

② Correção de Seqüelas do Reimplante Dentário

Soluções Estéticas Provisórias

INTRODUÇÃO

As avulsões dentárias em adolescentes e adultos são um acontecimento cada vez mais freqüente em razão do desenvolvimento de atividades inerentes ao mundo moderno, sendo o reimplante dentário o tratamento indicado para estes casos. Dependendo da intensidade do trauma, do tempo decorrido ou mesmo da habilidade do profissional, o reposicionamento adequado do dente no seu alvéolo pode ser comprometido por alguns fatores, tais como, organização do coágulo sangüíneo, presença de fragmentos ósseos ou dentais, fratura da tábua óssea alveolar ou deslocamento das paredes alveolares.

Em razão disso, nem sempre o reimplante dentário atende às necessidades estéticas do paciente. Assim, a realização de um novo reimplante dentário, a movimentação ortodôntica ou procedimentos restauradores podem ser as opções estéticas eleitas para a resolução do reposicionamento inadequado.

Muitas pessoas procuram tratamento para solucionar um problema de estética dental por causa de um misto de razões psicológicas e sociais, sendo que a primeira motivação é a preocupação com a aparência dento-facial dentro de um contexto sociocultural particular. Quando menção é feita para a aparência facial ou, ainda, atrativos físicos, a feição facial e, especificamente, a região bucal são consideradas primeiramente (DAVIS et al., 1998).

O propósito deste relato de caso é mostrar a correção de dentes mal posicionados, após seu inadequado reimplante, usando facetas laminadas e coroas puras de porcelana, a despeito da possibilidade da perda do dente em decorrência de reabsorções radiculares.

RELATO DO CASO

O paciente EFB, 24 anos, teve os dentes 13, 12, 11, 21 e 22 avulsionados, lacerações gengivais e escoriações na face, em decorrência de um acidente de móbilete, há seis anos. Após o acidente, foi levado para o Pronto Socorro Municipal, onde foram realizadas a limpeza das escoriações, tratamento de urgência dos dentes envolvidos e tecidos moles e prescrição de antibiótico e antiinflamatório. Os dentes foram limpos com soro fisiológico e reimplantados em seus alvéolos, depois de aproximadamente duas horas, sendo que nenhum tipo de contenção foi realizado. Os tecidos moles lacerados foram suturados com fio de algodão. Dois dias após o ocorrido, o paciente procurou o serviço de atendimento de traumatismo dento-alveolar da disciplina de Clínica Integrada (Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP) onde foi realizado cuidadoso exame clínico, remoção de detritos da região afetada e contenção dos dentes reimplantados com fio ortodôntico e resina composta (Figuras 1 e 2). Na sessão seguinte, as suturas foram removidas e teve início o tratamento endodôntico dos dentes afetados, sendo que o curativo de demora utilizado foi o de hidróxido de cálcio em veículo oleoso (propileno-glicol - Aphoticário). Após, aproximadamente, um ano de controle, com sucessivas trocas de curativo e ausência de imagens radiográficas sugestivas de reabsorções, foram realizadas as obturações dos condutos radiculares. Quatro anos após o término dos tratamentos endodônticos e com controles radiográficos semestrais (Figuras 3 e 4), descontente com o resultado estético (Figuras 5 e 6), o paciente procurou um especialista em ortodontia, buscan-

- José Carlos Monteiro de Castro

Auxiliar de Ensino do Depto. de Cirurgia e Clínica Integrada (Disciplina de Clínica Integrada) da FO/Araçatuba/UNESP e aluno do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de Periodontia, nível de Mestrado.

- Wilson Roberto Poi

Professor Adjunto do Depto. de Cirurgia e Clínica Integrada (Disciplina de Clínica Integrada) da FO/Araçatuba/UNESP.

- Liliana Vicente Melo de Lucas

Aluna do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de Prótese Dentária, nível de Mestrado, da FO/Araçatuba/UNESP.

- Luciano Tavares Ângelo

- Cristiane Iglesias Reinas
Cirurgiões-dentistas formados pela FO/Araçatuba/UNESP.

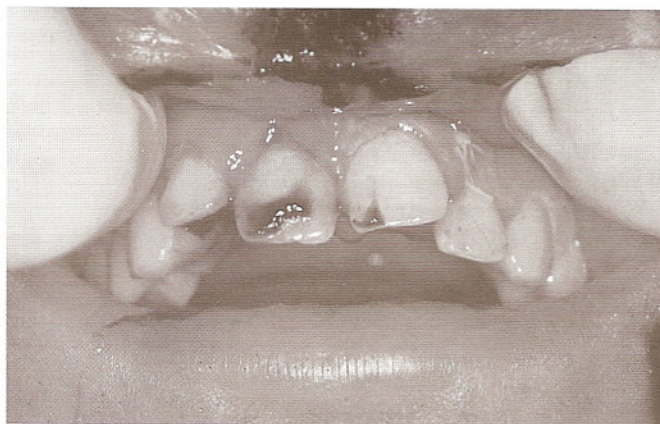


Fig. 1 - Caso clínico inicial com os dentes já reimplantados.



Fig. 2 - Contenção realizada com fio ortodôntico e resina composta.

do o reposicionamento dos dentes. Após ampla discussão multidisciplinar, o tratamento ortodôntico foi contra-indicado e um plano de tratamento com finalidade estética foi estabelecido.

Optou-se pela confecção de facetas de porcelana nos elementos 22 e 11 e de coroas puras de porcelana no 21 e no 12. O elemento 13 encontrava-se em posição harmoniosa no arco dental, sendo assim, foi dispensado um tratamento com finalidade estética. Pinos intra-radiculars de fibra de vidro (FibreKor – Generic-Pentron) foram cimentados com cimento resinoso (Enforce – Dentisply) nos quatro incisivos. Os preparos foram confeccionados (Figura 7), sendo que nos elementos 22 e 11 o preparo para faceta não incluiu os contatos interproximais e foi estendido até o terço incisal da face palatina. Já o preparo para coroa pura foi confeccionado respeitando-se as características necessárias para este tipo de restauração: término cervical em chanfro, com desgaste uniforme de 1,2 mm em toda cervical; paredes axiais com inclinação de 6°, e desgaste incisal de 2 mm. Na mesma sessão, foi realizada a moldagem com material elastomérico (Impregum F – ESPE Dental – Medizin GmbH & Co. KG) e fio retrator (ULTRAPAK® Samples – Ultradent Products, Inc.), utilizando-se uma moldeira parcial anterior (Triple Tray – Premier) que obtinha, ao mesmo tempo, a impressão dos dentes superiores e seus antagonistas em oclusão. Os provisórios foram confeccionados com dente de estoque e resina acrílica ativada quimicamente (Duralay – Reliance Dental MFG CO.). O molde foi enviado ao laboratório, os copings foram construídos em cerâmica Cergogold (Degussa Hüls Ltda.) e, posteriormente, foi aplicada cerâmica de recobrimento Dulceragold (Degussa Hüls Ltda.). Após o glazeamento, as peças foram silanizadas e cimentadas com cimento resinoso (Enforce – Dentisply), conforme as orientações do fabricante (Figuras 8 e 9).

DISCUSSÃO

A Odontologia passa por significativas mudanças conceituais quanto à estética, pois se entende que o restabelecimento de um sorriso harmônico faz parte da saúde do indivíduo como um todo (FONTANA et al., 2001).

O tratamento estético, além de se relacionar à patologia e à função, também aborda atitudes relacionadas à aparência, personalidade, conceito do paciente com relação a si próprio,



Fig. 3 - Radiografia 4 anos após a obtenção dos canais.

a posição que ocupa no meio social, suas relações com a família, amigos, colegas de trabalho, e mesmo amizades casuais (BOTTINO et al., 2000).

Por muitos anos, o tratamento mais indicado e durável para a correção estética de dentes anteriores era a confecção de coroas totais, sendo esta uma técnica invasiva que remove grande quantidade de tecido dentário saudável. O grande progresso na capacidade de união à dentina e ao esmalte obtido com a introdução dos sistemas adesivos levou a técnicas de restaurações adesivas mais conservadoras para solucionar o problema de dentes com aparência comprometida (NAKABAYASHI et al., 1982; VAN MEERBEEK et al., 1992).

A porcelana é considerada o material mais estético e biocompatível na Odontologia, com a habilidade de imitar o esmalte dental. Vários estudos mostraram que a porcelana retém menos placa do que outros materiais restauradores e até mesmo o esmalte (CHAN & WEBER, 1986; OLSSON et al., 1992). Além do que, estudos longitudinais têm demonstrado que as restaurações de faceta de porcelana e de coroas puras podem promover extremo sucesso a longo prazo com relação à



Fig. 4 - Radiografia 4 anos após obturação dos canais.



Fig. 5 - Vista vestibular após 5 anos da realização do reimplante dentário.



Fig. 6 - Vista inicial após 5 anos da realização do reimplante dentário.

estética e à função (CHO et al., 1998).

As facetas de porcelana têm sido tradicionalmente usadas em dentes esteticamente comprometidos, como dentes com alteração de cor, com múltiplas restaurações de resina composta, mal posicionados e também para corrigir diastemas (CHO et al., 1998).

A técnica de restauração da faceta de porcelana apresenta mínimo desgaste, o que demonstra um efeito positivo na auto-estima do paciente, quando usada para satisfazer seus desejos (DAVIS et al., 1998).

Além do mais, as coroas puras de porcelanas podem ser associadas com sucesso às facetas de porcelana (TOUATI et al., 2000). Suas vantagens incluem uma grande melhora estética devido a suas características ópticas; redução da condutividade térmica, diminuição do acúmulo de placa, obtenção de um bom contorno protético e redução do risco de um possível prejuízo da saúde bucal (SORENSEN et al., 1998).

Por outro lado, uma vez que o movimento ortodôntico resulta da aplicação de pressão, o aparecimento de reabsorção radicular ou sua completa dissolução pode ocorrer mais frequentemente em dentes reimplantados do que em dentes não envolvidos em traumatismo dento-alveolar (HINES, 1979). Os dentes reimplantados sofrem severa reabsorção de cimento e de dentina, freqüente destruição da membrana periodontal e mostram mais anquilose óssea quando são movimentados ortodônticamente do que dentes não reimplantados (GORDON, 1972).

De acordo com MALMGREEN (1982), ALMEIDA et al. (1989) e LINGE & LINGE (1991) dentes que sofreram traumatismo antes do tratamento ortodôntico podem ter aumentado o risco para as reabsorções. Por essa razão, dentes com história de traumatismo devem ser bem analisados radiograficamente para a verificação de áreas de reabsorção antes do tratamento ortodôntico. Além disso, segundo BECK

& HARRIS (1994), a reabsorção radicular apical externa é um resultado iatrogênico comum do tratamento ortodôntico, sendo assim uma análise criteriosa deve ser realizada antes da eleição do melhor tratamento para o caso.

Tendo em vista que este tratamento restaurador pode ser considerado provisório devido ao prognóstico dos dentes reimplantados, os resultados estéticos e funcionais obtidos foram extremamente satisfatórios, além de possibilitarem o resgate da auto-estima do paciente que estava afetada, devido ao comprometimento estético de seus dentes anteriores.

Muito embora todas essas vantagens tenham sido observadas, merece cuidados a indicação de um tratamento restaurador com essa magnitude e envolvimento financeiro, principalmente para dentes com prognóstico duvidoso. Aguardar todo esse tempo mostrou ser uma atitude coerente e os anseios do paciente foram determinantes para o desenvolvimento do plano proposto.

CONCLUSÃO

A despeito de ser tido como um tratamento provisório em razão do prognóstico do reimplante, a correção do mal posicionamento dentário, utilizando facetas e coroas totais de porcelana, atendeu às necessidades estéticas do paciente e mostrou ser uma ótima opção de tratamento.



Fig. 7 - Preparo dos dentes. Coroas totais no 12 e no 21 e facetas de porcelana no 11 e 22.



Fig. 8 - Vista vestibular do caso clínico após a cimentação das peças.

RESUMO

Os autores relatam um caso clínico para solucionar o problema de mal posicionamento dentário, resultante de reimplantes dentários. Discutem as possibilidades de tratamento, dentre elas a movimentação ortodôntica, e elegem como opção terapêutica a confecção de facetas e coroas puras de porcelana por apresentarem biocompatibilidade, excelente qualidade estética e reduzido acúmulo de placa.

Palavras-chaves: Reimplante dentário, faceta laminada de porcelana, coroa pura de porcelana.

SUMMARY

The authors present a case report of badly dental positioning, resultant of dental reimplants. They discuss treatment possibilities, like as the orthodontic movement, and they choose the making of porcelain laminate veneers and all-ceramic crowns because of its biocompatibility, excellent aesthetic quality and reduced plaque accumulation.

Key words: dental reimplant, porcelain laminate veneer, all-ceramic crown.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, G.A.; HENRIQUES, J.F.C.; PINZAN, A. Reabsorção radicular: Considerações preliminares e apresentação de um caso clínico. Rev. Odont. USP, São Paulo, v.3, n.1, p.305-311, jan./mar. 1989.
2. BECK, B.W.; HARRIS, E.F. Apical root resorption in orthodontically treated subjects: Analysis of edgewise and light wire mechanics. Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop., Orlando, v.105, n.4, p.350-361, Apr. 1994.
3. BOTTINO, M.A. et al. Considerações gerais. In: ____ Estética em reabilitação oral: metal free. São Paulo: Artes Médicas. 2000. p.445-496.
4. CHAN, C.; WEBER, H. Plaque retention on restored teeth with full-ceramic crowns: a comparative study. J. Prosthet. Dent., St. Louis, v.56, n.6, p.666-671, Dec. 1986.
5. CHO, C.G.; DONOVAN, T.E.; CHEE, W.W.L. Clinical experiences with bonded porcelain laminate veneers. J. Calif. Dent. Assoc., Sacramento, v.26, n.2, p.121-127, Apr. 1998.
6. DAVIS, L.G.; ASHWORTH, P.D.; SPRIGGS, L.S. Psychological effects of aesthetic dental treatment. J. Dent., Oxford, v.26, n.7, p.547-554, Sep. 1998.



Fig. 9 - Vista incisal do caso clínico após a cimentação das peças.

7. FONTANA, R.H.M.T.S. et al. Facetas laminadas em porcelana. JBC, Curitiba, v.5, n.26, p.126-132, mar./abr. 2001.
8. GORDON, N.S. Effects of orthodontic force upon replanted teeth: a histologic study. Am. J. Orthod., Orlando, v.62, n.5, p.544, Nov. 1972.
9. HINES, F.B. A radiographic evaluation of the response of previously avulsed teeth and partially avulsed teeth to orthodontic movement. Am. J. Orthod., Orlando, v.75, n.1, p.1-19, Jan. 1979.
10. LINGE, L.; LINGE, B.O. Patient characteristics and treatment variables associated with apical root resorption during orthodontic treatment. Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop., Orlando, v.99, n.1, p.35-43, Jan. 1991.
11. MALMGREN, O.; GOLDSOHN, L.; HILL, C.; ORWIN, A.; PETRINI, L.; LUNDBERG, M. Root resorption after orthodontic treatment of traumatized teeth. Am. J. Orthod., Orlando, v. 82, n.6, p.487-491, Dec. 1982.
12. NAKABAYASHI, N.; KOJIMA, K.; MASUHARA, E. The promotion of adhesion by infiltration of monomers into tooth substrates. J. Biomed. Mater. Res., New York, v.16, n.3, p.265-273, May 1982.
13. OLSSON, J.; VAN DER HEIJDE, Y.; HOLMBERG, K. Plaque formation in vivo and bacterial attachment in vitro on permanently hydrophobic and hydrophilic surfaces. Caries Res., Basel, v.26, n.6, p.428-433, Nov. 1992.
14. SORENSEN, J.A.; KANG, S.K.; TORRES, T.J.; KNOX, H. In-Ceram fixed partial dentures: three-year clinical trial results. J. Calif. Dent. Assoc., Sacramento, v.26, n.3, p.207-214, Mar. 1998.
15. TOUATI, B.; MIARA, P.; NATHANSON, D. Modified all-ceramic and ceramo-metal crowns. In: ____ Esthetic dentistry and ceramic restorations. São Paulo: Livraria Santos Editora. 2000. p.215-258.
16. VAN MEERBEEK, B.; VANHERLE, G.; LAMBRECHTS, P.; BRAEM, M. Dentin and enamel-bonding agents. Curr. Opin. Dent., Philadelphia, v.2, p.117-127, Mar. 1992.