

TÉCNICA DIRETA ESPECIAL PARA RESTAURAÇÕES COM RESINA COMPOSTA EM DENTES POSTERIORES. AÇÃO DE DISPOSITIVO PARA OBTENÇÃO DA RELAÇÃO DE CONTATO E MATRIZ PARA OCLUSAL

SPECIAL DIRECT POSTERIOR TEETH WITH COMPOSITES.

DEVICE ACTION TO GET CONTACT RELATION AND OCLUSION MATRIX.

Usede Fernando Fontana *
Edson Alves de Campos **
Roque J. Mérida Jr ***
Walter Martins ****

RESUMO

São relatadas técnicas de restaurações estéticas diretas para lesões cáries de classe II extensas em pré-molares, com comprometimento do espaço biológico periodontal. É mostrada toda a sequência de tratamento, desde a obtenção da saúde periodontal até a técnica restauradora

com resina composta, utilizando matriz oclusal confeccionada com cimento cirúrgico fotopolimerizável (Barricaid) para restabelecimento da anatomia oclusal, bem como espátulas especiais (Contact-Pró) para obtenção de relação de contato adequada.

UNITERMOS

Resina composta - Dentes posteriores - Aumento de coroa clínica - Matrizes para oclusal

SUMMARY

The event of the dentin bonding adhesive and the improve of the mechanical and biologic properties of the composite resins has permitte posterior teeth's restorations with clinical sucess. It was related direct adhesive esthetic restorations to large class II cavity prepare in pre-molars, with the periodontal biologic space altered. All the treatment

sequence has been showed, since the ridge augmentation, wich would care periodontal health, until the restoration technique. To restabilish of the oclusal anatomy a matrix of light cure periodontal cement (Barricaid - Dentsply) was carried out, as well special instruments (Contact-Pró) in order to archieve the correct contact relation.

UNITERMS

Composite resin - Posterior teeth - Ridge augmentation - Oclusal matrix

* Professor Titular em Dentística Restauradora da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

** Pós Graduando em Dentística Restauradora - Nível de Mestrado, pela Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

*** Pós Graduando em Dentística Restauradora - Nível de Mestrado, pela Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

**** Pós Graduando em Periodontia - Nível de Mestrado, pela Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

INTRODUÇÃO

Apesar da técnica já consagrada do amálgama como material restaurador de dentes posteriores, a influência atual da Odontologia Estética desenvolveu grande avanço com melhorias das características e propriedades físicas e mecânicas das resinas compostas. Este avanço viabilizou a utilização deste material na restauração de dentes posteriores, possibilitando melhor resultado estético quando comparado com o amálgama dental^{1,2}.

No entanto, a resina composta ainda possui vários inconvenientes como material restaurador³. Por ser um material com dificuldades de condensação de encontro à matriz e dente adjacente em caixas proximais, torna-se difícil a obtenção de relação de contato apropriada. Além disso, o preparo cavitário para resina composta sempre que possível deve ter o ângulo cavosuperficial formado por esmalte, a fim de possibilitar adesão adequada do sistema adesivo e

material restaurador. O desgaste oclusal é outro inconveniente da resina composta quando comparada com o amálgama dental. Este desgaste ocorre devido à atrição da restauração contra o dente antagonista e também devido ao próprio atrito dos alimentos e escovação. A escultura oclusal também é uma etapa de difícil execução, uma vez que é realizada com fresas multilaminadas ou pontas diamantadas que podem provocar desgastes da estrutura dental durante este procedimento, ou seja, simultaneamente ao desgaste da resina composta.

Alguns procedimentos operatórios em Dentística Restauradora, como por exemplo o tratamento das paredes internas da cavidade e suas implicações sobre o complexo dentina-polpa, bem como os contornos e os limites da parede cervical que podem influenciar a saúde periodontal, devem ser considerados sob um conceito de integração clínica, criando áreas de atuação conjunta como a Interrelação Periodontia/Dentística.

CASO CLÍNICO

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

O paciente apresentava lesões cáries de classe II nos dentes 24 e 25 (Fig. 1).



Figura 1 : Caso clínico inicial: lesões proximais nos dentes 24 e 25.

Após a remoção do tecido cariado, constatou-se que na cervical havia invasão do espaço biológico. Imediatamente, as cavidades foram preenchidas com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável (Vitremmer) com auxílio da seringa Centrix. Nesse momento, realizamos a moldagem da arca da com alginato e confeccionamos o

modelo de estudo, onde após escultura foi possível a confecção das matrizes oclusais sobre o modelo. O paciente foi então encaminhado para a realização da cirurgia periodontal.

Após a adequação do meio para o procedimento cirúrgico periodontal, constatamos a presença de bolsa periodontal que deveria ser eliminada durante o ato cirúrgico. Neste caso, vimos que existia apenas 1 mm entre a parede cervical do preparo e a crista óssea alveolar. O procedimento cirúrgico que utilizamos para a recuperação deste espaço foi a realização de uma osteotomia, reduzindo a crista óssea alveolar até atingir o mínimo requerido para espaço biológico. Este procedimento foi completado com osteoplastia para reconstituição da curva parabólica da crista alveolar óssea, evitando a formação de uma arquitetura óssea reversa (Fig. 2).



Figura 2 : Cirurgia periodontal. Espaço biológico recuperado. Osteoplastia da crista alveolar

Foi feita então a sutura dos tecidos e a área foi coberta com cimento cirúrgico, após exercer leve pressão sobre os tecidos com gaze embebido em soro fisiológico, para permitir melhor adaptação do retalho ao osso adjacente. Aguardou-se 6 semanas após a realização da cirurgia para a intervenção restauradora, permitindo a cicatrização adequada e estabilização da margem gengival.

Durante o período de cicatrização, foram confeccionadas duas matrizes para os dentes 24 e 25 através da seguinte técnica:⁶

- enceramento dos dentes interessados no modelo de gesso para obtenção de anatomia oclusal mais adequada;

- isolamento do modelo com glicerina;

- aplicação do cimento cirúrgico sobre os dentes, adaptando-o à anatomia oclusal com ligeira pressão digital, envolvendo os terços oclusais da vestibular e lingual e as cristas marginais dos dentes vizinhos;

- polimerização do cimento por 60 segundos;

- remoção da matriz;

- aplicação da luz polimerizadora na face interna da matriz, por 60 segundos;

- aplicação de glicerina na face interna da matriz;

- armazenagem em frasco limpo e bem vedado.

As matrizes apresentaram características de consistência elástica, firmes e não friáveis, o que facilita adaptação e remoção sem que ocorram deformações ou fraturas.

PROCEDIMENTO RESTAURADOR

- Profilaxia: Efetuada com pasta de pedra pomes e água com o auxílio de taça de borracha. Não está indicada a utilização de pastas profiláticas não hidrossolúveis, pois estas possuem produtos gordurosos que poderiam prejudicar a técnica restauradora.

- Seleção da cor: Feita rapidamente, com o cuidado de umedecer os dentes da escala e do paciente com saliva, selecionando as cores na cervical, proximais, porção média, crista marginal, bem como fundo de sulcos, no mínimo.

- Isolamento do Campo Operatório: Sempre que se manipula resina composta, optamos por isolamento absoluto com dique de borracha, pois este oferece campo operatório completamente livre de umidade, além das proteções e facilidade de trabalho proporcionados.

- Preparo cavitário: Os preparos foram executados de maneira convencional, de forma que a cavidade final apresentou-se com os ângulos internos arredondados e todo o ângulo cavo-superficial em esmalte, tornando possível a obtenção de excelente grau de veda-

mento marginal, diminuindo as possibilidades de cáries recorrentes e microinfiltrações^{1,2}. Apesar de alguns autores preconizarem a confecção de um bisel no cavo-superficial oclusal com o objetivo, entre outros, de aumentar a área de condicionamento ácido, nós contra-indicamos este procedimento, uma vez que criaria uma região da restauração de pouca espessura e, desta forma, mais suscetível a fraturas durante as funções fisiológicas do dente, além de outras justificativas que demonstram a não necessidade de bisel na oclusal, ou seja, onde recebe carga de oclusão direta.

- Proteção pulpar: Como a cavidade estava completamente preenchida com cimento de ionômero de vidro, a base cavitária ficou constituída do próprio cimento remanescente após o preparo estar concluído.

- Condicionamento ácido: O esmalte foi condicionado por 30 segundos com ácido fosfórico a 37%, sendo a dentina exposta, menos o cimento de ionômero de vidro, condicionada com ácido fosfórico a 10%, durante 15 segundos. Após o tempo de condicionamento, o ácido foi lavado abundantemente com água e a cavidade foi mantida úmida, sem saturação, até a aplicação do sistema adesivo.

- Aplicação do sistema adesivo: O sistema adesivo foi utilizado conforme as instruções do fabricante.

- Inserção da resina composta: Dentro das cores selecionadas a inserção foi feita em incrementos oblíquos³ com o objetivo de reduzir os efeitos indesejáveis da contração de polimerização. Cada incremento foi polimerizado por 40 segundos com lâmpada de alta intensidade luminosa, sempre inicialmente colocada da cervical para oclusal, por vestibular e lingual, buscando minimizar o efeito da contração. Na restauração do dente 24, não utilizamos cunha reflexiva, uma vez que a remoção de possíveis excessos seria facilitada pela ausência de contato com o dente 25. A resina composta para definir a cor do fundo de sulco foi estrategicamente colocada antes da última porção oclusal. Após a acomodação da última camada de resina composta na face oclusal, a matriz de Barricaid previamente isolada com glicerina foi posicionada na oclusal e pressionada de encontro ao dente, sendo a resina composta polimerizada através da matriz por 60 segundos. Após a remoção da matriz, realizamos uma polimerização complementar por mais 60 segundos. Para a realização da restauração do dente 25 usamos outros dispositivos e técnicas com o objetivo de obtermos relação de contato e selamento o mais perfeito possível da cavidade. Após o posicionamento da matriz transparente, colocamos a cunha re-

flexiva em posição de palatino para vestibular e fizemos a inserção da resina composta utilizando a técnica incremental oblíqua, sendo que durante o preenchimento da caixa proximal e na região pré-definida utilizamos uma espátula especial (Contact-Pró) (Fig. 3), que pressionada de encontro ao dente adjacente possibilita a obtenção de relação de contato apropriada. A matriz oclusal específica para o 25 foi utilizada exatamente na mesma técnica descrita acima para o dente 24 (Fig. 4).



Figura 3 : Dispositivo Contact-Pró na obtenção da relação de contato do dente 25.



Figura 4 : Utilização da matriz para oclusal do dente 25.



1981

ODONTO ATELIÊR DE PRÓTESE LTDA.

Agora com sistema cerômero.
Coroas e Pontes Fixas de Targis Vectris sem metal

João Inácio Ferreira - CRO-GO TPD 140
Mirna Inácio Ferreira - CRO-GO TPD 032

(062) 214-3022 - 214-3122

Rua 22, nº 444, Qd. H-9, Lt. 19 - S. Oeste - CEP 74.120-130



Figura 5 : Caso clínico terminado. Restaurações de classe II com resina composta nos dentes 24 e 25.

- Eliminação dos excessos: Os excessos foram controlados desde a inserção do material, de maneira que os existentes foram eliminados na proximal com lâminas de bisturi 11 e 12, e na oclusal removidos com fresas multilaminadas.

- Acabamento e polimento: Foi executado uma semana após a realização das restaurações, utilizando fresas multi-laminadas, pontas diamantadas de granulação fina e extra-fina, bem como pontas de silicone (Fig. 5).

CONCLUSÕES

1 - Mesmo sem a utilização de esferas pré-polymerizadas e pontas fotocondensadoras, o dispositivo Contact-Pró possibilita fácil e boa obtenção de relação de contato.

2 - O uso de matriz na oclusal, simplifica a escultura da região, diminui o tempo clínico, restabelece ou mantém a oclusão correta, bem como define estética bastante favorável.

3 - Tanto a cirurgia periodontal como as restaurações foram sucesso clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Burke, F.J.T. Posterior Composites: The current status. *Dental Materials*, 6:227-39, 1988.
- 2 - Fairhurst, E.J.M. et alli. Clinical performance of sealed composite restorations placed over caries compared with sealed and unsealed amalgam restorations. *JADA*, 115: 689-94, 1987.
- 3 - Hinoura, K. et alli. Cavity design and placement techniques for class 2 composite. *Oper Dent*, 13:12-19, 1988.
- 4 - Lambrechts, P. et alli. Evaluation of clinical performance for posterior composite resins and dentin adhesives. *Oper Dent*, 12:53-78, 1987
- 5 - Lutz, F. et alli. Elimination of polymerization stresses at the margins of posterior composite resin restorations: a new restorative technique. *Quint Int*, 17:777-84, 1986.
- 6 - Mandarino, F. et alli. Uma nova técnica de restauração com resina composta em dentes posteriores. *RGO*, 37(6):460-6, 1989.
- 7 - Silvers, J.G. & Johnson, G.K. Periodontal and restorative considerations for crown lengthening. *Quint Int*, 12: 833-6, 1985.

Endereço para correspondência :
R. Humaitá, 1680 - Araraquara/SP
CEP: 14 801-903



Dr. Sérgio Barbosa Mala Andrade **Dra. Lucrécia Prates Andrade**
CRO 3217/GO - CRO 2197 15/MT CRO 4149-GO
Pós Graduação FOP - UNICAMP Pós Graduação - UESP
MESTRADO ORTODONTIA ORTODONTIA

■ Rua 132 nº 391 - Setor Sul - Goiânia - Goiás Fone (062) 281-6778
■ Rua Valdir Rabelo 620 - Centro - Barra do Garças MT - Fone (065) 861-3360



ODONTOLÓGICA

Dr. **SALSO COSTA LOPES**
CRO - GO 1414

PRÓTESE DENTAL / ESTÉTICA

Rua 144, nº 155 - Setor Marista
Goiânia GO - (062) 241-8833

LECROD COLÉGIO DE
PROTÉSE
DENTÁRIA
DE GOIÂNIA

APARELHOS ORTODÔNTICOS REMOVÍVEIS

Luismar Silva de Paula
TPOCRO-GO 049

Rua do Babaçu - Qtd. 29 Lt. 18
Goiânia 2 - Fone: 205-6039
Goiânia - GO

Dr. Wanderley Kenedy
CRO - ESP-GO 2939

Como mudar seu sorriso com a Odontologia Estética

Curso de habilitação pela Nobel Biocare em implantes, parte cirúrgica e protética

Clínica Odontológica de Reabilitação Estética C.O.R.E

Av. 136 nº 745 - salas 10 e 11 - Gal. Yucatã - Setor Sul
Tel. 281-2978/241-4715 - Fax.: 281-2978