

RECONSTRUÇÃO DE MOLAR DECÍDUO PELA TÉCNICA RESTAURADORA INDIRETA - RELATO DE CASO CLÍNICO

Reconstruction of primary molar through indirect restorative technique - A clinic case report

Jainara Maria Soares *Ferreira* *
Ana Maria Gondim *Valença* **

RESUMO

Ainda são comuns, na prática clínica, situações nas quais os dentes decíduos se mostram extensamente comprometidos pelo processo cariioso. Nesta situação, a restauração indireta em resina composta aparece como uma opção para reconstrução destes elementos dentários. Face ao exposto, o presente trabalho tem o propósito de abordar, por meio de relato de caso clínico, a utilização da técnica da restauração indireta para reabilitação do elemento dentário 85, com coroa dentária extensamente destruída, em uma paciente de 08 anos de idade, descrevendo as etapas clínica e laboratorial desta conduta clínica.

UNITERMOS

Resina composta, Dente decíduo, Restauração indireta.

INTRODUÇÃO

A destruição de dentes posteriores na dentadura decídua é um problema freqüentemente observado pelo odontopediatra e clínico geral, acometendo comumente pacientes portadores de cárie precoce da infância.

As superfícies oclusais têm sido consideradas as zonas mais vulneráveis à cárie, devido a sua anatomia particular, pois as cicatrículas e fissuras, geralmente estreitas e sinuosas, favorecem a retenção do biofilme dental (Ostrom¹⁵ 1984; Mondelli *et al*¹³ 1998). O restabelecimento estético e funcional dos molares decíduos constitui, pois, um desafio para o cirurgião-dentista, devido ao acometimento freqüente e preferencial destes elementos dentários pelo processo cariioso, gerando grandes destruições coronárias.

Diante do exposto, este trabalho tem o objetivo de abordar, por meio de relato de caso clínico, a utilização das restaurações indiretas como opção para reabilitação em grandes destruições coronárias em odontopediatria.

REVISÃO DE LITERATURA

Devido ao aprimoramento das técnicas e materiais restauradores, bem como o aumento da exigência estética dos pacientes, o uso da resina composta como material restaurador para dentes posteriores tem crescido em grandes proporções (Fonoff & Corrêa⁶ 1998; Vieira & Maccagnan¹⁹ 1998; Cavalcanti & Lacerda³ 1999).

Dentre as técnicas restauradoras

utilizadas na reabilitação bucal em odontopediatria, a técnica restauradora indireta em resina composta tem como vantagens a melhora da definição anatômica, acabamento e polimento, bem como a redução na contração de polimerização, uma vez que esta ocorre fora da cavidade bucal (Broderson² 1994; Krejci *et al*¹⁰ 1994; Vieira & Maccagnan¹⁹ 1998; Primo *et al*¹⁶ 2003; Rank *et al*¹⁷ 2003; Fonseca *et al*⁷ 2005). Mathias *et al*¹² (2000) acrescentam, ainda, melhora da adaptação final e estética. Esta técnica torna-se uma alternativa viável quando comparada à técnica direta, que exige tempo clínico prolongado, tornando-se uma opção desgastante para o profissional e para a criança (Fonoff & Corrêa⁶ 1998).

Mondelli *et al*¹⁴ (1998) citam como desvantagens o aumento substancial no tempo de confecção das restaurações, necessidade de moldagem, elaboração de troquel e restauração provisória, o que implica aumento do custo final da restauração. Porém, Cavanaugh & Croll⁴ (1994), referem não haver aumento significativo no custo do tratamento dentário quando comparado à incrustação metálica fundida ou a incrustação em porcelana.

As restaurações indiretas são indicadas em casos de destruições coronárias extensas; em pacientes de pouca idade, que não aceitam muito tempo de tratamento na mesma consulta; no restabelecimento de contato oclusal e na substituição de resina composta direta, em decorrência de manchas, desgaste ou fratura da restauração (Tamay *et al*¹⁸ 2003).

* Professora substituta da Disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Mestre em Odontologia Preventiva e Infantil pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

** Professora adjunta da Disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Doutora em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino de oito anos de idade, compareceu à Clínica do Curso de Especialização em Odontopediatria, da EAP/ABO-PB, com lesões cáries extensas e recidivas de cárie nos molares decíduos, além de lesões incipientes nos molares permanentes (figura 1). Por ocasião do exame clínico, observou-se que a paciente possuía IHO-S igual a 2,16 (representando uma má higiene bucal) e ISG 3,26%, e sua alimentação era rica em carboidratos (chicletes, balas, bombons, chocolates) entre as principais refeições.



FIGURA 1: Aspecto clínico do arco inferior na consulta inicial.

As primeiras etapas do tratamento consistiram na educação em saúde com o propósito da mudança de hábitos dietéticos e higiênicos, visando à melhora da saúde bucal da paciente. Foram realizados IHO-S e profilaxia profissional quinzenal, ISG inicial e final, remoção de cálculo supragengival, selantes nas faces oclusais de molares permanentes, pulpectomia e restaurações convencionais.

A próxima etapa foi a reconstrução do segundo molar decíduo inferior direito (85) pela técnica restauradora indireta em resina composta, que se encontrava extensamente destruído, baseada na descrição de Giro *et al.*⁸ (1997), de acordo com a seqüência abaixo descrita.

Após a remoção do tecido cariado e pulpectomia, completou-se as paredes de esmalte socavado com ionômero de vidro; nas paredes e ângulos retentivos, foi adicionada resina composta para torná-las ligeiramente expulsivas (figura 2). Em seguida, realizou-se a moldagem parcial com sílica de condensação Silon 2 APS[®] (Dentsply) base pesada e, posteriormente, procedeu-se à moldagem com a sílica leve (figura 3). Obtido o modelo, o preparo foi isolado com isolante Cel lac[®] (SS White), a restauração confeccionada em pequenos incrementos de resina (Filtek P60[®] cor A2 - 3M) e

fotopolimerizados a cada 40 segundos (figuras 4 e 5). O acabamento foi realizado com brocas multilaminadas da série dourada para acabamento em resina composta e o polimento com discos de feltro e pastas para polimento Poli 1[®] e Poli 2[®] (FGM), no modelo de gesso.



FIGURA 2: Aspecto do elemento 85 pós colocação do cimento de ionômero de vidro e resina composta.

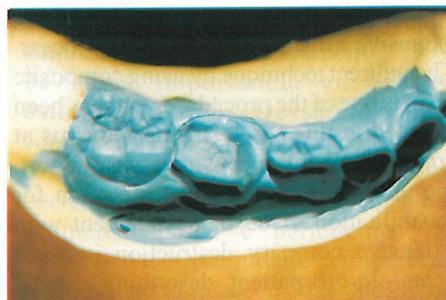


FIGURA 3: Moldagem com sílica de condensação base leve e pesada.



FIGURA 4: Confeção da restauração indireta por meio da técnica incremental no modelo de gesso.



FIGURA 5: Fragmento em resina composta fotopolimerizável.

A fase seguinte consistiu na prova do fragmento, profilaxia com pedra pomes e água e condicionamento ácido da peça e do elemento dentário (figuras 6 e 7). A cimentação foi realizada com cimento resinoso dual, Dual Cement[®] (Vivadent), seguido de fotopolimerização por 40 segundos (figura 8). Posteriormente

foram removidos os excessos e feitos os ajustes oclusais (figuras 9 e 10). Ao final do tratamento (decorridos 7 meses), a paciente obteve IHO-S 1 e ISG 0,01%.

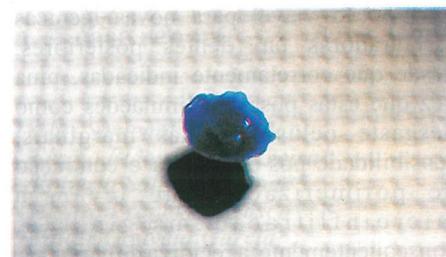


FIGURA 6: Condicionamento ácido do fragmento.



FIGURA 7: Condicionamento ácido do elemento dentário 85.



FIGURA 8: Cimentação fragmento e fotopolimerização.



FIGURA 9: Aspecto do elemento em oclusão.



FIGURA 10: Aspecto final da restauração do dente 85.

COMENTÁRIOS

Conforme Vieira & Maccagnan¹⁹ (1998), a resina composta tem se mostrado uma opção viável para novas técnicas restauradoras em dentes posteriores, desde que corretamente indicadas, uma vez que estas possuem limitações como desgaste oclusal, falhas marginais, sensibilidade pós-operatória e contração de polimerização que levam a microinfiltração marginal e, conseqüentemente, a recidiva de cárie.

Porém, de acordo com Bandeira *et al*¹ (1998), na técnica indireta em que se utiliza a fotopolimerização pela luz, ocorre uma melhora significativa das propriedades mecânicas das resinas compostas, como resistência ao desgaste, dureza, estabilidade de cor e diminuição da degradação hidrolítica. Com base nestes achados, selecionou-se a utilização da técnica restauradora indireta em resina composta para a situação clínica descrita no presente trabalho.

Outras vantagens da técnica restauradora indireta seriam o tempo de atendimento clínico diminuído, de grande valia no atendimento de pacientes infantis, bem como a simplicidade do procedimento, podendo ser realizado no consultório do profissional sem necessidade de grande aparato tecnológico. Esta assertiva é confirmada por Fonoff & Corrêa⁶ (1998).

Face ao exposto, constata-se que, quando há indicação clínica e a confecção é correta, as incrustações em resina composta constituem um método eficiente na solução estética e funcional de grandes destruições coronárias em molares decíduos, corroborando com as afirmações de Imparato *et al*⁹ (1998), Cavalcanti & Lacerda³ (1999), Volpato & Crepaldi²⁰ (2000), Leite *et al*¹¹ (2001), Tamay *et al*¹⁸ (2003) e Rank *et al*¹⁷ (2003).

Torna-se importante lembrar que, quando o procedimento restaurador se torna um tratamento isolado, não inserido em uma proposta que contemple os fatores etiológicos e determinantes da doença cárie, apenas será mantido o ciclo repetitivo de restaurações, o que, em última análise, não representa saúde (Feldens⁵ 1998).

No caso apresentado, houve melhora da saúde bucal da paciente devido à diminuição IHO-S e ISG, sugerindo que o tratamento instituído se inseria na filosofia da promoção de saúde.

CONCLUSÃO

Com base na literatura pesquisada e na realização deste caso clínico, é lícito concluir que a técnica de restauração indireta, em resina composta para dentes posteriores, é uma opção viável na reabilitação de grandes destruições coronárias em elementos decíduos, por sua simplicidade, estética favorável e diminuição do tempo clínico de atendimento. Em adição, as condutas clínicas instituídas para a paciente possibilitaram a melhora de seu quadro clínico.

SUMMARY

It's still common in clinical practice situations such as primary teeth becoming extensive affected for the caries process. The indirect technique by using composite resin is one of the procedures that has been adopted in this case. This article aims at approaching, by means of a case report, the utilization of indirect restoration for rehabilitation of 85 dental element with extensive coronary destruction in an 8 years old girl patient, describing clinical and laboratorial stages of this procedure.

UNITERMS

Composite resins, Primary tooth; Indirect restorative

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bandeira MFCL, Castro SL, Pinto XC, Martins JR. Restaurações estéticas indiretas em dentes posteriores: uma alternativa viável utilizando vidro cerâmico e resina composta. *Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica* 1998 jul/ago;2(10):23-7.
2. Brodberson SP. Complete-crown and partial-coverage tooth preparation designs for bonded cast ceramic restorations. *Quintess Int* 1994 aug;25(8):535-9.
3. Cavalcanti AL, Lacerda AHD. Restaurações indiretas: técnica alternativa na reabilitação bucal em odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 1999 jul/ago;2(8):274-6.
4. Cavanaugh RR, Croll TP. Resin-bonded ceramic onlays for retained primary molars with infraocclusion. *Quintess Int* 1994 jul;25(7):459-63.
5. Feldens CA. Cárie Oclusal: Diagnóstico, prevenção e tratamento. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 1998 out/dez;1(4):56-61.
6. Fonoff RN, Corrêa MSNP. Resinas compostas. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos; 1998, p.431-49.
7. Fonseca ASMN, Magluf TRF, Monteiro GQM, Silva CHV, Menezes Filho PF. Resinas compostas diretas utilizadas na confecção de restaurações indiretas. Disponível em:

<http://www.odontologia.com.br/imprimir.asp?id=465&idesp=3>. Acesso em 07 de set. 2005.

8. Giro EMA, Hebling J, Bausells J. Reabilitação Bucal em Odontopediatria. In: Bausells J. *Odontopediatria. Procedimentos clínicos*. São Paulo: Premier; 1997, p.125-38.
9. Imparato JCP, Long SM, Trindade CP, Guedes-Pinto AC. Reconstrução de molares decíduos através da técnica restauradora indireta com resina composta: acompanhamento clínico e radiográfico de 2 anos. *Rev pos-grad* 1998 abr/jun;5(2):133-7.
10. Krejci I, Lutz F, Reimer M. Wear of CAD/CAM ceramic inlays: restorations, opposing cusps, and luting cements. *Quintess Int* 1994 mar;25(3):199-207.
11. Leite TJR, Albuquerque SSL, Cavalcanti AL. Restauração indireta em resina composta na clínica odontopediátrica. *Rebrasa* 2001;5(1):81-4.
12. Mathias RS, Kramer PF, Imparato JCP, Guedes-Pinto AC. *Dentística Operatória e Restauradora*. In: Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria* 6 ed. São Paulo: Santos; 2000, p.569-607.
13. Mondelli J, Farnco EB, Valera RC, Ishikiriyama A, Pereira JC, Francischone CA. *Dentística, procedimentos pré-clínicos*. São Paulo: Premier; 1998. Selamento de cicatrículas e fissuras cap.5, p.49-54.
14. Mondelli J, Francischone CE, Pinheiro RF, Dias AR. Incrustações de resina composta com e sem cobertura cuspeada. *Rev ABO Nac* 1998 abr/maio;6(2):113-9.
15. Ostrom CA. *Cariologia clínica*. In: Menaker L. *Cárie Dentária. Bases Biológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1984, p.390-402.
16. Primo LA, Maia LC, Souza IPR. *Técnicas e materiais na odontopediatria Atual*. In: Cardoso RJA, Machado MEL. *Odontologia, Arte e Conhecimento. Série EAP/APCD, v. 2*. São Paulo: Artes Médicas; 2003, p.41-69.
17. Rank RCIC, Moraes D, Imparato JCP, Bussadori SK. Técnica restauradora semi-direta extra-bucal de molar decíduo em uma única sessão. (acompanhamento de 2 anos). *Publ UEPG Ci Biol Saúde* 2003 set/dez;9(3/4):15-20.
18. Tamay TK, Oliveira LB, Wanderley MT, Rodrigues CRMD. Restaurações indiretas em resina composta: técnica alternativa para reconstrução de molares decíduos. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003 maio/jun;6(31):188-94.
19. Vieira D, Maccagnan LCG. Restaurações indiretas em resinas compostas - 17 anos de estudo. *Rev Paulista de Odontol* 1998 maio/jun;20(3):4-11.
20. Volpato LER, Crepaldi AA. Opções restauradoras e protéticas em odontopediatria - apresentação de caso clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2000 mar/abr;3(15):424-30.

AUTOR RESPONSÁVEL

Jainara Maria Soares Ferreira
 Av. Mar da Noruega, 66/303, Intermars, Cabedelo - PB
 Telefone: (83) 3248-2407 - CEP 58310000
 E-mail: jainara.s@ig.com.br

Recebido para publicação: 05/10/2006
 Aceito para publicação: 05/12/2006