

Uso de Restaurações Indiretas na Correção da Infra-Oclusão: Relato de Caso

Use of Indirect Restorative Technique for the Correction of Retained Primary Molar: Case Report

Natalino LOURENÇO NETO¹, Carla V. GURGEL¹, Tatiana Y. KOBAYASHI¹, Maria F. B. BIJELLA², Thais M. OLIVEIRA³, Maria A. A. M. MACHADO³, Daniela RIOS³

1- Mestre, Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Disciplina de Odontopediatria, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

2- Professor do Departamento de Odontopediatria, Saúde Pública, Pacientes com Necessidades Especiais, Odontologia Social e Preventiva, Faculdades Integradas Aparício Carvalho, FIMCA.

3- Professor do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

RESUMO

A infraoclusão de molares decíduos é uma situação clínica que pode causar prejuízos ao desenvolvimento da oclusão do paciente, mas com o desenvolvimento das técnicas e materiais odontológicos nos últimos anos, esse quadro clínico pode ser

solucionado através de uma terapia mais conservadora. Este trabalho tem como objetivo apresentar a reabilitação de um dente em infraoclusão através da utilização de uma restauração indireta em resina composta. Esta técnica permite restabelecer as dimensões anatômicas, o equilíbrio oclusal e a estética da criança. Ao final pôde-se concluir que as restaurações indiretas em resina são uma boa opção de tratamento conservador para os casos de infraoclusão na dentição decídua.

PALAVRAS-CHAVE: Infraoclusão, molares decíduos, reabilitação, restauração indireta, resinas compostas.

INTRODUÇÃO

As restaurações indiretas feitas de resina composta, somadas à evolução dos sistemas adesivos, são hoje uma boa alternativa de uso nas reconstruções de dentes decíduos¹⁻⁴, e também são utilizadas nos casos de anodontias e dentes em infraoclusão.

A infraoclusão de molares decíduos é uma anomalia de irrupção em que o dente afetado encontra-se aquém do nível do plano oclusal. Nestes dentes, há paralisação da atividade erupção após a emergência na cavidade bucal o que em alguns casos pode comprometer a oclusão normal. Em outras situações clínicas pode levar a alterações como perda de espaço, redução do comprimento do arco, supraoclusão do dente antagonista, retenção prolongada, retenção de placa, inflamação gengival, alteração do contorno ósseo e mordida aberta posterior^{5,6}.

Nesses casos, torna-se importante realizar um tratamento reabilitador conservador, com o objetivo de manter o dente decíduo na cavidade bucal, para que o mesmo auxilie o equilíbrio oclusal, com a manutenção do tamanho do arco dental e evite a extrusão do dente antagonista. Sendo assim, o cirurgião-dentista pode lançar mão de terapias conservadoras, tais como o uso das restaurações indiretas, feitas em resina composta ou acrílica, tração ortodôntica e coroas de aço⁷. Em algumas situações clínicas ainda há a possibilidade de extração seguida do uso de mantenedores de espaço, banda-alça ou funcional^{8,9}.

O objetivo deste trabalho é apresentar a reabilitação de um molar decíduo em infraoclusão por meio da técnica da restauração indireta em resina composta, de forma que as dimensões

anatômicas, a oclusão e a estética da criança sejam restabelecidas.

CASO CLÍNICO

Paciente com 7 anos compareceu à clínica de Odontopediatria para atendimento de rotina. Após a profilaxia e o exame clínico verificou-se que o dente 54 apresentava-se em infraoclusão (Figuras 1A-B). Com o objetivo de confirmar o diagnóstico clínico e analisar o estágio de Nolla do sucessor permanente, radiografias panorâmica (Figura 2) e periapical foram solicitadas. Em seguida foi realizado o plano de tratamento, e optou-se então pela correção da infraoclusão por meio da utilização de uma restauração indireta em resina composta.

Inicialmente foi colocado um elástico no contato interproximal entre os dentes 54 e 55 com o objetivo de ganhar espaço para o preparo do dente (Figura 3). Após 24 horas, o elástico foi removido e as faces proximais foram preparadas com uma broca diamantada 3216 (KG Sorensen - Brasil) em alta rotação, para remoção do contato interproximal. O preparo foi realizado no nível cervical com uma espessura aproximada de 0,5 mm de desgaste de esmalte, com término em chanfrado. As superfícies vestibular e lingual foram preparadas da mesma forma com desgaste de aproximadamente 0,5 mm de esmalte com término cervical em chanfrado com posicionamento da broca perpendicular a superfície para criar paredes paralelas, levemente convergentes para a oclusal. Por fim, todos os ângulos entre as faces proximais, lingual e vestibular foram arredondados (Figura 4).



Figura 1A-B. Aspecto clínico inicial do dente 54 em infraocclusão.

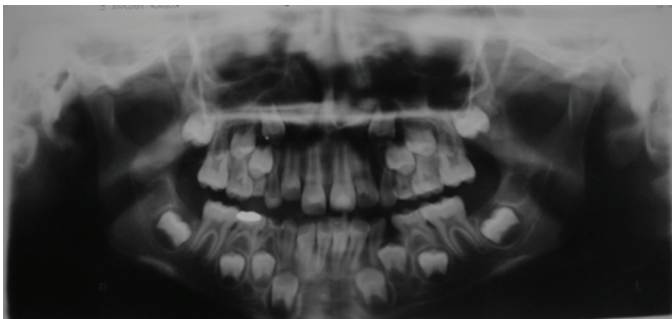


Figura 2. Radiografia Panorâmica.

Em seguida foi realizada uma moldagem do preparo com silicona de adição Express (3M/ESPE - USA), para obtenção do modelo de gesso (Figura 5). Este modelo foi montado em articulador e realizado o enceramento diagnóstico (Figura 6). Posteriormente, a coroa de resina composta foi confeccionada no laboratório pela técnica incremental utilizando a resina Filtek Z250 (3M/ESPE - USA) na cor A2 (Figuras 7 A-B). Os incrementos de resina de no máximo 1 mm foram posicionados da cervical para oclusal e fotopolimerizados, seguindo a anatomia pré determinada no enceramento. Após 1 semana a prova da peça foi realizada para verificação da oclusão e adaptação marginal, os excessos foram removidos com brocas multilaminadas.

A cimentação da coroa foi realizada sob isolamento relativo, após condicionamento da superfície interna da peça e do dente com ácido fosfórico a 37% (Dentsply - USA) por 15 segundos. Em seguida foi aplicado o sistema adesivo Single Bond (3M/ESPE - USA) e a coroa foi cimentada com Rely X (3M/ESPE -

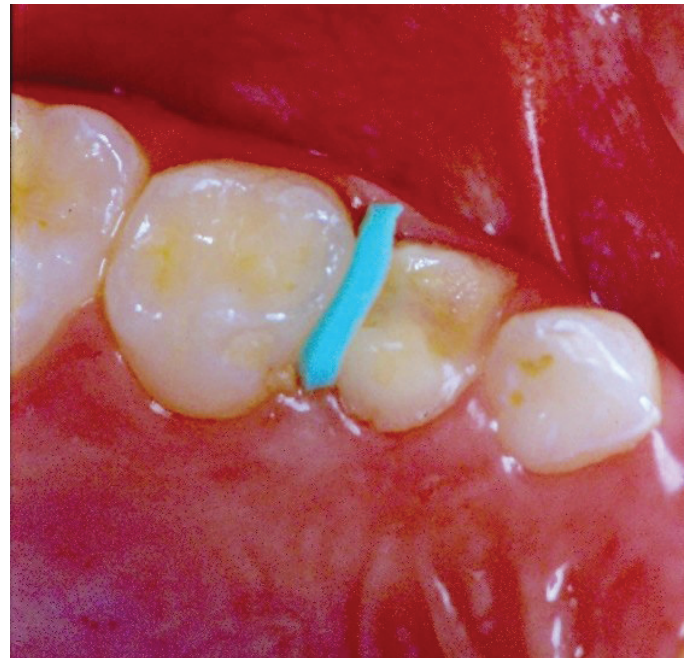


Figura 3. Elástico interproximal em posição para ganhar espaço.



Figura 4. Preparo para a restauração indireta finalizado.

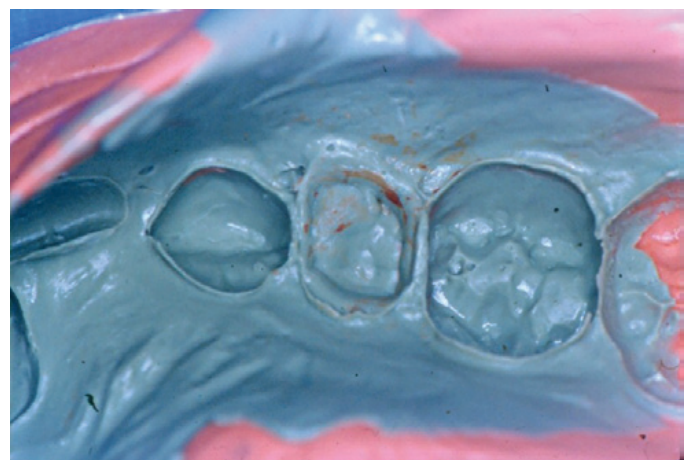


Figura 5. Moldagem com silicona de adição.

USA) (Figuras 8A-B). Após a cimentação da coroa foi checada a oclusão e realizada uma radiografia periapical para confirmar a adaptação final da peça (Figura 9).

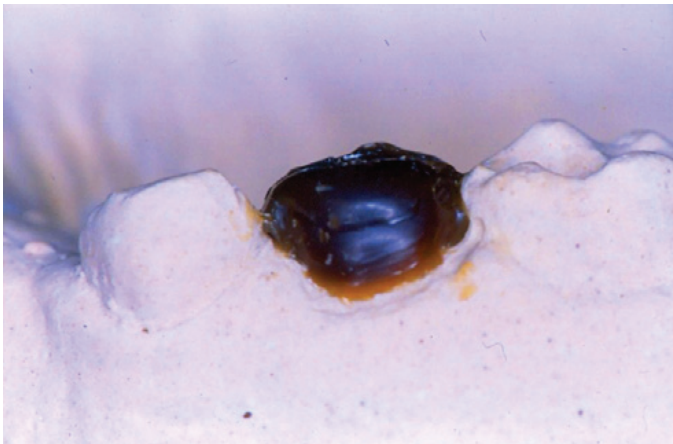


Figura 6. Enclavamento diagnóstico.



Figura 7A-B. Modelo de gesso pedra com a restauração indireta.



Figura 8A-B. Restauração indireta após a cimentação.



Figura 9. Radiografia Periapical para confirmar a adaptação final da peça.

O paciente foi acompanhado clínica e radiograficamente até a esfoliação do dente e erupção do respectivo dente permanente.

DISCUSSÃO

A infraoclusão apresenta uma prevalência de 6% na dentição decídua, sendo os dentes mais afetados os primeiros molares¹⁰. Segundo Campos⁶ (2003) o diagnóstico da infraoclusão não é difícil, pois pode ser observado clinicamente e confirmado a partir de um exame radiográfico, já que os dentes apresentam uma área de anquilose nas superfícies proximais. No relato de caso clínico apresentado verificou-se o quadro de infraoclusão no exame clínico, o qual foi confirmado após exame radiográfico.

A etiologia da infraoclusão não é completamente conhecida, assim como o seu mecanismo de iniciação. Existem hoje diversas teorias que tentam explicá-la, desde distúrbios metabólicos

locais durante a rizólise, distúrbios locais, traumas e até predisposição genética^{11,12}. Em alguns casos pode também estar relacionada ao deslocamento apical do dente ou ao deslocamento oclusal dos dentes vizinhos. Esta anomalia pode levar a diversas consequências como, por exemplo, inclinação méso-distal dos dentes adjacentes, perda de espaço com conseqüente diminuição do perímetro do arco dentário, extrusão do dente antagonista, alteração no posicionamento do germe do dente permanente sucessor, mordida aberta posterior, atraso na esfoliação do dente decíduo e no irrompimento do dente sucessor^{5,6}. No

presente caso clínico, a anamnese não revelou nenhum fator local ou sistêmico que pudesse estar relacionado à infraoclusão, e o sucessor permanente apresentou-se normal, irrompendo adequadamente na cavidade bucal. No entanto, não se sabe se isto teria acontecido caso o tratamento de restabelecimento oclusal não houvesse sido realizado.

O diagnóstico e o tratamento precoce da infraoclusão auxiliam em um melhor prognóstico com o objetivo de permitir a erupção normal do sucessor permanente, e devem sempre ser analisados a idade do paciente, o grau de rizólise do dente e a severidade dos danos causados pela anomalia. Na literatura são encontrados diversos tipos de tratamentos, desde os mais conservadores, como o acompanhamento clínico e radiográfico sem intervenção, até a exodontia do elemento dentário e o uso de mantenedores de espaço^{11,12}. No caso clínico apresentado, o paciente apresentava 7 anos de idade, desta forma a erupção do sucessor permanente demoraria no mínimo 3 anos, estes dados foram confirmados na radiografia, pois o dente 54 não apresentava rizólise avançada e o dente sucessor permanente não apresentava mais de dois terços de raiz formada, ou seja, não apresentava força eruptiva e a exodontia não estava indicada como tratamento da anquilose.

Dentre as várias opções de tratamentos, o uso de restaurações indiretas feitas em resina composta aparece como uma boa alternativa, já que apresenta diversas vantagens, como sessões de atendimento mais curtas, uma vez que os estágios de confecção da restauração se processam no laboratório, melhor adaptação marginal frente às restaurações diretas, menor chance de infiltrações, devido à evolução dos materiais para cimentação e por fim o processo de polimento e ajuste da peça permitem uma superfície mais uniforme e estética²⁻⁴. Outra opção seriam as coroas de aço, que também requerem sessões curtas, entretanto o desgaste para sua confecção é 0,5 mm subgingival e por serem pré-fabricadas sua adaptação cervical não é ideal, mesmo após a adaptação com o alicate 114. Outro problema das coroas de aço é a anatomia oclusal, que também é pré-determinada e não é confeccionada individualmente de acordo com o dente antagonista, como é feito com as coroas indiretas de resina composta.

Após a confirmação do quadro de infraoclusão no caso relatado, optou-se pela utilização de uma restauração indireta feita em resina composta, visto as vantagens já descritas, otimizando as sessões de atendimento e causando o mínimo desconforto ao paciente.

A constante evolução dos materiais dentários, em especial as resinas e os sistemas adesivos, faz destes materiais uma boa opção na atualidade, principalmente devido às suas características de dureza mais semelhantes às do dente decíduo, assim como a boa adesividade e estética^{1,12}. A opção pela restauração indireta também traz outras vantagens, como a diminuição da contração de polimerização que inevitavelmente ocorre nas restaurações diretas. Além disso, quando comparada com a restauração direta, a técnica indireta permite uma melhor escultura da anatomia proximal e oclusal do dente a ser reabilitado¹².

Outro aspecto bastante importante é que as restaurações indiretas podem ser facilmente executadas por qualquer cirurgião-dentista em seu consultório, sem a necessidade de equi-

pamentos complexos, nem encaminhamento para laboratórios especializados e, ao final, obtém-se um tratamento conservador da infraoclusão. Esta técnica preserva a anatomia dental, os espaços do arco dentário e a oclusão normal do paciente até o dente sucessor permanente irromper. No caso clínico descrito, a peça foi confeccionada a partir do modelo de gesso do paciente, o que demonstra a facilidade de execução da técnica e o resultado final bastante estético, funcional e satisfatório.

CONCLUSÃO

No caso clínico descrito o uso da restauração indireta para o tratamento da infraoclusão de um molar decíduo foi uma boa alternativa dentre as várias opções descritas na literatura. Esta técnica apresenta diversas vantagens, principalmente para o odontopediatra, devido à rapidez nas sessões de atendimento e ao bom resultado clínico final, já que não afeta o desenvolvimento da dentição permanente.

REFERÊNCIAS

1. Villalta P, Oliveira LB, Imparato JCP, Rodrigues CRMD. Indirect Composite Onlay Restorations in Primary Molars: a clinical report. *J Pediatr Dent* 2006;31:17-20.
2. Rabêlo RTS, Caldo-Teixeira AS, Puppim-Rontani RM. An alternative aesthetic restoration for extensive coronal destruction in primary molars: indirect restorative technique with composite resin. *J Clin Pediatr Dent* 2005;29:277-81.
3. Gianchetti L, Bertini F, Landi D. Morphological and functional rehabilitation of severely infra-occluded primary molars in the presence of aplasia of the permanent premolar: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2005;93:121-4.
4. Shalish M, Peck S, Wasserstein A, Peck L. Malposition of unerupted mandibular second premolar associated with agenesis of antimere. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121:53-6.
5. Ekim SL, Hatibovic-Kofman S. A treatment decision-making model for infraoccluded primary molars. *Int J Paediatric Dent* 2001;11:340-6.
6. Campos PSF, Lamberti PLR, Silva SJA, Farias JG. Infraoclusão de molares decíduos. *Rev ABRO* 2003;4:76-80.
7. Seale NS. The use of stainless steel crowns. *Pediatr Dent* 2002;24:501-5.
8. Donly KJ, Garcia-Godoy F. The use of resin-based composite in children. *Pediatr Dent* 2002;24:480-8.
9. Wanderley MT, Trindade CP, Corrêa MSNP. Recursos protéticos em odontopediatria. In: Corrêa MSN *et al.* *Odontopediatria na primeira infância*. 1 ed. São Paulo: Santos; 1998:497-512.
10. Vale MP *et al.* Estudo da prevalência da infraoclusão de molares decíduos em crianças da cidade de Belo Horizonte. *Rev Pós-Grad* 1999;6:50-3.
11. Pitoni CM, Teixeira ASC, Almeida ICS, Vieira RS. Restaurações Adesivas Indiretas Opção Clínica para Molares Decíduos em Infra-Oclusão. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* 2006;47:39-42.
12. Dias de Souza GM, Pereira GDS, Paulillo LAMS. Evolução e Aplicações Clínicas das Resinas Compostas Indiretas. *JBD* 2003;2;141-7.

ABSTRACT

Infraoccluded primary molars is a common clinical situation that can cause several damages for the development of occlusion, but with today's development of the techniques and dental materials these clinical situation has several ways to be resolved, returning the occlusal balance for the patient. This article had as aim present a clinical report of a rehabilitation of an in-

fraoccluded primary molar with the use of an indirect restoration in composite resin, designed to restore the anatomical size, the occlusion and esthetics of the child. At the end we can conclude that this technique presents several advantages, especially in Pediatric Dentistry.

KEYWORDS: Infraoccluded, primary molars, rehabilitation, indirect restoration, composite resin.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Natalino Lourenço Neto
Faculdade de Odontologia de Bauru -
Universidade de São Paulo-USP
Departamento de Odontopediatria,
Ortodontia e Saúde Coletiva
Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75
CEP:17012-901, Bauru-SP, Brasil.
Telefone: 14 32358224 Fax:14 32234679
E-mail: natalinoneto@usp.br