LÍVIA PATRÍCIA ROMANINI

POSSIBILIDADE DE MATERIAIS RESTAURADORES EM REABILTAÇÕES ORAIS COMPLEXAS: ESTUDO DE CASO

Araçatuba – SP

2025

LÍVIA PATRÍCIA ROMANINI

POSSIBILIDADE DE MATERIAIS RESTAURADORES EM REABILTAÇÕES ORAIS COMPLEXAS: ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como parte dos requisitos para conclusão da especialização em Prótese Dentária e obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária.

Orientadora: Profa. Marcella Santos Januzzi

Araçatuba – SP

2025

LÍVIA PATRÍCIA ROMANINI

POSSIBILIDADE DE MATERIAIS RESTAURADORES EM REABILTAÇÕES ORAIS COMPLEXAS: ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como parte dos requisitos para conclusão da especialização em Prótese Dentária e obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária.

Orientadora: Profa. Marcella Santos Januzzi

Aprovada em __/__/__ pela banca, composta pelos seguintes professores:

_____

Profª. Dra. Adriana Cristina Zavanelli

_____

Prof. Dr. José Vitor Quinelli Mazaro

_____

Prof. Dr. Rodrigo Sversut

Araçatuba – SP

2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me conceder humanidade, sempre me lembrando que em cada tratamento realizado existe um paciente, com sua história, medos e inseguranças e sempre oro para que isso sempre fique á frente de qualquer decisão tomada.

À minha mãe que é meu espelho, um exemplo de mulher independe e trabalhadora, que em todos os momentos da minha vida me apoiou e me deu forças para continuar, sem nunca deixar de me mostrar que independente de tudo que possa acontecer eu sempre tenho para onde voltar.

Ao meu pai, que já não está mais nesse plano, mas que sempre me estimulou a estudar e ser independente, buscar uma profissão que me eu me realizasse, seu sonho sempre foi me ver formada.

À minha família que sempre me apoiou em todos os momentos, tanto financeiramente durante a época da graduação como intelectualmente, sempre me estimulando a estudar para cursar uma faculdade pública, incutindo esse sonho em mim e após a graduação á buscar cada vez mais me aprofundar e me especializar.

À minha tia e madrinha Vânia, que também foi paciente da pós-graduação, que está com um sorriso lindo, por ter acreditado em mim, como sempre fez em todos os momentos até aqui.

Aos professores incríveis que me ensinaram tanto e ampliaram infinitamente meu campo de visão do que de fato é uma reabilitação e a quais princípios se apegar. Esse curso não foi apenas de como fazer um bom preparo ou uma boa moldagem, é um preparatório integrativo único e completo.

À minha orientadora Marcella Januzzi que sempre me ajudou tanto no desenvolvimento desse trabalho quanto em cada dúvida ou aflição durante as clínicas, sempre com muita proatividade e doçura.

À minha dupla, Jéssica Freire que sempre me ajudou em todos os momentos, quem eu admiro muito como profissional e como pessoa, integra, inteligente, paciente e muito talentosa.

À Aline, que com seu jeito único e autêntico sempre me ajudou e proporcionou que nunca faltasse nenhum material para todos, sempre se dispondo a ajudar até mesmo após seu expediente quando precisei.

Ao meu namorado, Rafael Dall'Amico, que sempre me ajudou e me incentivou em todos os momentos.

Romanini, L. P. Possibilidade de materiais restauradores em reabilitações orais complexas: Estudo de caso. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Prótese Dentária) – Faculdade Sete Lagoas, FACSETE, Araçatuba, 2025.

RESUMO

As reabilitações orais na Odontologia têm um importante papel no reestabelecimento da saúde oral, não só visando melhoras estéticas como também devolver condições que foram perdidas por diversas circunstâncias. O fluxo digital tem um importante papel nesse cenário, possibilitando que reabilitações amplas e complexas se tornem mais acessíveis e rápidas. Os diferentes materiais restauradores proporcionam um leque amplo e possibilidades para reabilitar um paciente de forma integral, de acordo com suas condições financeiras. Portanto, este artigo tem como objetivo apresentar as possibilidades de materiais restauradores em reabilitações orais complexas, com embasamento científico e por meio de um relato de caso clínico executado por nossa equipe. Diversos materiais restauradores podem ser utilizados em reabilitações orais e, por meio de um planejamento prévio e execução bem guiadas, é possível obter excelentes resultados em casos complexos, envolvendo aumento de dimensão vertical. Paciente P.J.A, 56 anos, sexo masculino, apresentava queixas relacionadas a estética insatisfatória, além de restaurações com falhas frequentes. No exame clínico, foi constatada a perda de dimensão vertical, ocasionada por desgastes generalizados combinados aos hábitos parafuncional. O plano de tratamento proposto ao paciente foi reabilitação total superior e inferior, como o paciente no momento não possuía condições de arcar com a reabilitação, foi proposto reabilitar o arco superior, e reabilitar o arco inferior com resina fresada, de forma temporária, na nova DVO, até que o paciente se organize para dar continuidade ao tratamento; os dentes anteriores inferiores seriam apenas realizadas facetas em resina composta, pela técnica direta com o objetivo de fechar a mordida aberta anterior que seria ocasionadas pelo aumento posterior, buscando toques leves e ocasionando uma melhora na estética.

Palavras-Chave: Reabilitação total, materiais restauradores, cerâmicas, resina composta, DVO.

ROMANINI, L. P. Possibilidade de materiais restauradores em reabilitações orais complexas: Estudo de caso. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Prótese Dentária) – Faculdade Sete Lagoas, FACSETE, Araçatuba, 2025.

ABSTRACT

Dental rehabilitation in Dentistry plays a crucial role in restoring oral health, not only by pursuing aesthetic improvements but also by re-establishing functions that were lost due to various circumstances. Digital workflows have a significant impact in this scenario, making extensive and complex rehabilitations more accessible and efficient. The variety of restorative materials provides a wide range of possibilities to fully rehabilitate a patient, in accordance with their financial conditions. Therefore, this article aims to present the possibilities of restorative materials in complex oral rehabilitations, with scientific basis and through a clinical case report performed by our team.

Several restorative materials can be used in oral rehabilitation, and through pre-planning and well-guided execution, it is possible to achieve excellent results in complex cases, including an increase in vertical dimension. Patient P.J.A, 56 years old, male, presented complaints related to unsatisfactory aesthetics, in addition to restorations with frequent failures. The clinical examination revealed a loss of vertical dimension caused by generalized wear combined with parafunctional habits. The treatment plan proposed to the patient was a total upper and lower rehabilitation, but since the patient currently did not have the financial conditions to afford the complete rehabilitation, it was proposed to rehabilitate the upper arch, and rehabilitate the lower arch with milled resin, temporarily, at the new OVD (occlusal vertical dimension), until the patient could afford to continue the treatment; the lower anterior teeth would only have composite resin veneers placed, using the direct technique, with the objective of closing the anterior open bite that would be caused by the posterior increase, seeking light contacts and causing an improvement in aesthetics.

Keywords: Total rehabilitation, restorative materials, ceramics, composite resin, DVO.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 e 2 – Fotografias iniciais de face – frontal e lateral.....12
Figura 3 e 4 - Fotografias iniciais intraoral 13
Figura 5 – Paciente registrado na nova DVO com auxilio de Leaf-Gauge 14
Figura 6- Planejamento virtual estético do sorriso com o software EXOCAD.....14
Figura 7 e 8 – Ensaio estético e funcional.....15 e 16
Figura 9- Guias de silicone de condensação usados como guias de desgaste Vestibular e incisal.....17
Figura 10 e 11 – Preparos realizados e a cor do substrato dentário (A3 – Vita) e do trabalho final (B1 - Vita) 18
Figura 12 - Moldagem dos preparos dentários com silicone de adição leve e regular.....18
Figura 13 e 14 – Laminados cerâmicos confeccionados no fluxo digital.....,,,,,,.19
Figura 15 – Fotografias finais da face.....22
Figura 16 – Fotografias finais intra-orais.....23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....8

2 PROPOSIÇÃO.....11

3 RELATO DE CASO CLÍNICO.....11

4 DISCUSSÃO.....24

5 CONCLUSÃO.....28

REFERÊNCIAS.....29

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a gama de materiais restauradores possibilita diferentes maneiras de realizar uma reabilitação oral, ampliando possibilidades e trazendo diversas opções para se realizar um planejamento, o que gera maior acessibilidade para pacientes que necessitam de reabilitação. Para responder a esta procura, a adequação dos materiais e das técnicas foi a saída para atender à exigência estética dos pacientes, surgindo assim as cerâmicas odontológicas. [1,2].

A estética é um fator primordial na Odontologia, portanto para obtermos o sucesso nas reabilitações orais protéticas com cerâmicas e alcançar uma longevidade e estética adequada nestas restaurações, o que mais influenciará no resultado e trará uma maior previsibilidade é a competência técnica do profissional associado as escolhas corretas ao elaborar um tratamento levando assim ao êxito, e consequentemente, a satisfação dos pacientes no procedimento restaurador [3]. Um planejamento correto une avaliar as condições que levaram o paciente a tal condição, juntamente com as diferentes possibilidades para que seja devolvida a saúde deste, de maneira definitiva ou provisória.

A cerâmica é um material de excelência que possui excelentes características, como biocompatibilidade, estabilidade de cor, longevidade e ainda apresenta propriedades mecânicas que biomimetizam o esmalte dentário [4]. Existem diferentes tipos de materiais cerâmicos, podendo possuir ou não propriedades adesivas, esses materiais podem ser classificados em cerâmicas vítreas (ácido sensíveis) ou cerâmicas não vítreas (ácido resistentes); dentre as cerâmicas vítreas podemos citar a feldespática, leucítica e dissilicato de lítio, já as cerâmicas não vítreas são compostas por alumina infiltrada por vidro,

alumínia/zircônia infiltrada por vidro, alumina densamente sintetiza e óxido de zircônia.

Simultaneamente a evolução das cerâmicas odontológicas, ocorreu o desenvolvimento dos agentes cimentantes, visando a longevidade das restaurações, retenção dos núcleos e das restaurações indiretas na cavidade oral. Para se realizar uma adequada cimentação é necessário um bom tratamento, tanto das superfícies do substrato dental, quanto das superfícies da restauração, o qual pode variar de acordo com as características do sistema adesivo e das características particulares do agente cimentante.[5]

Outros materiais amplamente utilizado são as resinas compostas, que conseguem um desempenho elevado pelo seu excelente potencial estético, longevidade aceitável e relativo baixo custo. Atualmente encontram-se no mercado vários sistemas que permitem ao dentista reproduzir fielmente a anatomia e a morfologia dentária de uma maneira que só as cerâmicas conseguiam [6,7]. A composição da resina composta é também uma forma de classificação. Encontram-se denominações de acordo com o tamanho e tipo de partículas de carga ou ainda de acordo com a matriz orgânica. Com relação ao tipo de carga é possível diferenciar o tamanho médio das partículas: macropartículas, micropartículas e híbridas. Ainda se referindo à carga da resina, elas podem ser separadas baseadas na variabilidade do formato das partículas: monomodal, bimodal, trimodal, tetramodal e pentamodal, e também pela quantidade de partículas por peso (%): alta densidade (acima de 80%), média densidade (entre 70 e 80%) e baixa densidade, inferior a 40%. Já em relação à matriz orgânica classifica-se emBIS-GMA, poliuretanas e sílico-orgânicas.[8]

As resinas indiretas tipo CAD-CAM apresentam características vantajosas, como módulo de elasticidade e de flexibilidade semelhantes aos da dentina, estabilidade estética, melhor absorção de forças mastigatórias, menor tendência à fratura marginal, menor custo, não necessita queima em forno especial e tem fácil reparo intraoral em comparação com cerâmicas [9]. Esses materiais apresentam uma técnica menos sensível e mais previsível, uma vez são mais homogêneos, com menos falhas internas. Isso resulta em maior confiabilidade, boa adaptação marginal e longevidade clínica superior quando comparado às restaurações diretas em resina composta [10,9].

Reabilitações orais totais demandam bom conhecimento dos materiais restauradores atuais e suas corretas indicações. Para a condução de um caso que exige conhecimento multidisciplinar é muito importante diagnosticar o problema central e quais condições levaram a esse estado. A reabilitação, na maior parte dos casos, não está ligada apenas a estética desarmônica ou apenas a um elemento dentário problemático e sim um quadro geral. Após diagnosticado o problema central é muito importante um planejamento coeso que reabilite de maneira correta levando em consideração o tíquete médio do paciente, conseguindo sugerir diferentes meios para o mesmo fim. A indicação correta dos materiais a serem usados está diretamente ligada em saber identificar em quais locais a estética é determinante e inegociável e onde há maior necessidade de matérias com alta resistência.

2 PROPOSIÇÃO

Dessa forma, o objetivo desse trabalho é apresentar as possibilidades de materiais restauradores em reabilitações orais complexas, com embasamento científico e por meio de um relato de caso clínico executado por nossa equipe.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente P.J.A., 56 anos, do sexo masculino, procurou atendimento odontológico com queixa principal relacionada as restaurações e coroas nos dentes posteriores inferiores que caiam com frequência, combinado a estética insatisfatória dos dentes anteriores, tanto na coloração quanto no formato e tamanho dos dentes. Na consulta inicial foi realizado anamnese, exame clínico, protocolo fotográfico para análise de face e sorriso, e foram propostos diferentes planejamentos (Figuras 1 e 2)

Após a análise inicial foi feito o protocolo fotográfico do paciente, com boa iluminação, seguindo os mesmos padrões e configurações para as fotos. As principais fotos são com paciente sorrindo, com sorriso forçado, sorriso com lábios entreabertos, paciente em repouso; frente; lado direito e lado esquerdo (Figuras 3 e 4).

Figura 1 e 2: Fotografias iniciais de face - frontal e lateral

Fonte: Autor, 2025.

Figura 3 e 4: Fotografias iniciais intraoral

Fonte: Autor, 2025

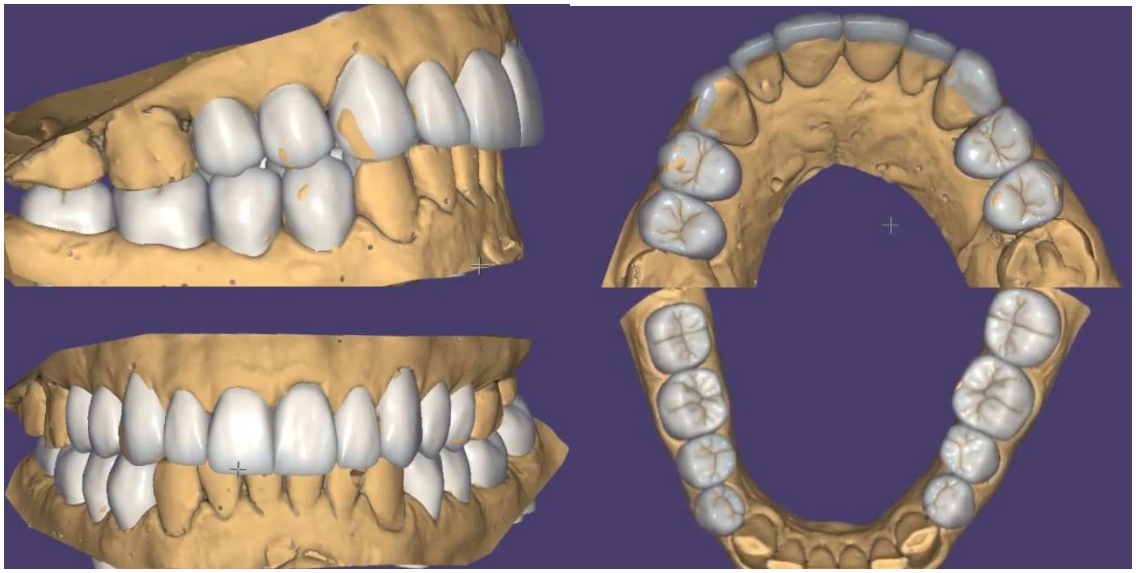
Durante o exame clínico foi notado que o paciente apresentava: mordida profunda; oclusal com desgastes e fraturas; incisais desgastadas; lesões cervicais não cariosas; indicando um quadro onde apesar da boa exposição dos dentes anteriores, houve perda da Dimensão Vertical de Oclusão, tanto por apertamento como por erosão ácida, configurando o clássico caso do paciente bruxista. Durante o exame extra-bucal, pode-se perceber a comissura labial sem sustentação, dando o aspecto de sorriso invertido, o que confirma a perda da DVO. Com auxílio de um Leaf-Gauge, e por meio dos testes métricos, estéticos e fonéticos, foi determinado que seria necessário um aumento de DVO de 2mm para reabilitar o paciente, garantindo as propriedades estéticas e funcionais necessárias (Figura 5)

Foi realizado o escaneamento dos arcos superior e inferior e o paciente foi registrado na nova DVO. Com todas as informações iniciais enviadas ao laboratório (protocolo fotográfico, escaneamento ou moldagem, registro da nova DVO a ser utilizada), o mesmo consegue reunir as informações em um projeto 3D (planejamento virtual estético do sorriso), através de programas como EXOCAD (Figura 6).

Figura 5:Paciente registrado na nova DVO com auxilio de Leaf-Gauge

Fonte: Autor, 2025.

Figura 6: Planejamento virtual estético do sorriso com o software EXOCAD



Fonte: Autor, 2025.

Após o projeto ser aprovado, é obtido o modelo em uma impressora 3D possibilitando a realização do ensaio estético em boca (*mock up*), com a utilização de guias confeccionados sobre o modelo. No guia, feito em silicone de condensação, é dispersado resina bisacrílica (Luxatemp Star – DMG) para transferir

o enceramento para a boca da paciente, com o objetivo de checar estética, função - no caso se o aumento seria suficiente para acomodar as futuras coroas sem interferir na estética e fonética (Figura 7 e 8).

Figura 7 e 8: Ensaio estético e funcional

Fonte: Autor, 2025

Fonte: Autor, 2025

Após a prova do *mock up* foi possível analisar os requisitos estéticos e funcionais, estando muito agradável já na primeira prova, esteticamente o formato e tamanho dos dentes estavam de acordo com as expectativas tanto do profissional como do paciente; Notou-se que o dente 23 necessitaria de um desgaste maior que os demais para que fosse possível obter uma harmonia na cor. Funcionalmente foi possível avaliar que o aumento de DVO foi suficiente para que houvesse espaço para os dentes posteriores.

Após aprovação do Mock up, foram realizados os preparos dentários, para os dentes anteriores preparos para feceta, para os posteriores full veneer, coroas totais e endocrown. O preparo endocrown foi indicado para os dentes posteriores onde, mesmo com o aumento, o espaço interoclusal era limitado, sendo muito indicado para casos como esse. Durante os preparos, foram utilizados guias de desgastes confeccionados previamente com silicone de condensação (Zetalabor, Zhermack) (Figura 9) a partir do modelo já encerado e aprovado, garantindo preparos mais precisos, possibilitando visualizar com exatidão a quantidade ideal de espaço para

cada local, evitando a ocorrência de preparos muito agressivos ou muito conservadores. Para o preparo das facetas, foram utilizadas as pontas diamantadas 3215, 3215F, 1190F, 2135F (Kg Sorensen) e os discos de polimento Sof-lex Pop-on (3MESPE) (Figuras 10 e 11).

Figura 9: Guias de silicone de condensação usados como guias de desgaste vestibular e incisal

Fonte: Autor, 2025.

Figura 10 e 11: Preparos realizados e a cor do substrato dentário (A3 - Vita) e do trabalho final (B1– Vita)

Fonte: Autor, 2025

Logo em seguida aos preparos do arco superior serem finalizados foi realizada a moldagem analógica (Figura 12), com utilização de fio retrator (#000 Ultrapack – Ultradent e #00 Ultrapack – Ultradent) com intuito de gerar uma visualização do preparo e afastamento gengival, que foram removidos segundos antes da aplicação do silicone de adição de leve densidade (Virtual – Ligth Body Regular – Ivoclar). A moldagem foi realizada em duplo passo, inicialmente com silicone de adição de densidade regular (Virtual – Ligth Body Regular – Ivoclar) e após com silicone de densidade leve.

Figura 12: Moldagem dos preparos dentários com silicone de adição leve e regular

Fonte: Autor, 2025

Após a etapa da moldagem, o modelo foi vazado com gesso tipo IV e escaneado, para que as peças pudessem ser confeccionadas com base no modelo já encerado e provado em boca.

As peças protéticas foram fresadas em blocos de dissilicato de lítio (IPS E-max CAD), por uma fresadora, de acordo com o projeto CAD em 3D obtido no inicio do planejamento (Figura 6) e maquiadas para que pudessem transmitir maior naturalidade. Na sessão seguinte, as peças foram provadas em bocas após desinfecção com álcool 70% com o objetivo de verificar a adaptação. As peças foram ajustas e após sua adaptação e assentamento terem sido verificados e aprovados foi realizada a prova de cor do cimento, foi utilizado o Try-In na cor Neutral (Variolink Esthetic LC, Ivoclar). A prova de cor é uma etapa muito importante durante a cimentação das peças, ela tem o poder de corrigir e auxiliar em correções de cor pequenas, mas também quando não feita de maneira correta e sábia, pode ocasionar em alterações de cor, não se obtendo a cor exata, escolhida previamente.

Figura 13 e 14: Laminados cerâmicos confeccionados no fluxo digital

Fonte: Autor, 2025

Após as peças terem sido ajustadas e provadas novamente, com a cor do cimento resino já selecionado, e a seleção do material já feita, foi realizado o protocolo de cimentação. A cerâmica em que as peças superiores foram fresadas foi

o dissilicato de lítio, que se trata de uma cerâmica com propriedades adesivas. As peças foram preparadas com ácido fluorídrico 10% em sua parte interna, por 20 segundos, em seguida foram lavadas abundantemente e secas com a finalidade de remoção de todo ácido. Logo após foi realizada a limpeza das peças com ácido fosfórico a 37%, por 1 minuto com o objetivo de desinfecção e remoção dos debris causados pelo condicionamento ácido, sendo lavadas novamente e secadas. Após as peças já terem sido condicionadas foi aplicado o silano (Monobond N- Ivoclar) que é o agente de união, sendo friccionado ativamente sobre as peças 1 minuto. Já no substrato, foi realizada a profilaxia com pedra pomes e água, condicionamento ácido, em toda extensão por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina com ácido fosfórico 37% por 30 segundos e limpo com abundante jato de ar e água para remoção de todo produto. Com o dente já seco, foi realizada a aplicação do sistema total-etch (Excite F- Ivoclar), que foi aplicado por toda extensão por 20 segundos, ativamente. As peças anteriores apresentavam em média 0,6 mm de espessura e por este motivo optou-se por não fotopolimerizar o sistema adesivo afim de minimizar interferências no assentamento da peça. Já as peças posteriores que apresentavam em média 1mm de espessura, foi optado pela fotopolimerização, por se tratarem de peças mais espessas que poderiam barrar a chegada adequada da luz.

O cimento resinoso de escolha foi o cimento fotopolimerizável na cor Neutral (Variolink Esthetic LC – Ivoclar Vivadent). O cimento foi inserido na peça e cimentada no preparo, a cimentação teve inicio pelos dentes anteriores superiores (11, 12, 13, 21, 22, 23) e em sequência na região dos pré-molares e molares superiores (14,15,16,24,25 e 26) sendo feita nessa ordem como mais um cuidado para evitar a sensibilidade pós operatória. As peças foram fotopolimerizadas com um

fotopolimerizador poliwave (Valo Cordless- Ultradent), após serem colocadas em posição e os excessos na margem dos prepraros e na interproximal terem sido removidos, com auxilio de um pincel de pelo de Marta. Após a cimentação, foram realizados os ajustes oclusais, conferência dos guias de desoclusão e avaliação com o fio dental, os excessos na interproximal foram removidos com auxilio de uma microcut, e os excessos incisais com auxilio de uma cureta periodontal e lâmina 12.

Após a cimentação das peças superiores, foi dado continuidade na reabilitação do arco inferior, seguindo a estética ditada pelo superior.

Os dentes posteriores inferiores foram reabilitados utilizando resina fresada, sendo cimentados utilizando cimento resino autoadesivo (Dual ReluX U200- 3M) por se tratarem de peças mais espeças, essas peças foram preparas apenas com ácido fosfórico 37% por 1 minuto com objetivo de descontaminação e acréscimo do agente de união, o substrato, foi apenas limpo com pedra pomes e água e isolado para que a cimentação pudesse ser realizada.

Os dentes anteriores inferiores, foram reabilitados utilizando resina composta, com intuito de melhorar a estética anterior e para fechar a mordida aberta anterior ocasionada pelo aumento de mordida posterior, as facetas foram realizadas pela técnica direta, sem enceramento, com Resina Composta (Tetrik N- Ivoclar) na cor A1.

Finalizado o tratamento, o paciente ficou satisfeito com o resultado estético obtido, suprindo todas as suas expectativas (Figuras 14, 15 e 16). Na sessão final, foi realizada o escaneamento dos dentes após a cimentação para confecção de uma dispositivo oclusal, e suas instruções de uso foram passadas ao paciente, deixando-

o ciente que a durabilidade e sucesso da reabilitação do futuro está diretamente relacionado ao uso correto do dispositivo (Figura 17).

Figura 15: Fotografias finais de face

Fonte: Autor, 2025.

Figura 16: Fotografias finais do sorriso

Fonte: Autor, 2025.

Figura 17: Fotografias finais intra-orais

Fonte: Autor, 2025.

4 DISCUSSÃO

Um planejamento reabilitador estético-funcional envolve a integração de diversas especialidades da Odontologia. A evolução do conhecimento e diagnóstico, bem como o desenvolvimento das técnicas e materiais restauradores, geram novas perspectivas que devem ser sempre atualizadas e confrontadas. Dentro desta expectativa, é fundamental um planejamento adequado e o conhecimento de novas técnicas por parte dos cirurgiões-dentistas[11]. Para que a reabilitação oral tenha um prognóstico favorável, é necessário, dentro deste planejamento prévio, a integração entre cirurgião-dentista e técnico de laboratório.[12,13,14]

No Caso clínico apresentado, o planejamento inicial e o ideal quanto ao material de escolha, seguindo os princípios de biocompatibilidade, durabilidade e sucesso da reabilitação, incluiria diferentes tipos de materiais cerâmicos, escolhidos levando em consideração a biologia, estética, demanda e função; entretanto, financeiramente se tornaria um tratamento inviável, dessa forma foi lançado mão da escolha de materiais alternativos, que não comprometessem os requisitos citados.

A escolha dos materiais utilizados foi baseada em critérios embasados em literatura (Estética em função / Marcelo Calamita. Nova Odessa, SP. Napoleão, 2022) que foram simplificados nas tabelas a seguir:

Seleção dos Materiais Restauradores
1- Reestabelecimento das Melhores Condições Biológicas e Funcionais de cada elemento
Análise do Risco Estético e Funcional
Expectativas Estéticas(EE)
Demandas Funcionais(DF)
RESTAURAÇÕES PARCIAIS
DIRETAS: RESINA COMPOSTA
INDIRETAS: RESINA COMPOSTA
FELDSPÁTICAS
LEUCITA
DISSILICATO DE LÍTIO
CERÂMICAS MATRIZ RESINOSA
RESTAURAÇÕES TOTAIS
INDIRETAS: RESINA COMPOSTA
FELDSPÁTICAS
LEUCITA
DISSILICATO DE LÍTIO
CERÂMICAS MATRIZ RESINOSA

As tabelas a cima demonstram os materiais mais indicados de acordo com a área reabilitada, levando em consideração expectativa estética e demanda funcional. A partir desses princípios, a escolha dos materiais se baseou inicialmente em reabilitar o arco superior, priorizando estética e função com cerâmicas vítreas, suprindo tanto a demanda estética como funcional. As cerâmicas têm apresentado rápida evolução em âmbito científico, a fim de melhorar suas propriedades físicas e mecânicas, para suprir as necessidades estéticas exigidas pela sociedade moderna (12). O desempenho clínico das coroas e facetas totalmente cerâmicas tem sido bem-sucedido e clinicamente testado. Assim, ao restaurar dentes anteriores e posteriores, os sistemas totalmente cerâmicos modernos são uma excelente opção de tratamento para próteses fixas, coroas unitárias e facetas [15,16] O material de escolha para a resolução do caso clínico apresentado foi a cerâmica vítrea reforçada

à base de dissilicato de lítio. Esta cerâmica apresenta em sua estrutura cristais alongados dispersos de maneira entrelaçada, dificultando a propagação de trincas no seu interior. O tamanho do cristal e a sua disposição favorecem o aumento das propriedades mecânicas da restauração. Além disso, o dissilicato de lítio possui um índice de refração de luz semelhante à estrutura dentária, sem interferência significativa da translucidez, o que permite a obtenção de características ópticas finais satisfatórias e naturais e é passível de cimentação adesiva por se tratar de uma cerâmica ácido sensível. [17]

O arco inferior, na região posterior, onde necessitava de demanda funcional e a estética não era fator primordial, foi optado utilização de resinas fresadas, a tabela sugere que as resinas fresadas podem ser utilizadas de maneira definitiva, contanto que haja estrutura dentária suficiente para evitar futuras fraturas, entretanto, as coroas inferiores do caso apresentado possuem pouca estrutura remanescente, o que justifica a escolha do material como reabilitador temporário. Estas apresentam características vantajosas, como módulo de elasticidade e de flexibilidade semelhantes aos da dentina, estabilidade estética, melhor absorção de forças mastigatórias, menor tendência à fratura marginal, menor custo, não necessita queima em forno especial e tem fácil reparo intraoral em comparação com cerâmicas.[9] Esses materiais apresentam uma técnica menos sensível e mais previsível, uma vez são mais homogêneos, com menos falhas internas. Isso resulta em maior confiabilidade, boa adaptação marginal e longevidade clínica superior quando comparado às restaurações diretas em resina composta.[10,9]

A região inferior anterior, possui alta demanda estética e pouca demanda funcional, foi reabilitada com facetas em resina composta. As facetas diretas em resina não apresentam etapas laboratoriais e possuem um baixo custo, em relação

às facetas indiretas, além disso são de rápida execução, em que o profissional consegue realizar o procedimento em uma única sessão. Em sua fase de preparo o desgaste quando necessário é avaliado e realizado de maneira minimamente invasiva e oferta uma excelente harmonia do sorriso das resinas compostas e sistemas adesivos possuem durabilidade em torno de até 10 anos.[18,19] A técnica de faceta direta é uma opção de tratamento satisfatória para o paciente, preservando a estrutura dental o máximo possível, porém o sucesso da técnica depende da execução correta e conhecimento dos materiais adesivos e restauradores por parte do cirurgião dentista. A faceta direta é uma alternativa válida de reabilitação oral, onde as resinas compostas são materiais de excelente qualidade e manuseio, podendo resolver várias situações de alterações estéticas e funcionais quando bem planejadas e executadas.[20]

5 CONCLUSÃO

Concluímos com este trabalho que os materiais restauradores atuais possibilitam diversas maneiras de reabilitar um paciente, sem necessitar de altos tíquetes, ao ser respeitado suas corretas indicações e limitações, garantindo um resultado esteticamente agradável, sem comprometer a durabilidade da reabilitação.

REFERÊNCIAS

1- ALBERTI GT, Miosco FV, Cesero L. Reabilitação estética de paciente com sorriso gengival: relato de caso clínico. Rev. Odontol. Araçatuba. 2019;40(1):19-24.

2- HOPPEN LRC, Garbin CA, Rigo L, Shuh C, Federizzi L. Comparação estética entre coroas confeccionadas com os sistemas cubo e metalocerâmico. Rev. Sul-Bras. Odontol. 2010 Jun;7(2):146-53.

3- AGUIAR, E. M. G., Rodrigues, R. B., Lopes, C. C. A., Silveira Júnior, C. D., Soares, C. J.,& Novais, V. R. (2016). Diferentes sistemas cerâmicos na reabilitação oral: relato de caso. ROBRAC. 25(72), 31-36

4- AGUIAR, E. M. G., Rodrigues, R. B., Lopes, C. C. A., Silveira Júnior, C. D., Soares, C. J.,& Novais, V. R. (2016). Diferentes sistemas cerâmicos na reabilitação oral: relato de caso. ROBRAC. 25(72), 31-36

5- HILGERT, L. A., Júnior, S. M., Vieira, L. C. C., Gernet, W.,& Edelhoff, D. (2008). A escolha do agente cimentante para restaurações cerâmicas. Clínica Int J Braz Dent. 5(2), 194-205.

6- DIETSCHI D, Schatz JP. Current restorative modalities for young patients with missing anterior teeth. Quintessence Int 1997; 28(4):231-240.

7- - DIETSCHI D, Ardu S, Krejci I. Les restaurations antérieures par méthode directe collées - la stratification. Collage et adhésion. Quintessence Publishing Co, 2000: 235-252.

8- DIEGUES, MARCIA ANDREA et al. Cerâmica X Resina Composta: o que utilizar?. **Revista Uningá**, v. 51, n. 1, 2017.

9- Souza J, Fuentes MV, Baena E, Ceballos L. One-year clinical performance of lithium disilicate versus resin composite CAD/CAM onlays. Odontology. 2021 Jan 1;109(1):259-70.

10- MUSCHOLL C, Zamorska N, Schoilew K, Sekundo C, Meller C, Büsch C, et al. Retrospective Clinical Evaluation of Subgingival Composite Resin Restorations with DeepMargin Elevation. J Adhes Dent. 2022 Ago 19;24(1):335- 44

11- VIANA PC, Correia A, Neves M, Kovacs Z, Neugbauer R. Soft tissue waxup and mock-up as key factors in a treatment plan: case presentation. Eur J Esthet Dent. 2012; 7(3): 310-23.

12- ZANI IM, Rode SM, Santos JFF. O uso de resina composta como auxiliar na reabilitação oral. Rev Amb Odontol. 1991; 1(6): 119-22.

13- KAHNG LS. Patient-dentist-technician communication within the dental team: using a colored treatment plan wax-up. J Esthet Restor Dent. 2006; 18(4): 185-93.

14- SIMON H, Magne P. Clinically based diagnostic wax-up for optimal esthetics: the diagnostic mock-up. J Calif Dent Assoc. 2008; 36(5): 355-62.

15- Estética em função / Marcelo Calamita. Nova Odessa, SP. Napoleão, 2022)

16- CONRAD HJ, Seong WJ, Pesun IJ. Current ceramic materials and systems with clinical recommendations: a systematic review. J Prosthet Dent. 2007 Nov;98(5):389-404.

17- MANSOUR YF, Al-Omiri MK, Khader YS, Al-Wahadni A. Clinical performance of IPSEmpress 2 ceramic crowns inserted by general dental practitioners. J Contemp Dent Pract. 2008 May;9(4): 9-16.

18- UZÊDA KRT, Araújo IDT, Oliveira VJ, Santos AJS, Borges BCD, Assunção IV. Harmonização do sorriso com laminados cerâmicos: relato de caso.

19- GRESNIGT, M. M. M., Cune, M. S., Jansen, K., Van der Made, S. A. M., & Özcan M. (2019).Randomized clinical trial on indirect resin composite and ceramic laminate veneers: Up to 10-year findings. Journal of Dentistry, v.86, 102-109. Hyyps://doi.org/10.1016/j.jdent.2019.06.001.

20- HIRATA, R., Higashi, C., Gomes, J, C., Kina, S., & Andrade, O, S. (2014). Planejamento estético em dentes anteriores

21- REIS, G. R., Oliveira, L. P. M., Vilela, A. L. R., & de Sousa Menezes, M. (2018). Mock-up: Previsibilidade e facilitador das restaurações estéticas em resina composta. Revista Odontológica do Brasil Central, 27(81), 105-111.