

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

FRANCINE FIGUEIREDO SIMÕES MORAES

**SOLUÇÃO ESTÉTICA PARA UM CASO DE
AMELOGÊNESE IMPERFEITA**

BAURU

2013

FRANCINE FIGUEIREDO SIMÕES MORAES

**AMELOGÊNESE IMPERFEITA: APRESENTAÇÃO DE
CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de
curso apresentado ao Centro de
Ciências da Saúde, como parte dos requisitos para
obtenção Da graduação em Odontologia sob orientação
da Profa. Dra. Maria Cecília Veronezi.

BAURU

2013

Moraes, Francine Figueiredo Simões
M8276s

Solução estética para um caso de amelogênese
imperfeita / Francine Figueiredo Simões Moraes -- 2013.
35f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília V. Daher.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração –
Bauru – SP.

1. Amelogênese imperfeita. 2. Estética. 3.
Porcelana. I. Daher, Maria Cecília Veronezi. II. Título.

FRANCINE FIGUEIREDO SIMÕES MORAES

**SOLUÇÃO ESTÉTICA PARA UM CASO DE AMELOGÊNESE
IMPERFEITA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção da graduação em Odontologia sob orientação da Profa. Dra. Maria Cecília Veronezi.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Cecília Veronezi Daher
Universidade do Sagrado Coração

Profa. Ms. Débora Barrozo Legramandi Milreu
Universidade do Sagrado Coração

Prof. Dr. Luis Augusto Esper
Universidade do Sagrado Coração

Bauru, 10 de Dezembro de 2013

Dedico este trabalho à minha Mãe, que é uma super guerreira e me fez chegar aonde cheguei. Que em todos os momentos esteve ao meu lado me apoiando. Mãe eu te amo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que me deu a vida e tudo o que tenho.

À minha família que sempre me deu amor, carinho e todo apoio para seguir meu caminho. Meu irmão Renan que apesar de estar longe, é em quem eu me espelho para ser uma pessoa melhor e me faz falta todos os dias.

Ao meu irmão Felipe, que me deu a maior alegria de poder ser tia e que me ensina todos os dias uma forma nova de amar a Deus.

À minha querida avó, que sempre fez de tudo para que eu conseguisse realizar os meus sonhos. Obrigada por ser perfeita.

Aos meus queridos Gil e Vini, que dão todo o amor e carinho e trazem mais felicidade para minha vida.

Às minhas queridas amigas, Rafaela e Nina, que fizeram parte e contribuíram para meu crescimento. Amo vocês.

À minha professora orientadora, Maria Cecília Veronezi, pela paciência e dedicação.

E ao meu Pai querido, que me faz uma falta imensa, mas eu sei que está olhando por mim! Você é meu amor maior.

RESUMO

A amelogênese imperfeita causa uma desarmonia estética por promover defeitos no esmalte que podem ser classificadas de leves a severas. Quando estes defeitos na formação do esmalte influenciam a estética do sorriso dos pacientes, podem deixá-los com baixa autoestima, influenciando inclusive o convívio social e de trabalho. Encontrar uma solução estética, que ao mesmo tempo não promova nenhum dano ao paciente é muito importante. Por meio de um caso clínico, este trabalho reporta a solução para um caso de amelogênese imperfeita através da confecção de facetas de porcelana, proporcionando à paciente, a devolução da harmonia do sorriso, aliada à saúde e bem estar psicossocial.

Palavras chave: Amelogênese Imperfeita, Estética, Porcelana.

ABSTRACT

The amelogenesis imperfecta causes an aesthetic discord to promote enamel defects that can be classified from mild to severe. When these defects in enamel formation influence the aesthetics of the smile of the patients, it may leave result in their low self-esteem, influencing social life and work. Finding a cosmetic solution, which does not harm the patient is very important. Through a clinical case, the solution to an case of amelogenesis imperfecta through the making of porcelain veneers, give the patient harmony when smiling, together with health and psychosocial well-being

Keywords: Amelogenesis Imperfecta, Aesthetic, Porcelain.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Sorriso inicial da paciente.....	18
Figura 2 – Vista aproximada dos dentes.....	19
Figura 3 – Vista interna dos dentes.....	19
Figura 4 – Gengivectomia.....	20
Figura 5 – Retalho total e Osteotomia.....	20
Figura 6 – Sutura.....	21
Figura 7 – Pós-operatório de 30 dias.....	21
Figura 8 – Enceramento diagnóstico.....	22
Figura 9 – Guia vestibular com cortes horizontais.....	23
Figura 10 – Guia vestibular com cortes horizontais.....	23
Figura 11 – Guia palatino.....	23
Figura 12 – Guia para confecção das facetas provisórias.....	24
Figura 13 – Guia para confecção das facetas provisórias.....	24
Figura 14 – Preparos.....	25
Figura 15 – Preparos.....	25
Figura 16 – Coroas provisórias.....	25
Figura 17 – Coroas provisórias.....	25
Figura 18 – Prova da Faceta a seco.....	26
Figura 19 – Prova da Faceta úmida.....	26
Figura 20 – Prova da Faceta com Try-in.....	27
Figura 21 – Aplicação do ácido na Faceta.....	27
Figura 22 – Aplicação do Silano na Faceta.....	28
Figura 23 – Aplicação do adesivo HEMA Free na Faceta.....	28
Figura 24 – Aplicação de ácido fosfórico no dente.....	29
Figura 25 – Aplicação do primer no dente.....	29

Figura 26 – Aplicação de adesivo no dente.....	29
Figura 27 – Cimentação com Variolink II.....	30
Figura 28 – Aspecto inicial.....	30
Figura 29 – Aspecto final.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4 CASO CLÍNICO	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
6 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1 INTRODUÇÃO

A sociedade vêm se tornando cada vez mais exigente com a estética bucal, principalmente quando se trata de pacientes com alterações na estrutura dentária. O sorriso é considerado fundamental na composição da aparência e apresentação harmônica do indivíduo. Atualmente, o novo padrão estético, é representado por dentes brancos, bem alinhados e com contornos adequados. Algumas alterações como a Amelogênese Imperfeita que afetam o esmalte dentário de ambas as dentições, deixam a estrutura do dente diferenciada da estrutura normal, afetando a vida social e psíquica do paciente.

Segundo Wright (1993 apud Passos et al., 2007, p. 188) a Amelogênese Imperfeita é caracterizada como desordens hereditárias que afetam o esmalte dentário, prejudicando sua qualidade ou quantidade. Ela foi classificada em quatro grupos: Grau I – Hipoplásico, onde a matriz do esmalte não é formada adequadamente, deixando a estrutura dentária com pouca espessura, fossas e canaletas. O grau II – Hipocalcificado o esmalte sofre uma alteração na calcificação, fazendo com que o dente não tenha resistência, seja opaco/amarelado, mas é normal em sua forma. Grau III – Hipomaturado onde ocorre um defeito na maturação do esmalte. Os dentes têm aspecto de coloração opaco-branco-marrom-amarelado e o esmalte apresenta-se mais amolecido. E o grau IV – Hipomaturado-Hipoplásico que tem as características de ambas as formas

Em pacientes portadores da Amelogênese Imperfeita de grau III e IV, a estética é muito comprometida, alterando não só a cor, como a forma e o tamanho dos elementos dentários. Desta forma, as opções de tratamento deverão assegurar, a melhoria da função e a satisfação do paciente, procurando sempre que possível, a forma menos invasiva.

Vários tratamentos restauradores estão indicados para solucionarmos o problema estético causado pela Amelogênese Imperfeita, entre eles a confecção de Facetas de Porcelana.

A primeira menção ao assunto de Facetas foi feita no século XX quando Dr. Charles Pincus aplicou pela primeira vez facetas provisórias nos dentes de atores de Hollywood fixando dentes de acrílico com pó adesivo sem precisar fazer qualquer

desgaste no dente. A partir daí uma grande evolução ocorreu na confecção das facetas, principalmente com relação a adesividade e longevidade.

Em 1974, Cooley foi o primeiro a realizar o recobrimento da face vestibular dos dentes anteriores com resina composta para melhorar a estética. Em 1975, Rochette incluiu o condicionamento ácido da porcelana para uma melhor adesão. Faunce e Myers, em 1976 usaram dentes de acrílico adaptados aos preparos e fixados com condicionamento ácido no esmalte. Já em 1979, o tratamento tornou-se mais facilitado com as facetas pré-fabricadas de resina acrílica, conhecida como Mastique. Porém, foi após 1983 que as facetas de porcelana ganharam credibilidade no mercado, quando Simonsen e Calamia descreveram o condicionamento ácido das porcelanas utilizando o ácido fluorídrico. (MANDARINO, 2003)

Das opções de tratamento disponíveis, as facetas de porcelana para casos mais graves de Amelogênese Imperfeita, são as que apresentam melhor prognóstico, por serem menos invasivas, de maior facilidade de preparo e cimentação, além de devolver a função comprometida pela alteração morfológica e a estética com muita proximidade de um dente natural.

2 OBJETIVOS

GERAL: Através da apresentação de um caso clínico, ilustrar a recuperação da estética dos dentes anteriores superiores comprometidos com amelogenese imperfeita.

ESPECÍFICOS: Realizar a reanatomização de canino a canino superiores de uma paciente, do gênero feminino, 22 anos, por meio de procedimentos cirúrgicos periodontais e procedimentos restauradores adesivos indiretos com a utilização de facetas de porcelana, confeccionado durante o estágio supervisionado em Clínica Integrada I e II no ano de 2013.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Amelogênese Imperfeita

Por meio de revisão de literatura, Ribas e Czulniak, em 2004, estudaram os diferentes tipos de anomalias do esmalte dental, que resultam de vários fatores etiológicos durante os estágios de aposição e mineralização do desenvolvimento dentário. Entre essas anomalias, encontramos a Hipoplasia Hereditária, ou Amelogênese Imperfeita, que é uma alteração do esmalte dental que varia quanto ao grau de severidade. O tratamento da Amelogênese Imperfeita depende da necessidade de melhorar a estética e do grau de severidade encontrado, geralmente realizado através de restaurações com resinas compostas, facetas ou próteses.

Em 2007, Passos et al, catalogou as causas, características clínicas e o diagnóstico diferencial dos vários tipos de defeitos do esmalte dentário. Através de pesquisas, foi realizada uma revisão de literatura sobre os diferentes tipos de defeitos do esmalte que podem ser encontrados em clínica. Uma das alterações encontradas é a Amelogênese Imperfeita que tem como etiologia o caráter hereditário. A Amelogênese Imperfeita se apresenta clinicamente de três formas: Hipoplásica, Hipocalcificada e Hipomaturada. A diferença entre os três tipos da Amelogênese Imperfeita variam de acordo com a quantidade e qualidade do esmalte depositado na estrutura dental, que alteram a cor e forma encontrados nos dentes. Os estudos demonstraram que o diagnóstico é possível quando realizamos uma anamnese detalhada e sabemos reconhecer as características e fatores etiológicos das alterações.

Brusco et al, em 2008, acompanhou a evolução dentária de uma criança de 5 anos com Amelogênese Imperfeita. Nos exames clínicos foram detectadas alterações na cor, forma e tamanho em ambas as dentições. Radiograficamente observou-se ausência de esmalte em alguns pontos. Como tratamento provisório foi confeccionado placas de acrílico para devolver a dimensão vertical que foi perdida, orientações de higiene para melhorar o quadro de gengivite. Foi feito tratamento endodôntico e confecção de coroas provisórias nos dentes posteriores, pois estes apresentavam necrose pulpar ou início de calcificação pulpar. O tratamento definitivo só pôde ser realizado depois das trocas dos dentes decíduos pelos permanentes e foi feita a reconstrução dos dentes com coroas de resina composta, devolvendo a estética e função.

Em 2010, Neto et al, relatou o caso de uma reabilitação oral precoce em uma criança de 3 anos com Amelogênese Imperfeita. A mãe da criança recebeu instruções de higiene bucal para melhorar a saúde dental e periodontal da paciente. O tratamento em si foi a extração dos dentes anteriores superiores e a instalação de um aparelho funcional para devolver a estética e manter o espaço dos dentes permanentes. Foram realizados também, tratamentos endodônticos nos molares, colocando-se sobre eles uma coroa de aço. O tratamento foi satisfatório, devolvendo a estética, função e melhorando a qualidade de vida da criança.

De acordo com o relato de caso clínico descrito por Pinheiro et al, em 2010, sobre a reabilitação oral conservadora em um paciente nefropata com Amelogênese Imperfeita, é possível realizar procedimentos e técnicas simples e de baixo custo para restabelecer a estética e função do paciente. O tratamento proposto foi uma reabilitação por meio do uso e resinas compostas. Pelo fato do paciente apresentar um distúrbio sistêmico, é importante que se tenha uma comunicação entre as disciplinas para alcançarmos um melhor resultado do tratamento.

Aspectos clínicos e radiográficos auxiliam no diagnóstico de Amelogênese Imperfeita. CASTAGNOLI e KOUBIK, 2013, realizaram um estudo por meio de revisão de literatura, e concluíram que existem quatro tipos de Amelogênese imperfeita, com características bem semelhantes, necessitando, portanto muito cuidado na sua avaliação. Os principais problemas relatados foram o comprometimento da estética, a sensibilidade e a perda de dimensão vertical.

Aumento de coroa clínica

Distância Biológica compreende o espaço entre a base do sulco gengival e a crista óssea alveolar e esta deve ser respeitada em todos os procedimentos restauradores que apresentam termos subgengivais. Técnicas cirúrgicas periodontais podem ser realizadas para o restabelecimento das Distâncias Biológicas com Gengivectomia a retalho (com ou sem Osteotomia), que foram descritos no caso clínico de Santos e Sartori (2000). Os autores concluíram que quando o procedimento de restabelecimento da Distância Biológica é bem aplicado, juntamente com restaurações bem adaptadas subgengivalmente, contribuem para a integridade dos tecidos periodontais.

A estética periodontal tem grande impacto na harmonia facial do paciente, e quando está anormal, costuma gerar insatisfação por parte do paciente. O relato de caso sobre estética Periodontal de Sousa et al (2003), mostra uma paciente do gênero feminino de 27 anos que relatou grande desejo na correção do seu sorriso, e no exame clínico foi observado um “sorriso gengival” onde há uma exposição maior da gengiva no sorriso, necessitando de Gengivectomia seguida de Gengivoplastia. A satisfação da paciente com o resultado comprovou o sucesso na escolha da técnica realizada.

Machado et al, em 2005, com a realização do caso clínico sobre aumento de coroa clínica, afirma que a remoção cirúrgica de tecidos moles e duros tem a finalidade de restabelecimento do espaço biológico e para uma melhor confecção de trabalhos protéticos. Para que se mantenha um sorriso harmônico, as papilas interdentais na região anterior precisam estar presentes e dentro de sua normalidade. O estudo mostra uma técnica de reconstrução de papilas interdentais associando procedimentos cirúrgicos ressectivos de aumento de coroa clínica, condicionamento de rebordo e recontorno gengival.

Um estudo feito sobre o aumento de coroa clínica para restabelecer as distâncias biológicas com finalidade protética, demonstraram que as técnicas podem

ser feitas através de Gengivectomia/Gengivoplastia e Osteotomia/Osteoplastia. Gengivectomias e Gengivoplastias são realizadas para procedimentos cirúrgicos com a finalidade de aumento de coroa clínica com excisão de tecidos moles em altura e espessura respectivamente. Para remover tecidos ósseos, realizam-se Osteotomias e Osteoplastias também em altura e espessura. Uma das grandes indicações dessas cirurgias é quando há uma invasão das distâncias biológicas. O sucesso do tratamento depende dos cuidados pré-operatórios, durante o procedimento e pós-operatórios. (RISSATO e TRENTIN, 2012).

Dantas et al, em 2012, relatou através de um estudo de revisão de literatura, alguns tipos de cirurgia para tratamento estético periodontal. O tratamento para o aumento de coroa clínica visa mudar a dimensão dos dentes anteriores, melhorando o resultado estético quando realizado juntamente com restaurações coronárias e alguns cuidados estéticos. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas são Gengivectomia, Gengivoplastia e Cirurgia a retalho com Osteotomia.

Facetas de Porcelana

Marchry (2003) relacionou um caso clínico com uma revisão de literatura sobre Facetas de porcelana, em dentes com grandes restaurações nos dentes anteriores com resina composta onde se observava falha na adaptação, alteração de cor e escurecimento na interface dente/restauração. O tratamento realizado obteve um ótimo resultado estético, tendo uma boa aceitabilidade do paciente, com excelente manutenção.

Existem vários tipos de facetas. Hoepfner *et al*, em 2003, relatou um caso clínico para melhorar a estética dos dentes anteriores de paciente do gênero feminino que apresentava alterações cromáticas. O objetivo dos autores é apresentar e discutir as indicações da técnica da faceta direta com resina composta. Foi concluído que a técnica de facetas diretas com resinas compostas é uma ótima alternativa de tratamento, desde que o cirurgião dentista tenha os conhecimentos necessários do procedimento e dos materiais utilizados.

Fiorini, M., em 2004, fez uma revisão de literatura, sobre todas as características das facetas de porcelana para tratamentos estéticos. Concluiu que a porcelana é o material que melhor reproduz o esmalte dental tendo o menor desgaste da estrutura remanescente, promovendo um bom resultado e satisfação do paciente, que retém menos placa, gerando assim uma boa saúde periodontal. Comparado à Faceta de Porcelana, a Faceta de Resina composta, tende a apresentar deficiência estética, integridade marginal instável e efeitos deletérios sobre a saúde gengival.

Becker, L.F., em 2007, através de uma revisão bibliográfica e relato de caso, descreveu o porquê da taxa de sucesso excepcional do tratamento com facetas de cerâmica. No estudo podemos observar as vantagens, desvantagens, indicações e contraindicações do procedimento. O caso clínico demonstra que após um

tratamento de clareamento com resultados insatisfatórios, foi optado por realizar Facetas de cerâmica para a correção da estética.

No caso clínico demonstrado por GHILARDI M.A. (2007), o paciente apresentava os incisivos laterais superiores conóides, já com Facetas de porcelana, mas com coloração diferente dos dentes naturais. Foi proposto um plano de tratamento conservador com a troca das Facetas de porcelana, conferindo ao paciente uma melhoria na estética. Após a escolha da cor correta das Facetas, foram realizado dois guias de silicone com cortes horizontais e verticais para definir a quantidade de desgaste que precisaria ser realizado. Depois do preparo correto da peça e do dente antes da cimentação, mostrou a importância da utilização do gel de prova Try-in mostrar ao paciente o resultado final, sem que a peça seja cimentada definitivamente.

4 CASO CLÍNICO

- História buco-dental e queixa principal

Paciente do gênero feminino, 22 anos de idade, apresentou-se a clínica com queixa de sensibilidade e estética de seus dentes. Após exame clínico e anamnese, detectou-se a presença de Amelogênese Imperfeita graus 3 e 4 (do tipo Hipomaturada e Hipomaturada-Hipoplástica) em todos os dentes, com esmalte em pouca espessura, com uma tênue alteração em sua forma, coroas clínicas curtas e coloração branco-amarelada e marrom-amarelada, causando todos os problemas que se queixava. A paciente se encontrava em fase de finalização do tratamento ortodôntico. (Figuras 1, 2 e 3).



Figura 1: Sorriso inicial da paciente.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).



Figuras 2 e 3- Vistas interna e aproximada dos dentes.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

- Planejamento

Foi estabelecida uma terapia multidisciplinar que envolveu as seguintes etapas: Periodontia ➡ Dentística.

Como primeira etapa foi planejado tratamento Periodontal para o aumento das coroas, tornando possível estabelecer a estética baseada também na proporção áurea de comprimento e largura dos dentes. Em seguida, o tratamento Restaurador escolhido para recuperação de forma, cor e eliminar a sensibilidade dos dentes anteriores foi o de Facetas Indiretas de Porcelana. Para os dentes posteriores a etapa cirúrgica será repetida em cada quadrante e coroas protéticas serão realizadas em todos os elementos dentais.

A cirurgia Periodontal realizada foi a Gengivectomia seguido de retalho total do Canino Superior Direito ao Canino Superior Esquerdo para que se tivesse uma visualização do tecido ósseo. (Figura 4)



Figura 4- Gengivectomia: remoção de um colar de gengiva ceratinizada.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

Em seguida foi realizada a Osteotomia com a finalidade de aumento das coroas clínicas. (Figuras 5 e 6)

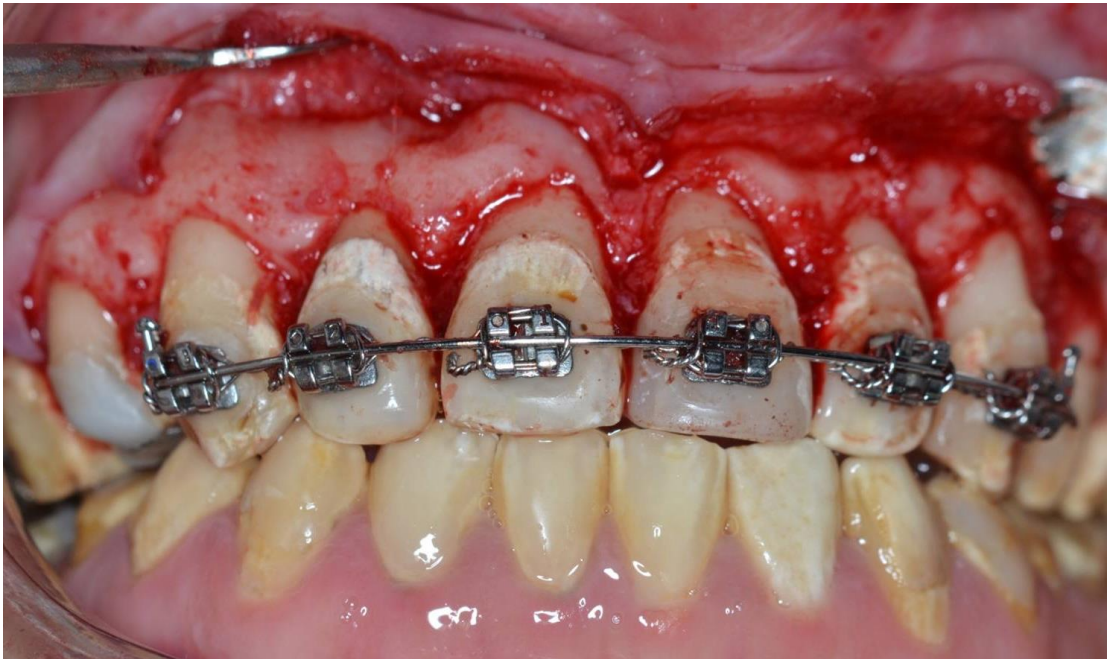


Figura 5 Retalho total e osteotomia realizada.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

Após a regularização do rebordo, foi feito a sutura do retalho mais apicalmente (Figura 6). Somente após dois controles pós cirúrgicos, de uma semana e um mês, é que se deu o início ao tratamento restaurador (Figuras 7).



Figura 06 – Sutura pós-cirúrgica

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).



Figura 7- Aspecto da região anterior após 30 dias da cirurgia.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

- Enceramento

Após 30 dias da cirurgia o tratamento Restaurador foi iniciado. Inicialmente, foi realizada uma moldagem para confecção de um modelo de gesso, no qual o enceramento diagnóstico foi realizado com a finalidade de avaliar a anatomia e proporção áurea que se conseguiria ao final do tratamento, além de mostrar ao paciente a idéia do tratamento proposto, e também orientar o cirurgião-dentista no momento da realização dos desgastes para as facetas. Com isto, conseguindo maior previsibilidade do tratamento. (Figura 8).

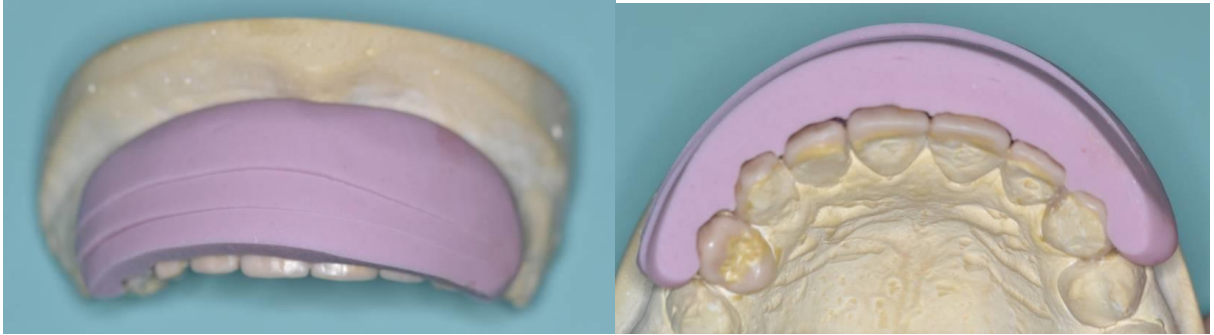


Figura 8- Enceramento diagnóstico.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

- Guias de orientação

Sobre o modelo encerado, foram realizadas 3 guias com silicona. Um guia vestibular, dividido em três partes de acordo com os terços da face vestibular dos dentes anteriores (cervical, médio e incisal) para a orientação dos desgastes nos respectivos terços do preparo de faceta. (Figuras 9 e 10)



Figuras 9 e 10- Guia vestibular com cortes horizontais de acordo com os terços cervical, médio e incisal.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

O segundo guia foi realizado copiando as faces palatinas dos dentes anteriores para orientar a espessura do desgaste incisal. (Figura 11).



Figura 11- Guia palatino.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

O terceiro guia foi total, copiando todo o enceramento, para confeccionar as facetas provisórias após os preparos. Um recorte ao longo de todas as cervicais foi realizado para evitar excessos da resina da provisória no momento da sua confecção. (Figura 12 e 13).



Figuras 12 e 13- Guia total do enceramento para a confecção das facetas provisórias.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

- Preparo

Os preparos seguiram a técnica da silhueta, ou seja, com uma canaleta cervico-proximal, utilizando a ponta diamantada nº 1014. Com esta canaleta já foi definido o término cervical em chanfrado. Em seguida, canaletas horizontais foram confeccionadas com a ponta diamantada nº 4142, proporcionando um desgaste de 0,5mm de profundidade. Estas canaletas foram unidas com uma ponta diamantada tronco cônica com extremidade arredondada nº 2136, executando uma canaleta central de orientação obedecendo as três inclinações da superfície dentaria, e metade da vestibular foi unida para se ter segurança da quantidade do desgaste. Após se certificar, a outra metade foi preparada. A incisal foi desgastada por 1mm, aferida pela guia palatina e o término desta área do preparo foi confeccionado em ombro plano, que proporciona uma melhor adaptação e espessura da porcelana.

Os preparos foram finalizados estendendo o término cervical aproximadamente 0,2mm subgengivalmente e o acabamento e polimento dos mesmos foi realizado com as borrachas Pogo (Dentsply) e escova de carbeto de silício (Ultradent). Este acabamento e polimento proporcionam uma melhor adaptação as facetas no momento da cimentação. (Figuras 14 e 15)



Figuras 14 e 15- Vista vestibular dos preparos finalizado e do término incisal dos mesmos.

Fonte: Maria Cecília Veronezi Daher

- Moldagem

A moldagem foi realizada logo a seguir. A técnica utilizada foi a da dupla mistura com a silicona de adição de consistência leve e muito pesada, Express (3M ESPE). Este molde foi enviado ao protético com a cor escolhida, que foi a A1 da escala VITA.

- Coroas Provisórias

As coroas provisórias foram confeccionadas com a resina Bis-Acril na cor A1 (Protemp 4/ 3M ESPE). Esta resina é própria para coroas provisórias. Trata-se de uma resina de polimerização química que apresenta um polimento razoável e possibilita sua fabricação por uma técnica muito simples. Estas facetas foram cimentadas com resina flow na cor A1 (3M ESPE). (Figuras 16 e 17)



Figuras 16 e 17- Coroas provisórias com resina Bis-Acril cimentadas.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

- Facetas de Porcelana

Ao receber as facetas do protético, as coroas provisórias foram removidas e as de porcelana foram provadas em seus preparos, não foram necessários ajustes internos e proximais.

Inicialmente foram realizadas as provas a seco e úmida para se verificar a cor das mesmas e selecionar a cor do cimento a ser utilizado, sem que comprometesse a estética. (Figuras 18 e 19)



Figura 18- Prova das facetas a seco, não mostrando alteração da cor escolhida.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).



Figura 19- Prova das facetas úmidas, não mostrando alteração da cor escolhida.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

Foi realizado o teste com a pasta em forma de gel, chamada Try-in na mesma cor do cimento resinoso fotopolimerizável utilizado para a cimentação definitiva (Variolink II). (Figura 20).



Figura 20- Prova das facetas com a pasta Try-in (Variolink II), que também não mostrou alteração da cor escolhida.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

Terminada esta etapa, procedeu-se o preparo da peça e do dente para a cimentação das facetas.

Preparo das facetas: como foram confeccionadas pelo sistema cerâmico E-Max (Ivoclar Vivadent), que utiliza o dissilicato de lítio, a aplicação do ácido fluorídrico a 4% foi aplicado no interior das facetas por apenas 40 segundos. (Figura 21).

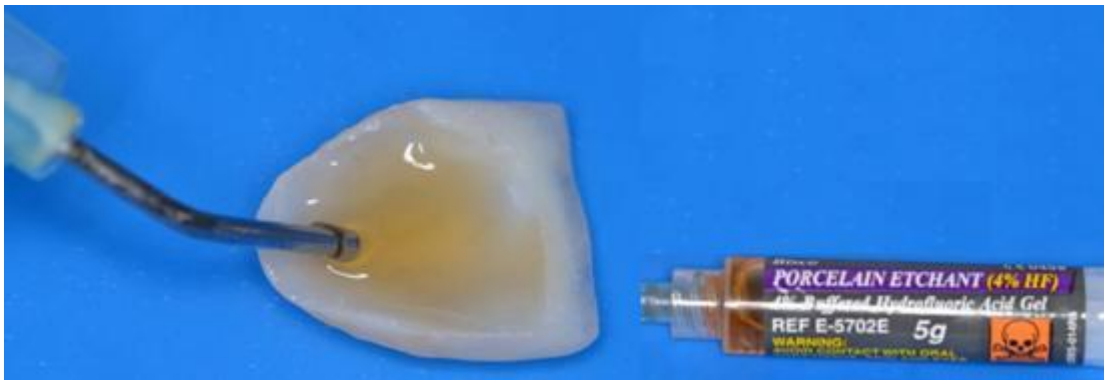


Figura 21 - Aplicação do ácido fluorídrico no interior das facetas.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

A seguir, lavadas e secas com jato de ar. O Silano Primer Monobond Plus (Ivoclar Vivadent) foi aplicado com microbrush e esperou-se um minuto para sua volatilização. (Figura 22).



Figura 22 - Aplicação do Silano no interior das facetas.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

Finalizando o preparo das facetas, o adesivo Porcelain Bonding Resin, livre de HEMA, que provocaria a alteração de cor do mesmo com a exposição do mesmo a luz, foi aplicado com microbrush em toda a superfície interna da faceta. (Figura 23).



Figura 23- Aplicação do adesivo HEMA Free no interior das facetas.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

Preparo do dente: com isolamento relativo bem controlado, foi realizado a aplicação de ácido fosfórico, por 30 segundos em esmalte e 15 em dentina. A seguir o sistema adesivo convencional de três passos foi aplicado sobre os dentes (primer e adesivo- Adper Scotchbond Multi Purpose 3MESPE). (Figuras 24, 25 e 26)

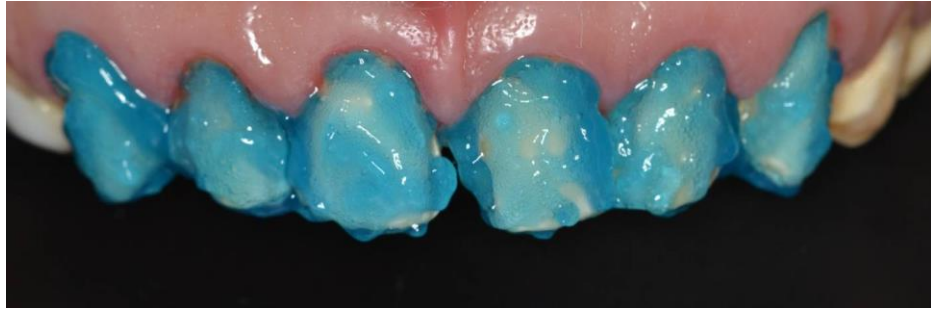


Figura 24- Aplicação do ácido fosfórico nos dentes preparados.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).



Figura 25 – Aplicação do primer

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).



Figura 26 – Aplicação do adesivo

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

- Cimentação

Para a cimentação foi optado pelo uso do Cimento Resinoso Fotopolimerizável Variolink II (Ivoclar Vivadent), na cor Transparente. (Figura 27).



Figura27- Cimento Variolink no interior da faceta.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).



Figuras 28 e 29- Aspectos inicial e final das dentes e facetas cimentadas

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os principais problemas causados pela Amelogênese imperfeita, o comprometimento estético é o mais visível, sendo a principal queixa entre os pacientes. (BRUSCO et al, 2008).

Os tratamentos existentes para a Amelogênese Imperfeita variam dependendo do grau de severidade, da necessidade de estética, da idade do e do nível socioeconômico do paciente. (RIBAS e CZLUSNIAK, 2004).

Como tratamento para Amelogênese Imperfeita encontramos na literatura extrações múltiplas, placas para o restabelecimento da dimensão vertical, reconstruções com resinas compostas, coroas e facetas. Os casos de Amelogênese são considerados complexos, porque muitas vezes, o tratamento envolve várias especialidades, fazendo com que o tratamento seja mais demorado. (BRUSCO et al., 2008)

O presente trabalho, apresentou um caso severo de Amelogênese Imperfeita, graus 3 e 4 (do tipo Hipomaturada e Hipomaturada-Hipoplástica) em todos os dentes. O esmalte se apresentava com espessura reduzida, além de pequena alteração na anatomia e na cor dos dentes, branco-amarelada e marrom-amarelada. Havia queixa também de sensibilidade em algumas áreas.

Como o comprometimento dental era muito extenso e intenso, o planejamento mais conservador e que resolveria os problemas estéticos e funcionais para a paciente seria em seus dentes anteriores a confecção de facetas indiretas de porcelana. Com o consentimento e a aprovação da paciente, este tratamento foi adotado.

A Faceta de porcelana é uma ótima opção para tratamentos estéticos porque além de ser de fácil execução, tem um comportamento favorável em cavidades bucais com pouca higiene pois as bactérias da placa não tem adesão ao material restaurador. (MAGNE e BELSER, 2003 citado por BECKER, 2007).

Calamaia (1985 apud Becker, L, 2007) concluiu que as vantagens das Facetas de Porcelana como a resistência, a longevidade, a estética, o pequeno número de procedimentos, ausência de dor e o pequeno desgaste da estrutura dental, confere ao tratamento, satisfação tanto do paciente quanto do profissional.

Entretanto, a realização destes trabalhos, depende de um conhecimento estético por parte do profissional, incluindo as regras de proporção áurea, pois como no caso demonstrado, em situações de dentes com coroa clínica curta, ou seja, comprimento e largura dos dentes tendendo a igualdade, torna-se necessário manobras que possibilitem um aumento de coroa clínica, antes da confecção destes procedimentos. Tornando a solução clínica multidisciplinar.

Para a solução da amelogênese apresentada por este trabalho, houve a necessidade de uma cirurgia periodontal de gengivectomia com osteotomia, antecedendo as facetas de porcelana. Proporcionando desta maneira, se alcançar a proporção áurea.

A cimentação das facetas também é um passo muito importante do tratamento. Por apresentarem uma fina espessura, a cor do cimento utilizado para esta etapa influencia grandemente o resultado final, por este motivo a utilização de pastas testes pre-cimentação, try-in, são muito importantes pois apresentam a mesma cor do cimento resinoso. Além disto, os tratamentos da peça e do dente antes da cimentação são fundamentais para a durabilidade do tratamento, já que as facetas são retidas e mantidas ao dente por adesão, para que isto aconteça, a utilização de materiais corretos e dos cuidados nesta etapa são importantíssimos e foram tomados no caso relatado.

Baseados em conhecimentos científicos, o resultado alcançado foi o esperado e almejado pela paciente e pelos profissionais envolvidos no tratamento.

6 CONCLUSÃO

Fundamentada no presente estudo, pode-se concluir que o sucesso do tratamento depende do diagnóstico correto da doença Amelogênese Imperfeita em seus diferentes graus e o conhecimento da técnica de confecção de Facetas de Porcelana.

REFERÊNCIAS

BECKER, L. F. *Facetas Cerâmicas*. 2007. 47 f. Monografia (Especialização em Dentística) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007.

BRUSCO, L. C. et al. Amelogênese imperfeita – cinco anos de acompanhamento. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 13, n. 1, p. 60-64, jan/abr. 2008.

DANTAS, A. A. R., SILVA, E. R. C., SAKO, J. S. Tratamento Estético Periodontal: Revisão de Literatura sobre alguns tipos de cirurgia. **Revista de Odontologia da Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 226-234, set/dez, 2012.

FIORINI, M. *Facetas de Porcelana*. 2004. 35 f. Monografia (Especialização em Dentística) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

GHILARDI, M. A. *Facetas de Porcelana*. 2007. 63 f. Monografia (Especialização em Dentística) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

HOEPPNER, M. G., et al. Tratamento Estético de Dente com Alteração Cromática: Faceta Direta com Resina Composta. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. ¾, p. 67-72, set/dez, 2003.

MANDARINO, F. **Facetas Laminadas**. São Paulo: USP. 17/07/2003. Disponível em: <http://www.forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/facetas.pdf>. Acesso em: 18.ago.2013.

MACHADO, W. A. S. et al. Aumento de Coroa Clínica com Condicionamento de Rebordo e Reconstrução de Papila Interdental. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 53, n. 2, p. 85-164, abr/mai/jun. 2005.

MARCHRY, L. *Facetas em Porcelana*. 2003. 44 f. Monografia (Especialização em Dentística Reparadora) – Escola de Aperfeiçoamento Profissional, Florianópolis, 2003.

NETO, N. L. et al. Early oral rehabilitation of a child with amelogenesis imperfecta. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 28, n. 3, p. 246-248, 2010.

PASSOS, I. A. et al. Defeitos do esmalte: etiologia, características clínicas e diagnóstico diferencial. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**. v. 25, n. 2, p. 187-192, 2007.

PINHEIRO, S. F. L. et al. Amelogênese imperfeita em paciente nefropata: relato de uma reabilitação oral conservadora. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n. 4, p. 527-531, out/dez. 2010.

RIBAS, A.O., CZLUSNIAK, G. D. Anomalias do esmalte dental: etiologia, diagnóstico e tratamento. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, Ponta Grossa, v. 10, n. 1, p. 23-26, mar. 2004.

RISSATO, M., TRENTIN, M. S. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora – revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 17, n. 2, p. 234-239, maio/ago. 2012.

SANTOS, F. A., SARTORI, R. Cirurgia Periodontal para o Restabelecimento das Distâncias Biológicas: Relato de um Caso Clínico. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, Ponta Grossa, v. 6, n. 1, p. 89-101, 2000.

SOUSA, S. J. B. et al. Cirurgia Plástica Periodontal para Correção de Sorriso gengival associada à restaurações em resina composta: Relato de Caso Clínico. **Revista de Odontologia Brasileira Central**, v. 19, n. 51, p. 362-366, 2010.