos obtidos na última consulta. Os casquetes foram confeccionados com resina acrílica autopolimerizável incolor Jet®. Quando a paciente retornou na próxima consulta, realizei o reembasamento dos casquetes com resina acrílica autopolimerizável Duralay® de cor vermelha, em boca (figura 35).

Figura 35 - Casquetes de moldagens finalizados e numerados



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

A moldagem então foi realizada com Impregum Soft® (3M ESPE, Alemanha) para se conseguir uma cópia fiel dos preparos e terminações cervicais. Para executar esse procedimento, os casquetes foram preenchidos com material de moldagem e levados em boca (figuras 36 e 37), após foi utilizado moldeiras metálicas de estoque preenchidas com alginato de presa rápida Jeltrate® (Dentsply, USA), para que os casquetes fossem removidos de forma adequada, copiando assim os preparos e terminações cervicais (figuras 38 e 39). Após os moldes foram vazados com gesso especial tipo IV Durone® Dentsply.

Figura 36 - Moldagem dos preparos dos dentes 33 e 43 - utilizando casquete de moldagem



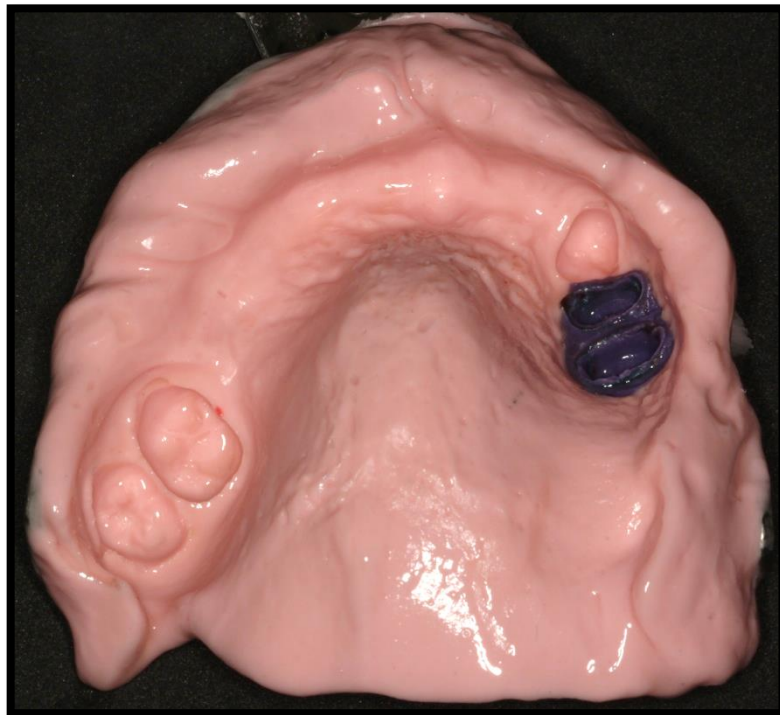
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 37 - Moldagem dos preparos dos dentes 14 e 15 - utilizando casquete de moldagem



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 38 - Vista oclusal do molde superior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 39 - Vista oclusal do molde inferior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Já na semana seguinte o próximo passo foi à prova dos coppings em resina acrílica (figuras 40 e 41) e das placas bases (figuras 42 e 43). Os coppings foram confeccionados pelo técnico em prótese dentária, após o troquelamento dos modelos.

Figura 40 - Coppings em resina acrílica - superior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 41 - Coppings em resina acrílica - inferior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 42 - Coppings em resina acrílica e placa base inferior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

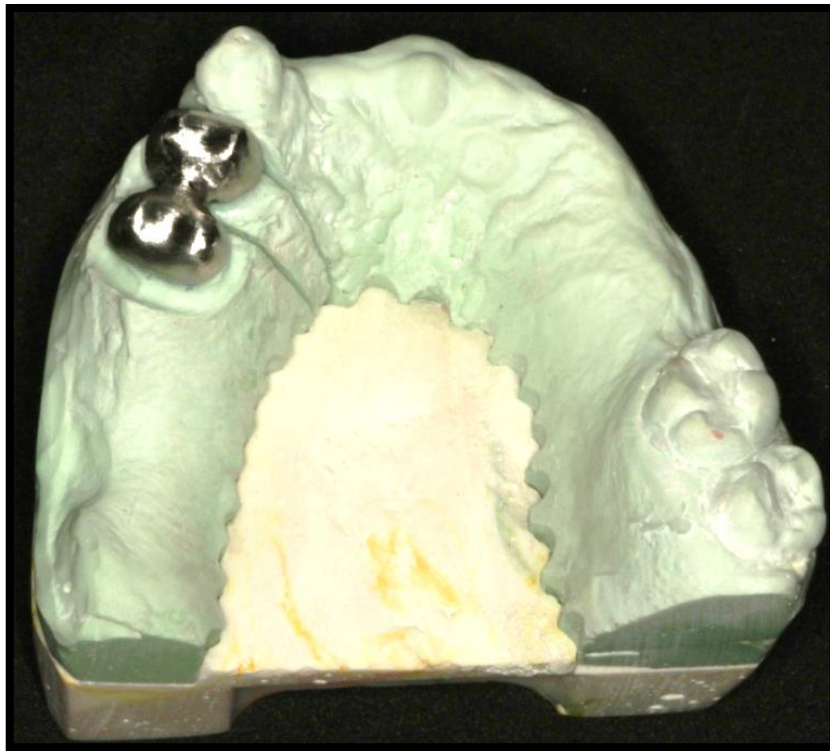
Figura 43 - Coppings em resina acrílica e placa base superior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Após fundição dos coppings (figuras 44 e 45), foi realizada uma nova prova em boca (figuras 46, 47 e 48) e evidênciação interna com o uso do spray evidenciador de contatos prematuros Arti - Spray®. Foi optado por realizar a ferulização dos coppings pelo fato de aumentar a resistência para o apoio da prótese parcial removível. Os ajustes internos necessários foram feitos com broca esférica.

Figura 44 - Coppings metálicos sobre o modelo superior



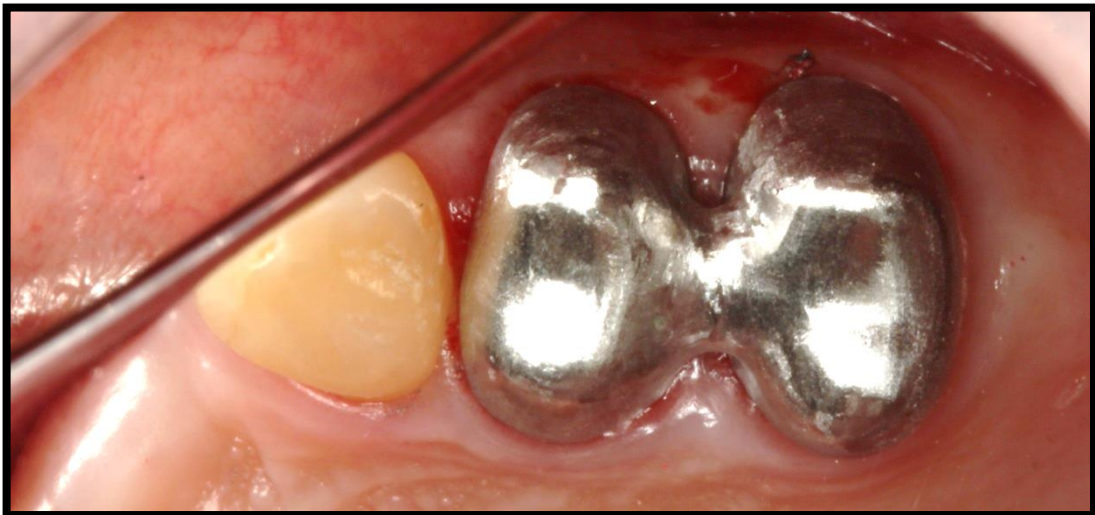
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 45- Coppings metálicos sobre o modelo inferior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 46 - Coppings metálicos em boca – dentes 14 e 15



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 47 - Coppings metálicos em boca – dentes 33 e 43 – vista oclusal



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 48 - Coppings metálicos em boca – dentes 33 e 43 – vista lingual



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 49 - Prova dos coppings metálicos e placas bases



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 50 - Prova dos coppings metálicos e placas bases

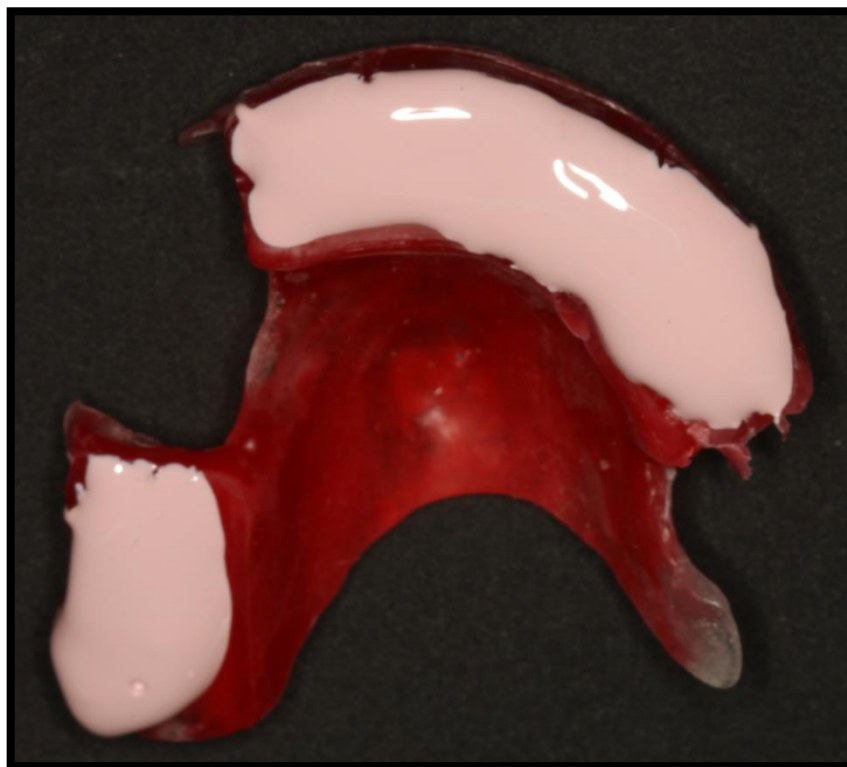


Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Após a prova dos coppings metálicos e placas bases ajustadas, realizamos na placa base superior a marcação da linha média da paciente, bem como a linha do

sorriso alto e linha de canino esquerdo (figuras 49 e 50). Iniciamos a manipulação da pasta Zinco-EnólicaLysanda® e aplicamo-la sobre o rodete de cera da placa base superior, aguardamos presa inicial da pasta (figura 51), levamos os rodetes em boca e a paciente ocluiu os dentes, ao concluir o tempo de presa final da pasta (figura 52), removemos os rodetes de boca, ficando em posição apenas os coppings metálicos. Após registro da oclusão, manipulamos alginato e aplicamos nas moldeiras metálicas de estoque, realizando a moldagem dos dois arcos. Ao final do tempo de geleificação do material, as moldeiras foram removidas da boca, trazendo consigo os coppings metálicos (figuras 53 e 54). Para vazamento dos moldes, foi usado gesso especial tipo IV Durone® Dentsply, em seguida foram montados em articulador, fazendo uso das placas bases já marcadas na oclusão (figura 55).

Figura 51 - Pasta Zinco-Enólica aplicada no rodete de cera superior



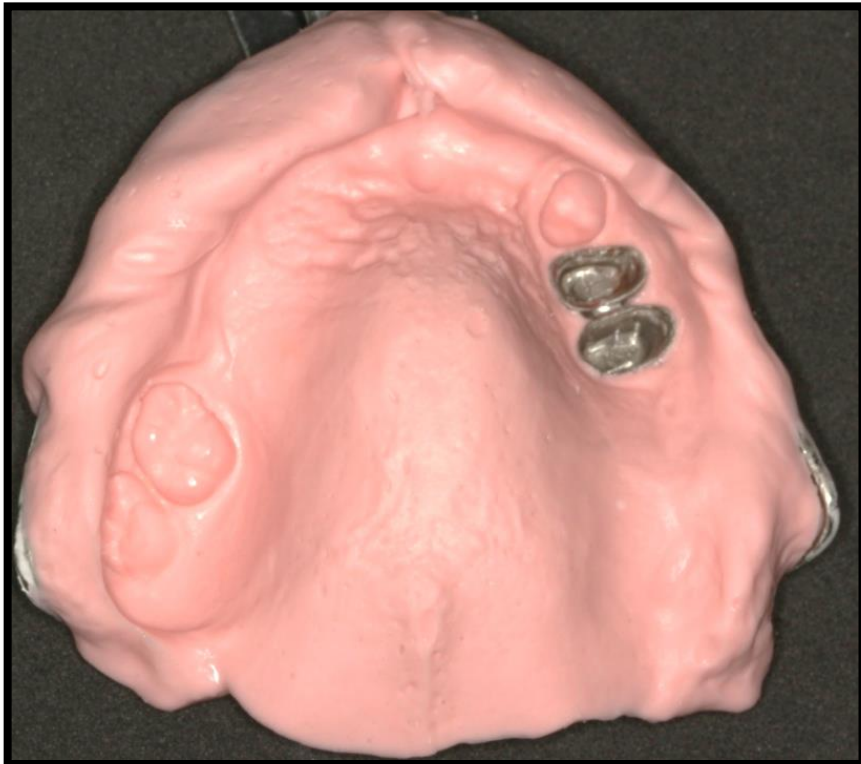
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 52 - Pasta Zinco-Enólica fazendo o registro da oclusão



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 53 – Moldagem de transferência superior



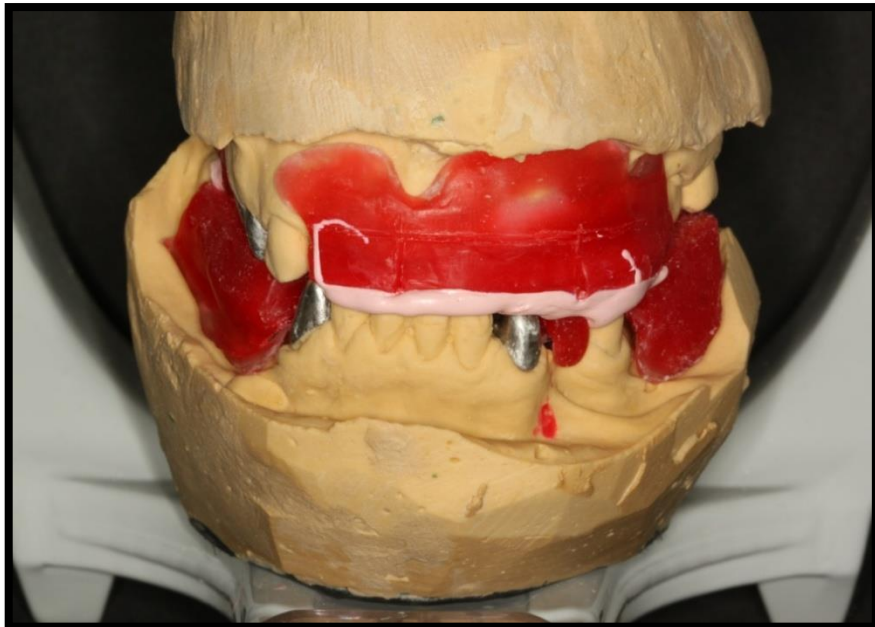
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 54 – Moldagem de transferência inferior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 55 - Modelos montados em ASA

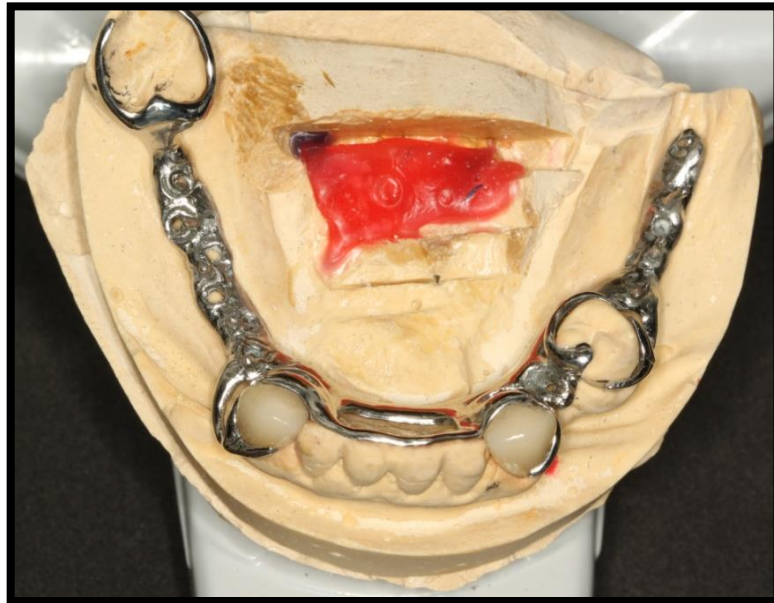


Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Posteriormente o trabalho foi enviado para o técnico de prótese dentária para aplicação da cerâmica sobre os coppings metálicos e confecção das armações

metálicas das PPR. Quando retornou o material, foi possível realizar a prova da cerâmica e das armações metálicas (figuras 56, 57, 58, 59, 60 e 61).

Figura 56 - Cerâmica aplicada e armação metálica inferior



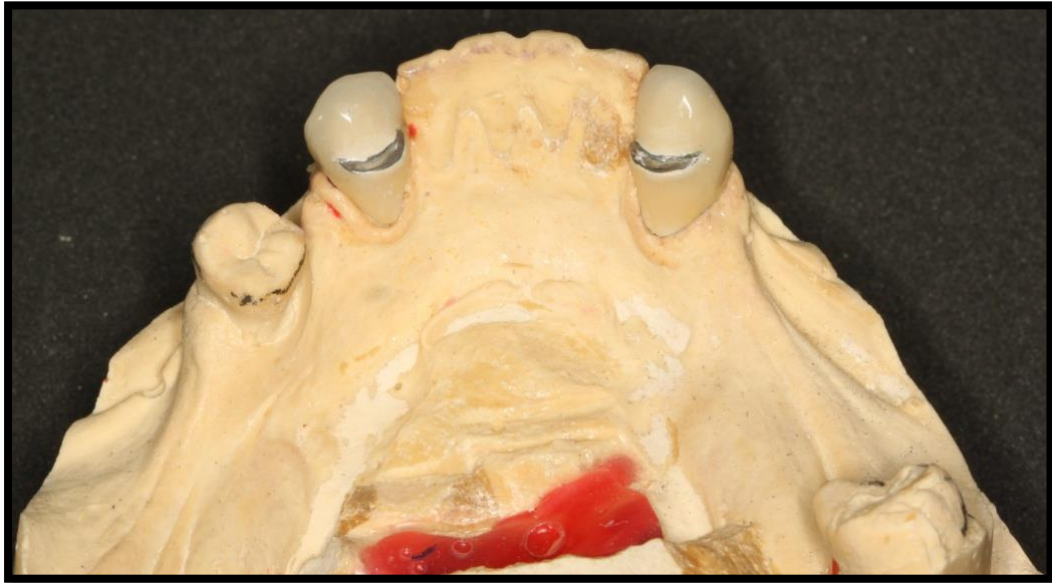
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 57 - Cerâmica aplicada e armação metálica superior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 58 - Vista lingual das próteses fixas



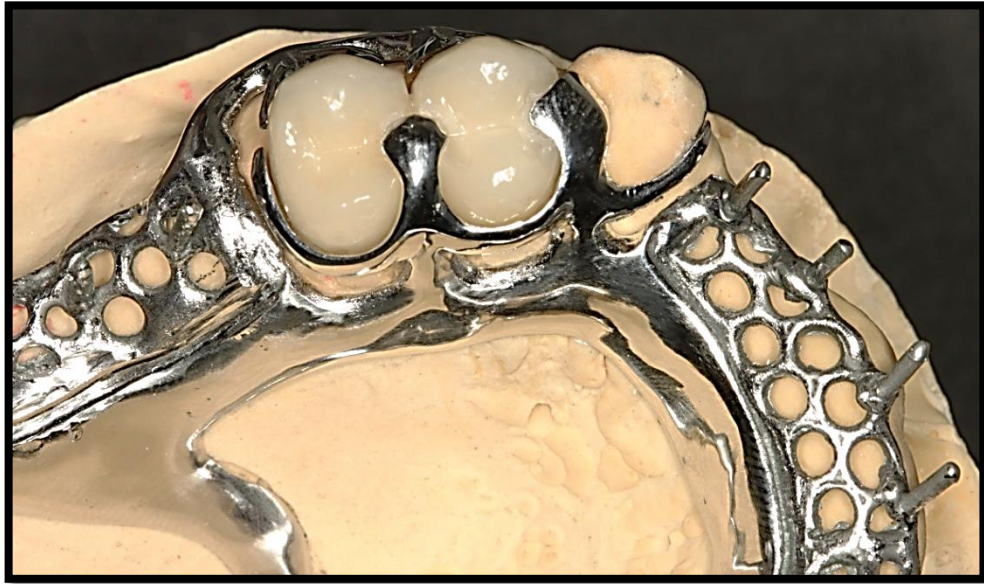
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 59 - Vista oclusal das próteses fixas



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 60 - Vista oclusal dos encaixes superiores



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 61 - Vista oclusal dos encaixes inferiores



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Após a prova das armações metálicas e seus devidos ajustes, foi confeccionado sobre as mesmas, rodetes de cera, para auxiliar no registro da relação maxilomandibular (figuras 62 e 63). Posteriormente ao ajuste dos rodetes, manipulamos a pasta Zinco-EnólicaLysanda® e aplicamo-la sobre o rodete de cera da placa base superior, aguardamos presa inicial da pasta, levamos os rodetes em

boca e a paciente ocluiu os dentes (figura 64), ao concluir o tempo de presa final da pasta, marcamos a linha média, linha de caninos e linha do sorriso. Após removemos os rodetes de boca e ambos foram montados em ASA (figuras 65 e 66) e encaminhado para o técnico de prótese dentária para realizar a montagem dos dentes das próteses parciais removíveis.

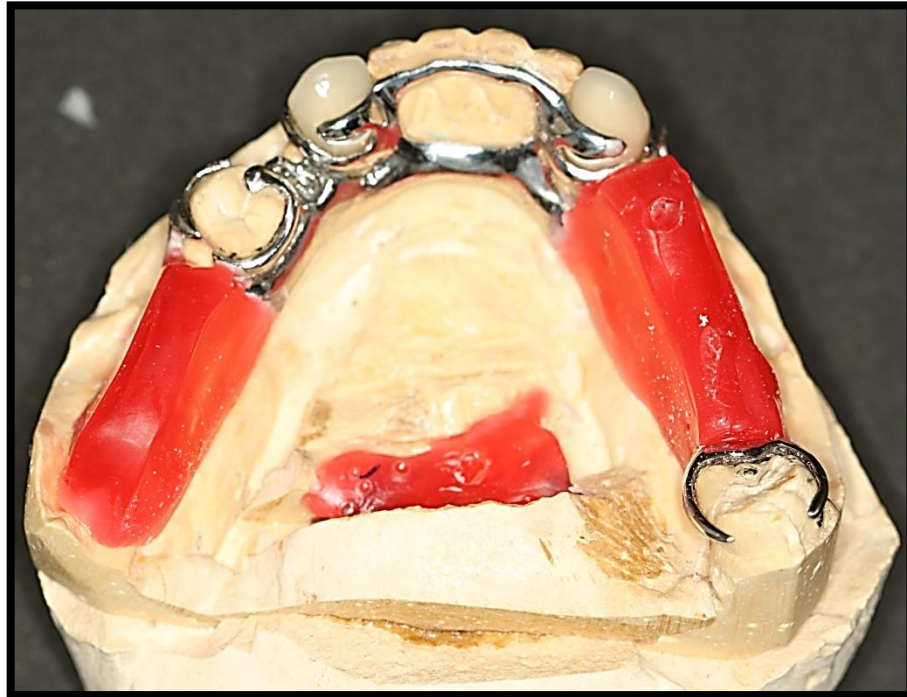
Já na semana posterior, realizou-se a prova do enceramento dos dentes (figura 67). Então foi realizado ajustes na montagem dos dentes até que se chegasse no resultado requerido e a paciente aprovou a estética, forma e cor dos dentes.

Figura 62 - Armação metálica com rodete de cera superior



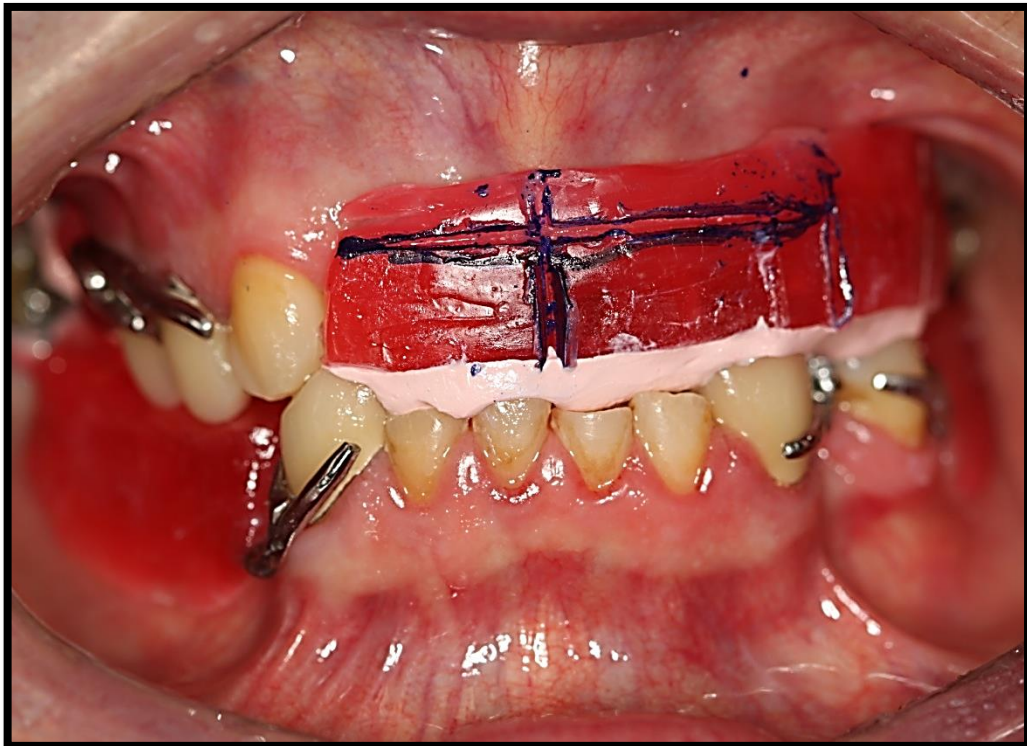
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 63 - Armação metálica com rodete de cera inferior



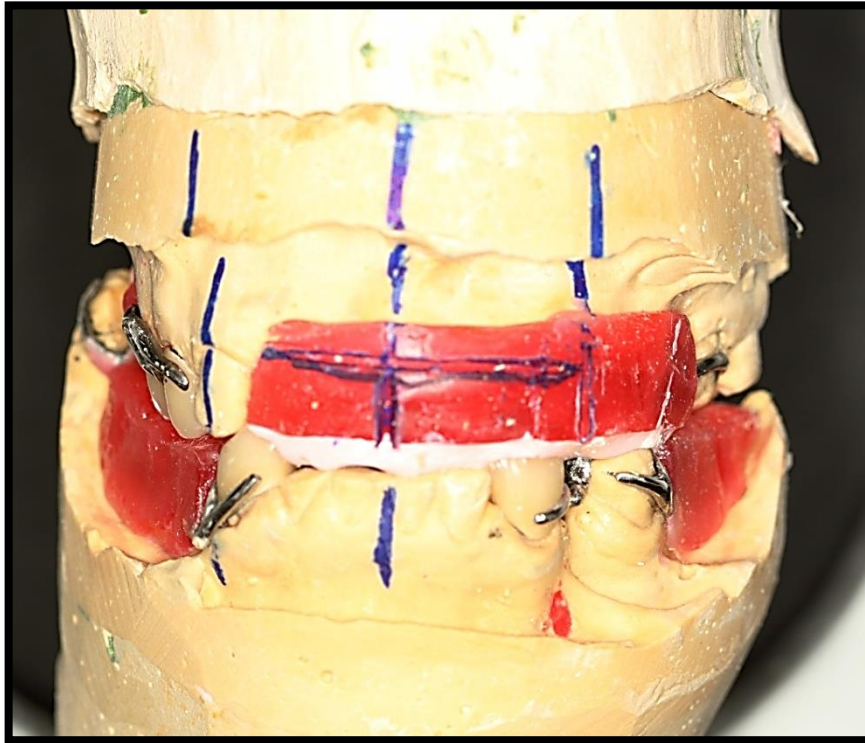
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 64 - Registro das relações maxilomandibulares com marcação das linhas



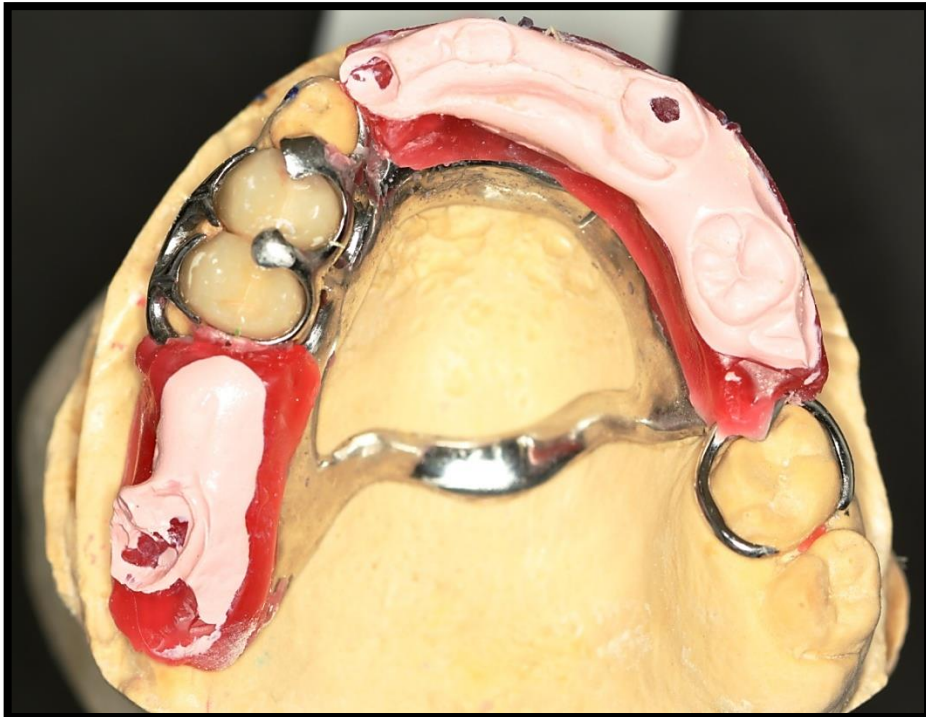
Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 65 - Modelos montados em ASA



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 66 - Marcação oclusal na pasta Zinco-Enólica no rodete superior



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 67 - Prova da montagem dos dentes



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Na semana posterior, as próteses parciais removíveis estavam acrilizadas. Primeiramente realizamos a cimentação definitiva das coroas metalocerâmicas com o cimento de Fosfato de Zinco. O processo de manipulação do cimento seguiu as orientações da bula. A proporção foi a seguinte: uma medida pequena (a menor medida do servidor de pó) de pó para quatro gotas do líquido. O pó foi dispensado sobre a placa de vidro e separado em quatro partes iguais, após dividido uma das quatro partes em três outras partes iguais. O líquido foi dispensado também sobre a placa de vidro, e iniciado a espatulação, após a incorporação do pó no líquido, seguindo o seu devido tempo de espatulação de cada parte do pó, obtivemos uma massa lisa com consistência de fio de mel. Então o cimento foi aplicado na parte interna de cada coroa que estavam alojadas nas PPRs e essas levadas até seus respectivos preparos em boca, sendo pressionadas por três minutos cada uma. Após foi realizado o ajuste oclusal das próteses (figura 68).

Figura 68 - Próteses fixas cimentadas e as PPR



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Depois da entrega das próteses foi realizada moldagem com moldeiras metálicas de estoque preenchidas com alginato de presa rápida Jeltrate® (Dentsply, USA), para obter modelos onde seria confeccionados o enceramento diagnóstico (figura 69) com objetivo de obter uma muralha de silicone, que auxiliaria nas restaurações dos dentes anteriores inferiores. Para realizar a moldagem as próteses parciais removíveis foram mantidas em boca. A guia foi confeccionada com silicone de condensação pesado Zetaplus® (Zhermack, Itália).

Figura 69 - Enceramento diagnóstico



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Já com a guia de silicone pronta, foram iniciadas as restaurações com resina composta Charisma® dos dentes 32, 31, 41 e 42. Inicialmente foi realizada profilaxia dos dentes com escova de Robson e Pedra Pomes, após foram escolhidas as cores: OA3,5 e A3. Começamos realizando bisel na face vestibular dos dentes com Ponta Diamantada Tronco-Cônica KG Sorensen®, em seguida foi isolado as coroas metalocerâmicas dos dentes 33 e 43 e os dentes 31 e 41 com Fita Veda de Teflon Tigre®, para então iniciar a restaurações pelos dentes 32 e 42. Foi realizado condicionamento com Ácido fosfórico 37% Villevie®, lavagem abundante com água e aplicado Adesivo Adper Single Bond 2 - 3M ESPE®. Com a guia de silicone em posição, iniciamos os incrementos de resina nos dentes de cor OA3,5 e após a aplicação da resina de cor A3 (figuras 70 e 71).

Posteriormente os mesmos passos citados anteriormente foram utilizados para restauração dos dentes 31 e 41 (figuras 72 e 73). O acabamento foi realizado com as pontas do Kit Acabamento GranalulaçãoFina e Ultra Fina Kg Sorensen®, lâmina de bisturi número 12, discos de lixa Sof-Lex Pop On - 3M ESPE® e escova Astrobrush – IvoclarVivadent® para finalização (figura 74).

Figura 70 - Primeiro incremento de resina composta nos dentes 32 e 42



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 71 - Restaurações dos dentes 32 e 42 sem acabamento e polimento



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 72 - Primeiro incremento de resina composta nos dentes 31 e 41



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 73 - Restaurações sem acabamento e polimento



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 74 - Restaurações com acabamento e polimento



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Devido ao fato de que o dente 13 ter ficado com uma cor diferente dos dentes das próteses, foi optado por melhorar a harmonia do sorriso, fazendo clareamento externo do dente com Peróxido de Hidrogênio a 35%. Utilizando a escala de cor Vita Classical® foi realizado o registro da cor inicial do dente, na qual foi registrada cor A4 (figura 75). Foi então realizado o afastamento dos lábios e mucosas com um afastador labial e após aplicado a barreira gengival Top Dam Blue®, na sequência o material clareador Gel Clareador HP Maxx 35% - FGM® foi manipulado seguindo as orientações do fabricante e aplicado sobre o dente 13 e aguardado o tempo sugerido. Foram realizadas duas seções de clareamento, em dias diferentes, até que se chegasse à cor que se aproximasse mais com a cor dos dentes das próteses, então foi realizado o registro da cor final do dente, na qual registrou cor A3 (figura 76).

Na mesma consulta foi realizado o fechamento de uma cavidade na mesial do dente 37, utilizando Resina Filtek Z350 XT Flow - 3M ESPE®. Após a paciente recebeu todas as orientações referentes à higiene bucal e higienização das próteses (figuras 77, 78, 79, 80, 81 e 82).

Figura 75 - Registro da cor inicial do dente



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 76 - Registro da cor final do dente após clareamento



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 77 - Dentes anteriores inferiores - inicial



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 78 - Dentes anteriores inferiores – após restaurações



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 79 - Oclusão – vista frontal - inicial



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 80 - Oclusão – vista frontal - após reabilitação final



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 81 - Sorriso - inicial



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

Figura 82 - Sorriso – após reabilitação final



Fonte: acervo Professor Me. Helder Luiz Dettenborn

4 DISCUSSÃO

Cada vez mais a população está em busca de tratamentos odontológicos estéticos, onde em muitos casos um tratamento reabilitador se faz necessário. Sendo assim, observar só a necessidade estética não é suficiente, além desse fator, temos que observar a necessidade de restabelecer a função mastigatória através de soluções para dentes faltantes ou perda de parte da estrutura dentária. É com esse contexto, que para uma reabilitação bucal, o restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) é um aspecto crucial (BARBIERI; RAPOPORT, 2009).

O item mais relevante para a conclusão desta reabilitação foi determinar a queixa principal do paciente para atender as suas expectativas da melhor maneira possível. Também, alguns aspectos como o apoio técnico e capacidade profissional, habilidade do paciente de lidar com o estresse do tratamento selecionado, disponibilidade financeira, capacidade adaptativa do paciente foram levados em consideração na escolha do tratamento indicado (SOUZA; SILVA; LELES, 2009).

Calixto; Bandeca; Andrade (2011) e Bassanta (1992) concordaram que o enceramento diagnóstico vem sendo mais utilizado com o passar do tempo, devido a necessidade que o profissional e o paciente tem de prever o resultado antes do início da execução do tratamento reabilitador. Também citaram que o enceramento diagnóstico serve para ter uma prévia da forma, harmonia e função que o paciente irá obter após o tratamento, analisando os futuros benefícios que este trará para sua vida, objetivando a situação real com o sorriso desejado por ele, de modo a conseguir em laboratório a individualização da reabilitação de cada paciente. Sendo assim, o enceramento diagnóstico, é uma forma do profissional transmitir ao paciente, se esse é o resultado esperado pelo mesmo, havendo a possibilidade de mudanças, assim evitando que se inicie o tratamento, e ao final o paciente não se sinta satisfeito pelo fato de que o profissional não compreendeu a sua expectativa.

Devoto; Saracinelli; Manauta (2010) comentaram que as restaurações adesivas diretas de resina composta, quando realizadas com critérios e conhecimentos sobre cor e forma de dentes naturais, tornam-se excelente opção de tratamento segura e conservadora, com obtenção de resultados satisfatórios do ponto de vista estético e funcional. Porém em contrapartida Hilgert e colaboradores

(2008) afirmaram que enquanto a adesão ao esmalte é duradoura e efetiva, a união resina-dentina constitui-se um desafio, uma vez que este substrato é intrinsecamente úmido, tornando o procedimento adesivo altamente. Desta forma, a união adesiva só será confiável quando executada sob rigoroso controle e um protocolo bem definido e executado.

Cavalcanti; Oliveira; Batista (2015) citaram que durante o período de um tratamento reabilitador, o uso de próteses parciais removíveis provisórias é uma excelente alternativa para que o paciente passe por esse período mais seguro, pois essa necessidade estética imediata aliada com a necessidade de restabelecimento da DVO leva o paciente à melhor adaptação às próteses parciais removíveis que serão usadas na sequência do tratamento. Com o uso das próteses parciais removíveis provisórias o paciente tende a se adaptar com a nova DVO estabelecida.

Santos; Kato; Conti (2003) comentaram que a utilização de prótese fixa metalocerâmica em reabilitações bucais vem aumentando com o passar dos anos, sendo esta, umas das restaurações protéticas mais utilizadas, a qual tem uma boa propriedade de resistência devido à associação do metal a estética da porcelana, fatores esses que conferem uma boa opção restauradora. As reabilitações bucais que associam a próteses fixa a próteses parciais removíveis, como no caso relatado, são sempre preocupantes, levando em conta que a implantodontia seja o tratamento de primeira escolha, muitos pacientes ainda, por questões financeiras ou de saúde, preferem as próteses convencionais, sendo o planejamento das próteses fixas orientadas pelas próteses parciais removíveis, tornando assim, uma boa opção de tratamento (OLIVEIRA et al., 2009). No caso clínico realizado, a principal preocupação da paciente estava relacionada à dificuldade de se alimentar devido a faltas de dentes, estética desfavorável e diminuição na autoestima.

Farias e colaboradores, (2011) comentaram que as próteses metalocerâmicas apresentam ótimas vantagens e indicações, sendo elas, próteses resistentes aos esforços mastigatórios e que apresentam baixo índice de fraturas ou lascas na cerâmica. Visto que a união da resistência e a precisão de um metal fundido com a estética da porcelana é a principal vantagem desse tipo de prótese.

Os pacientes parcialmente desdentados apresentam o sistema estomagnático em desequilíbrio, por esse motivo, devem ser reabilitados, tendo a associação das

próteses fixas metalocerâmicas com as próteses parciais removíveis podem promover ótimos resultados ao paciente, não esquecendo que o tratamento interdisciplinar deve ser utilizado, e a saúde bucal do paciente deve ser restabelecida com a conscientização da sua contribuição, cabendo ao profissional, passar todas as informações necessárias ao paciente, para que o tratamento seja efetivo (DA SILVA et al., 2011).

Ao final do tratamento, observamos que a paciente estava muito satisfeita com sua nova condição bucal. Mostrando-se mais confiante para esboçar um sorriso e para se comunicar com as pessoas. É nesse contexto, que acredito que o tratamento proposto supriu as necessidades que a paciente apresentava, levando em consideração os fatores já discutidos anteriormente neste trabalho, sendo eles: condição financeira disponível, necessidade de restabelecimento da função do sistema estomatognático, devolução da estética e autoestima.

5 CONCLUSÃO

Para realizar um procedimento reabilitador, um correto planejamento de possibilidades de tratamentos, disponibilidade financeira do paciente, capacidade adaptativa do paciente em relação ao tratamento eleito, habilidade do profissional, planejamento da execução do tratamento escolhido e uma boa comunicação com o paciente, são itens fundamentais para o sucesso final do tratamento. No caso exposto a devolução da função mastigatória foi o ponto mais importante do caso exposto.

Com a conjunção de restaurações com resina composta, próteses parciais removíveis e próteses fixas metalocerâmicas apresentando um excelente resultado, agradando tanto o profissional quanto o paciente. Além de considerar o fato que há uma boa relação entre custo, tempo e benefício, sendo assim, uma ótima opção de reabilitação em paciente na terceira idade.

REFERÊNCIAS

- ABRITTA, J. et al. Alteração dimensional linear em moldes de hidrocoloide irreversível para prótese parcial removível. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 18, n. ½, p. 265 – 272, 1989.
- AMORIN, T. N. et al. Análise da estabilidade dimensional do hidrocolóide irreversível de duas marcas comerciais. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 5 – 10, 2015.
- ANUSAVICE, Kenneth J. **Phillips: materiais dentários**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 412 p.
- BARBIERI, C. H.; RAPOPORT, A. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, Bela Vista, v. 38, n. 2, p. 84 – 87, 2009.
- BARATIERI, Luis Narciso. **Clareamento dental**. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1995.
- BARATIERI, L. N. et al. **Caderno de Dentística: restaurações adesivas diretas com resinas compostas em dentes anteriores**. São Paulo, Livraria Editora Santos, 2002. 131 p.
- BASSANTA, A. D. A importância do encerramento de diagnóstico na reabilitação oral. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 6, p. 10 – 15, 1992.
- BOMFIM, I. P. R. et al. Prevalência de Lesões de Mucosa Bucal em Pacientes Portadores de Prótese Dentária. **Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 8, n. 1, p. 117 – 121, 2008.
- BRUNO, M. V. et al. Avaliação do ajuste cervical de coroas totais confeccionadas pela técnica de porcelana aplicada e porcelana prensada uniaxilmente cervical. **Revista Biociências Taubaté**, v. 9, n. 2, p. 83 – 89, 2003.
- CALDAS JÚNIOR, A. F. et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 14, n. 3, p. 229 – 238, 2005.
- CAVALCANTI, Y. W.; OLIVEIRA, L. M. C.; BATISTA, A. U. D. Prótese Parcial Removível Provisória Tipo Overlay na Reabilitação Oral de Paciente com Colapso Oclusal Posterior. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 2, p. 143 – 150, 2015.
- CALIXTO, L.R.; BANDECA, M.C.; ANDRADE, M.F. Enceramento diagnóstico: previsibilidade no tratamento estético indireto. **Revista Dental Press de Estética**, Maringá, v. 8, n. 3, p. 26 – 37, 2011.

CAMARGO, A. M. A. et al. Crowns fit of the Procera's system in two types of cervical limits. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 33, n.3, p. 109 – 114, 2004.

CARREIRO, A. F. P. et al. Aspectos biomecânicos das próteses parciais removíveis e o periodonto de dentes suportes. **Revista Periodontia**. Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 105 – 113, 2008.

CHAIN, MARCELO CARVALHO. **Materiais Dentários: Série Abeno: Odontologia Essencial - Parte Clínica**. ArtesMédicasEditora, 2013.

CHEN, S. Y. et al. Factores affecting the accuracy of elastomertric impression materials. **J Dent**, v. 32, p. 603 – 609, 2004.

COSTA, M. M. et al. Overlays: Próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral. **Revista brasileira de prótese clínica e laboratorial**, Curitiba, v. 4, n. 7, p. 8 – 16, 2002.

CUNHA, Claudia Menezes. *Efeito do peróxido de hidrogênio a 35% na resistência à união de diferentes sistemas adesivos ao esmalte dental em diferentes períodos de tempo após o clareamento*. 2004. Dissertação Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, 2004.

DA COSTA, A. P. S. et al. Qualidade técnica e satisfação relacionadas às próteses totais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 453 – 460, 2013.

DA SILVA, D. D.; DE SOUZA, M. L. R.; WADA, R. S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1251 - 1259, 2005.

DA SILVA, S. R. C.; VALSECKI JÚNIOR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, n. 4, p. 268 – 271, 2000.

DA SILVA, M. C. V. S. et al. Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo “Overlay” – Relato de Caso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 4, p. 455 – 460, 2011.

DE FIORI, S. R.; LOURENÇÃO, A. R. **Prótese parcial removível: fundamentos bioprotéticos**. São Paulo: PancastEditora, 1989. 190p.

DEVOTO, W.; SARACINELLI, M.; MANAUTA, J. Composite in everyday practice: how to choose the right material and simplify application techniques in the anterior teeth. **International Journal of Esthetic Dentistry**, v.5, n.1, p. 102 – 124, 2010.

DIETSCHI, Didier. Optimizing smile composition and esthetics with resin composites and other conservative esthetic procedures. **International Journal of Esthetic Dentistry**, v. 3, n. 1, p. 14 – 29, 2008.

FARIAS, F. A. R. et al. Preparo dentário para coroa metalocerâmica em dentes anteriores, por meio da técnica de referência Inoue & Zanetti. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 59, p. 81-88, 2011.

FELTRIN, P. P. et al. Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão de literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 274 – 279, 2008.

FERNANDES, E. L. et al. Avaliação do material enviado pelos cirurgiões dentistas aos laboratórios de prótese para confecção de prótese parcial removível. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Porto Alegre, v. 45, n. 2, p. 14 – 16, 2004.

GENNARI FILHO, Humberto. Articuladores. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 28, n. 3, p. 46 – 56, 2007.

GOLDS, L. The prosthetic treatment in the presence of gross resorption of the mandibular alveolar ridge. **Journal of dentistry**, v. 13, n. 2, p. 91 - 101, 1985.

GUIMARÃES, G. D.; GREGO, G. D.; JANSEN, W. C. Avaliação da retenção de prótese parcial fixa provisória ao longo do tempo clínico de confecção do trabalho final. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, Minas Gerais, v. 6, n. 1, p. 33 – 37, 2010.

HIGASHI, C.; GOMES, J. C.; KINA, S.; ANDRADE, O. S.; HIRATA, R. **Planejamento estético em dentes anteriores**. São Paulo: Livro Estética APCD, 2006.

HILGERT, E. et al. Avaliação radiográfica de retentores intra-radiculares metálicos fundidos. **Ciência Odontológica Brasileira**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 52 – 59, 2004.

HILGERT, L. et al. Adhesive Procedures in Daily Practice: Essential Aspects. **Compendium**, v. 29, n. 4, p. 208 - 215, 2008.

HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, E. T.; FRANCO, L. F. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1051 – 1056, 2007.

HOBO, S.; SHILLINGBURG, H.. Porcelain fused to metal: tooth preparation and coping design. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 30, n. 1, p. 28-36, 1973.

LELES, C. R.; MELO, M.; OLIVEIRA, M. M. M. Avaliação clínica do efeito da prótese parcial removível sobre a condição dental e periodontal de desdentados parciais. **Robrac**, Goiânia, v. 8, n. 25, p. 14 - 18, 1999.

LEMOS, I. S. et al. Avaliação da alteração dimensional de modelos obtidos a partir de moldagens com alginato tradicional e outro com desinfetante. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 39, n. 1, p. 41 – 47, 2010.

MACIEL, Roberto Nascimento. **Oclusão e ATM: procedimentos clínicos**. 1. ed. São Paulo: Santos, 1996. 397 p.

MAURI FILHO, A. C. et al. Apoios oclusais superficiais em PPR de extremidade livre: estudo comparativo do seu comportamento biomecânico com periodonto normal e com comprometimento periodontal. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 52, n. 5, p. 379 – 384, 2004.

MEIRELES, L.; BAVIA, P.F.; VILANOVA, L.S.R. Aplicações clínicas do enceramento diagnóstico na reabilitação oral – uma revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, Lins, v. 23, n. 1, p. 20 – 25, 2013.

MOSLEHIFARD, E. et al. Full-mouth rehabilitation of a patient with severely worn dentition and uneven occlusal plane: A clinical report. **Journal of Prosthodontics**, Malden, v. 21, n. 1, p. 56 – 64, 2012.

MOTTA, B. B.; NOGUEIRA, A. V.; TOASSI, R. F. C. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 50, n. 4, p. 170 – 177, 2014.

NETO, A. F. et al. O emprego do mock-up na Odontologia: trabalhando com previsibilidade. **Revista Full Science**, São José dos Pinhais, v. 6, n. 22, p. 256 – 260, 2015.

OLIVEIRA, L. F. et al. Associação da prótese parcial removível com a prótese fixa: uma revisão de literatura. *Odontologia Clínica Científica*, Recife, v. 8, n. 4, p. 305 – 307, 2009.

PAVANELLI, C. A. et al. Análise da espessura da película de cimentos de ionomero de vidro e fosfato de zinco, empregados na cimentação de coroas totais metálicas, preparadas *in vivo*. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 401 – 414, 1997.

PEGORARO, Luiz Fernando et al. **Prótese fixa**. São Paulo: Artes Médicas, 1998. 313 p.

PEGORARO, Luiz Fernando. Preparos dentais. In: Pegoraro LF. **Prótese fixa**: série 7. São Paulo: Artes Médicas; 2001.

PIGOZZO, M. N. et al. Preparos dentais com finalidade protética: uma revisão de literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 48 – 55, 2009.

PUCCI, C. R. et al. Variação da guia de silicone em restaurações anteriores: relato de caso clínico. **Clínica international journal of brazilian dentistry**, São José, v. 5, n. 1, p. 34-41, 2009.

RIBEIRO, C. M. B. et al. Cimentação em prótese: procedimentos convencionais e adesivos. **International Journal of Dentistry**, Recife, v. 6, n. 2, p. 58 – 62, 2007.

RIBEIRO, V. A. Q. et al. Avaliação do desajuste marginal de copings para coroa total metalocerâmica em términos cervicais tipo chanfro e ombro com bisel 45°. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 279 – 283, 2010.

SANTOS, C. N.; KATO, M. T.; CONTI, P. C. R. Avaliação das condutas adotadas por profissionais na utilização de coroas metalo-cerâmicas. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v. 11, n. 4, p. 290 – 300, 2003.

SANTOS, F. S. et al. Conhecimento de acadêmicos em Odontologia sobre a desinfecção de moldes de hidrocolóide irreversível. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 371 – 374, 2008.

SHILLINBURG, H. T. et al. **Fundamentos de Prótese Fixa**. 4 ed. São Paulo: Quintessence, 1998. 467 p.

SOARES, F. F. et al. Clareamento em dentes vitais: uma revisão literária. **Revista Saúde.com**, Jaquié, v. 4, n. 1, p. 72 – 84, 2008.

SOUZA, J.E.A.; SILVA, E.T.; LELES, C.R. Prótese parcial removível overlay: fundamentos clínicos e relatos de casos. **Robrac**, Goiânia, v. 18, n. 47, p. 41 - 48, 2009.

TODESCAN, R; SILVA, E. E. B.; SILVA, O. J. **Atlas de prótese parcial removível**. 1. ed. São Paulo: Santos, 1996. 345 p.

ZARB, G. A. et al. **Tratamento protético para os pacientes edêntulos – próteses totais convencionais e implantossuportadas**. 13 ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2013. 464 p.

ANEXO A – Apresentação do Projeto

Santa Cruz do Sul, 16 de maio de 2016.

À coordenadora do Curso de Odontologia

Prezada senhora,

Declaramos para devidos fins conhecer o protocolo de pesquisa intitulado: “Reabilitação bucal em paciente na terceira idade – Estudo de Caso”, desenvolvido pela acadêmica Franciani Lizzi do Curso de Odontologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, sob orientação do professor Me. Helder Luiz Dettenborn, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa e autorizamos o desenvolvimento na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária.

Atenciosamente



Prof.^a Dra. Márcia Helena Wagner
Coordenadora do Curso de Odontologia

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO B–Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

REABILITAÇÃO BUCAL EM PACIENTE NA TERCEIRA IDADE – ESTUDO DE CASO

O presente trabalho “Reabilitação bucal em paciente na terceira idade – Estudo de Caso” tem o objetivo de realizar uma reabilitação oral visando o bem-estar geral da paciente. Buscando a melhora da sua condição da saúde bucal, bem como uma melhora estética e funcional.

Este trabalho não apresenta risco, desconforto ou constrangimento ao paciente. A coordenação do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC estará ciente dos resultados obtidos ao fim do caso, para fins do conhecimento de seus alunos.

De acordo com presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de estudo do tipo Relato de Caso, pois fui informado de forma clara e específica, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas as quais poderia ser submetido.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com o caso clínico;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de relato de caso;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo;

Gerda E. Lüttjohann

Sonioni Luzzi



- do conteúdo e dos objetivos do relato de caso acima de maneira clara e detalhada, tendo esclarecido minhas dúvidas.

Os responsáveis por este Projeto de Relato de Caso é o professor Helder Luiz Dettenborn e a acadêmica do curso de Odontologia responsável pelo caso clínico é Franciani Lizzi (051-99207280). O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário do relato de caso e outra com a acadêmica responsável.

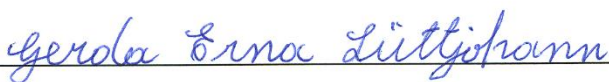
DATA: / /



Franciani Lizzi – Acadêmica



Helder Luiz Dettenborn – Responsável



Gerda Erna Lutt Johann - Paciente