



Reabilitação oral exige intervenções transdisciplinares

Da esquerda para a direita, prof. dr. Eurípedes Vedovato, coordenador do Curso de Especialização em Prótese Dentária da APCD Regional Jardim Paulista, prof. Sérgio Nogata, prof. assistente do referido curso e dr. Roberto dos Santos Gião, aluno do curso e responsável pela confecção da reabilitação descrita neste trabalho

São chamados de reabilitação oral casos complexos que exigem intervenções transdisciplinares. Como o próprio nome indica, o paciente reverte um prejuízo fisiológico, além de ter um ganho em sua aparência bucal.

Quem necessita dessa reabilitação tem anseios bem objetivos de recuperar a eficiência do sistema estomatognático, e também subjetivos, na idealização de um novo sorriso.

Cabe aos especialistas entender e interpretar esses anseios, não apenas devolvendo uma mastigação mais confortável, mas também restabelecendo um sorriso harmônico e personalizado ao paciente.

A seguir, relato clínico de um caso de reabilitação oral: Paciente do sexo feminino, 36 anos, leucoderma, procurou a APCD Jardim Paulista para tratamento no Curso de Especialização em Prótese Dentária, tendo como objetivo principal melhorar a estética do seu sorriso (fig. 1).

Após triagem, foram realizados anamnese, exame clínico, radiográfico (fig. 2) e registros fotográficos, extra e intraorais.

A paciente apresentava ausência de alguns elementos e grandes destruições coronárias, gerando assim alteração na dimensão vertical e nos planos oclusais irregulares (fig. 3a, 3b).

Obtidos os modelos dos arcos superior e inferior, estes foram

montados no articulador semiajustável A7 plus da Bioart (fig. 4) e com os dados obtidos foi realizada a análise oclusal e vislumbrou-se o planejamento.

Foi utilizado o analisador oclusal de Broadrik (fig. 5) para traçar um novo plano oclusal reconstruído em cera, com suas curvas de Spee e Wilson (fig. 6), sugerido como o mais favorável. Obteve-se também uma nova dimensão vertical, relacionando o arco superior pelo plano oclusal inferior, ou seja, foram feitos os ajustes em cera e/ou desgaste no gesso no arco superior para que as bases se articulassem e restabelecessem as guias anteriores e caninas, aproximando-se dos requisitos de uma “oclusão fisiologicamente ideal”.

Foram confeccionados os provisórios no laboratório, seguindo o planejamento. Coroas em resina acrílica e *overlays* em resina composta (fig. 7).

A instalação dos provisórios com os ajustes em boca foi realizada em uma única sessão, durante todo um dia.

Com o auxílio de um guia de silicone, as coroas dos dentes inferiores anteriores foram aumentadas com resina composta (fig. 8a, 8b). E assim foi restabelecida a guia anterior da paciente.

Nas sessões seguintes, com os provisórios instalados, os contatos foram refinados e realizados alguns ajustes para melhorar o conforto, a estética e a fonética da paciente.

Os procedimentos que se seguiram foram os multidisciplinares:

- Cirúrgicos – colocação dos implantes nas áreas edêntulas supe-



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3a



Fig. 3b



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8a



Fig. 8b



Fig. 9a



Fig. 9b



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13a



Fig. 13b



Fig. 14a



Fig. 14b



Fig. 15a



Fig. 15b



Fig. 16



Fig. 17a



Fig. 17b

riores, 15 e 24 (fig. 9a, 9b).

- Endodônticos – tratamentos e retratamentos onde eram necessários.
- Procedimentos restauradores foram realizados com resina composta em dentes que não receberiam próteses.

Com a ajuda do microscópio ótico (fig. 10), para melhorar a adaptação cervical das próteses, refinou-se cada preparo dental, com seu respectivo tipo de término, de acordo com o tipo de prótese. Partiu-se então para os procedimentos de moldagem, sendo obtidos posteriormente troquéis metalizados para as peças metalocerâmicas (fig. 11) e gesso tipo IV para as coroas livres de metal (fig. 12). Todos esses receberam os respectivos casquetes de transferência, em resina acrílica.

Na moldagem de transferência, os casquetes foram posicionados e unidos com fio ortodôntico e resina acrílica quimicamente polimerizável (fig. 13a, 13b). A moldagem com poliéster foi realizada com moldeira individualizada. Nas regiões dos implantes, repetiu-se o procedimento.

Obteve-se os modelos de trabalho superior e inferior (fig. 14a, 14b), montados em posição habitual, agora no articulador laboratorial Handy II M, da Shofu. Na sequência, as infraestruturas foram provadas na boca, quando se checou as adaptações marginais e os espaços interoclusais. Foram unidas novamente com fio e resina acrílica, registrando cada segmento com seu antagonista. Foi colocada de volta cada seção, unida nos modelos que foram novamente articulados e enviados ao laboratório. A paciente foi encaminhada ao laboratório de prótese para a tomada de cor de seus dentes.

Após as provas, com ajustes oclusais e proximais, as coroas metalocerâmicas, as coroas livres de metal, as coroas em ouro e os *over-*



Fig. 18a



Fig. 18b

lays cerâmicos vieram para cimentação definitiva, sendo cimentados individualmente.

Vale salientar que, para a cimentação, as coroas não necessitavam de nenhum ou quase nenhum ajuste, pois estes foram feitos anteriormente em cera e na prova cerâmica. A paciente também não apresentava sinais e sintomas de DTM. Lembrando que sempre, durante o tratamento até sua conclusão, foi-se fiel aos limites preestabelecidos no planejamento, quanto ao plano oclusal (fig. 15a, 15b) e à dimensão vertical.

No término dos trabalhos protéticos, é rotina na clínica de reabilitação oral o paciente fazer uso de uma placa miorelaxante de uso noturno, com os contatos simultâneos bilaterais, que promova a desocclusão em duas guias localizadas nas regiões dos caninos (fig. 16). Assim, a paciente foi instruída sobre a necessidade de manutenções periódicas no consultório e conscientizada sobre cuidados de higienização orais diários.

A paciente relatou estar plenamente satisfeita com o resultado final (fig. 17a, 17b), motivo este de grande satisfação para a equipe na conclusão do tratamento (fig. 18a, 18b).