

**FACULDADES SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA**

ANA BEATRIZ MELLO
MAURO D OLIVEIRA

A PRÓTESE DENTÁRIA ASSOCIADA À ODONTOPEDIATRIA

Rio de Janeiro

2018

A PRÓTESE DENTÁRIA ASSOCIADA A ODONTOPEDIATRIA

THE DENTAL PROSTHESIS ASSOCIATED WITH PEDIATRIC DENTISTRY

Ana Beatriz Mello

Graduanda em Odontologia – Faculdades São José (FSJ)

Mauro D' Oliveira

Especialista em Dentística

Especialista e Mestre em Prótese Dentária

RESUMO

O presente artigo foi baseado na conduta terapêutica reabilitadora em odontopediatria, cuja perda precoce dos dentes decíduos por trauma ou cárie, causa prejuízos na função mastigatória, fonação, estética, no desenvolvimento biopsicossocial da criança e como mantenedor de espaço nos arcos dentários. As próteses temporárias devolvem a aparência estética e a função até que a dentição permanente ocorra ou uma prótese definitiva possa ser confeccionada. O objetivo deste trabalho é, com uma revisão bibliográfica, relatar casos clínicos aonde a reabilitação das arcadas dentária é feita através da utilização de prótese total, prótese fixa adesiva e prótese parcial temporária.

Palavras-chave: reabilitação protética, Odontopediatria, trauma dental.

ABSTRACT

The present article was based on therapeutic rehabilitation in pediatric dentistry, whose early loss of primary teeth due to trauma or caries causes damage to masticatory function, phonation, esthetics, biopsychosocial development of the child and as a space maintainer in the dental arches. Temporary prostheses return the aesthetic appearance and function until the permanent dentition occurs or a definitive prosthesis can be made. The objective of this work is with a bibliographical review to report clinical cases where the rehabilitation of the dental arches is done through the use of total prosthesis, fixed adhesive prosthesis and temporary partial prosthesis.

Key-words: prosthetic rehabilitation, pediatric dentistry, dental trauma.

INTRODUÇÃO

O conhecimento científico na área da Odontologia preventiva criou acesso e a utilização dos serviços odontológicos como: fluoretação da água, fluoretação tópica e novos produtos odontológicos preventivos. Estes levaram à redução significativa da doença dentária nos países desenvolvidos, mas Caplan e Weintraub relatam que adolescentes ainda são alvo de cáries principalmente quando: são habitantes de áreas rurais, população carente, têm pouca exposição ao flúor e que não têm possibilidade de educação mais adequada. (MC DONALD E AVERY, 2001).

Na infância, a cárie dentária é considerada a doença mais comum entre aquelas que não regridem espontaneamente e nem são passíveis de cura por intervenções farmacológicas de curto prazo (KROL, 2004; PETERSEN, 2003; OTENIO, 2009).

Segundo Toledo, em 1996, crianças de pouca idade podem apresentar os dentes decíduos destruídos de tal forma pelas lesões de cárie que o único tratamento possível é a completa exodontia. Nesses casos, a prótese total torna-se o último recurso a ser utilizado com a finalidade de restaurar a função mastigatória, normalizar a fonação, a estética, e possibilitar um ajuste social e emocional da criança (DOMÍNGUEZ; AZNAR, 2004; ISSÃO GUEDES-PINTO, 1994; OTENIO, 2009).

A perda precoce dos elementos dentais anteriores frequentemente influencia o comportamento social de crianças e adolescentes, além de trazer problemas funcionais e estéticos, podendo comprometer o bem-estar psíquico do indivíduo. (BRELAZ et al., 2016; SILVA MCVS, 2011).

Os dentes decíduos permanecem na cavidade oral por um curto período de tempo e mesmo assim, estes possuem um papel fundamental no crescimento e desenvolvimento da criança. (CAVALCANTI, A.R.D., 2016; GONÇALVES, L.M. et al., 2013). Por desempenharem importante papel na mastigação, articulação, oclusão, fonação, estética e serem responsáveis pela correta evolução do sistema mastigatório, são também considerados excelentes “mantenedores de espaços naturais”. Infelizmente ocorre a perda precoce dos dentes decíduos, principalmente por motivos de cárie e traumatismo dentário. (CAVALCANTI, A.R.D., 2016; CORRÊA, M.S.N.P.,

2011; BÖNECKER, M. et al., 2011; GUEDES-PINTO, A.C., 2012; SOUSA, J.M. et al., 2012).

O traumatismo dentário (TD) é muito comum durante a infância e adolescência. Na dentição decídua, as injúrias mais comuns acometem os tecidos periodontais devido à sua maior plasticidade. Alguns traumatismos envolvendo os dentes também podem ocorrer, sendo o incisivo central superior o dente mais frequentemente afetado. (CAVALCANTI, A.R.D., 2016; BÖNECKER, M. et al., 2011). Dependendo do estudo e do tipo de amostragem deste, existe uma variação dos valores da prevalência dos diferentes tipos de traumatismos. (CAVALCANTI, A.R.D., 2016; TRAEBERT, J, 2012). A incidência do TD é maior em crianças com idade escolar, na fase de crescimento, tendo uma maior proporção no sexo masculino e os fatores de risco comumente associados são: overjet aumentado, ausência de selamento labial e protrusão dos incisivos superiores. (CAVALCANTI, A.R.D., 2016; GUEDES-PINTO, A.C., 2012; TRAEBERT, J. 2012).

A literatura aponta uma classificação dos TDs que vai desde uma simples fratura em esmalte até perda definitiva do dente e o tratamento dessas lesões pode variar de acordo com a idade e cooperação do paciente. (CAVALCANTI, A.R.D., 2016; CORRÊA, M.S.N.P., 2011).

A dificuldade na articulação das palavras, uma consequência de perda precoce, poderá ser autocorrigida com o tempo, mas em algumas crianças se faz necessário terapia com fonoaudiólogo, pois muitos sons são produzidos quando a língua toca a papila palatina por trás dos incisivos superiores e podem ocorrer compensações fonéticas inadequadas na ausência desses dentes tais como: a projeção lingual durante a emissão dos fonemas /T/, /D/, /N/ e /L/, bem como, o ceceo anterior ou sigmatismo nos fonemas /S/ e /Z/, são comumente observados em consequência da perda precoce dos incisivos superiores.(CAVALCANTI, A.R.D., 2016; CORRÊA, M..S.N.P., 2011; MATOS, A.N.,2002; PEREIRA,L, 2010). Na ausência desses dentes, a criança tende a compensar pelo estabelecimento de hábitos incorretos, que podem ser difíceis de serem tratados mais tarde, como a interposição lingual durante a fonação, a deglutição e o repouso. A mastigação também é afetada com a perda dos dentes anteriores superiores, visto que morder os alimentos pode ser um problema (CAVALCANTI,

A.R.D., 2016; MATOS, A.N., 2002), afetando também, diretamente, a deglutição e o desenvolvimento dos músculos da face. (CAVALCANTI, A.R.D., 2016; SCHNIDER, G, 2004).

A reabilitação estética e funcional de pacientes com dentes muito desgastados e com edentulismo parcial é um desafio que exige habilidade e conhecimento técnico pelo dentista. Com a presença de tais problemas pode acarretar múltiplas implicações para o paciente como: perda de guia anterior, redução da dimensão vertical de oclusão (DVO) e desfiguração oclusal. (BRELAZ et al., 2016; KAMBLE VD., 2013).

Segundo Dantas (2012), o restabelecimento da DVO é de extrema importância para o sucesso das reabilitações bucais, pois se não for restabelecida corretamente, poderá causar danos nos dentes, músculos, articulação têmporo-mandibular (ATM) e sistema auditivo, na deglutição e fonação, e até mesmo na postura do paciente, podendo afetar seu equilíbrio. (BRELAZ et al., 2016).

A reabilitação protética em crianças deve ser realizada após exame clínico e radiográfico, e plano de tratamento cuidadoso (KOTSIOMITI et al., 2000; OTENIO, C.C.M et al., 2009).

Em pacientes com baixo poder aquisitivo, pouca exigência estética ou mesmo limitações médicas, a Prótese Parcial Removível Temporária (PPRT) pode ser uma opção viável ou muitas vezes a única opção de tratamento. Independentemente dos fatores acima mencionados, a todos os pacientes com dentição severamente desgastada, com diminuição da DVO e ausência dentária, deve ser apresentada esta opção de tratamento. (BRELAZ et al., 2016; KAMBLE VD., 2013).

Entre as possibilidades para o tratamento dos TDs em que ocorre perda do dente superior anterior, encontram-se as próteses removíveis ou parciais fixas, sendo a primeira opção a mais utilizada, principalmente por sua associação com os aparelhos da Ortodontia Interceptativa. (CAVALCANTI, A.R.D., 2016).

A prótese adesiva direta pode ser reforçada com fita de fibra de polietileno ou com fio ortodôntico. Esta é considerada um mantenedor fixo de espaço e é estético-funcional, indicado nos casos de perda prematura de um único dente decíduo anterior. Apresenta técnica de confecção simples associado a um menor tempo clínico (considerando número de sessões) quando comparado às outras próteses fixas

adesivas indiretas, além de possui baixo custo, preenchendo os requisitos necessários para devolver o equilíbrio oral e psicológico o mais rápido possível para o paciente. Independe da cooperação do paciente, deve ser indicado para crianças que apresentam baixo risco á doença cárie e higiene oral satisfatória. (CORRÊA, M.S.N.P., 2011; PEREIRA,L, 2010 ; SCHNIDER, G, 2004; PAULILO,A.R., 1998).

O objetivo deste trabalho é apresentar recursos para reabilitação protética em dentição decídua e na perda precoce dentária devido a traumas, cáries e anodontias.

Apontar tratamentos para restaurar a função mastigatória, fonação e estética com confecção de próteses na odontopediatria.

Relatar casos de reabilitações com resultados positivos em diferentes técnicas.

A pesquisa foi realizada através de sites da internet, procurando selecionar artigos mais recentes, visando aprimorar o conhecimento da área específica analisando vantagens e desvantagens.

Dessa forma, a prótese dentária associada a Odontopediatria deve ser pensada como um recurso para restauração funcional e estética dos pacientes independentemente da idade.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Promover a saúde bucal é conferir ao indivíduo bem-estar, autoestima positiva, uma melhora na mastigação e, conseqüentemente, uma melhora na digestão de alimentos.

As alterações estéticas e funcionais causadas por estas perdas dentárias podem influenciar no desenvolvimento biopsicossocial da criança.

“ Apesar das grandes conquistas associadas à saúde bucal nas últimas décadas, a cárie dentária persiste como um sério problema de saúde pública, que acomete especialmente as comunidades mais desfavorecidas.”(RIBEIRO;OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005; TESCH; OLIVEIRA; LEA, 2007).

Segundo Toledo (1996), crianças de pouca idade podem apresentar os dentes decíduos destruídos de tal forma pelas lesões de cárie que o único tratamento possível é a completa exodontia .Nesses casos, buscamos alternativas para devolver ao paciente, suas funções que, vão desde a estética, passando pela fonação, sistema digestivo, mastigatório, e também trabalhar o ajuste social da criança (DOMÍNGUEZ;AZNAR,2004; ISSÃO;GUEDES-PINTO,1994; TOLEDO,1996; TRINDADE;CORRÊA, 2001)

O presente estudo relata um caso de reabilitação estético-funcional em Odontopediatria, devido à perda prematura de dentes decíduos por cárie precoce da infância. Será abordado um relato de caso em uma paciente do sexo feminino, de 5 anos de idade, reabilitada com prótese fixa adesiva no elemento 61. Outro relato clínico, de um paciente do sexo masculino, 12 anos de idade e reabilitado com prótese parcial removível. Também será abordado, um caso clínico, de uma criança de 5 anos de idade, do gênero feminino, onde a técnica de escolha foi a confecção de prótese total.

Conforme Kotsiomiti et. al.(2000), “ A reabilitação protética em crianças deve ser realizada após exame clínico e radiográfico, e plano de tratamento cuidadoso.”

“ A prótese destina-se à preservação do espaço criado pela perda prematura dos dentes decíduos, previne a extrusão de dentes antagonistas, promove a função fisiológica oral não impede o desenvolvimento normal do maxilar.” (DOMÍNGUEZ; AZNAR, 2004).

“Portanto, é importante conhecer o nível de concentração da criança, estabelecer um sentimento de confiança e cooperação entre ela e o profissional durante o tratamento”. (SIEPMANN et al., 2008).

É importante realizar sempre um planejamento adequado de consultas, com tempo ideal de acordo com a faixa etária, tipo de paciente, levando em consideração o grau de ansiedade de cada criança submetida ao tratamento reabilitador. Evitar ao máximo possíveis traumas e/ou desconforto para o paciente. O apoio familiar é muito importante para o sucesso do tratamento.

Os cuidados dentários devem ocorrer mesmo antes da erupção do primeiro dente, de 0 a 6 meses e os pais devem ser orientados quanto a higienização oral do

bebê. Após a erupção, o bebê já pode receber os primeiros cuidados e orientação, inclusive sobre a cárie de mamadeira.

É fundamental um controle periódico, sempre avaliando se as próteses estão bem adaptadas, se tiveram algum deslocamento ou se tiverem alguma fratura. Controle radiográfico irá avaliar a formação do dente sucessor.

De acordo com (GRANGER, 1954), a saúde biológica do sistema estomatognático depende da harmonia funcional dos seus componentes, dentro de um máximo de eficiência e um mínimo de gasto energético.

A reabilitação de uma criança com cárie precoce envolve geralmente, diversos tratamentos à disposição do profissional de odontologia para avaliação de acordo com o caso. Deve ser observada a eficácia estética, restaurar a forma e a função, prevenir a reincidência.

DESENVOLVIMENTO

O presente estudo relata casos clínicos de reabilitação bucal na Odontopediatria, em que foram apresentadas algumas opções de tratamento. A indicação para cada caso clínico abordado depende de certos requisitos e colaboração do paciente.

1 RELATO

O relato deste caso clínico foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP-HU Cas/UFJF), sob o protocolo nº 009/2009.

K.A.M.S., gênero feminino, 5 anos, negra, compareceu a clínica de Odontopediatria de uma instituição pública de ensino superior no primeiro semestre letivo de 2008, acompanhada por sua mãe, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes dos procedimentos do exame. A queixa principal relatada pela mãe era a presença de cárie em todos os elementos dentários.

Durante a anamnese, quando questionada sobre a ingestão de leite, a mãe respondeu que a criança utilizou mamadeira com conteúdo açucarado até os 4 anos de idade, em livre demanda, inclusive durante a noite. Apesar de não ter sido encontrado nenhum problema médico relevante, foi relatado também que a criança apresentava dificuldade para se alimentar em função da dor durante a mastigação de alimentos sólidos, sendo possível somente a ingestão de dieta líquida e pastosa. Além disso, a mãe mencionou que a aparência dos dentes repercutia na socialização de sua filha, que se apresentava tímida para sorrir. (Fotografia 1).



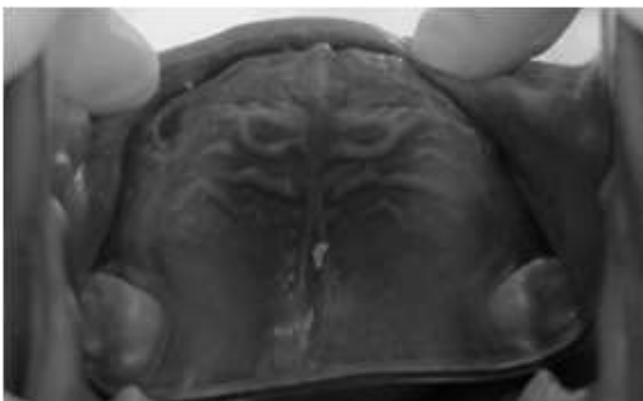
Fotografia 1: Sorriso tímido da paciente antes do início do tratamento

Fonte: Otenio (2009)

Ao exame clínico inicial, verificou-se a presença de lesão cariosa com destruição total da coroa em todos os dentes decíduos superiores e do segundo molar inferior esquerdo. Na mandíbula, os primeiros molares, caninos e segundo molar direito apresentavam lesão de cárie profunda e grande destruição coronária. Os incisivos decíduos inferiores se apresentavam com lesões de cárie superficiais ou médias. Os primeiros molares permanentes estavam em erupção e apresentavam sulcos profundos e com grande acúmulo de biofilme.

Devido à impossibilidade de execução de terapia pulpar e restauração nos elementos superiores, foram realizadas exodontia de todos os dentes decíduos superiores(Fotografia 2). Na mandíbula, o segundo molar inferior direito foi submetido à terapia pulpar e exodontia no segundo molar inferior esquerdo. Os outros dentes inferiores foram restaurados com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável

(Vitremer® – 3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil.), após remoção total do tecido cariado. Nos primeiros molares permanentes foi efetuado selamento com cimento de ionômero de vidro autopolimerizável (Vidrion F® – S.S. White Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.). Foi necessária ainda a colocação de mantenedor de espaço tipo Banda-alça no hemi-arco esquerdo (Fotografia 3).



Fotografia 2: Aspecto do arco superior após exodontia e selamento dos primeiros molares permanentes. Fonte: Otenio (2009)



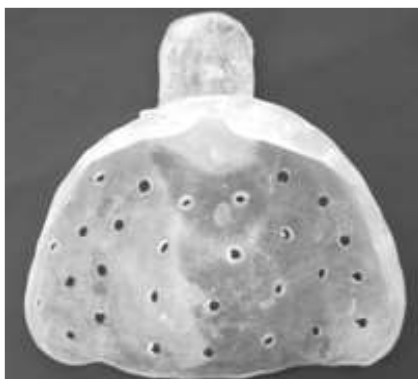
Fotografia 3: Arcada inferior após exodontia do segundo molar decíduo esquerdo com posterior colocação de mantenedor de espaço tipo Banda alça, adequação dos demais elementos decíduos em ionômero de vidro e início de erupção dos incisivos centrais. Fonte: Otenio (2009)

Após o controle da doença cárie bem como das devidas orientações em relação aos hábitos de dieta e higiene bucal da criança foi proposta a confecção de prótese total superior, com a finalidade de recuperação oral funcional e estética (Fotografia 4).



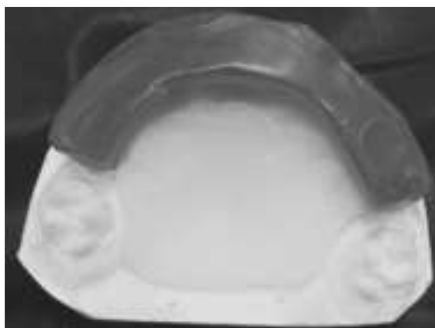
Fotografia 4: Paciente após controle da doença cárie, com perda da dimensão vertical. Fonte: Otenio(2009)

A técnica para confeccionar a prótese total em crianças obedece aos mesmos passos da preconizada em adulto. A primeira moldagem dos arcos superior e inferior foi realizada com alginato em moldeiras tipo Vernes. A partir do modelo de gesso, foi confeccionada a moldeira individual em resina acrílica, para a realização da moldagem funcional da arcada superior (Fotografia 5).



Fotografia 5: Moldeira individual em resina acrílica para realização da moldagem funcional da arcada superior. Fonte: Otenio(2009)

Sobre o modelo de trabalho foi construído o plano de cera para a determinação da dimensão vertical de oclusão (DVO), da oclusão em relação cêntrica e das linhas de referência (Fotografia 6).



Fotografia 6: Confeção do plano em cera sobre o modelo de trabalho. Fonte: Otenio(2009)

Para obtenção da DVO mediu-se com o compasso de Willis a dimensão vertical de repouso (DVR) e desta medida subtraiu-se 2mm. Considerando que a superfície oclusal dos arcos dentários decíduos é plana, não houve necessidade de determinar as curvas de compensação de Spee e de Wilson. O traçado da linha mediana foi obtido tomando como referência a linha mediana da face. A linha alta do sorriso foi marcada

com um traçado horizontal correspondente a altura do lábio superior contraído num sorriso forçado, enquanto as linhas dos caninos estavam paralelas à linha das comissuras labiais com os lábios em repouso. Após esta etapa, a base de prova com o rolete de cera foi removida da boca da criança para montagem no articulador tipo charneira.

Os dentes artificiais foram confeccionados em resina composta fotopolimerizável (Z100TM – 3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil.) na cor P. A montagem dos elementos dentários foi realizada obedecendo às características da dentição decídua, como tipo de arco, espaços primatas e superfície oclusal plana (Fotografia 7).



Fotografia 7: Montagem dos dentes no articulador tipo charneira, obedecendo as características da dentição decídua. Fonte: Otenio(2009)

A prova da prótese foi realizada para verificar a oclusão fonética (pronúncia dos fonemas S, F e V) e estética (perfil e posicionamento dos lábios). Nesta fase, optou-se pela confecção de grampos de retenção cervicais para aumentar a retenção da prótese (Fotografia 8). A seguir a prótese foi polimerizada, seguindo os procedimentos convencionais. Após essa etapa, foi realizado o ajuste oclusal, o acabamento e o polimento final da prótese (Fotografia 9).

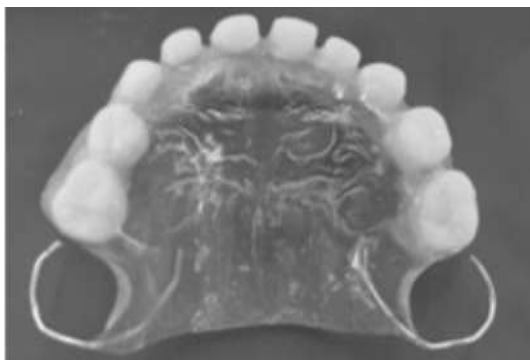
Após a adaptação do aparelho protético, a criança e os pais foram orientados quanto ao uso (Fotografia 10), procedimentos de limpeza e a importância do acompanhamento trimestral da paciente para verificar a irrupção dos dentes permanentes sob a prótese. Constatou-se uma melhora no estado físico e emocional da criança, com a adequada adaptação da paciente ao uso da prótese (Fotografia 11).

Os dentes inferiores foram reconstruídos, definitivamente, com resina composta. Novo ajuste oclusal, com recuperação total da dimensão vertical, foi realizado (Figura 12).



Fotografia 8: Prova da prótese para verificação da oclusão, fonética e estética.

Fonte: Otenio(2009)



Fotografia 9: Prótese total superior, com ajuste oclusal, acabamento e polimento final.

Fonte: Otenio(2009)



Fotografia 10: Orientação quanto ao uso da prótese, treinando a criança em relação à colocação e remoção. Fonte: Otenio(2009)



Fotografia 11: Aspecto final do sorriso da paciente, demonstrando satisfatória reabilitação funcional e estética.

Fonte: Otenio(2009)



Fotografia 12: Reconstrução definitiva em resina composta dos elementos decíduos inferiores.

Fonte: Otenio(2009)

A paciente encontra-se em acompanhamento periódico trimestral para controle de dieta e higiene bucal e também do crescimento dos maxilares e erupção dos dentes permanentes, sendo observada a manutenção da função, estética e satisfação da paciente, após 3 meses de uso da prótese (Fotografia 13).



Fotografia 13: Satisfação da paciente após 3 meses do uso da prótese.

Fonte: Otenio (2009)

2 RELATO

Paciente do gênero masculino, 12 anos, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Nilton Lins-AM, relatando insatisfação com seu sorriso, pois seus dentes estavam fraturados (Figuras 1 e 2), devido a trauma durante jogo de futebol ocorrido há 8 meses.



Figura 1. Aspecto intraoral inicial, mostrando os elementos 11 e 21 fraturados

Fonte: Brelaz (2016)



Figura 2. Visão aproximada e por oclusal dos elementos 11 e 21 fraturados

Fonte: Brelaz (2016)

O responsável pelo paciente relatou que houve uma tentativa de restaurar os elementos dentários realizando tratamento endodôntico para posterior instalação de pinos intrarradiculares e coroas protéticas.

Após anamnese verificou-se que o paciente possuía boa saúde geral. Ao exame físico e radiográfico observaram-se fraturas transversais no terço cervical e médio do elemento 11 e longitudinal do elemento 21 a nível radicular, constatando-se assim a impossibilidade de manutenção dos elementos dentários (Figura 3).



Figura 3. Exame radiográfico mostrando as fraturas transversais no terço cervical e médio do elemento 11 e longitudinal do elemento 21. Fonte: Brelaz (2016)

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável do paciente, o tratamento proposto constituiu em: exodontia dos elementos 11 e 21 com posterior instalação de prótese parcial removível temporária (PPRT), para proporcionar melhor conforto ao paciente.

Na 1ª sessão, realizou-se a tomada de fotografias intra e extra-orais, seleção e registro de cor, impressão das arcadas superior e inferior, registro de mordida e registro do arco facial. Os modelos obtidos foram montados em articulador semiajustável (ASA), em máxima intercuspidação habitual (MIH), e encaminhados ao laboratório para confecção de enceramento diagnóstico (Figura 4).

Na 2ª sessão foram realizadas as exodontia e suturas dos elementos 11 e 21. Na 3ª sessão as suturas foram removidas e, após 30 dias das exodontia (Figura 5), a PPRT foi confeccionada sobre o modelo de trabalho montado em ASA, sendo uma prótese mucossuportada com reposição dos elementos perdidos em resina acrílica na cor 69 e retenção obtida com grampo de Adams nos elementos 16 e 26 e grampo circunferencial no elemento 14 (Figura 6).



Figura 4. Modelos montados em ASA

Fonte: Brelaz (2016)



Figura 5. Aspecto intraoral após exodontias dos Elementos 11 e 21. Fonte: Brelaz (2016)



Figura 6. Prótese Parcial Removível Temporária Fonte: Brelaz (2016)

Durante a instalação da prótese em boca, foi realizado reembasamento com resina acrílica autopolimerizável sob os elementos 11 e 21, seguidos de ajuste oclusal, acabamento e polimento (Figura 7).

As orientações de preservação foram dadas e o paciente foi encaminhado para tratamento e acompanhamento com Ortodontista para a instalação de aparelho ortodôntico, conscientizando os responsáveis quanto à importância da manutenção periódica até que a DVO esteja completamente definida, com os dentes permanentes erupcionados, para que possa ser confeccionada a prótese definitiva.



Figura7. Aspecto intraoral após instalação da prótese Fonte: Brelaz(2016)

3 RELATO

Paciente YSV, com 5 anos de idade, do gênero feminino, compareceu à Clínica Infantil da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Departamento de Odontologia (DOD), com ausência da coroa do elemento 61. Foi relatado pela mãe da paciente que a criança sofrera traumatismo há aproximadamente 2 anos e 8 meses e que já tivera um tratamento endodôntico no referido dente. O tratamento de reabilitação protética não fora concluído por questões financeiras à época do trauma.

Durante a anamnese, a paciente apresentava boa saúde geral. Ao exame clínico foi observada a ausência da coroa do 61 e uma boa higiene oral. Não apresentava má oclusão, nem sobressaliência ou mordida aberta. Mas possuía o hábito de colocar e pressionar a língua no lugar da coroa ausente, o que gerou uma leve inclinação para a vestibular da raiz do mesmo dente. No exame radiográfico, observou-se imagem

radiolúcida compatível com reabsorção radicular patológica assim como, imagem radiopaca compatível com material obturador, que ao ser comparado com as radiografias do período do tratamento endodôntico e seus controles foi possível verificar o insucesso do tratamento realizado.

Após a avaliação clínica e radiográfica, cogitou-se a hipótese de remover o resto radicular, uma vez que a raiz apresentou grande reabsorção externa. Entretanto, por ser a paciente uma criança não cooperadora, de difícil condicionamento, optamos por realizar o tratamento reabilitador com prótese fixa adesiva e seguir acompanhando o caso até condicioná-la para a remoção radicular. Após a autorização da mãe através da Declaração de Conformidade e Autorização para Tratamento Odontológico, presente no prontuário da faculdade, demos início ao tratamento.

Na 1ª sessão foi realizada a seleção das moldeiras e a moldagem com alginato (Jeltrate- Dentsply®) dos arcos dentários superiores e inferiores, vazamento em gesso especial para a obtenção dos modelos de trabalho e o registro da mordida em cera 7 rosa Asfer®). Durante o procedimento, a criança chorou, apresentando certa resistência. Posteriormente, foi realizada uma moldagem da região anterior superior com silicone de condensação (Perfil- Coltene®), o que nos forneceu maior fidelidade na cópia das estruturas dentárias e circunvizinhas, necessárias à confecção da prótese fixa, para a qual os dentes 51 e 62 foram selecionados como dentes suportes.

Os moldes foram vazados com gesso especial tipo IV (Durone- Dentsply®), obtendo-se os modelos de trabalho (arcos superior e inferior). Antes de encaminhar ao laboratório foram selecionadas as cores A2E e A1B (3M Filtek Z-350®) e confeccionado uma prótese com fio ortodôntico número 0,6 e resina fotopolimerizável (3M Filtek Z-350®), simulando a prótese final para motivação da criança. A prótese fixa confeccionada no laboratório foi composta por fio ortodôntico número 0,6 e resina acrílica autopolimerizável (Dencor-Clássico), cor 61, associada ao carbonato de cálcio na porção correspondente à coroa do dente 61.

Para a fixação da prótese adesiva foram realizados os seguintes passos: profilaxia com pedra pomes (Biodinâmica®) e pasta profilática (Shine- Maquira®), lavagem abundante e secagem do campo operatório com a seringa tríplice; prova da prótese; condicionamento com ácido fosfórico a 37% das superfícies palatinas dos

dentos suportes (51 e 62) por 30 segundos (Condac 37- FGM® – 37%); lavagem abundante por 1 minuto e secagem do campo operatório com a seringa tríplice; isolamento relativo com algodão rolete; aplicação do sistema adesivo (Prime e Bond 2.1 – Dentsply®) e fotopolimerização por 40 segundos; inserção da prótese com os primeiros incrementos de resina composta nas alças de retenção, fotopolimerização por 40 segundos; inserção dos demais incrementos de resina, fotopolimerização por 40 segundos; colocação de isolante para fotopolimerização final (KY Gel – Johnson e Johnson®); fotopolimerização final da camada superficial por 60 segundos; ajuste de oclusal com carbono (Preven®); polimento com pontas Enhance®; e orientações de higiene oral com escova e fio dental. O aparelho fotopolimerizador utilizado foi LD MAX Gnatus®.



Figura1. Consulta clínica inicial Fonte: Cavalcante (2016)



Figura 2. Moldagem em silicone de condensação
Da região anterior Fonte: Cavalcante (2016)



Figura 3. Vista vestibular e palatina da prótese fixa adaptada no modelo de trabalho.

Fonte: Cavalcante (2016)



Figura 4. Visão clínica lateral. Fonte: Cavalcante (2016)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Relato de caso 1, a confecção e adaptação da prótese total superior, permitiu restabelecer a função mastigatória, melhorar a fonação e a estética da criança e, ainda, resultou na satisfação com o tratamento, demonstrada pela paciente, sua mãe e seus familiares (OTENIO, C.C.M et al., 2009).

No Relato de caso 2, primeiramente foi pensado em um tratamento mais conservador com a manutenção dos elementos 11 e 21, após retratamento

endodôntico, instalação de pinos e coroas protéticas, porém ao exame radiográfico verificou-se a fratura a nível radicular em ambos os elementos e, assim, a impossibilidade de manutenção dos mesmos, optando-se, portanto, pelas exodontia e confecção de PPRT, devido à idade do paciente. Os resultados demonstraram que o tratamento reabilitador com PPRT foi resolutivo para repor os elementos perdidos, atuando na preservação do espaço temporariamente, até a instalação do aparelho ortodôntico apropriado, sem interferir no crescimento ósseo, sendo importante até a estabilização da DVO, restabelecendo estética e função (BRELAZ et al., 2016).

No Relato de caso 3, os benefícios envolvidos no tratamento reabilitador com prótese fixa adesiva são resolutivos em repor a estética, manter espaços nos arcos dentários ou a integridade no desenvolvimento da dentição, prevenindo e corrigindo hábitos deletérios (a exemplo da interposição lingual apresentada no caso clínico) e/ou anormalidades na fala, sem gerarem interferência no crescimento dos maxilares, além do ganho do restabelecimento psicológico da criança.

Sugerimos que pela fácil execução, baixo custo, técnica extremamente conservadora, e pelo quanto a função estética influencia psicologicamente as crianças, evitando e interceptando problemas emocionais e comportamentais, que as prótese fixas adesivas sejam mais largamente empregadas pelos odontopediatras (CAVALCANTI, A.R.D., 2016).

REFERÊNCIAS

- 1 BESSADET M, NICOLAS E, SOCHAT M, HENNEQUIN M, VEYRUNE JL. **Impacto f removable partial denture prosthesis on chewing efficiency.** J Appl Oral Sci. 2013;21(5):392-6.
- 2 BÖNECKER, M. et al. **Estética em Odontopediatria: Considerações Clínicas.** Santos: Santos, 2011. 206 p.
- 3 BRELAZ, KLAT. et al. **Prótese parcial removível temporária em Odontopediatria: relato de caso.** Arch Health Invest (2016) 5 (1):13-17

- 4 CAVALCANTE, A.R.D. **Reabilitação com prótese fixa adesiva em Odontopediatria- relato de caso clínico/** Andressa Rodrigues Dias Cavalcante. 29f:il. Natal, RN, 2016.
- 5 CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria: Na primeira infância.** 3. ed. Santos: Santos, 2011. 942 p.
- 6 DANTAS EM. **A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética.** Odonto. 2012;20(40):41-8.
- 7 GUEDES- PINTO, A.C. **Odontopediatria.** 8. Ed. Santos: Santos, 2012. 1064 p.
- 8 GONÇALVES, L. M. et al. **Uso de prótese fixa adesiva como mantenedor de espaço em dentes anteriores decíduos: um relato de caso.** Archives of oral Research, v.9, n. 1, p. 85-90, 2013.
- 9 KAMBLE VD. **Rehabilitation of severely worn dentition and partial edentulismo by fixed and removable prostheses: a clinical report.** Int J Prosthodont Rest Dent. 2013;3(2):57-61
- 10 KOTSIOMITI, E. et al. **Removable prosthodontic treatment for the primary and mixed dentition.** Journal of Clinical Pediatric Dentistry, Birmingham, v.24, no.2, p. 83-89, 2000.
- 11 MATOS, A.N. **Consequências da perda precoce dos incisivos superiores decíduos e dos molares decíduos sobre o sistema estomatognático.** 2002. 30f. Trabalho de conclusão (Especialização em Odontopediatria)- Curso de Especialização em Odontopediatria, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,2002.
- 12 OTÊNIO, C.C.M. et al. **Reabilitação estético-funcional em Odontopediatria: relato de um caso clínico.** HU Revista, Juíz de Fora, v.35, n.1, p. 59-64, jan./marc. 2009
- 13 PAULILO, A.R. **Oclusão e prótese na dentadura decídua.** 1998. 48f. Monografia (Especialização)- Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 1998.
- 14 PEREIRA CVCA, SOARES ARL, COUTINHO TCL. **Aparelho mantenedor de espaço estético fixo em odontopediatria.** Ver Flum Odontol. 2010;16(33):12-4.
- 15 PEREIRA L, MIASATO JM. **Mantenedor de Espaço Estético-funcional em Odontopediatria.** Ver. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2010;22(2):154-62.
- 16 SCHNIDER, G.; MARIA PUPPIN RONTANI, R. **Reabilitação estética do segmento anterior da dentição decídua: alternativas de tratamento.** Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, v.9,n.1, 2004.

- 17 SILVA MCVS, CARREIRO AFP, BONAN RF, CARLO HL, BATISTA AUD. **Reabilitação oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória tipo “Overlay”**: Relato de caso. R. Bras. Cient. Saúde. 2011;15(4):455-60.
- 18 SOUSA, J.M. de et al. **Utilização de prótese parcial fixa modificada na primeira infância: relato de caso**. Odontologia Clínico- Científica (Online), v.11, n.3, p. 253-257, 2012.
- 19 TRAEBERT, J. **Epidemiologia do Traumatismo Dentário em crianças**: A Produção Científica Brasileira. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, [s.l.], v.12,n.2, p.263-272, 1 jul. 2012.
<http://dx.doi.org/10.4034/pboci.2012.122.17>.