



FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS

INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA

ANA LIGIA SOUSA ARAÚJO

GUSTAVO FERNANDES PASSOS

PROTESE FIXA ADESIVA: RELATO DE CASO CLÍNICO

PORTO NACIONAL– TO

2017

ANA LIGIA SOUSA ARAÚJO

GUSTAVO FERNANDES PASSOS

PROTESE FIXA ADESIVA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão
submetido ao curso de
Odontologia do Instituto
Tocantinense Presidente
Antônio Carlos Porto – ITPAC
PORTO NACIONAL, como
requisito parcial para obtenção
do Grau de Bacharel em
Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo
Fernandes Marques

PORTO NACIONAL – TO

2017

PROTESE FIXA ADESIVA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão submetido ao curso de odontologia do Instituto Presidente Antônio Carlos – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para obtenção do Grau de bacharel em Odontologia.

Artigo apresentado e defendido em ____/____/____ pela banca examinadora, constituída pelos professores.

Prof. Dr. Eduardo Fernandes Marques

Ins. Toc. Presidente Antônio Carlos Porto – Orientador

Ins. Toc. Presidente Antônio Carlos Porto — Avaliador 1

Ins. Toc. Presidente Antônio Carlos Porto — Avaliador 2

PORTO NACIONAL-TO

2017

PROTESE FIXA ADESIVA: RELATO DE CASO CLÍNICO

ADHESIVE FIXED PROTESE: CLINICAL CASE REPORT

Ana Ligia Sousa Araújo

Gustavo Fernandes Passos

RESUMO: **Introdução:** A confecção da prótese fixa adesiva nada mais é, do que uma restauração substituindo dentes perdidos pela peça protética. Tem a função de restabelecer à estética do paciente com materiais biocompatíveis e resistentes. **Objetivo:** Esse trabalho tem como objetivo um relato de caso clínico: prótese fixa adesiva. **Metodologia:** Foi realizado procedimento de desgaste com as brocas 2214, 3118, 3069 nos elementos dentários 13 e 23 na face lingual e proximal e oclusal dos posteriores. O desgaste envolveu toda sua extensão da face proximal contígua ao espaço protético, sem comprometer a estética. Logo em seguida a moldagem com silicone de condensação, e o vazamento de gesso para modelo de estudo e enviado ao laboratório protético. Na segunda sessão fez-se a limpeza dos dentes retentores, com escovas e taças de borracha com pasta de pedra-pomes e água. O preparo recebeu condicionamento ácido de toda superfície preparada e o cimento resinoso Allcem foi manipulado durante trinta segundos e levado à superfície interna da estrutura metálica, que, em seguida, foi posicionada nos dentes retentores e mantida em posição. **Conclusão:** É possível concluir com este trabalho que a prótese fixa adesiva restabelece a estética e função dos elementos perdidos.

Palavras-chave: Estética dentária. Restauração. Cimentação

ABSTRACT:

Introduction: The making of the adhesive fixed prosthesis is nothing more than a restoration replacing teeth lost by the prosthetic part. It has the function of reestablishing the aesthetics of the patient with biocompatible and resistant materials. Objective: This study aims at a clinical case report: adhesive fixed prosthesis. Methodology: A wear procedure was performed with the drills 2214, 3118, 3069 on the dental elements 13 and 23 on the lingual and proximal and occlusal surfaces of the posterior teeth. The wear involved all of its extension of the proximal face contiguous to the prosthetic space, without compromising aesthetics. Soon after the molding with silicone of condensation, and the leak of plaster for study model and sent to the prosthetic laboratory. In the second session the teeth were cleaned with brushes and rubber bowls with pumice paste and water. The preparation received acid conditioning of any prepared surface and the Allcem resin cement was manipulated for thirty seconds and brought to the inner surface of the metal structure, which was then positioned on the retainer teeth and held in position. Conclusion: It is possible to conclude with this work that the adhesive fixed prosthesis reestablishes the aesthetics and function of the lost elements.

Key words: Aesthetic dentistry. Restoration. Cementation.

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Objetivos
3. Metodologia
4. Resultados
 - Figura 1
 - Figura 2
 - Figura 3
 - Figura 4
 - Figura 5
 - Figura 6
 - Figura 7
5. Discussão
6. Conclusão
7. Referências

1. INTRODUÇÃO

A Odontologia Restauradora possibilita a união de materiais cimentantes com preparos conservadores e a estética é favorecida pelos próprios dentes do paciente, compatibilidade entre dente/cimento/estrutura, promovendo a conservação dos tecidos periodontais e as faces estéticas devolvendo ao paciente qualidade de vida (PEGORARO, 2013, p.113).

De acordo com Morandi e Saint'Clair Neto (2007), a procura pela utilização de restaurações estéticas de pacientes vem aumentando cada vez mais a exigência pela aparência natural dos dentes. Os critérios indispensáveis para que haja a reabilitação oral, são: o restabelecimento da função, através da reconstrução da guia anterior; reparo da estética do paciente através da utilização da metalocerâmica, que vem sendo utilizada há décadas, com grande sucesso clínico, em razão da sua resistência e biocompatibilidade. Sempre se buscou a utilização de materiais que permitissem a confecção de próteses satisfatórias, principalmente no que se refere às qualidades de ajuste, biocompatibilidade, resistência a manchamento e corrosão. A demarcação da guia anterior na reconstrução protética é, sem dúvida, muito relevante no funcionamento da boa oclusão. Quando se forma a guia anterior, tem-se como intuito alcançar a estabilização do sistema neuromuscular e da articulação têmporo- mandibular (ATM) e achar o tratamento mais lento e estável.

Prótese fixa é a reabilitação parcial ou total da coroa clínica de dentes perdidos ou comprometidos, confeccionada com materiais biocompatíveis capazes de reestabelecer a forma, função e a estética, conseqüentemente proporcionar saúde e conforto ao paciente. Recebe esse nome, por se apresentar fixa aos dentes pilares, não podendo ser removida pela paciente. (PEGORARO, 2013, p 114)

Volpato et al. (2012) descrevem que, em relação ao preparo dos dentes --- um dos aspectos mais importantes no sucesso da prótese é a área compatível com as forças mastigatórias irão incidir sobre a prótese e tem que apresentar forma de retenção e estabilidade, para que a resistência de união da interface dente/cimento/estrutura metálica não fique exclusivamente sob responsabilidade do cimento adesivo.

2. OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é realizar um caso clinico sobre prótese fixa adesiva.

3. METODOLOGIA

A paciente J.A.S. gênero feminino, 42 anos de idade, procurou a Clínica Odontológica do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos-ITPAC Porto Nacional/FAPAC, no curso de graduação de Odontologia. Com ausência de elementos dentários, um em cada hemi arcada que foram determinantes para a reabilitação com a substituição da perda dos elementos dentários pela peça protética.

Realizou-se o procedimento de desgaste nos elementos dentários 13 e 23 na face lingual e proximal, o desgaste envolveu toda a extensão da face proximal contígua ao espaço protético, sem comprometer a estética. Em relação aos dentes vizinhos, os pontos de contato permaneceram preservados para impedir a movimentação dos dentes no sentido proximal.

O objetivo da extensão proximal foi proporcionar uma ação de “abraçamento” da prótese que, juntamente com a determinação de um plano de inserção único, conseguido pela inclinação entre as paredes dos dentes preparados que serão responsáveis pela retenção e estabilidade.

O preparo da face lingual permitiu a confecção do braço lingual com, pelo menos 3 mm de largura que, combinado com a espessura de mais ou menos 0,5 mm, usou-se a estrutura metálica e rigidez suficientes para suportar as cargas mastigatórias.

Foi necessário restringir o desgaste a 2 mm a quem das pontas das cúspides de contenção cêntrica, para preservar suas relações funcionais. Não houve envolvimento total das cúspides de contenção, pois o paciente não apresentou dentes com coroas curtas ou enfraquecidas por restaurações.

Os contatos proximais com os dentes vizinhos foram preservados e, para facilitar a moldagem e adaptação da estrutura metálica, o preparo obteve pelo menos 1 mm aquém do ponto de contato.

Para realizar o desgaste das faces proximais e cervicolingual dos dentes anteriores, ou proximais ou linguais dos dentes posteriores, foi feita com uma broca ogival (2214) numa profundidade de 0,5 mm (metade do diâmetro da broca), procurando formar um término cervical nítido em forma de chanferete, pelo menos 1 mm aquém da gengiva marginal livre. O término supragengival teve o intuito de

facilitar o isolamento absoluto da área e deixar o término cervical do preparo em esmalte.

Para maior segurança no desenho do preparo, houve a inclinação das paredes lingual e proximal, é importante que se faça uma avaliação prévia desses aspectos em um modelo de estudo.

No desgaste do terço médio-lingual de dentes anteriores com broca diamantada em forma de pera (3118) preparou-se esta região seguindo-se a sua forma anatômica. Este desgaste foi de mais ou menos 0,6 mm, estendido em direção incisal até o início da área translúcida do esmalte, para que não ocorra transparência do metal através do esmalte, que resulta num efeito estético indesejável pela presença de coloração acinzentada nessa região.

Para os dentes posteriores, foram confeccionou-se nichos com os seguintes objetivos: 1) transmitir os esforços mastigatórios aos dentes pilares através dos apoios da estrutura metálica; 2) orientar o assentamento da peça durante a fixação; 3) conferir rigidez a estrutura metálica, reduzindo a flexibilidade do braço lingual; 4) participar na estabilização da prótese, restringindo os movimentos no sentido vestibulo-lingual.

Estes foram confeccionados com uma broca diamantada, tronco cônica com extremidade plana (3069) ou (1064), deixando a parede pulpar plana, com profundidade de mais ou menos 1 mm, paredes laterais ligeiramente divergentes para oclusal e com 2 a 3 mm de extensão nos sentidos mesiodistal e vestibulolingual.

Como recomenda a literatura, confeccionou-se pelo menos dois nichos em cada dente pilar, nas extremidades mesial e distal dos braços linguais; os nichos próximos ao espaço protético fazem a conexão com o pântico e os distantes têm a função básica de conferir rigidez a estrutura metálica, evitando sua flexão durante a ação das forças mastigatórias.

No preparo do dente canino, o nincho foi confeccionado na altura do cingulo, com forma de ombro, estendendo-se de mesial para distal, com intuito de promover e orientar a inserção da prótese.

Para a confecção de canaletas ou caixas proximais, a presença da mesma aumentou-se a retenção friccional e a estabilidade da estrutura metálica, minimizando a tendência de movimentação da prótese no sentido vestibulolingual.

Utilizou-se para este fim, a broca 1064 ou 3069, posicionada paralela ao plano de inserção anteriormente delimitado, e, no local da face proximal que possibilite a maior extensão possível.

Toda área preparada recebeu acabamento com as mesmas brocas em baixa rotação, arredondando-se as arestas formadas e definindo-se com nitidez as margens do preparo.

As fases clínicas e laboratoriais que se seguem para a confecção da prótese fixa são as mesmas empregadas na construção de uma prótese fixa convencional.

A cimentação foi executada com os dentes isolados de maneira absoluta. Com isso, controlou-se a umidade, facilitando os procedimentos de cimentação pela melhor visualização da área e não possuir riscos de contaminação pela saliva, após a limpeza e condicionamento ácido da estrutura dentária.

A cimentação de próteses adesivas com resina Allcem seguiu a seguinte sequência:

- Foi realizada a limpeza dos dentes retentores, com escovas e taças de borracha com pasta de pedra-pomes e água. (Não deve ser usada pasta profilática). A superfície dos dentes foi lavada e bem seca!
- O preparo recebeu condicionamento ácido de toda superfície preparada durante trinta segundos. Em seguida, fez-se a secagem completa da superfície com jatos de ar.
- Usou-se uma gota do primer, durante cinco segundos, e aplicar somente na superfície preparada do dente. Aguardar sessenta segundos e remover o excesso com ligeiros jatos de ar, aplicou-se novamente e foi fotopolimerizado.
- O cimento resinoso Allcem foi manipulado durante trinta segundos e levou-se à superfície interna da estrutura metálica, que, em seguida, é posicionada nos dentes retentores e mantida em posição. Aguardamos o tempo para que se inicie o processo de polimerização da resina pelo menos 3,5 minutos foram suficientes para iniciar a remoção dos excessos,

- Após a retirada do isolamento foi feita a avaliação da oclusão.

4. RESULTADOS

PROCEDIMENTO COM A PROTESE FIXA



Figura 1 - Foto da região em que será confeccionada a Prótese Parcial Fixa, tendo os dentes 13 e 15 como pilares.

Fonte (ARAÚJO, PASSOS, 2017).



Figura 2 - Foto da região em que será confeccionada a Prótese Parcial Fixa, tendo os dentes 23 e 25 como pilares.

Fonte (ARAÚJO, PASSOS, 2017).



Figura 3 - Vista frontal mostrando a região superior em que será confeccionada a Prótese Parcial Fixa. O desgaste envolveu toda sua extensão da face proximal contígua ao espaço protético, sem comprometer a estética. Em relação aos dentes vizinhos, os pontos de contato permaneceram preservados para impedir a movimentação dos dentes no sentido proximal.

Fonte (ARAÚJO, PASSOS, 2017).



Figura 4 - Foto da cobertura dos dentes pilares da prótese com o condicionamento ácido sobre o preparo da prótese fixa.

Fonte (ARAÚJO, PASSOS, 2017).



Figura 5 - Foto da prótese fixa cimentada elemento dentário 14.

Fonte (ARAÚJO, PASSOS, 2017).



Figura 6 - Foto com vista da Prótese fixa adesiva cimentada elemento dentário 24.

Fonte (ARAÚJO, PASSOS, 2017).



Figura 7- Foto com vista oclusal das peças protéticas cimentadas, elementos dentários 14 e 24.

Fonte (ARAÚJO, PASSOS, 2017).

5. DISCUSSÃO

Observou-se, o resultado da pesquisa, o sucesso do trabalho protético com restaurações indiretas depende de uma série de fatores: adequado diagnóstico e planejamento, correto desenho do preparo, apropriado desempenho do operador, bom conhecimento clínico, adequada escolha dos agentes de cimentação e da técnica de cimentação (LEMOS et al, 2017).

Uma vantagem da prótese parcial fixa é o planejamento para o preparo dos dentes que podem ser reproduzidos diretamente na boca ou a partir do modelo de gesso; a imagem fornecida é processada e a restauração é feita por meio de fresagem de blocos de cerâmica pré-sintetizados acompanhando o desenho do planejamento (GARCIA, 2014).

O elemento dental em cerâmica vem sendo cada vez mais utilizado na odontologia pela alta capacidade, sendo um material friável, tem sofrido mudanças em sua composição e estrutura molecular para se alcançar um ganho na resistência às forças mastigatórias. As coroas cerâmicas são o principal material para restauração indireta pelas suas propriedades estéticas e funcionais, a reabilitação com materiais de cimentação por suas considerações estéticas biocompatíveis que apresentam resistência. Os cimentos dentários atuam na restauração indireta dando união das partes do preparo de remanescente dentário e a peça protética e selando as interfaces levando à longevidade de ambas as partes protéticas do tipo de confecção ou do material da restauração indireta. A microinfiltração é uma barreira física no momento da cimentação da peça gerando o selamento marginal impedindo o deslocamento da restauração (MARTINS, 2016).

De acordo com Pegoraro (2013), as Próteses Adesivas apresentaram nos últimos anos, uma evolução dos agentes de cimentação e dos cuidados tomados no preparo dos dentes retentores. O aparecimento de cimentos resinosos que apresentaram habilidade de união química com estruturas metálicas, sobretudo aquelas fundidas com ligas de Ni-Cr, facilitando a confecção das Próteses Adesivas por eliminação dos procedimentos de alcance de retenções mecânicas na parte interna da prótese. Isso tornou possível a obtenção de armações metálicas mais fina e, conseqüentemente, com menor desgaste da estrutura dentária e sem alterar a forma anatômica das coroas dos dentes pilares.

Os compósitos resinosos de baixa viscosidade usados na cimentação promovem maior sucesso clínico que a cimentação convencional, ao que se refere à solubilidade no meio oral, resistência de união e resistência ao desgaste (SHILLINGBURG et al, 2007).

6. CONCLUSÃO

É possível concluir com este trabalho, que a prótese fixa adesiva restabelece a estética e função dos elementos perdidos. A peça preparada em metalocerâmica, o tipo de cimento e o preparo favorecem uma boa retenção assim proporcionando um grande sucesso clínico.

7. REFERÊNCIAS

GARCIA, D. R. S. **Cimentação adesiva em prótese fixa**. Porto, 2014. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/4761>>. Acesso em: 15 de Setembro, 2017.

LEMOS, G. A. et al. **Sobrevida de prótese parcial fixa posterior em zircônia: revisão sistemática de estudos clínicos com até 7 anos de acompanhamento**, [S.I.], 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Andre_Ulisses_Dantas_Batista/publication/311558713_Survival_of_zirconiabased_posterior_fixed_partial_prostheses_A_systematic_review_of_up_to_7year_clinical_followup_studies/links/595e5987458515a357813833/Survival-of-zirconia-based-posterior-fixed-partialprostheses-A-systematic-review-of-up-to-7-year-clinical-follow-up-studies.pdf>. Acesso em: 20 de Setembro, 2017.

NAMORATTO, L. R et al. **Cimentação em cerâmicas: evolução dos procedimentos convencionais e adesivos**. **Rev. Bras. Odontol.** v.70, n. 2. Rio de Janeiro, jul/dez/2013. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S003472722013000200009&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 18 de Setembro, 2017.

MARTINS, S. M **Cimentação em prótese fixa e a libertação de flúor - o estado da arte**. Egas Muniz, 2016. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17443/1/Martins_Sofia_Marques.pdf>. Acesso em: 20 de Setembro, 2017.

MATSUMOTO, W et al. O papel funcional da guia anterior na reabilitação oral. **Rev Bras Odont**, [S.I.], 1996.

MORANDI, L. B Neto RBCS. **Reabilitação oral: prótese fixa metalocerâmica anterior inferior com reconstrução de guia**. Minas Gerais, 2007. Disponível:

<http://200.229.32.55/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/viewFile/1196/1241>
. Acesso em: 26 de setembro, 2017.

PEGORARO, L. F et al. **Prótese fixa** 7 vol., São Paulo, Artes Médicas, Cap.4, p. 113-114, 2013.

VOLPATO, C. A et al. **Próteses Odontológicas: uma visão contemporânea – fundamentos e procedimentos**. São Paulo: cap. 3 pag. 169 Santos; 2012.

SHILLINGBURG, H. T et al. **Fundamento de prótese fixa** 4. ed. São Paulo: cap. 28, pag. 441 Quintessence, 2007

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ declaro que recebi sobre a natureza e propósitos do procedimento, sobre os benefícios, riscos e alternativas de tratamento, assim como entendi e satisfeito com todas as explicações e esclarecimentos sobre o procedimento mencionado. Estou ciente sobre os riscos de reações alérgicas (material de moldagem ou outro material utilizado), dor, reintervenções e outros que podem ocorrer no procedimento. Portanto compreendo e aceito que durante o procedimento circunstâncias inesperadas e/ ou imprevisíveis podem exigir um prolongamento do tratamento original ou procedimento não mencionado acima, caso necessário autorizo o Dr^a: _____ e aos seus assistentes que realizem os procedimentos adicionais que julgarem necessário. Aceito que a, Odontologia, não é uma ciência exata e compreendo que não pode ser dadas garantias quanto aos resultados e possíveis intercorrências. Autorizo também a utilização de minha imagem para exposição em aulas, congressos, seminários, assim como publicações em revistas científicas.

Ao assinar este impresso, reconheço que o li e ele me foi explicado, como também compreendo plenamente o seu conteúdo.

Foi dada à oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas e explicadas satisfatoriamente não omiti dados e/ou informações da assinatura deste impresso.

Assinatura do paciente:

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____