

I - INTRODUÇÃO

Amelogênese e Dentinogênese Imperfeitas são alterações hereditárias raras na formação do esmalte e dentina, respectivamente. Estas anomalias dentárias são caracterizadas por alteração na cor e pelo desgaste dentário, com conseqüentes perdas de dimensão vertical de oclusão, função mastigatória e estética. A amelogênese imperfeita é uma alteração de caráter hereditário que afeta o esmalte dentário dos dentes temporários e permanentes, assim como a dentinogênese imperfeita, sendo a diferença que a última acomete a dentina, pode provocar como consequência, sensibilidade dentinária, perda da dimensão vertical e comprometimento a nível estético. O planejamento e a escolha da melhor alternativa de tratamento dependem da idade do paciente e da gravidade da anomalia estrutural. Pode-se sugerir que a reabilitação clínica realizada seja com as lâminas recuperadoras de porcelana ou com a PAEV, Placa Adesiva Estética de Vieira.

A Amelogênese Imperfeita (AI) é uma alteração de caráter hereditário que afeta o esmalte dentário dos dentes temporários e permanentes, com ausência de manifestações sistêmicas. A transmissão do gene pode acontecer de forma autossômica dominante, autossômica recessiva ou estar relacionada ao cromossoma X, e a origem genética da anomalia pode ser resultado de defeitos nas proteínas da matriz do esmalte. Pode provocar como consequência, sensibilidade dentinária, perda da dimensão vertical e comprometimento a nível estético (ALDRED; CRAWFORD; SAVARIRAYAN, 2003). A (AI) é um defeito na formação do esmalte dentário em ambas as dentições, decídua e permanente sem qualquer associação com outros defeitos, caracterizada por uma heterogeneidade clínica e genética. O esmalte é afetado com alta variabilidade desde a deficiência na formação até os defeitos no conteúdo mineral e protéico (SCANNAVINO et al., 2009; AUGUSTO et al., 2005). Conforme o grau de severidade e da afetação do esmalte e da dentina, várias são as opções de tratamentos como, múltiplas extrações dentárias, restaurações estéticas, confecção de coroas de aço pré-formadas ou de resina composta, próteses removíveis ou fixas, sendo sempre necessária uma boa motivação para a higiene oral para que se verifique sucesso do tratamento. (ELIZABETH et al., 2007; MCDNALD; AVERY; DEAN, 2004). A herança genética

aponta o autossomo dominante como principal alvo, no entanto, não se descarta a possibilidade de atingir o autossomo recessivo. Diferentes mutações nos genes que transcrevem as principais proteínas de matriz e as proteinases do esmalte têm sido associadas com fenótipos de (AI), que também pode ocorrer freqüentemente em um pequeno número de síndromes (WRIGHT et al., 2006; MELO; BELTRAO; SPOHR, 2005). O presente trabalho relata um caso clínico de paciente do sexo feminino, que possui Amelogênese Imperfeita e Dentinogênese Imperfeita o qual foi submetida a tratamento, com lâminas recuperadoras de porcelana no arco superior e com a placa adesiva estética de Vieira (PAEV) no arco inferior. Foram cimentadas com cimento de ionômero de vidro (Riva light cor A1 e Riva luting, SDI) para minimizar o grau de comprometimento da estrutura dentária e intensificar a proteção com a liberação de flúor. O objetivo para a Amelogênese Imperfeita foi proteger a estrutura dentária do esmalte e restabelecer a estética, já para a Dentinogênese Imperfeita foi proteger a estrutura dentinária, reduzir possível sensibilidade e para ambas restabelecer a dimensão vertical de oclusão.

II - PROPOSIÇÃO

Através de revisão de literatura e avaliação de casos clínicos realizados com as Placas Adesivas Estéticas de Vieira, este trabalho visa esclarecer:

- a) Se a recuperação da DVO tem mostrado bons resultados com o uso das PAEVs em pacientes acometidos de Amelogênese e Dentinogênese Imperfeita;
- b) Se a recuperação funcional ocorreu de forma ideal;
- c) Se a recuperação da estética, através desse tratamento, tem favorecido, em longo prazo, os benefícios microestéticos, macroestéticos, anatômicos e funcionais da paciente acometida por amelogênese e dentinogênese imperfeita.

III - REVISÃO DE LITERATURA

GREENE & LASKIN (1972) compararam os efeitos de três tipos de placas placa com cobertura de todas as faces oclusais e bordas incisais, placas com cobertura somente nos dentes anteriores, placas sem coberturas nos dentes. A placa oclusal com cobertura total levou a melhora de 80% dos pacientes.

BARAGONA & COHEN (1991) discutiram o uso em longo prazo dos aparelhos interoclusais e concluíram não haver contra-indicação no seu uso por períodos prolongados, porém ressaltaram a necessidade de reavaliações frequentes com o intuito de manter as características funcionais do aparelho.

ALDRED et al (2003) estudaram que a Amelogenesis imperfecta (AI) é um termo coletivo para uma série de condições com formação anormal de esmalte. Muitos casos são herdados, seja como um traço autossômico ou recessivo autossômico ligado a X. Várias classificações evoluíram desde 1945, baseadas principalmente no fenótipo com o modo de herança usado em alguns sistemas como um fator secundário na alocação de um caso em uma categoria específica. Os benefícios e deficiências desses sistemas são revisados. À medida que avançamos para uma era de estabelecer a base molecular de AI, propomos um mecanismo robusto para classificação e catalogação da desordem que é paralelo aos sistemas utilizados na genética médica. Este sistema é aplicável a indivíduos e famílias independentemente do conhecimento atual ou futuro do defeito molecular envolvido. Nós argumentamos que esse sistema é mais benéfico para esses indivíduos e famílias do que as classificações anteriores.

MACDONALDS et al (2004) preconizou que a crescente valorização de um sorriso esteticamente agradável faz com que as pessoas frequentemente procurem alternativas de tratamento para melhorar a aparência de seu sorriso. Dentes com alteração de cor, forma ou posição podem ser modificados em poucas sessões clínicas, com a utilização das técnicas e materiais adesivos. Algumas alterações do esmalte dentário, como a amelogênese imperfeita, trazem complicações não só estéticas, mas também funcionais.

AUGUSTO et al (2005) A Amelogênese Imperfeita compreende um amplo grupo de anomalias genéticas que afetam a formação do esmalte pela diferenciação imprópria dos ameloblastos , podendo ocorrer em ambas as dentições, decídua e permanente. As formas de herança relatadas incluem autossômica dominante ou recessiva e ligada ao cromossomoX dominante ou recessiva³ . Mutações no gene amelogenina (AMELX) causam as formas de herança autossômica. Os padrões anatômicos e histológicos incluem hipoplasia de esmalte, hipomineralização que pode ocorrer devido à hipomaturação ou hipocalcificação do esmalte, ou há a presença de um fenótipo combinado, visto na maioria dos casos. A prevalência da amelogênese imperfeita, considerando-se todos as formas, varia de 1:700 a aproximadamente 1:14.000, de acordo com a população estudada . Embora os casos possam ser considerados esporádicos, o suporte necessário para o atendimento desses indivíduos é substancial, tanto no aspecto clínico quanto no aspecto emocional, sendo fundamental que o profissional esteja preparado para lidar adequadamente com a situação. Dentre os objetivos do tratamento dispensado aos pacientes com amelogênese imperfeita incluem-se o alívio da sensibilidade e a melhora da estética facial e da função. Historicamente, estes costumavam ser tratados com extrações e a confecção de próteses totais. Esta opção pode ser psicologicamente danosa, especialmente para pacientes jovens. Atualmente, técnicas restauradoras adesivas, overdentures, confecção de coroas metalocerâmicas ou livres de metal, próteses parciais fixas e restaurações inlay/onlay são possibilidades para o tratamento reabilitador de pacientes com amelogênese imperfeita.

SANTOS REIS et al (2005) avaliaram que os dentes decíduos anteriores com alterações cromáticas têm sido tratados com técnicas conservadoras da estrutura dentária. Um exemplo deste tipo de tratamento é o emprego de facetas estéticas, confeccionadas em resina acrílica, resina composta, porcelana, hidroxiapatita fundida ou de dente natural extraído e estocado. Vários fatores são responsáveis por alterações cromáticas nos dentes decíduos. Podem ser citados: eritroblastose fetal, porfiria, amelogênese imperfeita, dentinogênese imperfeita, hipoplasia de esmalte, traumatismos, injúrias pulpares e emprego de substâncias obturadoras de canal à base de iodofórmio ou eugenol. Também são descritas outras causas, como hemorragias ou necrose pulpar, más formações do tipo hipomineralização e cárie,

desde sua primeira manifestação na forma de lesão branca, até a cavitação. As facetas estéticas na dentição decídua têm indicação onde o tratamento clareador tenha falhado, geralmente em dente não vital; ou em casos de recuperação quase total da estrutura dentária atingida por lesão de cárie ou por trauma.

WRITH, Jt et al (2006) estudou que a Amelogênese imperfeita (AI) é um grupo de defeitos herdados de formação de esmalte dental que mostram heterogeneidade clínica e genética. Os achados do esmalte em AI são altamente variáveis, variando de formação de esmalte deficiente a defeitos no conteúdo mineral e protéico. A formação de esmalte requer a expressão de múltiplos genes que transcrevem proteínas da matriz e proteinases necessárias para controlar o processo complexo de crescimento e mineralização de cristais. Os fenótipos de IA dependem do gene específico envolvido, da localização e do tipo de mutação e da correspondente alteração putativa no nível de proteína. Foram relatados diferentes padrões de herança, como os tipos autossômicos dominantes, autosomais recessivos, ligados ao X e autossômicos recessivos. As mutações nos genes de amelogenina, esmalte e kallikreína-4 foram demonstradas como resultantes em diferentes tipos de AI e vários outros genes críticos para a formação de esmalte foram identificados e propostos como candidatos para AI. O objetivo deste artigo foi apresentar uma avaliação da literatura sobre o papel das proteínas e proteinases importantes para a formação e mutação do esmalte associadas à AI.

PEREIRA et al (2006) discutiram sobre a associação de estresse emocional, tensão, medo, ansiedade e discrepâncias oclusais, tem como consequência o bruxismo, que pode ter como consequência a perda de Dimensão Vertical de Oclusão, representando um problema cada vez mais evidente na clínica odontológica, sendo de suma importância o restabelecimento da DVO, principalmente no tratamento reabilitador protético. A reabilitação oral do paciente feita com Prótese Fixa é recomendada por vários estudos em relação ao método de aumentar DVO, sendo mais indicada devido à gravidade dos sintomas de DTM quando comparada com aparelhos removíveis. Isto é atribuído ao fato da prótese fixa possuir a vantagem de ser fixada na boca, imitando a morfologia do dente natural, com menor interferência na fala e proporcionando conforto oclusal e funcional. Além disso, as próteses fixas aumentam a adesão e aceitação do paciente

ao tratamento. Além do controle de dores e hábitos, mesmo após a reabilitação oral do paciente, deve-se manter o controle sobre a parafunção, no caso o bruxismo, pois se esse controle não for feito adequadamente, o risco de fraturas em raízes, solturas e desadaptações em coroas e pinos são inevitáveis.

FAVERO. & VIEIRA. (2006) relataram em seu trabalho: Recuperação da dimensão vertical de oclusão através da placa adesiva estética de Vieira e reabilitação oral, sobre desgaste dental e bruxismo, citando vários autores sobre as possíveis causas dos desgastes dentais entre elas o bruxismo, a erosão e a falta de contenção posterior, segundo eles o paciente perde as guias anteriores e desenvolve guias posteriores com interferências oclusais no lado de balanceio. Com isso ocorre o desgaste dos dentes anteriores e conseqüente perda de dimensão vertical de oclusão e também comprometimento estético; citam que 50 a 60 % das pessoas sofrem de algum tipo de disfunção crânio mandibular, afirmam que apenas um quarto desses pacientes apresenta queixa de sintomas de disfunção crânio mandibular assim 5% dos casos buscam tratamento, citam o uso de placas interoclusais para redução da atividade muscular não fisiológica e proteção dos dentes contra desgastes; descrevem o uso de placas com a finalidade de aumentar a dimensão vertical; citam que não se pode dizer que as placas de mordida restabelecem a dimensão vertical, mas promovem a eliminação da tensão muscular e a redistribuição das formas oclusais e neuromusculares e a eliminação temporária dessas forças sobre a oclusão dental. Em sua conclusão Fávero e Vieira afirmam que a ideia de dimensão vertical será algo imutável, é totalmente refutável se considerar-se os benefícios trazidos pelo aumento da DV sobre a mastigação, formação e estética orofacial do paciente. A Placa Adesiva Estética de Vieira proporciona recuperação imediata da DVO devolvendo a estética e conforto ao paciente.

SCANNAVINO et al (2009) averiguou que a amelogenese imperfeita é uma alteração de caráter hereditário que afeta o esmalte dentário dos dentes temporários e permanentes. Pode provocar como consequência, sensibilidade dentária, perda da dimensão vertical e comprometimento a nível estético. O planejamento e a escolha da melhor alternativa de tratamento dependem da idade do paciente e da gravidade da anomalia estrutural. Pode-se sugerir que a reabilitação clínica realizada permitiu

aumentar a auto-estima da criança, expressando um sorriso mais espontâneo e confiante revelando-se importante a nível psicológico e social

ZANELLA & VIEIRA (2009) relatam no seu trabalho: avaliação do conforto e satisfação do paciente na recuperação da DVO com placa adesiva estética de Vieira, que pacientes com perda de DVO em quadro de disfunção temporomandibular costumam apresentar sintomatologia dolorosa na região da face, região temporal, mandíbula e pescoço. Além disso, desconforto fonético e mastigatório, além de um comprometimento estético do sorriso. Realizaram um trabalho envolvendo 14 pacientes onde, através de um questionário, avaliaram o grau de satisfação e conforto desses pacientes ao serem reabilitados com as placas adesivas estéticas de Vieira onde a DVO foi reestabelecida. Através da pesquisa obtiveram-se resultados expressivamente positivos, com histórias de vidas que se transformaram após a instalação das placas adesivas estéticas de Vieira. Muitos relataram a diminuição drástica das dores ou até sua ausência, que eram suas companheiras diárias. Outros tiveram sua autoestima e convívio social melhorado. No caso clínico a placa adesiva estética de Vieira mostrou-se muito eficiente na recuperação da dimensão vertical de oclusão, dos contatos oclusais posteriores, das guias anteriores, da relação maxilo-mandibular e da estética. Em nenhum momento os pacientes mostraram receio ou descontentamento com o tratamento, mesmo relatando que nas primeiras semanas foram de adaptação. Todos estão satisfeitos por estarem recuperando sua saúde e estética. O planejamento é a palavra que melhor define a odontologia estética hoje em dia, recursos técnicos de adesivos, lâminas recuperadoras de porcelana, placas estéticas adesivas cimentadas com cimentos resinosos atualmente são as alternativas mais aceitas para casos mais graves de perda de estética e de dimensão vertical de oclusão. As lâminas recuperadoras de porcelana por vezes requerem pouco ou quase nenhum desgaste, pois usamos a régua de proporção áurea e trabalhamos com a ilusão de ótica da zona espelhada dos dentes utilizando espessuras ínfimas de porcelana 0,1 a 0,45 mm aproximadamente. As placas adesivas estéticas de Vieira, além de terem recobrimento oclusal para facilitar a reposição da perda dos mm de dimensão vertical de oclusão, também são muito bem aceitas, pois não requerem desgastes. São feitas com resina acrílica prensada macropolimerizadas na cor do dente e fora da cavidade oral. Cimentada sobre a estrutura dentinária com técnica adesiva.

Respeitando as simulações intra-oral conseguimos através de enceramentos preverem as quantidades exatas de perda de tecido dental e reposição em mm. Usando a placa de resina de maneira estética, biomecânica e biologicamente aceitável.

PEDROSO (2011) em seu trabalho: Placas Oclusais: Grau de Sucesso e Resultados Clínicos relata a utilização dos vários tipos de placas interoclusais. Cita esses tipos de placas como placas de proteção dos dentes das estruturas de suporte contra forças anormais ocasionadas quando há hábitos parafuncionais. Essas placas podem ser confeccionadas em resina acrílica rígida auto ou termo polimerizáveis, acetato ou placa de silicone. Elas atuam sobre a musculatura mastigatória provocando um relaxamento através de uma desprogramação da memória proprioceptiva o que alivia os sintomas dolorosos. São classificadas em placas estabilizadoras ou mio-relaxantes, usualmente confeccionadas em acrílico, são lisas e promovem um contato dental bilateral e simultâneo. Placas reposicionadoras, também rígidas, promovem edentações e guias para manter a mandíbula em uma posição mais anterior superior, com o objetivo de melhorar o relacionamento do disco com o côndilo. Placas resilientes, normalmente confeccionadas em silicone, tem sua eficácia discutida, porém ainda utilizadas principalmente em práticas de esportes de contato.

ZAVATTA & VIEIRA (2012) fizeram uma revisão de literatura em seu trabalho: Laminados Cerâmicos sem Desgaste. Alternativa para a recuperação da DV, onde citaram vários autores e abordaram a recuperação da DVO utilizando os laminados cerâmicos sem desgastes dentais. Nos quadros de DTM normalmente é verificado a somatória de vários distúrbios sistêmicos como o bruxismo, estresse, depressão, ansiedade, onicofagia, apertamento dental, ou seja, além de fatores locais ou orais, existem também os fatores genéticos, psicológicos, ambientais, comportamentais, neuromusculares, que somados aos oclusais culminam nesses quadros, onde o paciente normalmente apresenta perda da DVO pelo desgaste dental, perda das guias dentais, dores na região da cabeça e pescoço, entre outras como por exemplo a sensibilidade dentinária dependendo dos desgastes se forem excessivos e próximos a polpa. Obviamente a recuperação da DVO não é o único tratamento, mas é onde o cirurgião dentista pode intervir, recuperando a forma, função e oclusão dos

dentes, o que além de melhorar o quadro álgico, melhora principalmente a auto estima do paciente, que pelo conforto e estética obtido, consegue cooperar mais nos trabalhos de reabilitação e manutenção da higiene oral. Concluíram que o uso dos laminados cerâmicos sem desgaste constitui-se em um tratamento conservador e indicado para pequenas correções de forma e cor. A adesividade das peças cerâmicas são obtidas através de retenção química e mecânica. O tempo de exposição ao ácido fluorídrico a 10% na peça protética para se conseguir a retenção mecânica de até 5 min dependendo da espessura do laminado, a mais fina recomenda-se um tempo um pouco menor não menos que 2min pelo menos. Propõe-se uso de silano em duas camadas de 20 segundos. A adesividade também é contribuída ainda com a aplicação de selantes de superfície, cuja função é vedar possíveis “gaps” existentes pela ação do ácido fosfórico e aplicação dos bloqueadores de oxigênio, que impedirão, durante a polimerização a entrada de oxigênio, evitando assim a formação de bolhas entre o agente cimentante e a peça protética, conseqüentemente melhorando a qualidade da polimerização.

VIEIRA & VIEIRA (2012) em seu livro Metal Free, descrevem a indicação e metodologia de confecção das Placas Adesivas Estéticas de Vieira, que são placas confeccionadas em resina acrílica prensada na cor do dente e cimentadas sobre esses pela técnica adesiva. Esse trabalho é provisório e deve ser seguido de uma reabilitação oral individualizada dente a dente. No livro preconiza essa sequência de procedimentos:

1. Determinar a DV correta utilizando várias técnicas. Uma delas preconizada pelo Dr. Dirceu Vieira, é a utilização do compasso de Willis
2. Escolha da cor deve ser discutida entre profissional e paciente.
3. Moldagem, podemos utilizar um bom alginato de alta precisão para as PAEVS ou também Silicona Pesada e Leve com o uso da técnica de papel fime para os alívios entre os materiais, registro em cera em máxima intercuspidação habitual e outro registro com silicona pesada apenas com três pontos para estabelecer a DV almejada ideal.
4. Montagem no articulador semi ajustável com os modelos em gesso tipo IV ou V e repondo a altura da DV perdida. O professor Dr. Dirceu Vieira sempre preconiza a região anterior com 3mm mais a quantidade em

milímetros da perda e a região posterior geralmente com um terço da medida reposta anteriormente.

5. Envio ao laboratório.
6. Prova de adaptação e cor, etapa primordial antes da cimentação.
7. Isolamento do campo Operatório. Roletes de algodão, abridor de boca com posicionador de língua, sugador.
8. Profilaxia com pedra pomis ou branco de Espanha e escova de Robson.
9. Nos dentes: condicionamento ácido, no esmalte ácido ortofosfórico 37%, por 1 min, em resina pré-existente ácido fluorídrico 10% por 20 seg. Seguido a aplicação de 2 camadas de silano. Aplicação do adesivo dental fotoanaeróbio preconizado pelo professor Dr. Dirceu Vieira STAE (SDI). Fotopolimerizar com o aparelho RADI CALL (SDI) 15 seg.
10. Na peça: retenção mecânica: jato de alumínio. Retenção química: 2 camadas de vinil silano no interior das peças com intervalos de 20 seg cada e leves jatos de ar intercalando as aplicações para secar. Aplicação do adesivo dental fotoanaeróbio STAE (SDI). Fotopolimerizar com o aparelho RADI CALL (SDI) por 15 seg..
11. Cimentação: aplicar cimento resinoso na peça que poderá ser ionômero de vidro resinoso RIVA LIGHT ou resina flow tipo WAVE ambos da (SDI), se necessitar deixar a PAEV por um período de tempo maior nos arcos, porém indica-se mais os cimentos a base de ionômero de vidro pelo caráter de maior adesividade e liberação de flúor. Colocar a peça em posição, remover os excessos e pré polimerizar por 2 seg. Aplicar selante de superfície na linha de cimentação e usar bloqueador de oxigênio. Isto feito polimerizar por 40 seg.
12. Ajuste oclusal: ajuste feito utilizando tiras de carbono finas ou extra finas tipo ACU FILM, leave gouge e brocas diamantadas esféricas pequenas, utilizando a técnica do prof. Dr. Dirceu Vieira de bigorna e martelo aliviando os contatos pesados e em oliva apenas encontrados nas LIVS.
13. Acabamento e Polimento: podemos utilizar pontas diamantadas de granulação fina e extra fina. Pontas de silicone, escova de Robinson e pontas abrasivas. Pastas POLI I e POLI II. Discos de feltro.

CAMPOS & PERES (2014) estudaram os avanços da odontologia adesiva que permitiram a realização de estratégias restauradoras com mínimo desgaste ou nenhum. Mas a literatura não é unânime sobre qual é o melhor material restaurador, pois tanto as cerâmicas adesivas como as resinas compostas possuem princípios biomiméticos, conservação máxima do tecido dental e estética satisfatória. A indicação da cerâmica como um substituto do esmalte, deve-se, principalmente, pela relevante resistência, possibilidade de trabalho com finas espessuras, adesão eficaz ao substrato e imitação da função da junção amelodentinária. O desenvolvimento de cerâmicas mais resistentes, tais como as reforçadas por leucita ou por dissilicato de lítio, e a possibilidade de ser injetada e usinada ampliou as indicações para restaurações cerâmica adesivas. Atualmente, para minimizar a necessidade de restaurações de coroa total em pacientes jovens, alguns trabalhos indicam o uso de onlays cerâmicas posteriores e restaurações de resina composta anteriores. Outro material disponível para reabilitar pacientes com grande desgaste dental é a resina composta indireta. O desempenho das resinas compostas indiretas melhorou significativamente durante a última década através da superioridade de adesão entre as diferentes faces favorecendo a transferência de estresse, assim como os vários tratamentos de pós-polimerização. Outras vantagens são a diminuição da abrasividade entre dentes antagonistas proporcionando o máximo de preservação de esmalte hígido e mantido pós-reabilitação, o baixo módulo de elasticidade e a absorção de tensões funcionais através de deformação.

MARQUES & VIEIRA (2014) No trabalho: Placa Adesiva Estética de Vieira Individualizada ou em partes realizaram levantamento bibliográfico e apresentaram 2 casos clínicos onde propõem a utilização das PAEVS na recuperação da DVO em pacientes acometidos com DTM. Na revisão de literatura transcorre a respeito dos sinais e sintomas mais comuns a pacientes com DTM, bruxismo, movimentos parafuncionais, abrasão ou erosão química, ansiedade, e perda de guias de oclusão. Relatam que o tratamento das Disfunções Têmporo Mandibulares é considerado multidisciplinar e que além do cirurgião dentista, outros profissionais também têm que atuar, assim como psicólogos e médicos. A recuperação da DVO e o reposicionamento condilar da ATM fazem parte deste tratamento e a instalação das

PAEVS, devolvem imediatamente a DVO perdida e o reposicionamento condilar. Concluem que a Placa Adesiva Estética de Vieira é uma técnica inovadora, de fácil execução e instalação, conservadora, pois não necessita de desgaste ou preparo, instalada na zona expulsiva dos dentes. É um instrumento de grande importância na devolução imediata da Dimensão Vertical de Oclusão perdida restabelecendo a estética e a função mastigatória do paciente. Outro fator de suma importância nos dias de hoje, é o conforto gerado para o paciente com as diminuições das dores temporo mandibulares, já que quase 80% da população mundial é acometida, e com isso deixando o paciente mais estimulado a fazer a reabilitação oral definitiva conforme suas condições financeiras, já que as PAEVS são uma alternativa de custo de relativo acesso financeiro ao paciente já que pode realmente ser feita com um material de menor custo em partes e ser substituído aos poucos depois pelos laminados cerâmicos estimulando o nosso paciente a manter os cuidados com a cavidade oral.

IV - MATERIAIS E MÉTODOS

Inicialmente, será realizada uma revisão de literatura NA BASE DE DADOS LILACS e MEDLINE de artigos publicados nos últimos anos, a participante assinará o termo de consentimento livre para o uso de suas fotos, diagnóstico, prognóstico, todo o protocolo de tratamento e será esclarecida sobre a utilização da placa estética de Vieira, das lâminas recuperadoras de porcelana e seus benefícios.

V - DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

O caso aqui presente relatado apresentou-se na clínica da CEEPO com acentuado desgaste em esmalte e dentina em todos os dentes superiores e inferiores. A paciente possuía amelogênese e dentinogênese imperfeita com restaurações extensas em resina composta em quase todos os elementos dentais. Nesse caso podemos recuperar definitivamente a estética e a altura dos dentes superiores e inferiores com as lâminas recuperadoras de porcelana com aproximadamente 2 mm de espessura no arco superior e com as placas adesivas estéticas de Vieira, no arco inferior, que em média possuíram também 2mm de espessura e recompõe as faces oclusais e vestibulares dos dentes acometidos.

No arco inferior optamos pelo uso da PAEV, sendo essa provisória, em resina acrílica prensada em espessura de 2 mm , com placas em grupos de 3 em 3 e 2 em 2 dentes unidos. Envolvendo 12 dentes inferiores excetuando os dentes 34 e 44 e 38 e 48 que já haviam sido extraídos anteriormente por motivos ortodônticos. Orientamos normalmente aos pacientes a respeito de sua troca posteriormente por lâminas individuais de porcelana. Com esse bom resultado, oferecemos aos pacientes conforto e proteção aos dentes acometidos com os desgastes causados pela amelogênese e dentinogênese imperfeita em associação a parafunção (bruxismo) da paciente reestabelecendo a DVO.

Seqüência de tratamento e procedimento protocolo na confecção das lâminas recuperadoras de porcelana e das placas estéticas adesivas de Vieira.



fig 01.

1. Determinação da perda da DVO da paciente com compasso de Willis. A perda foi de 4mm
2. Escolha da cor, com o auxílio da escala VITA. A cor eleita foi A1.

3. Moldagem com Silicona de Adição do arco superior, pesado e leve com a utilização da técnica do papel filme para os alívios, moldagem com alginato de alta precisão do arco inferior e registro da perda da DVO perdida em silicona pesada e registro em cera na máxima interscuspidação.

4. Montagem em articulador semi-ajustável.

5. Envio ao laboratório montagem articulada, mais fotos da paciente.

6. Teste de adaptação de cor. Com auxílio da própria lâmina ou da placa e do cimento resinoso posicionar ver adaptação marginal e a necessidade de se usar os modificadores ou opacificadores de cor.

7. Isolamento do campo operatório no caso relativo com abridor de boca e roletes de algodão. Sugador

8. Profilaxia com pedra pomis ou branco de espanha e água com escova de Robson

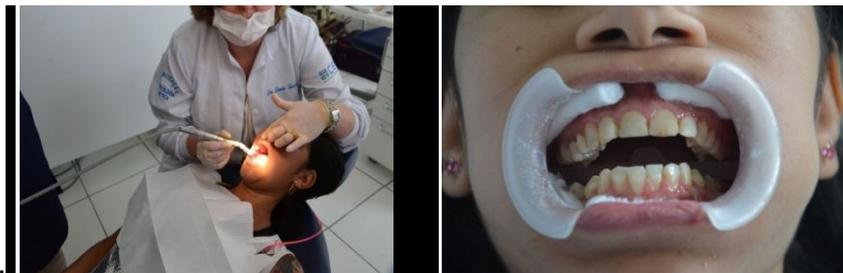


Fig02 (a) (b).

9. Nos dentes

a. condicionamento ácido no esmalte com ác.. Fosfórico a 37%, por 60s lava e seca com jato de ar. Se houverem regiões de dentina exposta usar a técnica de condicionamento diferenciado preconizada pelo prof. Dr. Dirceu Vieira com aplicação de ác. Fosfórico a 10% apenas 10s em dentina. Em dentina secar com bolinha de algodão.

b. restaurações pré-existentes. Nas restaurações de resina composta, realizar retenção mecânica (ac.fluorídrico a 10% por 20s, lavar e secar com jato de ar e

retenção química (2 camadas de vinil silano, aguardar 20s para cada camada e aplicar leve jato de ar)

c. aplicação de adesivo dental. O adesivo deve ser aplicado no dente e não polimerizar antes da cimentação. A não ser que seja fotoanaeróbico, pois esse não forma película e tem também uma excelente vantagem de ser incolor não interferindo de forma alguma na ocasião da cimentação não alterando a cor do cimento resinoso. O Adesivo utilizado STAE (SDI).

fig03.(a)



fig03.(b)



10. Na lâmina recuperadora de porcelana

a. retenção mecânica na peça na porção interna com jato de óxido de alumínio de 100um e/ou ac.fluorídrico a 10% durante 2,5 a 5 min conforme a espessura da lâmina recuperadora de porcelana.

b.retenção química da peça, aplicar o silano vinil 2 camadas na porção interna da peça, aguardar 20s cada camada, aplicar leve jato de ar.

c. aplicação de adesivo dental. O adesivo deve ser aplicado na peça e não polimerizar antes da cimentação. A não ser que seja fotoanaeróbico STAE (SDI)



fig04.

11. Na placa adesiva estética de Vieira

a. Não necessita de condicionamento com ac. Fluorídrico. Se for permanecer por pouco tempo na cavidade em caráter provisório, segue-se uma cimentação normal com o cimento de ionômero de vidro RIVA LUTHING (SDI), químico, sendo que pode ser o simples ou o RIVA LUTHING PLUS (SDI), fotopolimerizável, no nosso caso optamos pelo simples na forma de pó e líquido, facilitando a manipulação e cimentação.

12. Cimentação: Aplicamos o cimento resinoso a base de ionômero de vidro na porção interna da lamina recuperadora RIVA LIGHT (SDI) Cor A1. Colocamos a peça em posição. Removemos os excessos e pré polimerizamos de 2s. Passar o fio ou fita dental para remover excessos proximais. Aplicar se tudo correto o foto por 15 a 40s conforme potências do foto, no nosso caso usaram o aparelho de fotopolimerizador RADI CALL. Nas placas adesivas usamos o cimento de ionômero de vidro RIVALUTHING (SDI). Colocamos a placa adesiva em posição. Passando o fio ou fita dental para remover excessos proximais. A presa do cimento é química, por ser quimicamente ativado não necessita de polimerização.

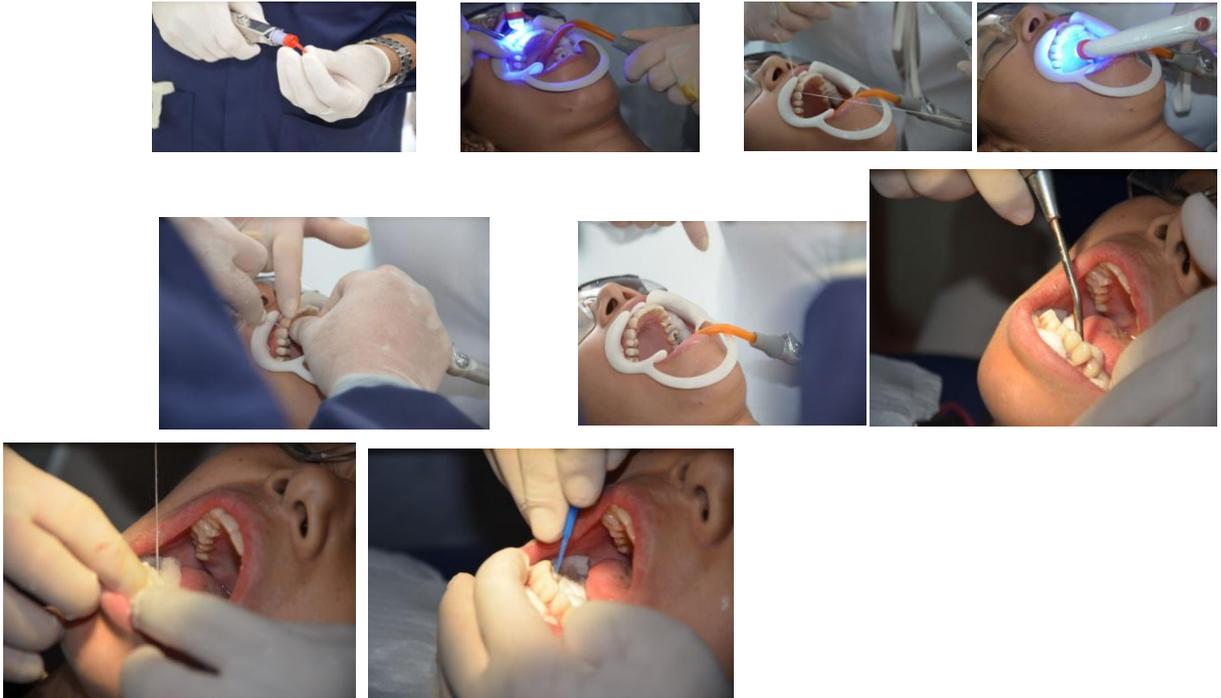


fig.05 (a).(b).(c).(d).(e).(f).(g).(h.)(i)

13. Ajuste oclusal. O ajuste é feito com tiras de lixa de carbono finas ACU FILM e pontas diamantadas esféricas de granulação fina. Respeitando as cúspides VIPs. Eliminando apenas os contatos pesados e em oliva encontrados nas vertentes, fósulas e fissuras.



Fig06.

Fazemos os ajuste através do papel carbono do tipo ACU FiLM e com o leave-gouge utilizando a técnica de bigorna e martelo do professor Dr. Dirceu Vieira.

14. Acabamento e Polimento.

Acabamento.

Na porcelana, utilizar pontas diamantadas de granulação fina e extrafinas e pontas de silicona. Assim como na resina composta das PAEV.

Polimento, escova de Robson com pasta abrasiva de granulação média e fina pastas POLI I e POLI II da KOTA e disco de feltro com pasta abrasiva de granulação ultrafina.



fig 07.

VI - DISCUSSÃO

A recuperação da DVO, da estética, da funcionalidade dos arcos, deve ser realizada com muito cuidado. Usar a placa adesiva estética de Vieira (PAEV), segundo o professor Dr. Dirceu Vieira (2006), essa seria uma ótima alternativa de tratamento. Usualmente, alguns profissionais iniciam o tratamento pela recuperação dos dentes posteriores através de coroas e próteses metalocerâmicas, implantes ou mesmo restaurações diretas e indiretas em resinas compostas, cerômeros ou porcelanas, Augusto et al (2005). A inovação trazida pela placa adesiva estética de Vieira (PAEV), propõe, vários benefícios durante o tratamento, além do restabelecimento imediato da DVO, a recuperação provisória da estética com qualidade satisfatória, oferecendo conjuntamente conforto articular, que se mantém durante todo o tratamento. Vieira (2009).

Zanella e Vieira ainda em 2009 dissertam que o planejamento é a palavra que melhor define a odontologia estética hoje em dia, recursos técnicos de adesivos, lâminas recuperadoras de porcelana, placas estéticas adesivas cimentadas com cimentos resinosos atualmente são as alternativas mais aceitas para casos mais graves de perda de estética e de dimensão vertical de oclusão.

Favero. & Vieira. (2006) relataram ainda em seu trabalho: Recuperação da dimensão vertical de oclusão através da placa adesiva estética de Vieira e reabilitação oral, sobre desgaste dental e bruxismo, citando vários autores sobre as possíveis causas dos desgastes dentais entre elas o bruxismo, a erosão e a falta de contenção posterior, segundo eles o paciente perde as guias anteriores e desenvolve guias posteriores com interferências oclusais no lado de balanceio. Em sua conclusão Favero e Vieira afirmam que a ideia de dimensão vertical será algo imutável, é totalmente refutável se considerar-se os benefícios trazidos pelo aumento da DV sobre a mastigação, formação e estética orofacial do paciente. A Placa Adesiva Estética de Vieira proporciona recuperação imediata da DVO devolvendo a estética e conforto ao paciente. O paciente sente bem estar na função mastigatória, melhora da auto-estima, principalmente em casos de pacientes como a nossa com problemas estéticos derivados da amelogênese e dentinogênese

imperfeita..O profissional realiza um planejamento com prognóstico e diagnóstico detalhado, facilitando as etapas do protocolo do tratamento clínico e viabilizando o tratamento definitivo para o paciente.Vieira (2006)

Baragona & Cohen (1991) discutiram o uso em longo prazo dos aparelhos interoclusais e concluíram não haver contra-indicação no seu uso por períodos prolongados, porém ressaltaram a necessidade de reavaliações frequentes com o intuito de manter as características funcionais do aparelho.

Marques & Vieira (2014) No trabalho: Placa Adesiva Estética de Vieira Individualizada ou em partes realizaram levantamento bibliográfico e apresentaram dois casos clínicos onde propõem a utilização das PAEVS na recuperação da DVO em pacientes acometidos com DTM. Concluíram que a Placa Adesiva Estética de Vieira é uma técnica inovadora, de fácil execução e instalação, conservadora, pois não necessita de desgaste ou preparo, instalada na zona expulsiva dos dentes. É um instrumento de grande importância na devolução imediata da Dimensão Vertical de Oclusão perdida restabelecendo a estética e a função mastigatória do paciente. Outro fator de suma importância nos dias de hoje, é o conforto gerado para o paciente com as diminuições das dores têmporo mandibulares, já que quase 80% da população mundial são acometidas pela DTM e com isso deixando o paciente mais estimulado a fazer a reabilitação oral definitiva conforme suas condições financeiras. As PAEVS são uma alternativa de custo de relativo acesso financeiro ao paciente já que pode realmente ser feita com um material de menor custo,individuais ou em partes e ser substituído aos poucos pelos laminados cerâmicos estimulando os nossos pacientes a manterem os cuidados com a cavidade oral.

VII - CONCLUSÃO

Através de nossa revisão de literatura e apoiada em nossa observação do resultado preliminar de nosso caso clínico, observamos que realmente a placa adesiva estética de Vieira é muito bem indicada em pacientes com amelogênese e dentinogênese imperfeita, que necessitam de uma melhora imediata da DVO perdida.

Muito eficaz na melhora e eliminação do desgaste acelerado pelas erosões ocasionadas tanto pela doença quanto pelos hábitos parafuncionais.

Além de ser uma alternativa viável para esse determinado tipo de paciente, ainda pode ser utilizada para outros tipos de prognósticos como pacientes com perdas dentárias entre outros.

Enfim dando conforto articular, oclusal, melhorando a micro e a macroestética, diminuindo ou eliminando a sensibilidade do paciente com um custo baixo e de fácil acesso a população. Uma técnica inovadora beneficiando um grande número de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

ALDRED MJ, CRAWFORD PJM, SAVARIRAYAN R. **Amelogenesis imperfecta - a classification and catalogue for the 21st century. Oral Dis**,9(1): 2003, 19-23.

AUGUSTO, L. et al. **Amelogênese Imperfeita. RGO**, P. Alegre, 53(3): 2005, 251-254.

BARAGONA & COHEN (1991) Dent Clin North Am. **1991** Jan;35(1):109-21. **Long-term orthopedic appliance therapy. Baragona PM(1),Cohen HV.** Author information: (1)Center for TMJ

CAMPOS, C.R.F.; PERES, C.A.C.V. **Recuperação da dimensão vertical de oclusão com placa adesiva estética de Vieira individualizada e lentes de contato dentais. Só Técnicas Estéticas**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 67-77, 2014.

ELIZABETH J, LAKSHMI PRIYA E, UMADEVI KMR, RANGANATHAN K. **Amelogenesis imperfecta with renal disease – a report of two cases. J Oral Pathol Med**, 36(1): 2007,625-8.

FÁVERO C A S, VIEIRA D, **Recuperação da Dimensão Vertical de oclusão através da Placa Adesiva Estética de Vieira e Reabilitação Oral, Só Técnicas Estéticas** 2006: 2(4) 126-132.

GREENE CS, LASKIN DM. **Splint therapy for the myofascial pain-- dysfunction (MPD) syndrome: a comparative study. J Am Dent Assoc.** 1972; 84(3): 624-8.

MACDONALD ET AL. / **Biochemical Pharmacology 68 (2004) 1497–1506. 1498. Fig. 1. Diagram of the putative membrane topology of the GABAA receptor.**

MARQUES C M S, VIEIRA D, **Placas Adesiva Estética de Vieira Individualizada ou em partes, Só Técnicas Estéticas** 2014; 11(2)35-46.

MORGADO, CL. et al. **A Amelogênese Imperfeita - Uma Revisão da Literatura. Rev Port de Estomatol**, 50(4): 2009, 123-9.

OLIVEIRA, A.S.; DIAS E.M.; CONTATO, R.G.; BÉRZIN, F. **Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in Brazilian college students. Braz Oral Res**, v. 20, n. 1, p. 3-7, 2006

PEDROSO A C C, **Placas Oclusais: Grau de sucesso e resultados clínicos**, 2011, monografia prótese-soesp.

PAES, C.; TOLEDO, P.N.; DA SILVA, H.J. **Fonoaudiologia e estética facial: estudo de casos. Rev CEFAC**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 213-20, abr-jun, 2007.

PEREIRA RPA, NEGR EIROS WA, SCARPARO HC, PIGOZZO MN, CONSANI RLX, MESQUITA MF. **Bruxismo e qualidade de vida.. Rev Odonto Ciência – Fac.. Odonto/PUCRS..** 2006; 21(52): 185-90.

SANTOS REIS. **Reabilitação estética em Odontopediatria e reflexos psico-emocionais na criança e núcleo familiar. (Dissertação de Mestrado)**. Campinas. Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, 2005. S

SCANNAVINO, FL. et al. **AMELOGÊNESE IMPERFEITA:ALTERNATIVA DE TRATAMENTO. Ciência e Cultura - Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário da FEB**, 4(1): 2009, 12-22.

VEDOLIN, G.M.; LOBATO, V.V.; LAURIS, J.R.P.; PORTO V.C.; CONTI, P.C.R. **Participação do estresse e da ansiedade na alteração do limiar de dor à pressão (LDP) em pacientes comDTM miogênica: estudo comparativo. 2007. Dissertação (Mestrado em Odontologia) Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru. 2007.**

VIEIRA D, **Placa adesiva estética de Vieira. Só técnicas estéticas** 2008.

VIEIRA D, VIEIRA D. M, **Metal Free – Lentes de contato dental e coroas, E. Santos** 2012 (1).

ZANELLA M A, VIEIRA D, **Avaliação do conforto e satisfação do paciente na recuperação da dimensão vertical de oclusão com placa adesiva estética de Vieira, só Técnicas Estéticas** 2009.

ZAVATTA L C, VIEIRA D, **Laminados cerâmicos sem desgaste alternativa para recuperação da dimensão vertical, Só técnicas estéticas** 2012;9(4)99-109.

