Revisão de Literatura

Restabelecimento de ponto de contato em dentes com coroas totais posteriores: relato de caso

Reestablishment of contact point on teeth with posterior crowns: case report

Jaisson Cenci* Jussimar Scheffer Castilhos* Francielle Carneiro Hirata* Kaohana Thaís da Silva* Carlos Augusto Nassar**

Resumo

A presença do ponto de contato é essencial para manter a saúde das estruturas periodontais, além de evitar inclinações dentárias e desgastes, conservando, assim, uma oclusão ideal. Objetivo: apresentar um relato de caso clínico com restabelecimento dos pontos de contato de forma conservadora, por meio da ortodontia e da dentística restauradora, em dentes com coroas totais. Relato de caso: paciente do gênero feminino, 69 anos de idade, compareceu à clínica odontológica da universidade com queixa de impacção alimentar e desconforto na região superior posterior direita da arcada. Foi observada clinicamente ausência do ponto de contato entre os dentes 15, 16 e 17, optando-se pelo tratamento multidisciplinar envolvendo a ortodontia e a dentística restauradora. Para isso, foram utilizados bráquetes no segundo pré-molar e no primeiro molar superior direito (dentes 15 e 16, respectivamente), e botões ortodônticos nas faces palatinas desses, e do segundo molar superior (dente 17), unidos por elástico corrente tamanho médio. Quando obtidos os pontos de contato, foi realizada a restauração do primeiro pré-molar direito (dente 17) com resina composta. Considerações finais: o uso de elásticos corrente e botões ortodônticos foi satisfatório para a obtenção de pontos de contato entre os dentes.

Palavras-chave: Ponto de contato. Coroa total. Ortodontia. Dentística restauradora.

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v25i1.9655

^{*} DDS, MS – Discente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, nível Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

**DDS, MS, PhD – Docente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, nível Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

Introdução

A dentística e a ortodontia encontram-se cada vez mais integradas¹. Essa integração é citada na literatura por desempenhar um papel de grande importância, estabelecendo estética e função adequadas². A dentística, por exemplo, pode complementar a finalização de um tratamento ortodôntico, em casos em que são encontradas agenesias, incisivos conoides e diastemas, tanto anteriores quanto posteriores¹.

É importante salientar, nesse sentido, que, para um procedimento restaurador bem-sucedido, as estruturas periodontais e a restauração dentária devem coexistir de forma ideal e saudável, sendo que, quando o complexo restauração/periodonto encontra situações desfavoráveis, isso se torna impossível de ser alcançado^{3,4}.

Diastema é o espaço, ou ausência de contato, entre dois ou mais dentes adjacentes⁵. Pode-se considerar que o espaço entre os dentes, ou a ausência de contato entre dois ou mais dentes consecutivos, seja uma condição patológica⁶. O ideal é que haja um ponto de contato ou área de contato entre os dentes, a fim de permitir um contato fisiológico, anatômico e funcional entre dois dentes adjacentes⁷. Esse ponto de contato, normalmente, situa-se no terço superior da maioria dos dentes, na zona do equador da coroa dentária⁸⁻¹⁰. O adequado diagnóstico e o plano de tratamento são fundamentais para o sucesso nos casos de fechamento de diastemas⁶.

A presença dos pontos de contato é de fundamental importância para a manutenção da saúde das estruturas periodontais⁴, além de ajudar a manter o equilíbrio mesiodistal, garantindo a estabilidade da arcada¹. A ausência ou o comprometimento do ponto de contato ideal pode gerar impacção alimentar sobre a papila interdental e, consequentemente, inflamação periodontal^{1,4,8,11}, além de formação de bolsa periodontal, perda óssea e mobilidade dentária⁴. Além disso, se houver uma restauração proximal, o acúmulo de placa bacteriana no local pode gerar microinfiltração marginal e desconforto ao paciente¹.

A fim de realizar um tratamento restaurador adequado, o restabelecimento do correto espaço interproximal e ponto de contato se faz necessário⁴. Para tal, costuma-se realizar a confecção de *inlays*, *onlays*, coroas totais, restaurações diretas em resina composta ou até mesmo movimentos ortodônticos^{1,5}.

A biomecânica ortodôntica utiliza sistemas de forças que têm como objetivo promover a movimentação dentária na arcada¹². O espaço interproximal necessário, ou o restabelecimento do ponto de contato, por exemplo, pode ser administrado por pequenos movimentos ortodônticos⁴. Pode-se utilizar, nesse caso, bráquetes convencionais e materiais elastoméricos, como os elásticos modulares em cadeia, ou elástico corrente, os quais são considerados importantes fontes de força quando o assunto é a movimentação dentária¹².

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso clínico de restabelecimento de pontos de contato em dentes posteriores, que apresentam coroas totais, por meio da interação da ortodontia com a dentística restauradora.

Caso clínico

Paciente do gênero feminino, 69 anos de idade, compareceu à Clínica da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, relatando impacção alimentar e desconforto na região dos dentes 15, 16 e 17. Foi realizado exame clínico inicial e verificou-se, com o auxílio de um fio dental, ausência do ponto de contato entre os dentes relatados, os quais apresentavam coroas metalocerâmicas nos dentes 15 e 16, e coroa total metálica no dente 17 (Figura 1). Além disso, foi observada a presença de uma extensa restauração de amálgama na região disto-oclusal do dente 14.

Dois planos de tratamento foram sugeridos: um envolvendo a remoção e a substituição de uma ou mais próteses; outro envolvendo o fechamento do espaço com ortodontia e a substituição da restauração de amálgama do dente 14 por uma restauração de resina composta, aumentando a distal do dente de forma a suprir o espaço criado após a aproximação dos dentes 15, 16 e 17 com elástico em cadeia.

O plano de tratamento multidisciplinar envolvendo ortodontia e dentística foi escolhido, pois se tratava de um tratamento mais conservador e de menor custo, que consistiu em profilaxia prévia e colagem de bráquete no segundo pré-molar e tubo conversível no molar, ambos com prescrição Roth slot 0,22" (Morelli, São Paulo, Brasil). Pela face

palatina desses mesmos dentes e do dente 17, foram colados botões ortodônticos (Morelli, São Paulo, Brasil), para a utilização de um elástico corrente em cadeia de força média (Morelli, São Paulo, Brasil), a fim de aproximar os dentes, restabelecendo o ponto ou a região de contato entre eles.



Figura 1 – Fotografias iniciais intraorais Fonte: autores.

No momento da colagem, observou-se que a face vestibular do dente 17, o qual possuía uma coroa total metálica fundida, era totalmente coberta por metal. Com a finalidade de evitar o descolamento da peça e um possível incômodo à paciente, o botão ortodôntico foi colado apenas na face palatina, a qual possuía uma pequena região de esmalte, suficiente para a adesão da peça.

Para a colagem, foi utilizado o protocolo habitual, que consiste em aplicação de ácido fluorídrico (ácido fluorídrico 37%, Villevie do Brasil LTDA, Joinvile, SC) por 30 segundos e lavagem com água pelo mesmo período, com aplicação de adesivo (Adesivo Ambar Universal, FGM Produtos Odontológicos, Joinvile, SC), aplicação da resina composta (Z100, 3M do Brasil, Sumaré, SP) na peça e polimerização.







Figura 2 – A: Dentes 15, 16 e 17 após a profilaxia; B: Colagem das peças; C: Instalação do elástico em cadeia Fonte: autores.

Após a colagem das peças, foi instalado o elástico corrente em cadeia tamanho médio (Figura 2), passando pela distal do dente 17, ligando todos os dentes. A paciente foi orientada quanto aos cuidados e à higiene do local quanto à escovação e ao uso de fio dental, sendo reagendada para 7 dias para avaliação.

Após 7 dias, a paciente retornou, observando-se na avaliação clínica melhora no ponto de contato entre os dentes, principalmente quanto ao uso do fio dental. O elástico corrente foi substituído, e a paciente foi reagendada para 15 dias.

Duas semanas depois, a paciente foi novamente avaliada e observou-se o restabelecimento do contato entre os dentes 15, 16 e 17 e o surgimento de um diastema entre os dentes 14 e 15 (Figura 3).



Figura 3 – Retorno do paciente após 21 dias de utilização do elástico em cadeia

Com a obtenção da área de contato, realizaram-se a substituição do amálgama do dente 14 e o restabelecimento do ponto de contato entre os dentes 14 e 15, por meio da restauração direta com resina composta e de posterior ajuste oclusal (Figura 4).

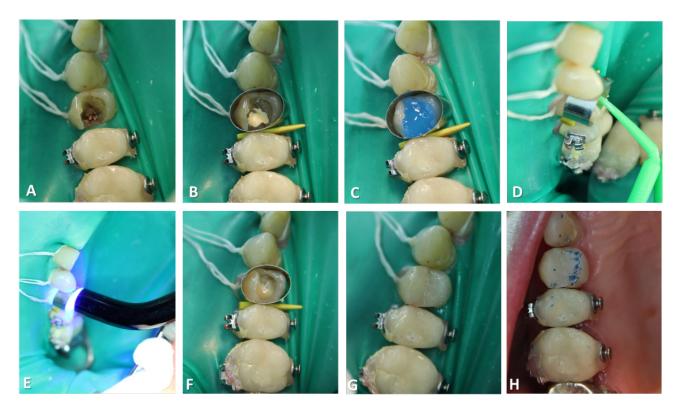


Figura 4 –A: Remoção do amálgama com broca diamantada 1014; B: Adaptação da matriz metálica e aplicação do hidróxido de cálcio (Hydro C, DentsplySirona, São Paulo, SP); C: Aplicação do ácido fluorídrico (ácido fluorídrico 37%, Villevie do Brasil LTDA, Joinvile, SC) por 30 segundos; D: Aplicação do adesivo (Adesivo Ambar Universal, FGM Produtos Odontológicos, Joinvile, SC); E: Fotopolimerização por 40 segundos; F: Início da inserção da resina composta (Z350 A2B e B1E - 3M do Brasil, Sumaré, SP) em camadas; G: Restauração finalizada; H: Marcação com papel carbono e ajuste oclusal.

Fonte: autores.



Figura 5 – A: Inicial; B: Final Fonte: autores.

Após a finalização da restauração em resina composta no dente 14, as peças ortodônticas foram removidas e foram realizados uma nova profilaxia e um polimento utilizando discos abrasivos e pedra pomes (Figura 5). Além disso, a paciente foi reorientada sobre a higiene e agendada para retornar em um mês para o acompanhamento do caso.

Discussão

A presença dos pontos de contato é essencial para a manutenção da saúde das estruturas periodontais⁴. Além disso, o ponto de contato dos dentes posteriores é de extrema importância porque ajuda a manter o equilíbrio mesiodistal da arcada¹. O comprometimento do ponto de contato ideal pode provocar problemas como a impacção de alimentos sobre a papila interdental, gerando desconforto ao paciente e posterior inflamação gengival, formação de bolsa periodontal, perda óssea e mobilidade dentária^{1,4,13}. A fim de realizar um tratamento restaurador adequado, o restabelecimento do espaço interproximal é necessário^{4,14}.

Pode-se considerar, ainda, que a presença de espaço entre os dentes, ou diastemas, ou mesmo a ausência de contato entre dois ou mais dentes consecutivos seja uma condição patológica⁶.

Como já citado, existem diversas formas de se reestabelecer o ponto de contato¹. No caso descrito, como os espaços proximais em que havia diastema eram entre coroas totais, uma restauração direta em resina composta não seria possível devido à diferença entre os materiais. Seria necessária, se fosse optado por este plano de tratamento, a substituição de uma ou mais coroas dos dentes em questão. Optou-se, então, pelo tratamento multidisciplinar, integrando a ortodontia e a dentística restauradora, integração essa amplamente citada na literatura, por desempenhar papel de grande importância ao estabelecer estética e função adequadas^{2,6}.

Inicialmente, os diastemas posteriores foram fechados, lançando-se mão da terapia ortodôntica, posteriormente, com o aumento distal do dente 14, o qual possuía uma restauração ampla de amálgama, restauração essa com infiltração oclusal, com resina composta direta.

A biomecânica ortodôntica utiliza sistemas de forças objetivando promover a movimentação dentária requerida^{9,12}. O espaço interproximal necessário pode, por exemplo, ser administrado por movimentos ortodônticos menores⁴, dessa forma, pode-se fazer a opção pela colagem das peças apenas na região dos diastemas.

Para o fechamento dos espaços, há a utilização de elásticos em cadeia, ou elásticos correntes, visto que, quando se fala de bráquetes convencionais, os materiais elastoméricos — como os elásticos corrente ou elásticos modulares em cadeia — são considerados importantes fontes de força para a movimentação, inclusive para os fechamentos de espaços em geral. Além disso, esses materiais têm sido de fundamental importância para a obtenção do sucesso no tratamento ortodôntico^{12,15}. Porém, mesmo após o tratamento ortodôntico, em algumas situações, os diastemas persistem. Surge, então, a possibilidade e a indicação da associação da ortodontia com o tratamento restaurador, para favorecer o resultado estético final⁶.

O fechamento dos espaços com o uso do elástico corrente nos dentes 15, 16 e 17 ocasionou a formação de um pequeno diastema entre os dentes 14 e 15. O dente 14 apresentava uma restauração de amálgama na região disto-oclusal que precisava ser substituída. Uma restauração direta em resina composta foi realizada, reestabelecendo o ponto de contato entre os dentes 14 e 15 e, consequentemente, dando estabilidade ao processo de

fechamento de espaços com a ortodontia dos dentes posteriores a ele.

A restauração direta foi confeccionada, pois os sistemas adesivos e as resinas compostas permitem restabelecer essas situações de forma conservadora¹⁶ e funcional, além de poderem ser confeccionadas em uma única sessão¹⁶, economizando tempo e proporcionando boa relação custo/ benefício ao profissional e ao paciente^{1,10,17}. Além disso, apresentam boa durabilidade clínica e são considerados reversíveis⁶.

Após a realização de todo o procedimento, foram passadas todas as orientações à paciente, visto que isso é fundamental para o sucesso do tratamento⁶. A paciente também foi orientada a fazer o acompanhamento clínico e radiográfico periódico, para garantir sucesso em longo prazo⁴.

Conclusão

A dentística restauradora é uma forte aliada para a obtenção de pontos de contato juntamente com a ortodontia, principalmente em casos de dentes com coroas totais. Além disso, o acompanhamento do paciente após a remoção do aparelho é de grande importância para manter o ponto de contato que foi adquirido.

Abstract

The presence of the proximal contact is essential to maintain the periodontal structures health, besides preventing diseases and wastes, thus preserving an ideal occlusion. Aim: the aim of this article is to present a clinical case report with restoration of the proximal contact in a conservative way, through orthodontics and restorative dentistry, in teeth with total crowns. Case report: a 69-year-old female patient attended the university dental clinic with complaint of food impaction and discomfort in the upper right posterior region of the arcade. It was clinically observed absence of the point of contact between the teeth 15, 16 and 17 and opted for the multidisciplinary treatment involving orthodontics and restorative dentistry. For this, brackets were used in the second premolar and first maxillary right molar (teeth 15 and 16, respectively), and orthodontic buttons on the palatal surfaces of the same, and on the second upper molar (tooth 17), joined by the current elastic medium size. When the proximal contact

was obtained, the first right premolar restoration was performed with a composite resin. Final considerations: the use of current elastics and orthodontic buttons were satisfactory for obtaining proximal contact between these teeth.

Keywords: Proximal contact. Total crown. Orthodontics. Restorative dentistry.

Referências

- Vieira PLS, Lima-Arsati YBO. Posterior diastema closure as a complement for the orthodontic treatment: clinical case. RGO 2007; 55(4):399-402.
- Araújo TM, Machado AW, Nascimento MHA, Machado JW. Ortodontia e dentística na recuperação da estética do sorriso: relato de um caso clínico. R Clin Ortodon Dental Press 2005; 4(5):60-8.
- Cunha LF, Mondelli J, Furuse AY. Planejamento e considerações pré e pós-operatórias no fechamento de diastemas. Revista Brasileira de Odontologia 2011; 68(1):12-5.
- Meneghel LL, Wang L, Lopes MB, Gonini AJ. Interproximal space recovery using an orthodontic elastic separator before prosthetic restoration: a case report. Braz Dent J 2011; 22(1):79-82.
- Andreiuolo R, Veiga W, Miragaya L, Dias KRHC. Fechamento de diastema com coroas de alumina densamente sinterizadas. Rev bras odontol 2011; 68(1):81-4.
- Ribeiro TTC, Cunha LF, Mondelli J, Raveli DB. Anterior closure diastema: association of orthodontic and restorative procedures. Orthodontic Science and Practice 2011; 4(16):94-100.
- Keogh TP, Bertolotti RL. Creating tight anatomical correct interproximal contacts. Dental Clinics of North America 2001; 45(1):83-101.
- PrakkiA, Cilli R, Saad J, Rodrigues J. Clinical evaluation of proximal contacts of class II esthetic direct restorations. Quintessence International 2004; 35(10):785-8.
- Oltramari PVP, Conti ACCF, Navarro RL, Almeida MR, Almeida-Pedrin RR, Ferreira FPC. Importance of occlusion aspects in the completion of orthodontic treatment. Braz Dent J 2007; 18(1):78-82.
- Kim DS, Suh KW. A proximal contact adjustment and interproximal relief method. The Journal of Prosthetic Dentistry 2007; 97(4):244-5.
- Saber MH, Loomans AC, El-Zohairy A, Dörfer CE, El-Badrawy W. Evaluation of Proximal Contact Tightness of Class II Resin Composite Restorations. Operative Dentistry 2010; 35(1):37-43.
- Kochenborger C, Silva DL, Marchioro EM, Vargas DA, Hahn L. Avaliação das tensões liberadas por elásticos ortodônticos em cadeia: estudo in vitro. Dental Press J Orthod 2011; 16(6):93-9.
- Kessler M. Interrelationships between orthodontics and periodontics. American Journal of Orthodontics 1976; 70(2):154-72.
- 14. Aguiar Junior FA, Tiossi R, Macedo AP, Mattos MGC, Ribeiro RF, Rodrigues RCS. Importance of a distal proximal contact on load transfer by implant-supported single adjacent crowns in posterior region of the mandible: a photoelastic study. J Appl Oral Sci 2013; 21(5):397-402.
- Kim HS, Na HJ, Kim HJ, Kang DW, Oh SH. Evaluation of proximal contact strength by postural changes. J Adv Prosthodont 2009; 1(3):118-23.

- Klein F, Keller KA, Staehle HJ, Dorfer EC. Proximal contact formation with different restorative materials and techniques. American Dentistry 2002; 15(4):232-5.
- Demarco FF, Pereira-Cenci T, André DA, Barbosa RPS. Effects of metalic or translucent matrices for class II composite restaurations: 4-year clinical follow-up findings. Clin Oral Invest 2011; 15:39-47.

Endereço para correspondência:

Jaisson Cenci Rua Primo Facchin, 480, Jardim Gisele CEP 85905 560 – Toledo, PR E-mail: jaissoncenci@yahoo.com.br

Recebido: 24/07/19. Aceito: 29/11/19.