

TRATAMENTO REABILITADOR INTEGRADO NO RESTABELECIMENTO FUNCIONAL E ESTÉTICO: RELATO DE CASO

INTEGRATED REHABILITATION TREATMENT IN RESTORING FUNCTIONAL AND AESTHETIC: A CASE REPORT

Eduardo Augusto Galbiatti Muncinelli

Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM); Aluno do curso de especialização em periodontia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP).

Núbia Inocencya Pavesi Pini

Graduação em Odontologia pela UEM; Aluna do Programa de Mestrado em Clínica Odontológica – Dentística, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas (FOP-UNICAMP).

Wesley Fernando Ferrari

Graduação em Odontologia pela UEM; Profissional de atuação no serviço público de saúde.

Margareth Calvo Pessutti Nunes

Professora de dentística do Departamento de Odontologia da UEM.

Instituição na qual o trabalho foi realizado: Universidade Estadual de Maringá – PR

Categoria do trabalho: Relato de caso

Dados do autor principal: Rua Capitão Gomes Duarte, 20-40 – Vila Universitária – Bauru – SP
Fone: (14) 8130-3078; e-mail: eduardo_muncinelli@hotmail.com

Recebido em: 26/10/2011

Aceito em: 22/12/2011

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios para o clínico são os casos que exigem o conhecimento de várias especialidades. Deve-se considerar não apenas as condições socioeconômicas do paciente e suas expectativas com o tratamento, mas também a capacidade do profissional em conhecer e saber aplicar de modo integrado os procedimentos que são atribuídos apenas aos especialistas. Esse desafio se inicia desde a graduação, onde a implementação de um currículo integrado busca incessantemente formar um profissional com visão multidisciplinar (ARRUDA; SILVEIRO; SOARES et al, 2009).

Nesse contexto, o plano de tratamento, sempre que possível e necessário, deve envolver diferentes especialidades. São diversos os fatores que influenciam o planejamento: estado da doença, condições do paciente em aceitar e manter o tratamento e as reais necessidades e expectativas do paciente (HOOK; COMER; TROMBLY et al, 2002).

Quando todas as alternativas possíveis são consideradas, e mais especificamente, quando proporciona soluções definitivas, o plano de tratamento é considerado ideal (POI; MANFRIN; ZINA et al, 2005). Na prática clínica acadêmica, nem sempre é possível executar

o melhor plano, seja pela limitada destreza do aluno ou pelas condições do paciente e do atendimento público. Porém, é inexorável que o acadêmico saiba planejar de diferentes maneiras um caso clínico, abordando tanto um planejamento ideal quanto aquele que está dentro das possibilidades, ou seja, o real.

O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico em que o conhecimento multidisciplinar foi determinante para o restabelecimento das principais queixas do paciente: função e estética

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 55 anos, do gênero feminino, procurou atendimento na Clínica Odontológica de graduação da Universidade Estadual de Maringá (UEM), queixando-se da aparência do seu sorriso. Em exame clínico inicial (figura 1) constatou-se que a paciente possuía uma condição periodontal satisfatória (ausência de bolsas e sangramento) e boa higiene bucal. Entretanto, apresentava algumas áreas edêntulas que eram compensadas pelo uso de uma prótese parcial removível (PPR) substituindo os dentes 11, 21, 22, 16, 26 e 24. A PPR encontrava-se mal adaptada e seus elementos não conferiam proporcionalidade estética ao sorriso, o que justificava o uso esporádico da prótese

pela paciente. Observou-se ainda que o dente 12 possuía formato conóide e a linha mediana encontrava-se desviada para a direita, o que culminava em um espaço protético insuficiente para reabilitar todos os dentes ausentes na região anterior. A paciente foi informada das possibilidades de tratamento e optou pela confecção de uma nova PPR.

No planejamento do caso, a análise do modelo de estudo evidenciou que, para restabelecer proporcionalidade ao sorriso, a nova prótese deveria conter somente os elementos 21 e 22 com medidas adequadas de largura e altura. A partir disso, optou-se pela reanatomização do incisivo lateral conóide em incisivo central, e canino superior direito em incisivo lateral.

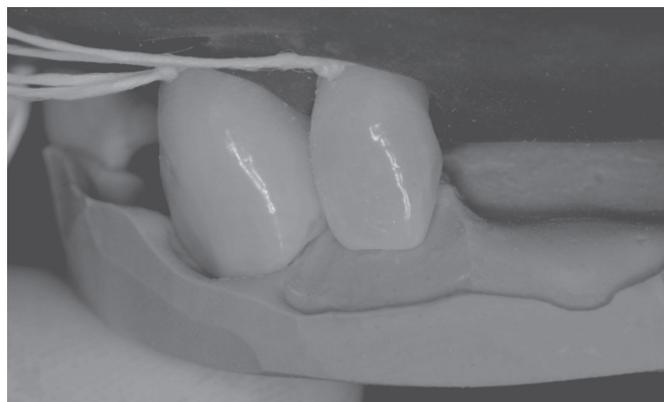
Após a confecção da PPR, um novo modelo de estudo foi obtido com a prótese em posição para realização do enceramento diagnóstico. Nessa etapa, foi revelada a necessidade de um aumento de coroa clínica no dente 11, para que se obtivesse o zênite e altura gengivo-incisal de acordo com os princípios estéticos (SARVER; JACOBSON, 2007; CAMARA, 2006). Um guia de silicone (Panasil, Kettenbach Dental) foi obtido a partir do enceramento para auxiliar no processo de reanatomização.

A etapa restauradora teve início 60 dias após a cirurgia. Foram realizados desgastes nas faces mesial, incisal e vestibular do dente 13 a fim de lhe conferir dimensões de incisivo lateral. Procedeu-se com o condicionamento ácido do dente 12 e aplicação do sistema adesivo (Single Bond 2, 3M/ESPE). Utilizou-se resina composta (Charisma Heraeus Kulzer) nas cores OA3 e A2 que foram aplicadas sobre a muralha palatina construída a partir do guia de silicone previamente obtido (figura 2). O acabamento e polimento (figura 3) foi realizado com lâminas de bisturi nº 12, pontas diamantadas série dourada (KG/Sorensen), borracha de silicone (TDV), discos abrasivos (Soft Lex, 3M/ESPE), e tiras de lixa para acabamento interproximal (TDV).

Figura 1 - Condição inicial



Figura 2 - Guia em posição



Fonte: Produção nossa.

Figura 3 - Aspecto final



Fonte: Produção nossa.

DISCUSSÃO

Frente a casos como o relatado, existem alternativas ideais de tratamento, porém não viáveis as condições socioeconômicas da paciente e não aplicáveis a clínica de graduação. A avaliação ortodôntica deveria ser considerada para delinear todo o tratamento, pois, a correção da linha média e a distribuição dos espaços compensando a ausência de alguns dentes viabilizaria a colocação de implantes.

Nesse caso, optou-se pela PPR associada a procedimentos restauradores e periodontais pelo fato de ser condizente com as condições da paciente, com a experiência de acadêmicos de graduação e com a realidade do serviço público. As próteses parciais removíveis (PPR) são usadas para restabelecer fonética, estética e função em pacientes parcialmente dentados, principalmente para aqueles que compõem a população de baixa renda brasileira, visto que essas próteses apresentam baixo custo de

confeção (SANTOS; CARVALHO; GUIMARÃES et al, 2007). Além disso, o avanço tecnológico das resinas compostas e dos sistemas adesivos permite aos profissionais o seu uso direto, conferindo eficiência à técnica de reanatomização em dentes que estejam esteticamente comprometidos (LENHARD, 2008; FIGUEIREDO; ANDRADE; DUARTE et al, 2008) . O planejamento do caso utilizando modelos de estudos e enceramento diagnóstico demonstrou ser uma condição *sine qua non* tanto para a correta execução do tratamento como para a comunicação com a paciente.

Os princípios básicos e o conjunto de procedimentos empregados em um tratamento reabilitador integrado devem ser corretamente entendidos, selecionados e aplicados a fim de devolver ao local a função e a harmonia estética. Para tanto, torna-se necessário lançar mão, de forma integrada, de todos os procedimentos mecânicos-biológicos e preventivos cientificamente aceitos, que podem ser utilizados no campo da odontologia.

CONCLUSÕES

O resultado do tratamento, com restabelecimento de estética e função reafirma a importância de um planejamento interdisciplinar, envolvendo a prótese, a periodontia e a dentística. Aos olhos de um cirurgião dentista, o tratamento pode não ser admitido como o mais estético, porém, além da função, outro fator relevante de todo planejamento foi alcançado: a satisfação da paciente dentro das suas possibilidades.

REFERÊNCIAS

1. Arruda WB, Siviero M, Soares MS, et al. Clínica integrada: o desafio da integração multidisciplinar em odontologia. RFO – UPF 2009; 14(1): 51-22.
2. Camara CALP. Estética em ortodontia: Diagrama de Referências Estéticas Dentárias (DRED) e Faciais (DREF). Rev Dent Press Ortodon. Ortop. Facial. 2006; 11(6): 130-156.
3. Figueiredo RJA, Andrade AKM, Duarte RM, et al. Otimizando a estética por meio de reanatomizações em dentes conóides. RGO. 2008; 56(3): 333-336.
4. Hook CR, Comer RW, Trombly RM, et al. Treatment planning processes in dental schools. J Dent Educ. 2002; 66(1): 68-74.
5. Poi WR, Manfrin TM, Zina LG, et al. Diversidade dos planos de tratamentos propostos por vários cirurgiões-dentistas para um mesmo caso clínico. Pesq Bras Odontopediatria Clín Integr. 2005; 5(2): 111-118.
6. Sarver D, Jacobson RS. The aesthetic dentofacial analysis. Clin Plast Surg. 2007; 34(3): 369-94.
7. Santos MBF, Carvalho RM, Guimarães TSSC, et al. Longitudinal study of removable partial dentures and hygiene habits. Ciênc Odontol Bras. 2007; 10(3): 38-43.
8. Lenhard M. Closing diastemas with resin composite restorations. Eur J Esthet Dent. 2008; 3(3): 258-68.