

Planejamento e considerações pré e pós-operatórias no fechamento de diastemas

Treatment planning and pre and postoperative considerations in the closure of diastema

Leonardo Fernandes da Cunha

Mestre e Doutorando em Dentística pela FOB/USP

José Mondelli

Coordenador do Curso de Dentística Funorte (Resende/RJ)

Professor Titular do Departamento de Dentística, Endodontia e Materiais Dentários da FOB/USP

Adilson Yoshio Furuse

Doutor em Dentística pela FOB/USP

Professor do Mestrado Profissional em Odontologia Clínica - Universidade Positivo (Curitiba/PR)

RESUMO

Vários aspectos precisam ser considerados nos casos de fechamento de diastemas, além da fase restauradora, como a movimentação ortodôntica e o tratamento periodontal. Nesses casos, uma abordagem multidisciplinar é fundamental. Como pacientes em tratamento ortodôntico podem ser considerados de alto risco à cárie e à doença periodontal, é comum encontrar inflamação do tecido gengival. Assim, uma adequação prévia é fundamental para o sucesso do tratamento restaurador. Esse trabalho demonstra, por meio de um caso clínico, aspectos pré e pós-operatórios que devem ser considerados na realização de fechamento de diastema empregando a técnica de estratificação com resinas compostas.

Palavras-chave: diastema; estética dentária; resinas compostas.

ABSTRACT

Several aspects beyond the restorative phase itself, such as orthodontic movement and periodontal treatment must be considered in cases of closure of diastema. In such cases, a multidisciplinary approach is essential. As patients during orthodontic treatment may show high risk of developing dental caries and periodontal diseases, inflammation of the gingival tissue is a common finding. For this reason, a preliminary basic periodontal treatment is critical to the success of restorative procedure. This paper demonstrates, through a case report, pre and postoperative issues that should be considered during the closure of diastema using a layering technique with resin compounds.

Keywords: diastema; dental esthetic; resins compounds.

Introdução

Os tratamentos ortodônticos, de forma geral, promovem uma melhora estética na composição dentofacial. No entanto, em casos de diastemas generalizados, espaços entre os dentes anteriores são uma ocorrência comum mesmo após o tratamento ortodôntico. Nesses casos, uma avaliação estética para uma intervenção ortodôntica-restauradora é necessária para distribuir os espaços e permitir restaurações proporcionais e harmônicas (5).

A estética em Periodontia é, essencialmente, dependente de dois fatores: saúde e harmonia. Dessa forma, quando a Dentística Restauradora for atuar, o contorno gengival e saúde periodontal também devem ser considerados (5, 6). Além disso, a utilização de materiais adesivos requer um campo operatório com umidade controlada, assim como livre de contaminação (4). Por isso, a adequação prévia com raspagem ou intervenção cirúrgica periodontal é recomendada.

A técnica restauradora para o fechamento de diastemas tem sido amplamente divulgada. No entanto, cuidados após os procedimentos restauradores também são importantes. Orientações estéticas e fonéticas devem ser passadas aos pacientes, assim como conscientização de retornos periódicos devem fazer parte do protocolo clínico dos profissionais nessas situações. Dessa forma, a longevidade do tratamento pode ser favorecida. O objetivo deste trabalho é apresentar, por meio de um caso clínico, alguns aspectos importantes como cuidados prévios, sequência de estratificação de resinas compostas e cuidados pós-operatórios para o sucesso no tratamento restaurador de fechamento de diastema.

Relato do Caso

Paciente de 24 anos, gênero feminino, procurou atendimento durante a fase final do tratamento ortodôntico. A anamnese revelou insatisfação estética da paciente com o seu sorriso. Clinicamente, constatou-se presença de diastema entre os incisivos superiores e inflamação generalizada do tecido gengival (Figura 1A). O exame radiográfico revelou normalidade pulpar.

Inicialmente, realizou-se profilaxia, raspagem e orientação de higiene oral. Após controle da inflamação gengival e avaliação da resposta dos tecidos moles, foi proposta para a paciente a possibilidade de cirurgia para aumentar o incisivo central superior direito e, assim, igualar o tamanho dos dois incisivos centrais. Como a paciente não demonstrou interesse, esse procedimento não foi realizado. Uma vez finalizado o tratamento ortodôntico e adequação periodontal, pode-se passar para a fase restauradora.

O aparelho ortodôntico foi removido e como os diastemas presentes eram classificados como pequenos, ou seja, menores que 2 milímetros, foi decidida a restauração dos dentes empregando o sistema restaurador adesivo direto (Figura 1B). Inicialmente, selecionaram-se as cores de dentina, esmalte e incisal. Em seguida, o isolamento absoluto do campo operatório foi realizado utilizando lençol de borracha e mantido em posição com argola elástica ortodôntica para obter afastamento gengival nos incisivos (Figura 2). Uma fita de

poliéster foi posicionada na mesial dos caninos para evitar o condicionamento ácido desses dentes. Toda a superfície do esmalte dos incisivos superiores foi condicionada com ácido fosfórico a 37% (Bisco, Inc, Schaumburg, IL, EUA) para evitar a aplicação de resina sobre área não condicionada. Em seguida, a superfície foi seca com papel absorvente e aplicou-se o adesivo All Bond 3 (Bisco, Inc, Schaumburg, IL, EUA) utilizando *microbrush* de tamanho regular (Original *Microbrush* – *Microbrush International*). Realizou-se a polimerização conforme instrução do fabricante.

A estratificação da resina composta foi iniciada pela face palatina aplicando-se uma resina translúcida T-Neutral (Opallis – FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil). Na sequência, foi aplicada uma camada de resina na cor DA2, deixando um espaço na região proximal para caracterizar uma área mais translúcida nessa região do dente. Uma resina de maior translucidez foi colocada nessa área T-Blue (Opallis – FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil), caracterizando assim uma continuidade de translucidez da borda incisal na região proximal. Uma camada única de resina EA2 (Opallis – FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil) para esmalte foi aplicada sobre toda a superfície vestibular para proporcionar um contorno mais harmônico. Todos os incrementos de resina foram polimerizados pelo tempo recomendado pelo fabricante, de forma contínua e mais próximo possível da região, com um aparelho a base de LED (Radii Plus - SDI). Os mesmos procedimentos foram realizados para o incisivo central direito. Com o auxílio de um espelho clínico, verificou-se pelas faces vestibular e palatina a presença de algum degrau ou falha entre a superfície dentária e a resina acrescentada.

O isolamento absoluto foi removido e feito a retirada dos excessos, por vestibular e palatina, com lâmina de bisturi número 12 (Swann-Morton). Nesta fase também se realizou o ajuste incisal com fitas de carbono (Carbono Bausch BK61 azul). A instrução de higiene e cuidados com a resina foram feitos. Além disso, os testes fonéticos foram realizados para explicar a readaptação para falar pela ausência dos diastemas, após o procedimento restaurador (Figura 3).

Na sessão clínica seguinte após 24 horas, o acabamento e o polimento final foram realizados. Tiras de lixa foram empregadas nas regiões proximais, enquanto o contorno das restaurações foi delimitado com discos abrasivos de granulometria sequencial (Sof-Lex Pop-on – 3M ESPE). Um ligeiro desgaste na incisal do incisivo central esquerdo foi mantido para dar a impressão de mesma altura dos incisivos devido à diferença do nível do arco côncavo gengival. Em seguida, taças de borracha, rodas de feltro com pasta para polir resinas compostas (Pasta Diamantada Oraltech - Oraltech) e escova impregnada com carbetto de silício (Eve Brush – EVE) foram utilizados a fim de promover o brilho final. O aspecto final das restaurações pode ser visto nas Figuras 4A e 4B.

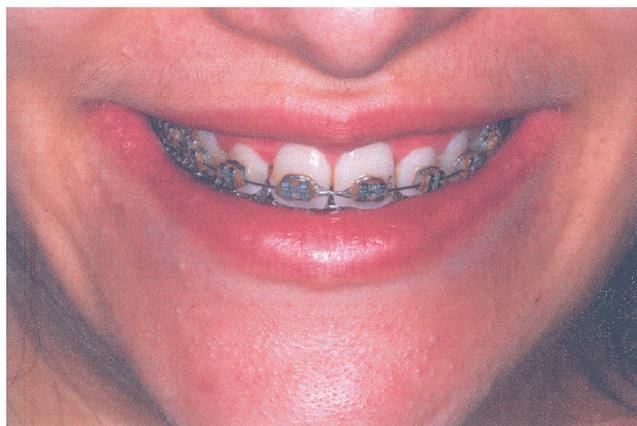


Figura 1A. Aspecto do sorriso, em norma frontal na fase final do tratamento ortodôntico



Figura 1B. Após orientação de higiene, profilaxia e raspagem, pode-se observar o pormenor dos dentes anteriores superiores, onde se nota, detalhadamente, a forma, posição dos dentes e melhora na condição periodontal



Figura 2. Isolamento absoluto do campo operatório. Em seguida, foi feito o condicionamento ácido e aplicação do adesivo convencional de três passos (All Bond 3, Bisco), utilizando um *microbrush* de tamanho regular sobre toda a área condicionada previamente. A face palatina foi confeccionada com resina translúcida na cor T-Neutral (Opallis FGM), a camada de dentina foi reproduzida com a DA2 (Opallis FGM) e, finalmente, o esmalte com o EA2 (Opallis FGM)



Figura 3. Após o acabamento e polimento final, teste fonético do som "V"



Figura 4A. Pormenor dos dentes, após as restaurações adesivas diretas

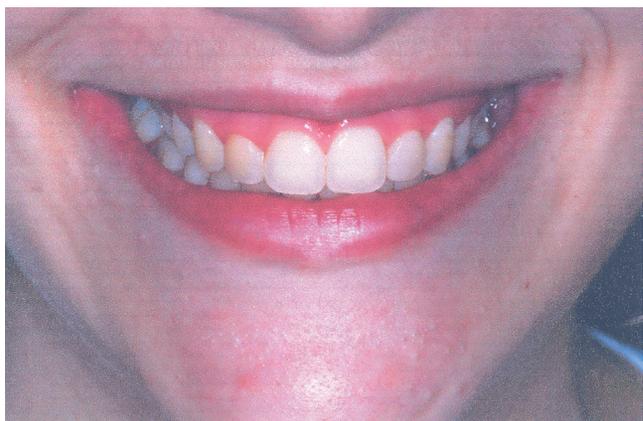


Figura 4B. Vista do sorriso com as restaurações restabelecendo a estética e função dos dentes, no qual se pode ressaltar a harmonia de cor e contorno, proporcionada pelas restaurações adesivas diretas

Discussão

O adequado diagnóstico e plano de tratamento são fundamentais para o sucesso nos casos de fechamento de diastemas (5, 8). Muitas vezes uma abordagem multidisciplinar é necessária. Em um sorriso agradável a estética gengival é fundamental e pode ser considerada a arquitetura da estética dentária.

A estética periodontal é, essencialmente, dependente de dois fatores: saúde e harmonia. Dessa forma quando a Dentística Restauradora ou qualquer outra especialidade forem atuar, estes aspectos deverão ser observados e respeitados. O desrespeito destes conceitos no contexto de um planejamento restaurador integrado entre Periodontia-Dentística ou mesmo Ortodontia-Periodontia-Dentística pode levar a fatores que promovem colonização bacteriana e inflamação, resultando em ruptura das condições biológicas e, consequentemente, em alterações estéticas das estruturas (11). Por outro lado, estes conceitos, quando seguidos, permitem a excelência do tratamento integrado, pois esta é dependente da resposta da biologia periodontal (7). Por este motivo, como demonstrado no presente relato de caso, foi feita profilaxia, raspagem e orientação de higiene previamente ao tratamento restaurador.

Atualmente, diferentes procedimentos cirúrgicos estão disponíveis para o adequado manejo dos tecidos periodontais com o objetivo de, juntamente com a Dentística Restauradora, estabelecer ou restabelecer padrões de estética dentogengivais. Os mais enfocados recentemente são os aumentos de coroa clínica dos dentes ântero-superiores, podendo ser realizados à custa apenas de tecido gengival, de tecido ósseo, ou ambos. No caso apresentado, não foi desejo da paciente igualar o nível do arco côncavo gengival entre os dois incisivos centrais. Dessa forma nenhum procedimento foi feito para essa situação. Segundo COHEN & JAGO (1), há diferença de opiniões entre profissionais e pacientes e, por isso, a opinião do paciente é fundamental nesses casos.

De acordo com Barrancos-Mooney, o diastema presente no caso apresentado pode ser classificado como pequeno, ou seja, entre 0,5 e 2 mm de tamanho (10). Devido a essa pequena extensão, o tratamento restaurador direto empregando resina composta foi eleito para o caso em questão. As resinas compostas apresentam como vantagens exigirem mínimo desgaste da estrutura dentária (9), boa durabilidade clínica e serem rápidos de se executar. Além disso, apresentam baixo custo quando comparado com sistemas cerâmicos e podem ser considerados reversíveis.

Os procedimentos adesivos realizados em esmalte têm se mostrado confiáveis ao longo dos anos (12). O adesivo convencional de três passos apresenta bons resultados quando comparado aos demais adesivos (3) e, portanto, foi utilizado no caso relatado. Por outro lado, o material restaurador empregado no presente trabalho tem apresentado bons resultados na literatura especializada, proporcionando superfície lisa e, assim, também favorecem o resultado após polimento e escovação (2). O acabamento e polimento da superfície restaurada também são dependentes do sistema de acabamento e polimento utilizado (13).

Após a realização do procedimento, passar orientações para o paciente é fundamental. A aparência estética muda, então não é incomum os pacientes estranharem o novo tamanho de seus dentes. Para evitar transtornos ou desapon-

tamentos após o tratamento, a simulação ou o enceramento diagnóstico são ótimas ferramentas para que o paciente visualize o possível resultado final do tratamento. A passagem do ar durante a fala também é modificada quando o diastema está fechado. Assim, aconselha-se uma avaliação ou demonstração fonética solicitando ao paciente a pronúncia dos sons “F” e “V”. O paciente deve ser informado de que a adaptação à nova condição ocorre normalmente dentro de poucos dias.

O paciente deve ser avisado também de que a cor e a textura do material podem mudar com o tempo e a substituição das restaurações pode ser necessária (2, 5). Além disso, ênfase deve ser dada ao protocolo de higiene oral, destacando a escovação e o uso do fio dental como obrigatórios na rotina diária.

Conclusão

Um planejamento considerando aspectos periodontais e ortodônticos é importante no tratamento dos diastemas dentários. Dessa forma, retornos periódicos e cuidados pós-operatórios favorecerão melhores resultados estéticos e funcionais em longo prazo. 

Referências Bibliográficas

1. COHEN, L. K., JAGO, J. D. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int. J. Health Serv.* 1976, 6 (4): 681-98.
2. DA SILVA, J. M., DA ROCHA, D. M., TRAVASSOS, A. C. *et al.* Effect of different finishing times on surface roughness and maintenance of polish in nanoparticle and microhybrid composite resins. *Eur. J. Esthet. Dent.* 2010, 5 (3): 288-98.
3. DE MUNCK, J., VAN LANDUYT, K., PEUMANS, M. *et al.* A critical review of the durability of adhesion to tooth tissue: methods and results. *J. Dent. Res.* 2005, 84 (2): 118-32.
4. FURUSE, A. Y., DA CUNHA, L. F., BENETTI, A. R. *et al.* Bond strength of resin-resin interfaces contaminated with saliva and submitted to different surface treatments. *J. Appl. Oral Sci.* 2007, 15 (6): 501-5.
5. FURUSE, A. Y., HERKRATH, F. J., FRANCO, E. J. *et al.* Multidisciplinary management of anterior diastemata: clinical procedures. *Pract. Proced. Aesthet. Dent.* 2007, 19 (3): 185-91.
6. HENRIQUES, P. G., NUNES FILHO, D. P., NUNES L. F. *et al.* Atlas Clínico de Cirurgia Plástica Periodontal e Manipulação de Tecidos Moles em Implantodontia. São Paulo: Editora Santos; 2007.
7. MONDELLI, J. *Restaurações Estéticas.* São Paulo: Sarvier S/A Editora de Livros Médicos; 1984.
8. MONDELLI, J. *Estética e cosmética em clínica integrada restauradora.* São Paulo: Editora Santos; 2003.
9. MONDELLI, J., SENE, F., RAMOS, R. P. *et al.* Tooth structure and fracture strength of cavities. *Braz. Dent. J.* 2007, 18 (2): 134-8.
10. BARRANCOS-MOONEY, J. *Operatória Dental.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.
11. RUFENACHT, C. R. *Princípios da integração estética.* São Paulo: Quintessence; 2003.
12. SWIFT, E. J., PERDIGAO JR., J., HEYMANN, H. O. Bonding to enamel and dentin: a brief history and state of the art, 1995. *Quintessence Int.* 1995, 26 (2): 95-110.
13. UCTASLI, M. B., ARISU, H. D., OMURLU, H. *et al.* The effect of different finishing and polishing systems on the surface roughness of different composite restorative materials. *J. Contemp. Dent. Pract.* 2007, 8 (2): 89-96.

Recebido em: 04/04/2011 / Aprovado em: 04/05/2011

Leonardo Fernandes da Cunha

Centro Odontológico Brasiliense – Brasília Shopping/SCN, Quadra 5, Bloco A

Brasília/DF, Brasil – CEP: 70710-500

E-mail: cunha_leo@yahoo.com.br