

RESTAURAÇÕES INDIRETAS: UMA ALTERNATIVA NA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA

INDIRECT RESTORATIONS: AN ALTERNATIVE IN PEDIATRIC DENTISTRY

Alessandro Leite Cavalcanti¹

¹ Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Odontologia, Campina Grande, PB, Brasil; (83) 315-3326; e-mail: dralessandro@ibest.com.br

Recebido para publicação em 07/06/2004

Aceito para publicação em 29/07/2004

RESUMO

Restaurações posteriores em resina composta constituem-se no foco de atenção dos pacientes e dos profissionais. A finalidade deste trabalho é apresentar a técnica operatória das restaurações indiretas confeccionadas em resina composta, familiarizando o cirurgião-dentista com as fases clínica e laboratorial desta opção terapêutica na dentição decídua.

Palavras-chave: resina composta, dente decíduo, restauração indireta

ABSTRACT

Posterior restorations in composite resin are the focus of attention of patients and professionals. The purpose of this paper is to present the operative technique of indirect composite restorations, familiarizing the dentist with clinic and laboratorial steps of this therapeutic option for deciduous teeth.

Key words: composite resin, deciduous tooth, indirect restoration

1. Introdução

A cárie dentária continua sendo uma das doenças mais prevalentes que afeta o ser humano, a despeito de todas as medidas preventivas existentes. É comum no atendimento odontológico infantil, o profissional

deparar-se com pacientes de baixa idade apresentando os dentes decíduos posteriores severamente destruídos. A reabilitação desses elementos, devolvendo a estética, forma e função perdidas, constitui-se em um grande desafio para o odontopediatra.

Entretanto, conforme relatado por Mathias *et al*

(1995), com o advento dos materiais adesivos, as possibilidades de grandes reconstruções dentárias aumentaram, oferecendo ao cirurgião-dentista, uma maior possibilidade de conservação das estruturas dentárias..

Dentre as várias opções de tratamento existentes para dentes decíduos posteriores severamente destruídos, encontram-se as restaurações em amálgama adesivo, coroas de aço e, mais recentemente, as colagens de fragmentos dentários provenientes de um banco de dentes.

De acordo com Cavalcanti e Lacerda (1999), as restaurações indiretas em resina composta constituem-se em uma opção terapêutica alternativa para a reabilitação bucal na dentição decídua. Nessa técnica, a restauração é confeccionada sobre o modelo de gesso e posteriormente cimentada na cavidade, visando, principalmente, melhorar a adaptação, diminuindo a contração de polimerização e o tempo de atendimento clínico (Giro *et al.*, 1997).

Chaim e Baratieri (1998) classificaram as restaurações indiretas em resina composta em inlays, onlays e overlays. Segundo os autores, inlays são aquelas restaurações sem qualquer envolvimento de cúspides, enquanto as onlays apresentam envolvimento cuspídeo. Overlays são as restaurações indiretas nas quais existe o envolvimento e recobrimento de todas as cúspides.

O principal objetivo deste trabalho é apresentar a técnica operatória da restauração indireta em dentes decíduos com resina composta, simplificando os procedimentos clínicos, possibilitando ao clínico-geral executá-la em seu dia-a-dia.

1.1. Técnica Operatória

1) Preparo Cavitário - Considerações Gerais

O preparo cavitário para a confecção da restauração indireta deve ter a forma mais simples possível, sendo semelhante àquela na qual o material restaurador é colocado diretamente na cavidade. Ou seja,

faz-se necessária a remoção do tecido cariado e a proteção do complexo dentino-pulpar, quando houver indicação.

Todas as paredes devem ser planas, lisas e livres de irregularidades, com os ângulos internos arredondados. A maior diferença reside no fato de que o preparo deverá apresentar-se levemente expulsivo. Essas características são obtidas com pontas diamantadas tronco-cônicas com ângulos arredondados (Chaim; Baratieri, 1998).

Portanto, realizada a remoção do tecido cariado, é importante observar se algumas regiões do preparo apresentam áreas retentivas. Se existentes, não devem ser removidas, mas preenchidas com ionômero de vidro ou materiais similares com o intuito de preservar a maior quantidade de tecido dental sadio.

2) Etapas Clínicas

a) Fase Clínica Inicial

· Preparo cavitário: as paredes internas devem apresentar ligeira expulsividade (Figura 1).



Figura 1 - Aspecto inicial do preparo cavitário.

· Moldagem. Deve ser realizada com material a base de silicóna. Para o arco antagonista, pode-se utilizar uma moldagem com hidrocolóide irreversível (alginato) (Figura 2).

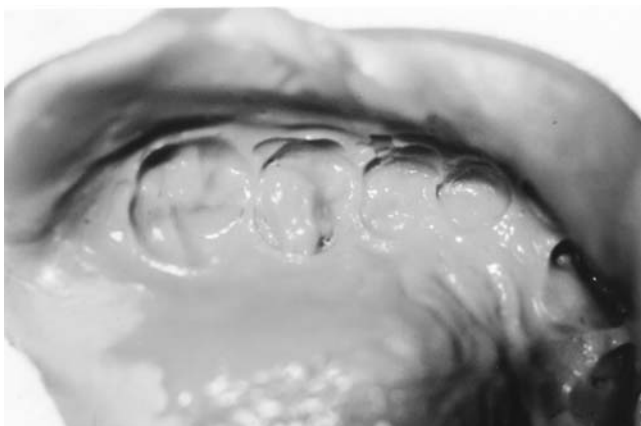


Figura 2 - Moldagem com material a base de silicone.

b) Fase Laboratorial

Obtenção do modelo de trabalho, em gesso pedra especial (Figura 3).

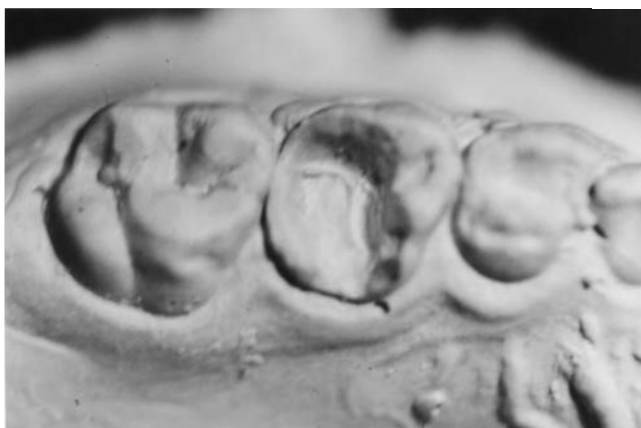


Figura 3 - Obtenção do modelo de trabalho, em gesso pedra especial.

- Delimitação da área e isolamento do modelo. Demarcar com grafite as margens da restauração e, em seguida, isolar com vaselina líquida e/ou isolante para resina acrílica a região na qual se irá trabalhar.

- Inserção da resina composta em incrementos não maiores que 2mm e subsequente fotopolimerização. Nessa fase, define-se a anatomia e o ajuste oclusal (Figura 4).

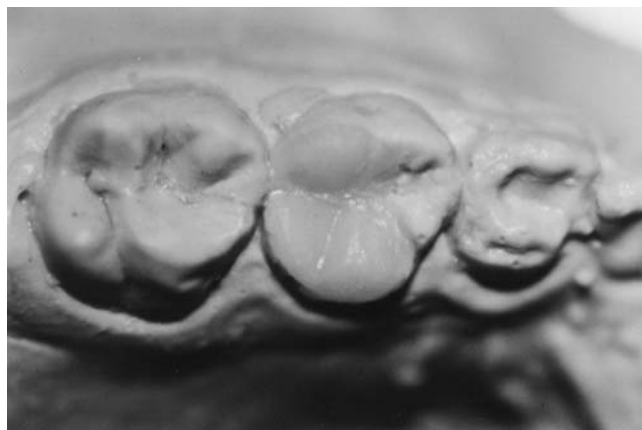


Figura 4 - Inserção da resina composta em incrementos não maiores que 2mm e subsequente fotopolimerização. Observar a definição da anatomia oclusal.

- Imersão em água do modelo/restauração objetivando promover a expansão higroscópica da resina.

c) Fase Clínica Final

- Remoção da restauração do modelo de trabalho.

- Profilaxia com pedra-pomes e escova de Robinson no remanescente dentário. Este mesmo procedimento deve ser realizado na face interna da restauração em resina, objetivando a remoção de partículas do gel isolante ou do gesso.

- O passo seguinte consiste da prova da restauração indireta no elemento dentário.

- Execução do condicionamento ácido durante 10 segundos no remanescente dental e por 30 segundos na face interna da restauração em resina.

- Lavagem e secagem por igual período de tempo.

- Aplicação do sistema adesivo em ambos, segundo as especificações do fabricante e subsequente fotopolimerização.

- Cimentação. Pode-se utilizar um cimento resinoso de ativação dupla (polimerização por componentes químicos e pela luz visível), também denominado cimento dual ou, em sua ausência, a resina composta fluidificada com uma gota do adesivo. É importante utilizar uma fita de poliéster nas faces

proximais dos dentes adjacentes, evitando, assim, adesão entre essas superfícies.

- Remoção dos excessos marginais cervicais e fotopolimerização final em cada face do dente.

Ajuste oclusal, acabamento e polimento finais (Figura 5).



Figura 5 - Aspecto final após ajuste oclusal, acabamento e polimento

2. Discussão

A reabilitação bucal de dentes decíduos com grande destruição coronária exige do profissional conhecimento da anatomia dentária, da oclusão e das técnicas e materiais disponíveis, visando estabelecer não apenas a função e a estética, mas também o equilíbrio emocional das crianças (Giro *et al.*, 1997; Koch *et al.*, 1995).

Dentre as vantagens do uso das resinas compostas como material restaurador, encontram-se: menor desgaste de tecido dental sadio, baixa condutibilidade térmica, baixo custo quando comparado a outras opções terapêuticas e ausência da emissão de vapores de mercúrio (Sotillo, 1985; Baratieri, 1988).

As restaurações indiretas apresentam excelente resultado estético na região posterior, por meio da reprodução do formato, cor e contorno natural do dente decíduo. Outras vantagens incluem a maior precisão do ponto de contato, a adaptação marginal, a redução da contração de polimerização e a diminuição da formação de fendas interfaciais. Além disso, a técnica proporciona o aprimoramento das propriedades mecâ-

nicas das resinas e a polimerização é mais homogênea (Chaim; Baratieri, 1998; Vieira; Maccagnan, 1998).

Vieira (1993) citou como desvantagens dessa técnica: tempo adicional, maior número de passos e maior quantidade de material envolvido. Contudo, segundo Cavalcanti e Lacerda (1999), tais fatores não se constituem em pontos negativos, pois essa técnica permite a restauração de vários elementos dentários em um menor número de sessões e, em Odontopediatria, esse fato é primordial, uma vez que o atendimento infantil é realizado em crianças da mais tenra idade.

Outro ponto importante a ser destacado é que não existe a necessidade de equipamentos sofisticados, de última geração, bem como é dispensável o encaminhamento ao laboratório, uma vez que o próprio profissional pode executar o trabalho laboratorial em seu consultório particular, tal é a simplicidade técnica (Cavalcanti; Lacerda, 1999).

Portanto, conforme relatado por Imperato *et al.* (1998), a utilização de incrustações em resina composta parece ser um método eficiente na solução estética e funcional de grandes destruições coronárias de molares decíduos, apresentando um resultado clínico satisfatório a longo prazo.

3. Conclusão

A restauração de dentes decíduos posteriores extensamente destruídos por meio da técnica restauradora indireta utilizando resina composta constitui-se em excelente opção terapêutica de fácil execução, pois além da estética favorável, possibilita a reabilitação de vários elementos dentários em um menor número de sessões clínicas.

REFERÊNCIAS

1. BARATIERI, L. N. Seminário sobre resinas compostas em dentes posteriores. **RGO**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 216-217, maio/jun. 1988.
2. CAVALCANTI, A. L.; LACERDA, A. H. D. L. Restaurações indiretas: técnica alternativa na reabilitação bucal em odontopediatria. **J Bras Odontoped Clin Bebe**, Curitiba, v. 2, n. 8, p. 274-276, 1999
3. CHAIN, M. C.; BARATIERI, L. N. **Restaurações estéticas**

- com resina composta em dentes posteriores.** Série EAP/APCD, v.12, São Paulo: Artes Médicas, 1998. p. 131-165.
4. GIRO, E. M. A.; HEBLING, J.; BAUSELLS, J. Reabilitação bucal em odontopediatria. In: BAUSELLS, J. **Odontopediatria: procedimentos clínicos.** São Paulo: Premier, 1997. p. 125-138.
5. IMPARATO, J. C. P.; LONG, S. M.; TRINDADE, C. P.; GUEDES-PINTO, A. C. Reconstrução de molares decíduos através da técnica restauradora indireta com resina composta – acompanhamento clínico e radiográfico de 2 anos. **RPG**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 133-137, abr./jun. 1998.
6. KOCH, G.; MODÉRR, T.; POUSEN, S.; RASMUSSEN, P. **Odontopediatria - uma abordagem clínica.** 2. ed. São Paulo: Santos, 1995. p. 155-184.
7. MATHIAS, R. S.; KRAMER, P. F.; GUEDES-PINTO, A. C. Dentística operatória e restauradora. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**, 5. ed. São Paulo: Santos, 1995. p.701-743.
8. SOTILLO, M. Filling materials for the posterior region. **Acta Odontol Venez**, Caracas, v. 23, n. 2-3, p. 175-84, 1985.
9. VIEIRA, D. **Comparação (in vitro) da infiltração marginal entre restaurações diretas e indiretas com resinas compostas.** São Paulo, 1993. 157f. Dissertação (Mestrado em Dentística Restauradora) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
10. VIEIRA, D.; MACCAGNAN, L. C. G. Restaurações indiretas em resinas compostas - resultados de 17 anos de estudo. **Rev Paul Odontol**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 4-11, maio/jun. 1998.