

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ENZO ARAUJO PIMENTEL

JOSÉ ROLLEMBERG FREIRE DAMASCENO FILHO

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA ASSOCIADA Á REALIZAÇÃO DO AJUSTE FUNCIONAL E ESTÉTICO

Aracaju

2016

ENZO ARAUJO PIMENTEL
JOSÉ ROLLEMBERG FREIRE DAMASCENO FILHO

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE FIXA METALOCE-
RÂMICA ASSOCIADA À REALIZAÇÃO DO AJUSTE
FUNCIONAL E ESTÉTICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof. Dra. Luana Menezes de Mendonça.

Aracaju

2016

ENZO ARAUJO PIMENTEL
JOSÉ ROLLEMBERG FREIRE DAMASCENO FILHO

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE FIXA METALOCE-
RÂMICA ASSOCIADA Á REALIZAÇÃO DO AJUSTE
FUNCIONAL E ESTÉTICO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Coordenação do Cur-
so de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Bacharel
em Odontologia.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Orientador: _____

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Luana Menezes de Mendonça orientadora dos discentes **Enzo Araujo Pimentel** e **José Rollemberg Freire Damasceno Filho** atesto que o trabalho intitulado: **Ajuste Funcional e Estético em Prótese Fixa: Relato de caso clínico** está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Orientador(a)

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA ASSOCIADA À REALIZAÇÃO DO AJUSTE FUNCIONAL E ESTÉTICO

Enzo Araujo Pimentel¹, José Rollemberg Freire Damasceno Filho¹, Luana Menezes de Mendonça².

¹Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; ²DDS. MSc. PHD. E, Professora Assistente do Curso de Odontologia—Universidade Tiradentes

Resumo

A busca pela estética vem sendo priorizada nos atendimentos odontológicos atuais. Para pacientes que possuem perdas dentárias e procuram reabilitação por meio de tratamentos protéticos com prótese parcial fixa, é importante que sejam observadas as características do espaço edêntulo, bem como os aspectos individuais de cada paciente. Os ajustes realizados procuram alterar a forma, textura e cor da peça, bem como promover conforto durante funções básicas como mastigação e fonação. De modo que a paciente possuirá uma peça única que se encaixe perfeitamente nos seus padrões. Este trabalho teve como objetivo relatar um caso de reabilitação protética de região ântero-superior, por meio de uma prótese parcial fixa de 9 elementos, usando o sistema metalocerâmico, dando ênfase aos ajustes funcionais e estéticos realizados na peça protética, tais como: ajustes de contato interproximal, ajuste de contato cervical dos pânticos, ajustes oclusais, perfil de emergência, dentre outros. E, por meio deste, objetiva-se destacar, com base na literatura, a importância desses ajustes, bem como os materiais e métodos utilizados. O presente trabalho demonstrou que é possível obter uma estética favorável em próteses metalocerâmicas quando se alia a percepção do desejo do paciente com uma boa comunicação entre o técnico e o CD com o adequado planejamento e execução de ajustes estéticos e funcionais apropriadas.

Palavras chave: Prótese fixa, Ajuste estético, Reabilitação oral

Abstract

The search for aesthetics has been prioritized in dentistry appointments nowadays. For patients who present teeth loss search for rehabilitation by means of prosthetic treatments, with as fixed partial prosthesis. It is important to observe the features of the edentulous space, as well as the individual features of each patient. The adjustments that were made aim on changing the form texture and color of the piece, as well as to promote comfort during basic functions as chew and phonation. So that the patient weill have a unique piece that fits perfectly on his/her standards. This essay aims on reporting a case of prosthetic rehabilitation of anterosuperior region, by means of a pixed partial prosthodontics consisting of 9 elements, using the metal ceramic system, emphasizing phonetic e aesthetical adjustments that were made on the prosthetic piece. such as: interproximal contacts adjustment, cervical contacts adjustment of the pontics, occlusal adjustments, emergency profile, and others were performed on the piece. In addition, hereby, it aims on highlighting, based on the literature, the importance of those adjustments, as well as the materials and methods that have been utilized. This essay shows that it is possible to obtain a favorable aesthetic on metal ceramic prosthesis when the perception of the patient's wish, a good communication between the dentist and the prosthetic technician, with an adequate planning and execution of proper aesthetical and functional adjustments.

Keywords: Fixed prosthesis, Aesthetical adjustment, Oral rehabilitation

1. Introdução

O objetivo das reabilitações protéticas é devolver função mastigatória, fonética e estética, recuperando, além dos dentes ausentes, as estruturas de suporte ósseo e gengival perdidas (MORANDI NETO 2007).

O espaço edêntulo delimitado apresenta inúmeras variações, em dimensão, forma e localização. Deve ser cuidadosamente avaliado, para que a opção de tratamento definida alcance o sucesso clínico pretendido, com conforto e satisfação para o paciente, a nível estético e funcional (MORA, 2013).

A reabilitação protética de um espaço edêntulo delimitado garante o equilibrado sistema estomatognático, substitui as peças dentárias em falta, evita a extrusão dos dentes antagonistas, a movimentação dos dentes adjacentes e as alterações nas estruturas de suporte, como a reabsorção da crista óssea e a consequente modificação da arquitetura dos tecidos moles (MORA, 2013).

A prótese parcial fixa metalocerâmica é seguramente o sistema de prótese mais utilizado nas modalidades de reabilitação oral devido a sua alta resistência à fratura, longevidade, versatilidade, e relativa simplicidade (MORANDI NETO 2007; ÖZCAN, 2003). Entretanto, o restabelecimento protético de dentes anteriores com este tipo de material requer maior atenção do profissional, pois esta região envolve além de cuidados funcionais que podem interferir na oclusão e fonação, detalhes estéticos que podem comprometer o sucesso das reabilitações, sendo assim uma prótese mal planejada ou mal adaptada pode expor uma cinta metálica na região cervical dos dentes pilares ou ficarem de-

masiadamente opacas ou volumosas pelo desgaste insuficiente dos mesmos (MORANDI NETO, 2007).

Os sistemas ceramocerâmicos têm excelentes propriedades estéticas e surgiram para substituir as metalocerâmicas. No entanto, apresentam custo relativamente maior e peças extensas são mais propícias à fraturas e não podem ser soldadas, limitando assim suas indicações clínicas. (LAWN *et al.*, 2004; ÖZCAN, 2003).

Em reabilitações extensas, as próteses metalocerâmicas são as mais indicadas quando há envolvimento de área estética, desta forma a responsabilidade do trabalho final deve ser dividida entre o técnico de prótese dentária e o cirurgião dentista (CD) e o protético. Compete ao CD adequar o trabalho recebido do protético às exigências estéticas do paciente, assim como a realização do ajuste funcional isso porque o CD possui um contato mais próximo com o paciente (PEGORARO *et al.*, 2013).

O ajuste funcional e estético em prótese fixa tem como objetivo adequar as características das coroas vindas do laboratório às necessidades funcionais e estéticas do paciente.

De acordo com Rímolo (2010), o ajuste estético funciona como uma personalização do trabalho que foi realizado no laboratório, imprimindo nesta reabilitação características que possam harmonizar a prótese com as características do paciente. Os quesitos observados na literatura como textura de superfície, a forma dos dentes, o contorno, a posição dos dentes no arco e a cor são fundamentais para se obter um sorriso mais próximo dos dentes naturais e que combinem com a boca do paciente. Esta tarefa, imprescindível, se resume como o ajuste estético dos trabalhos de próte-

se fixa, e não tem um padrão rígido a ser seguido, depende fundamentalmente de aspectos estéticos do próprio paciente, como sexo, idade, personalidade.

Os ajustes funcionais, por sua vez, são importantes para o correto assentamento da prótese, evitando injúrias ao tecido mole e para obter uma adequada oclusão para o paciente, de maneira que não haja interferências em funções básicas como mastigação, fonética. (MORANDI, 2007; PEGORARO et al, 2013).

Desta maneira, este trabalho tem como objetivo demonstrar, por meio de um relato de caso enfatizando passo a passo dos ajustes funcional e estético, visto que são de extrema importância para a obtenção de uma reabilitação bem sucedida e a maioria dos clínicos negligencia estes procedimentos por medo e falta de experiência em fazer ajustes em cerâmica.

2. Relato de Caso

Paciente E.S.B, 52 anos, feoderma, ASA II (hipertensa compensada), compareceu à clínica odontológica da Universidade Tiradentes, apresentando como queixa principal “Minha prótese tem 13 anos agora descolou e caiu” (SIC).

Ao exame clínico intra-oral foi observado que a paciente possuía ausência de unidades dentárias nas arcadas superior e inferior, sendo que ela só possuía uma prótese parcial fixa (PPF) metalocerâmica na região entre as unidades dentárias 14 e 25, sendo os pilares as unidades 13,14, 23 e 25, a qual estava descimentada, motivo da queixa do paciente (Figura 1). Ao remover a PPF da boca da paciente, em posição devido à retenção friccional, foi observado que

os núcleos intrarradiculares estavam fixados na prótese e descimentados dos condutos dos dentes pilares.

Ao exame radiográfico percebeu-se que os dentes 14, 13, 23, e 25 apresentavam tratamento endodôntico satisfatório, nas unidades 23 e 25, havia núcleos metálicos fundidos curtos, e que estavam descimentados. (Figura 2).



Figura 1.A Foto da face do paciente



Figura 1. B Foto extraoral frontal sorrindo.

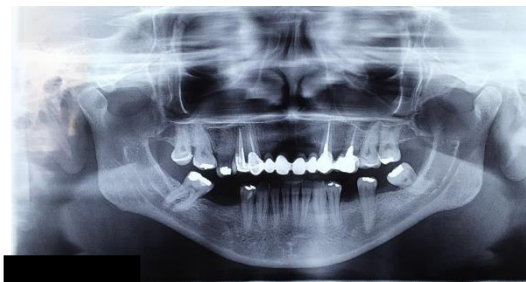


Figura 2. Radiografia panorâmica.

Para a reabilitação protética deste caso clínico, foi planejada a confecção de nova PPF metalocerâmica com nove elementos unidos entre si.

Inicialmente foram confeccionados e cimentados os núcleos metálicos de comprimento adequado nas unidades 13, 23 e 25. Para a unidade 14 foi colocado pino de fibra de vidro, por ter quantidade de remanescente dentário suficiente para o procedimento. A peça protética antiga foi reembasada e teve a oclusão ajustada para ser utilizada como provisória durante todo o processo de confecção da nova PPF.

Após a cimentação dos retentores intraradiculares, foi feito o reparo dos dentes pilares, os quais foram moldados com silicóna de adição (Futura AD – Nova DLF, Jacarepaguá, RJ – Brasil), pela técnica da dupla mistura com fio retrator número 000 e 00 (Ultrapak – Ultradent, Iduatuba, SP – Brasil). O molde foi vazado com gesso tipo IV (Durone – Dentsply, Petrópolis, RJ – Brasil), e o modelo obtido foi troquelizado, delimitado e enviado para o laboratório para confecção da infraestrutura metálica.

Por se tratar de uma peça protética extensa, foi realizada a prova da infraestrutura metálica de cada retentor separadamente, checando a adaptação marginal dos mesmos com auxílio de sonda exploradora nº 5. Em seguida,

usando resina acrílica vermelha (Duralay, Pirassumunga, SP – Brasil), foi feita a união entre retentores e pânticos e remoção em posição para soldagem em laboratório. Uma broca de aço foi usada unida aos pré-molares de cada hemiarco, com o intuito de evitar a ação de forquilha bilateral da peça, bem como evitar alterações como perda de adaptação.

A adaptação da infraestrutura metálica soldada foi novamente conferida em boca. Em seguida, realizado o registro intermaxilar com resina acrílica vermelha (Duralay, Pirassumunga, SP – Brasil), seguida moldagem com silicóna de adição (Futura AD – Nova DLF, Jacarepaguá, RJ – Brasil) do arco com infraestrutura em posição e então, a cor A3 (Vitapan Classical, - BadSäckingen, Alemanha) foi selecionada. Os modelos de gesso especial tipo IV (Durone – Dentsply, Petrópolis, RJ – Brasil) foram remontados em ASA, e enviados ao laboratório para a aplicação da cerâmica de revestimento (VITA VM13 – BadSäckingen – Alemanha).

Ao receber a PPF com a cerâmica aplicada (Figura 3), iniciou-se o ajuste funcional e estético da mesma.



Figura 3. PPF com cerâmica de revestimento aplicada, sem ajustes e sem glaze.

Antes de provar a PPF na boca do paciente, foram feitos ajustes prévios como a avaliação das superfícies inter-

nas das coroas metalo-cerâmicas (cerâmica opaca que fica na parte interna da coroa); eliminação dos excessos marginais decerâmica (sobrecontorno). Ambos ajustes foram feitos com auxílio de broca diamantada PM721(KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil)em peça reta de baixa rotação (Figura 4).

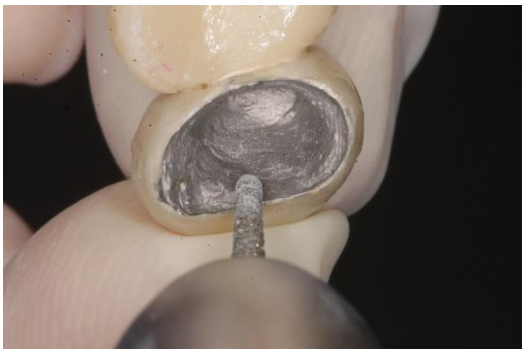


Figura 4. Remoção de cerâmica opaca na superfície interna da coroa com broca diamantada PM721 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil).

Prosseguindo para os ajustes clínicos, foi realizado ajuste de contato proximal (Figura 5), utilizando papel carbono Accufilm (Edgewood, NY – Estados Unidos) e broca diamantada PM721 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil) da cervical para proximal. Para verificar a efetividade do contato proximal foi utilizado fio dental.



Figura 5. Remoção dos contatos interproximais com broca diamantada PM721 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil) por estar impedindo o assentamento da peça.

Ao tentar levar a PPF em posição, foram observadas áreas isquêmicas

(Figura 6) em região cervical e de pânticos, que podem aparecer devido ao excesso de cerâmica e ocasionar deficiência na adaptação da peça protética. A visualização das áreas dos pânticos em excesso foi feito utilizando,vaselina sólida vermelha(Duralay, Pirassumunga, SP – Brasil) pincelada no rebordo gengival (Figura 7). O local marcado na prótese pela vaselina foi então desgastado com broca diamantada PM721 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil) em baixa rotação (Figura 8). Quando a isquemia era causada em região de papila interdental, foi feita a abertura das ameias cervicais com disco diamantado dupla face 7016 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil) (Figura 9). Em seguida, foi introduzido fio dental entre a PPF e a mucosa gengival, para checar a efetividade do contato entre os pânticos e a passagem do mesmo em região de papila, para posterior higienização.



Figura 6. Isquemia em região cervical e rebordo edêntulo devido ao excesso de cerâmica



Figura 7. Vaselina vermelha pincelada no rebordo gengival.



Figura 8. Desgaste com broca diamantada PM721 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil) das áreas marcadas com a vaselina.



Figura 9. Desgaste com disco diamantado dupla face 7016 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil) em áreas de ameixas cervicais.

Logo depois, foi feito o ajuste do perfil de emergência. Utilizando-se de uma lapiseira com ponta em cera vermelha fina delimitando a margem gengival da coroa (Figura 10). O desgaste (Figura 11) foi realizado com broca diamantada PM721 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil) da linha vermelha em direção cervical, na área que penetra o sulco gengival, delimitando assim o perfil de emergência.



Figura 10. Delimitação da margem gengival.



Figura 11. Desgaste da área delimitada com o uso de broca diamantada em baixa rotação PM721 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil).

Os ajustes oclusais foram realizados em MIH, lateralidade e protrusão, utilizando papel carbono Accufilm (Edgewood, NY – Estados Unidos) (Figura 12).



Figura 12. Vista mostrando a distribuição dos contatos durante os movimentos protrusivos e de lateralidade

Dando continuidade aos ajustes funcionais, com a prótese posicionada, foi analisada a pronúncia de palavras com sons sibilantes, contendo “S” e “Z”. A paciente não apresentou escape

de ar entre os pânticos, logo, não necessitou de ajuste fonético.

Após a conclusão das etapas anteriores, iniciou-se o ajuste estético. Traçou-se, com lapiseira e ponta em cera vermelha, uma linha no centro da face vestibular dos dentes para facilitar a visualização do longo eixo dentário e de suas inclinações (Figura 13).



Figura 13. PPF com traçado no centro da face vestibular, visualizando o longo eixo dentário.

Usando a pontas em cera em cores diferentes (azul e vermelho), foram marcados os vértices dos triângulos para distal em relação ao longo eixo dos incisivos que naturalmente, apresentam forma triangular básica (Figura 14). Dessa maneira, procedeu-se ao desgaste, com o auxílio de pontas diamantadas PM721 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil), mantendo o vértice do triângulo para distal.



Figura 14. Forma triangular básica dos incisivos. As unidades 21 e 22, o traçado foi feito corretamente (vértice do triângulo para distal; nas unidades 11 e 12, o vértice do triângulo foi traçado propositalmente incorreto coincidindo com o centro dos dentes.

Na sequência, foi feito o ajuste das ameias cervicais (Figura 15), com uso de pontas diamantadas em baixa rotação e disco diamantado dupla face 7016 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil), possibilitando a delimitação das mesmas e a criação dos espaços para papilas interproximais. Nos dentes anteriores as aberturas devem ser cuidadosas e suficiente para acomodar a papila, permitir a higienização e manter a estética aceitável sem a criação dos chamados “buracos negros”.



Figura 15. Traçado cervical para a abertura das ameias cervicais.

Após finalizar o ajuste das ameias cervicais, demarcou-se a área central plana dos dentes com superfícies iguais para dentes homólogos, utilizando lapiseira e ponta em cera vermelha (Figura 16). Externamente foram feitos desgastes com ponta diamantada criando inclinações convexas na face distal e mais discretas por mesial. Estes ajustes são responsáveis pela sensação do tamanho do dente.



Figura 16. Demarcação das áreas planas em dentes homólogos.

A abertura interproximal foi realizada individualizando as unidades dentárias com disco diamantado delgado de dupla face 7016 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil) (Figura 17), evitando cortes retos que tornassem os dentes retangulares e uniformes. Foram tomados cuidados para que não ocorresse a exposição de opaco.

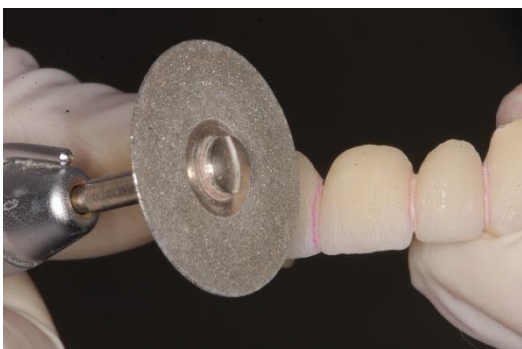


Figura 17. Delimitação e abertura interproximal realizada com disco diamantado 7016 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil), com o objetivo de obter a individualização dos dentes artificiais.

Usando o disco diamantado 7016 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil), foi realizada a abertura das ameias incisais com o objetivo de determinar diferentes alturas dos contatos proximais, característicos da dentição natural. Também foi feito o arredondamento dos ângulos incisais dos dentes anteriores com ponta diamantada PM721 (KG Sorensen, Cotia, SP – Brasil), deixando os ângulos distais dos incisivos mais arredondados que os mesiais, por se tratar de dentes

de paciente do gênero feminino, dando mais suavidade no resultado final do trabalho. (Fig 18).



Figura 18. Delimitação para abertura das ameias incisais e definição dos ângulos mesiais e distais.

Durante a análise do corredor bucal, foi traçado o centro da face vestibular de caninos e pré-molares (Figura 19). Numa vista frontal, apenas a metade mesial deveria ser observada. Caso houvesse a visualização da porção distal, esta era desgastada com a mesma broca comentada anteriormente.



Figura 19. Delimitação do centro das faces vestibulares.

Em seguida, checou-se o alinhamento e a harmonia entre a curva do lábio inferior e as bordas incisais dos dentes superiores da PPF (Figura 20). Durante esta avaliação, foi notado que as unidades 22, 23 e 24 necessitavam de acréscimo de cerâmica a fim de ajustar seu tamanho, pois não se relacionavam de maneira harmoniosa com o lábio a curvatura do lábio inferior da paciente, apresentando-se menores do que seus

correspondentes na hemiarcada do lado oposto.



Figura20. Análise da relação da curvatura do lábio inferior e bordas incisais dos dentes superiores.

Por fim, foi criada textura superficial (sulcos, depressões, concavidades e irregularidades) com pontas diamantadas.

A PPF foi encaminhada ao laboratório de prótese dentária para que pudessem ser realizados o acréscimo de cerâmica nas áreas deficientes, a pigmentação e o glaze da peça.

Após a confecção dos ajustes e acréscimos solicitados ao laboratório, a peça foi avaliada e aprovada em conjunto com a paciente e seguiu-se para o procedimento de cimentação definitiva.

De início foi feita a remoção de resíduos de cimento provisório nos dentes pilares com sonda exploradora, taça de borracha e pedra-pomes. Com isolamento relativo, os dentes pilares foram condicionados aplicando ácido fosfórico 37% (Alpha Etch Gel, Nova DLF, Jacarepaguá, RJ – Brasil) por 15 segundos, seguido de lavagem e secagem com papel absorvente. Posteriormente, foi aplicada uma camada fina de adesivo (Ambar FGM, Joinville, SC-Brasil) e fotopolimerização por 20 segundos.

Com auxílio de um pincel, a superfície externa das coroas foram vaselinadas com o intuito de facilitar a remoção

do excesso de cimento definitivo (Figura 21).



Figura21. Aplicação da vaselina nas coroas de porcelana.

Foram feitas amarrias com fio dental em toda a PPF para auxiliar na remoção do excesso cimento definitivo nas áreas de pânticos e regiões interproximais (Figura 22).



Figura22. Amarrias com fio dental

O agente cimentante utilizado foi o cimento resinoso de polimerização dual Allcem Core A3 (FGM, Joinville, SC- Brasil), o qual foi aplicado nas superfícies axiais internas das coroas usando a ponteira do próprio material.

A peça foi assentada com pressão digital, bilateral, firme e uniforme durante 1 minuto. Ao mesmo tempo, foram aplicados feixes de luz de 1 a 2 segundos do aparelho fotopolimerizador (D700 – Dabi Atlante, potência de saída: >450nW/cm², Ribeirão Preto, SP - Brasil), para então remover os excessos de cimento com sonda exploradora e fio

dental. Prosseguiu-se com a complementação da fotopolimerização, expondo por 40 segundos cada face de cada dente pilar com luz do fotopolimerizador. A paciente recebeu todas as orientações sobre o uso e higiene oral.

Após 1 semana, a paciente retornou à clínica para uma consulta de acompanhamento, em que foi constatado que a PPF estava em perfeita função e a paciente se encontrava satisfeita com a estética (Figura 23).



Figura 23. Aspecto final da Prótese.

3. Discussão

A principal finalidade do ajuste estético e funcional é adequar as características das coroas metalocerâmicas, como vieram do laboratório, às necessidades funcionais e estéticas do paciente (BATISTA, MARTINS, 1990; PEGORARO *et al.*, 2013).

Segundo Batista e Martins (1990), os pontos que devem ser observados primariamente no ajuste estético, referem-se a “Tríade da Estética”, que por ordem de grandeza é formada por: posição dentária (forma e contorno), textura de superfície e finalmente a cor. No presente caso os ajustes foram feitos

respeitando esta tríade, visto que, a posição dentária foi respeitada nas etapas em que foram delimitados o vértice do incisivos para distal, as ameias cervicais, as áreas planas, a abertura interproximal, e as ameias incisais. Enquanto os outros fatores foram obtidos no trabalho realizado pelo protético.

As instituições de ensino de Odontologia precisam incentivar os alunos a realizarem ajustes estéticos dos trabalhos de prótese fixa de modo que eles próprios façam os ajustes de seus casos clínicos e deleguem ao técnico apenas aspectos que fogem do seu controle (GREENBERG, 2008). Os cirurgiões-dentistas têm medos de ajustar os trabalhos na fase final e precisam superá-lo. Isso só será possível quando eles tomarem consciência do diferencial que poderão oferecer aos seus pacientes personalizando cada um de seus casos clínicos (RÍMOLO, 2010).

As aplicação de cerâmicas aliadas às peças metálicas, por muitos anos apresentaram lugar de destaque. Atualmente, com o surgimento das próteses livres de metal, as próteses metalocerâmicas vem sendo substituídas, pois os sistemas cerâmicos apresentam biocompatibilidade, resistência à compressão, condutibilidade térmica semelhante ao dente, estabilidade de cor, translucidez, opacidade, opalescência e fluorescência, tendo um excelente resultado estético, propriedades ópticas e mecânicas aprimoradas, além de comprovada longevidade (DURÃO *et al.*, 2015). Entretanto, para casos de reabilitações extensas unidas, em que há pânticos e é necessário fazer pontos de solda, o sistema metalocerâmico continua sendo a melhor opção de tratamento.

Além disso, as coroas metalocerâmicas continuam tendo taxas de su-

cesso maiores do que as ceramocerâmicas como foi observado em uma metanálise de 17 estudos primários em que a sobrevida de 5 anos de coroas metalocerâmicas unitárias foi de 95.7% a 97.6%. Esta taxa foi significativamente mais alta que em coroas feldspáticas ou de sílica (CADTH, 2016). Pelos motivos já citados anteriormente, a opção de tratamento para esta paciente foi confeccionar uma prótese parcial fixa sobre dentes metalocerâmica. Além disso, o custo deste tipo de material é relativamente menor

As restaurações metalocerâmicas, quando apropriadamente confeccionadas em laboratório e cimentadas em dentes corretamente preparados, têm tido registro de sucesso comprovado (MORANDI; NETO 2003). Isto pode ser atribuído às propriedades químicas e físicas, como resistência ao desgaste, sua compatibilidade biológica, e seu potencial estético, que conferem grande versatilidade a essas restaurações (MORANDI; NETO 2003). Além disso, as próteses metalocerâmicas são conhecidas por sua resistência a longo prazo, como visto por Özcan (2003) em sua revisão de literatura, em que constam registros de fraturas de 1 a 5% das peças metalocerâmicas entre 5 e 10 anos de acompanhamento; revelando taxas de sucesso de 93% para pontes fixas em um período de 10 anos.

A cimentação na prótese fixa pode ser feita por meio de cimentos de fosfato de zinco, cimentos ionoméricos, e cimentos resinosos, sendo que este último apresenta propriedades químicas, mecânicas e estéticas melhoradas (HILL; LOTT, 2001; MALAMENT; SOCRANSKY, 2007). No caso apresentado, esta etapa foi realizada utilizando um cimento resinoso de polime-

rização dual, visto que este tipo de agente cimentante possui características tanto dos cimentos resinosos químicos como dos fotopolimerizáveis (MILLER, 2004) garantindo que a polimerização ocorra mesmo em áreas mais profundas, em que não se tem a certeza do alcance da luz do aparelho fotopolimerizador. Os cimentos de presa dual ou de dupla cura são os mais utilizados pois apresentam: resina com alta fluidez, bom percentual de carga, controle no tempo de trabalho e polimerização, bom escoamento, fina película de cimentação, variedade de cores e opacidades, e segurança de polimerização em áreas de difícil acesso à luz halógena. Estes cimentos levam vantagens sobre os outros de polimerização química no que se diz respeito ao tempo de trabalho, conversão completa do cimento quando submetido a fotopolimerização e aumento da resistência adesiva (GUERRA, 2009). Este tipo de cimento é uma tendência atual para cimentação em prótese e outras aplicações devido a sua capacidade adesiva à sua capacidade adesiva a estrutura e à restauração, propriedades estéticas e mecânicas (ANUSAVICE, 2009; PEGORARO; SILVA; CARVALHO, 2007; MANSO *et al.*, 2011).

4. Considerações Finais

Mesmo uma boa comunicação entre técnico e CD, pode não resultar em um trabalho satisfatório, desta forma, é de suma importância que um ajuste estético e funcional seja executado atenciosamente pelo clínico, pois somente este, tem a oportunidade de ajustar as discrepâncias entre os modelos e os pacientes.

Referências

1. ANUSAVICE, K. J. - Phillips - materiais Dentários. 11 edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. In: SANTOS, B. L., et al. Estudo comparativo in vivo entre cimento do fosfato de zinco e o resinoso. **Odontologia. Clín. -Científic.**, Recife, v. 8, n. 3, p. 257-261, jul./set. 2009.
2. BATISTA, J. G.; MARTINS. S., Estética em metalocerâmicas. **Rev. Gaúcha Odont.**, v. 38, n.3, p. 219-224, mai/jun. 1990
3. CADTH, \Porcelain-fused-to-metal crowns versus all-ceramic crowns: a review of the clinical cost-effectiveness. **CADTH Rapid response report: summary with critical appraisal**, 2016, May.
4. DURÃO, M.A; JUNIOR W.B; BRAZ, R.; BRITO, D.H.S; SILVEIRA, M.A.C; BRIANO, D.B. Aprimorando a estética com coroas “metal-free”: Relato de caso. **Odontol. Clin.-Cient.** Recife, 14 (4), 847-850, out/dez, 2015.
5. GREENBERG, J. R., Can they really be opposite? A new look at four critical aspects of anterior dental morphology. *Compend. Contin. Educ. Dent.*;29(7),p.378-80,382-5; Quiz 386. Sep. 2008
6. GUERRA, M.F., **Indicações do cimento resinoso dual em restaurações de porcelana.** Universidade Vale do Rio Doce, 2009.
7. HILL E.E; LOTT J. A clinically focused discussion of luting materials. **Aust Dent J.** 2011;56(1):67-76.
8. LAWN B.R; PAJARES A.; ZHANG. Y; DENG. Y; POLACK. M.A; LLOYD. I.K *et al.* **Materials design in the performance of all-ceramic crowns. Biomaterials.**2004;25(14):2885-28 92.
9. MALAMENT K.A; SOCRANSKY S.S. Survival of Dicor glass-ceramic dental restorations over 16 years. Part III: Effect of luting agent and tooth or tooth-substitute core structure. **J Prosthet Dent.** 2001;86(5):511-9.
10. MANSO A.P; SILVA N.R.F.A; BONFANTE E.A; PEGORARO T.A; DIAS R.A; CARVALHO R.M. Cements and adhesives for all-ceramic restorations. **Dent Clin North Am.** 2011;55(2):311-32.
11. Miller MB. Do we really need dual-cure cements? *Gen Dent.* 2004;52(6):494-5.
12. MORA, L. C., **Protocolo clínico para a reabilitação de espaços edêntulos delimitados com recurso a prótese fixa.** Universidade Católica Portuguesa, 2013.
13. MORANDI, L B; NETO, S.C.B.R., Reabilitação Oral: Prótese fixa metalocerâmica anterior inferior com reconstrução de guia. Relato de caso. **Arqbrasodontol** 2007; 3(1):38-43
14. ÖZCAN, M., Fracture reasons in ceramic-fused-to-metal restorations. **Journal of oral rehabilitation**, v. 30, p. 265-269, 2003.
15. PEGORARO, L. F. et al. **Prótese fixa: bases para o planejamento em reabilitação oral.** 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013. 488p.
16. PEGORARO T.A., SILVA N.R.F.A., CARVALHO, R.M. Cements for use in Esthetic Dentistry. **Dent Clin North Am.** 2007;51(2):453-71.
17. RÍMOLO, A. M. J., **Ajuste estético em prótese fixa.** Monografia (espe-

cialização). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2010.