

necessários, como por exemplo, tracionamento ortodôntico⁴.

RESUMO

Os odontomas são tumores odontogênicos caracterizados por formação de tecidos dentários e, subdividem-se em dois tipos de acordo com o padrão de morfodiferenciação: odontoma complexo e composto. Devido a sua alta incidência, o odontoma merece uma atenção especial do cirurgião-dentista a respeito de todas as suas facetas, desde o diagnóstico, comportamento biológico até o tratamento. A maioria dos casos ocorre em indivíduos durante a segunda década de vida e, geralmente, as lesões são assintomáticas sendo descobertas durante a realização de exames radiográficos. O presente trabalho objetiva apresentar as características clínicas, radiográficas e histopatológicas de um caso de odontoma raro, diagnosticado em paciente com idade avançada e, além disso, associado à infecção crônica local.

Palavras-Chave: Odontomas. Tumores odontogênicos.

SUMMARY

Odontomas are odontogenic tumors in which all the dental tissues are represented and they can be divided in two groups according to the morfodifferentiation pattern: complex and compound odontoma. Due to their high incidence, odontomas deserve special attention from dentists about the diagnosis, biological behaviour and treatment. The majority of odontomas occurs during the second decade of life and, generally, these

lesions are asymptomatic and discovered at radiographic exams. The aim of the present study is to show the clinical, radiographic and histopathological characteristics of an extremely rare case of odontoma, which was diagnosed in an old patient, and also showed association with a local chronic infection.

Key-Words: Odontomas. Odontogenic tumors.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUDNICK, S.D. Compound and complex odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 42 (4): 501-506, oct., 1976.
- KAUGARS, G.E.; MILLER, M.E.; ABBEY, L.M. Odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 67 (2): 172-176, feb. 1989.
- KRAMER, I.R.H.; PINDBORG, J.; SHEAR, M. *Histological Typing of Odontogenic Tumours. World Health Organization International Histological Classification of Tumours.* 2^a ed., Berlin-Springer, 1992, p.16-21.
- LIU, Jia-K. et al. Orthodontic correction of a mandibular first molar deeply impacted by an odontoma: A case report. *Quintessence International.* 28 (6): 381-385, 1997.
- MIKI, Y. et al. Clinicopathological studies of odontoma in 47 patients. *Journal of Oral Science.* 31 (4): 173-176, 1999.
- NEVILLE, B.W. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 1^a ed. Rio de Janeiro Koogan, 1998, 705p. p. 128-130.
- OWENS, B.M. et al. Dental odontomas: a retrospective study of 104 cases. *J. Clin Pediatr Dent.* 21 (3): 261-264, 1997.
- PHILIPPART, C.; ARYS, A.; DOUROV, V. Experimental odontomas in osteopetrotic op/op rats. *J. Oral Pathol Med.* 23: 200-2204, 1994.
- PHILIPSEN, H.P.; REICHAERT, P.A.; PRAETORIUS, F. Mixed Odontogenic Tumours and odontomas. Considerations on interrelationship Review on the Literature and Presentation of 134 New Cases of Odontomas. *Oral Oncology,* 33 (2): 86-99, 1997.
- REGEZI, J.A.; KERR, D.A.; COURTNEY, R.M. Odontogenic tumours: analysis of 706 cases. *J. Oral Surg.* 35 (10): 771-778, oct. 1978.
- REGEZI, J.A.; SCIUBRA, J.J. *Patologia Bucal - Correlações Clinicopatológicas.* 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, 475p. p.1162-170.
- SHAFFER, W.G.; HINER, M.K.; LEVY, B.M. *Tratado de patologia bucal.* 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 837p. p.21-727.
- TANAKA, N. et al. Clinical features and management of oral and maxillofacial tumors in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 88: 11-15, 1999.

③ Um Método Simples Para Obtenção de Anatomia Oclusal Com Resina Composta

INTRODUÇÃO

A Odontologia sempre buscou materiais restauradores que apresentassem características estéticas e biocompatíveis à estrutura dental, principalmente materiais que também pudessem agradar esteticamente os pacientes. Desde os relatos sobre as resinas epóxicas utilizadas na Odontologia BOWEN⁴ e os primeiros relatos sobre as resinas compostas e suas indicações na Odontologia, os profissionais procuraram as melhores indicações técnicas para o uso de resina composta, independente se em dentes anteriores ou posteriores ANUSAVICE¹. Uma grande preocupação, além da correta indicação e eficiência do material, sempre foi a possibilidade de devolver a anatomia perdida do dente, seja com amálgama de prata ou resina composta BAUM et al.³. Sabemos hoje que o desgaste de muitas resinas compostas para dentes posteriores pode ser reduzido até 8 micrômetros/ano, principalmente devido ao tipo de carga utilizada nas resinas compactáveis e a forma física dessa carga, ou seja, o arredondamento das partículas. Cabe salientar que essa preocupação em relação à anatomia dental não deve-se somente a motivos estéticos, mas principalmente, em relação à oclusão. Durante a reconstrução da região oclusal de um molar com resina composta, alguns profissionais possuem limitações na confecção de sulcos, cúspides, vertentes e cristas marginais, podendo tornar a anatomia desse dente muito diferente da original, o que pode gerar desgosto estético ao paciente e ao próprio profissional, alterações na oclusão do paciente e ainda pode levar à fraturas na resina composta e no próprio elemento dental. Complementa OKENSON⁷, que falta de contatos ou o surgimento de contatos prematuros em uma restauração causam alterações na posição mandibular e possível desvio de linha média no paciente. Uma restauração dentária a mais próxima possível anatomicamente do dente em questão deve ser o preconizado pelo profissional para evitar os contatos prematuros, a falta de contatos ou contatos errôneos. Neste trabalho foi utilizado um padrão metálico positivo o qual foi

Celso Afonso Klein Júnior

Especialista em Dentística Restauradora.
Mestrando em Dentística Restauradora pela
ULBRA/RS
Professor de Dentística Restauradora da
ULBRA, Campus Cachoeira do Sul/RS.

Fares Ahmad
Gustavo Paganotto
Rafael Baptista
Thiago Nascimento

Alunos do curso de Odontologia da
ULBRA, Campus Cachoeira do Sul/RS



Fig. 1 - Caso inicial.

obtido a partir de uma escultura em cera para fundição, seguindo as dimensões médias de um dente 36 relatado por ASH², tendo 11,0mm de diâmetro méso-distal e 110,5mm de diâmetro vestibulo-lingual, dando uma forma hexagonal à oclusal deste dente.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente 29 anos, sexo masculino procurou o serviço de Dentística Restauradora da ULBRA, campus Cachoeira do Sul/RS, para substituir uma restauração de amálgama de prata fraturada na superfície oclusal, envolvendo cúspides e cristas marginais, com reincidência de cárie. Ao exame radiográfico pode ser constatada área radiolúcida com cárie. Foi feita a escolha da cor da resina, isolamento absoluto, remoção do amálgama juntamente com o material forrador, remoção de tecido cariado. Optou-se por fazer uma restauração com resina composta compactável utilizando-se um padrão metálico positivo para auxiliar na obtenção dos sulcos, cúspides e parte das cristas marginais perdidas. A técnica adesiva foi feita com adesivo Single Bond® (3M) seguindo os padrões do fabricante. Já a resina utilizada foi a Solitaire® (Kulzer) nas cores A2 e B2. A inserção da resina foi feita de forma incremental, de no máximo 2mm de espessura procurando desta forma diminuir as contrações de polimerização EICK & WELCH⁵, e a polimerização dos incrementos feita por 40 segundos cada. Para a confecção dos sulcos, cúspides, foi colocada resina na oclusal do dente, pressionando o modelo metálico positivo contra a resina e retirado em seguida para polimerização de 40 segundos, obtendo assim a anatomia desejada. Para restabelecer o ponto de contato com os dentes vizinhos foi utilizada uma matriz pré-fabricada de poliéster realizando-se a técnica de pequenas pérolas de resina polimerizadas fora da cavidade (pré-polimerizadas) e em seguida inseridas na área do ponto de contato com o dente vizinho. Novamente foi colocada resina nas regiões oclusal e cristas marginais e pressionado o modelo metálico, para desta vez obter as cristas perdidas e as cúspides, de forma incremental. Ao final do caso, foi obtido um molar inferior 36 totalmente reconstituído, com a anatomia oclusal bastante parecida com a descrita na literatura para este dente. Foi realizado um pequeno acabamento com ponta diamantada 1190FF (KGSorensen) para retirar pequenos excessos de resina. Seguimos para a remoção do lençol de borracha e novos ajustes oclusais, com auxílio de um filme para marcar contatos oclusais, e um pré-polimento deste dente. O polimento fi-

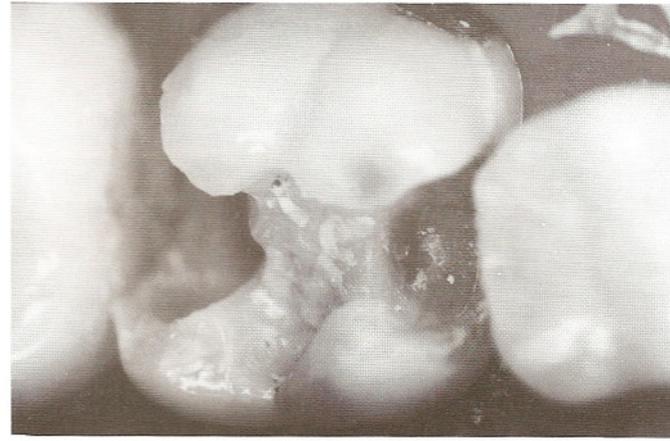


Fig. 2 - Isolamento absoluto e remoção do amálgama.

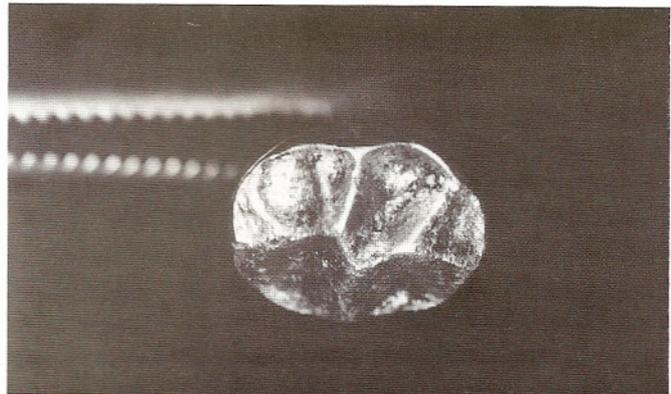


Fig. 3 - Padrão metálico.

nal foi marcado para semana seguinte, mas o paciente não retornou ao serviço de Dentística da Universidade.

RESULTADOS

Neste caso clínico o resultado obtido foi um dente restaurado com resina composta obtendo anatomia muito semelhante a original, em termos de função oclusal, necessitando de poucos ajustes na resina. Estes ajustes, restringiram-se principalmente à remoção de pequenos excessos de resina.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As restaurações oclusais em dentes posteriores com resina composta são uma realidade fortemente presente nos dias de hoje, principalmente no que tange a estética desses materiais. Entretanto, apesar da evolução destes, o procedimento clínico restaurador possui uma técnica que deve sempre seguir um protocolo, seja no sistema adesivo ou no próprio material restaurador. A limitação na escultura da resina composta ainda abrange muitos profissionais, não somente pela dificuldade de esculpir uma resina, mas também pelo próprio escoamento desta, que torna esse procedimento algumas vezes realmente difícil. Esse escoamento da resina os fabricantes alteraram, surgindo as resinas ditas compactáveis, tornando a resina mais viscosa, tentando reduzir as dificuldades técnicas como a reprodução de detalhes e contatos proximais LEIFELDER⁶, THE DENTAL ADVISOR⁸. Justamente as dificuldades técnicas em relação a escultura que esse trabalho procurou minimizar com a utilização do padrão metálico positivo em substituição a técni-



Fig. 4 - Uso do padrão metálico sobre a resina.

ca convencional e nesse intuito de oferecer um tratamento de fácil realização e de resultados que acredita-se serem bons com a técnica do padrão metálico, pois também consegue-se desta forma um menor desgaste da área oclusal do dente em relação a ajustes de pontos de contato em máxima intercuspidação habitual e movimentos excêntricos mandibulares, além de que teremos uma anatomia oclusal bastante satisfatória em termos de função OKESON⁷. Porém, essa técnica do uso de um padrão metálico requer algumas vezes acréscimo de resina composta de matizes diferentes (para tornar a restauração mais estética e ainda policromática), ajustes dos sulcos principais e secundários e um refinado acabamento no ângulo cavo superficial oclusal da região resina/dente. As cavidades que foram restauradas em resina composta com o uso deste padrão metálico tiveram que receber pequenos ajustes oclusais, pois o padrão metálico é universal, com medidas médias, uma vez que possui estas extraídas de literatura. Mas este processo de acabamento é muito simplificado, pois durante a inserção da resina e prensagem desta com o padrão metálico aproximamos muito o resultado final ou anatomia oclusal.

A técnica de confecção do padrão metálico é demorada e requer esmero profissional, tanto do profissional que faz a escultura em cera e inclusão deste no anel metálico para fundição, do técnico de fundição e do profissional que realiza os ajustes, acabamento e polimento do metal na fase final. Salienta ainda ANUSAVICE¹ que a seqüência laboratorial para obtenção de um modelo metálico exige cuidados e técnicas refinadas, pois caso não haja, o metal será poroso e oxidará rapidamente.

RESUMO

Desde 1962 quando Bowen iniciou os trabalhos sobre resina composta, novos materiais e novas técnicas têm surgido, e o uso das resinas vem aumentando dia a dia, seja por cirurgiões-dentistas especialistas ou não. Dentre esse crescimento do uso de resinas, embarcaram no mercado as resinas para dentes posteriores, ou compactáveis, ocupando um "novo" espaço na Odontologia. Essas resinas possuem uma técnica operatória bastante semelhante se comparada as resinas microhíbridas tradicionais, porém podem gerar ao profissional algumas dificuldades de escultura e anatomia quando em reconstruções de dentes posteriores, pois os sulcos, cúspides e cristas marginais requerem habilidade de manuseio para resina, além de que é uma técnica diferente se comparada ao amálgama de prata. O objetivo desse trabalho clínico foi con-



Fig. 5 - Caso final após a verificação da oclusão.

feccionar a partir de um modelo de cera, um padrão metálico positivo fundido, contendo sulcos, cúspides e cristas marginais de um dente 36, seguindo as dimensões médias citadas na literatura ASH², o qual foi utilizado para devolver a anatomia perdida do dente 36 citado neste artigo.

Unitermos: Resina composta - anatomia oclusal.

SUMMARY

Since 1962 when Bowen initiated the works on composite resin, new materials and new techniques have appeared, and the use of resins comes magnifying day the day, either for surgeon-dentists specialists or not. Amongst this growth of the resin use, they had embarked in the market resins for posterior teeth, or condensable, occupying "new" a space in the odontology. These resins possess one operative technique sufficiently similar if compared traditional microhybrid resins, however they can generate to the professional some difficulties of sculpture and anatomy when in posterior tooth reconstructions, therefore the ridges, cusp and crista marginalis require manuscript ability for resin, beyond that it is one technique different if compared with the silver amalgam. The objective of this clinical work was to confection from a lwax model, a casting positive metallic standard, contends lridges, cusp and crista marginalis of a tooth 36, following lthe cited average dimensions in literature ASH¹, o which we use to return the lost anatomy of cited tooth 36 in this article.

Uniterms: Composite resin - occlusal anatomy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NUSAVICE, K.J. *Materiais dentários*. 10ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1998, 41p.
2. ASH, M. *Anatomia dental, fisiologia, oclusão*. Santos: São Paulo, 1987.
3. BAUM, L. et al. *Dentística operatória*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
4. BOWEN, R.L. Use of epoxy resins in restorative materials. *J. Dent. Res.* 35 (3): 1955.
5. EICK, J.D. & WELCH, F.H. Polymerization shrinkage of posterior composite resins and its possible influence on postoperative sensitivity. *Quintessence Int* V17 (2): 1986.
6. LEINFELDER, K.F. A report on a new condensable composite resin. *Compendium*, V19 (3): p.230-7, 1998.
7. OKESON, J.P. *Fundamentos de oclusão*. 2ª ed. Artes Médicas: São Paulo, 1992.
8. THE DENTAL ADVISOR, 5 (8): 1-12, 1998.