

REVISTA

APCD

VOL. 61 - Nº 3
Mai. / Jun. 2007
ISSN 0004-5276

Série 61 anos



Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas

Caderno especial

Restaurações estéticas: técnicas e materiais para recuperar obras-primas da natureza

Nesta edição

Odontologia estética

Endodontia

Radiologia

Pacientes especiais

Questões do dia-a-dia

Orientando o profissional



O papel do clínico na recuperação da beleza natural de um sorriso

UMA BOA COMUNICAÇÃO ENTRE O CIRURGIÃO-DENTISTA E O TÉCNICO PODE GARANTIR ÓTIMOS RESULTADOS ESTÉTICOS, MAS TAMBÉM É PRECISO ESTAR ANTENADO COM AS NOVIDADES EM MATERIAIS E PROCEDIMENTOS

Entre o amálgama e os laminados cerâmicos, muita pesquisa e milhões de dólares foram utilizados para fazer da restauração de um dente um procedimento não só técnico como, praticamente, artístico. O processo de restauração estética de dentes anteriores e posteriores envolve conceitos plásticos como forma, cor e harmonia, mas exige também a aplicação de conceitos básicos de promoção de saúde bucal. E a transmissão correta de toda essa informação ao técnico em Prótese Dentária é fundamental para um resultado de excelência. Em um encontro, realizado na APCD-Central, cinco especialistas em estética e três reconhecidos técnicos em prótese dentária expuseram suas opiniões e revelaram alguns segredos para uma bela restaura-

ção. Coordenados pelo diretor da Revista APCD, Aldo Brugnera, e pelo editor André Reis (professor adjunto de Dentística do Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade de Guarulhos), Eduardo Miyashita (professor titular de Prótese Dental da Unip/SP e coordenador do curso de Prótese Dentária da EAP - APCD), Oswaldo Scopin (professor e coordenador dos cursos de Especialização em Estética e em Implantodontia do Senac-SP), Ronaldo Hirata (professor e coordenador do curso de Especialização em Dentística Restauradora do Cetao-SP), Sidney Kina (professor da Universidade Estadual de Maringá - UEM e autor do livro "Invisível: restaurações estéticas cerâmicas"), Dario Adolfi (diretor do Spazio Odontológi-



Fotos: Lucíola Okamoto

Especialistas reunidos na APCD Central: transmissão de Know how.



co e Spazio Education) e os TPDs Marcos Celestrino (professor de Prótese Dentária e coordenador da Programação Científica do 10º Congresso Internacional de Técnicos em Prótese Dentária), Luiz Alves Ferreira (**completar**) e Alberto Calazans (**completar**) abordaram desde o planejamento e diagnóstico até os últimos lançamentos em materiais restauradores. Acompanhe, aqui, os principais pontos dessa mesa-redonda.

André Reis – No livro “Invisível: restaurações estéticas cerâmicas”, o professor Sidney Kina comenta sobre a importância do conceito de time, formado pelo cirurgião-dentista e o técnico em Prótese Dentária no sucesso do trabalho restaurador. Você poderia comentar sobre a filosofia do tratamento restaurador protético integrado, centrado no paciente como foco principal?

Sidney Kina – Apesar de parece, isso não é nada inovador. Isso é simplesmente lógica, não é? Quando se fala de prótese, o processo rotineiro é: eu, no meu consultório, faço uma moldagem e mando para o laboratório. O técnico, lá no laboratório, recebe o molde, faz o modelo de gesso e manda de volta para mim sem nenhuma integração. Mas o conceito desse processo está completamente errado, porque falta justamente a integração entre eu e o ceramista. A ideia básica deste conceito surgiu quando eu ainda era estudante de graduação. Por incrível que pareça, a pessoa que mais me ensinou sobre prótese, foi um técnico. Ele me dava todas as dicas de como fazer e onde eu estava errando. A partir de então, eu sempre achei que esse era o caminho: fazer a integração com os técnicos. Em 2000, nós (eu, Scopin, Eduardo Rocha, Romanini e Luiz Alves) tivemos uma grande oportunidade, a partir de um curso realizado na APCD, no qual houve essa integração entre cirurgiões-dentistas, professores e técnicos e todos se envolveram na elaboração de cada caso, no diagnóstico, na escolha do melhor material etc. O processo e o resultado foram tão positivos que justificaram toda essa filosofia.

“A presença do técnico dentro do curso ou dentro da clínica é simbólico. O que se quer é mostrar a importância da comunicação entre o técnico e o cirurgião-dentista e vice-versa. É aproximar mais os dois profissionais.”

Sidney Kina

Oswaldo Scopin – Percebemos que essa integração era um anseio de todos. Parecia que o técnico era muito distante, longe da realidade clínica. No entanto, percebemos que os técnicos de sucesso são aqueles que conhecem Odontologia a fundo, que conhecem o dia-a-dia, os materiais e as técnicas com os quais os clínicos trabalham.

Ronaldo Hirata – Além disso, mudaram também os formatos dos cursos. Atualmente, cirurgiões-dentistas, técnicos e pacientes participam do curso. Antigamente, não era permitida a entrada do técnico na clínica ou eles não podiam entrar em contato com o paciente. Hoje, os técnicos participam muito do planejamento e, muitas vezes, o sistema cerâmico não é definido pelo CD, e sim pelo técnico.

Dario Adolfi – Eu fico extremamente feliz que essa filosofia, que eu adoto há mais de 30 anos, esteja sendo aplicada. No entanto, eu acredito que a base da comunicação entre o CD e o técnico é a educação, pois temos que encarar a Odontologia como saúde. Então, não adianta nada o nosso cirurgião-dentista procurar o técnico se este não foi educado para corresponder às expectativas de troca de informações. Se ambos estão educados para isso, aí eles podem se comunicar.

Kina – A presença do técnico dentro do curso ou dentro da clínica é simbólico. O que se quer é mostrar a importância da comunicação entre o técnico e o cirurgião-dentista e vice-versa. É aproximar mais os dois profissionais. Antes de fechar o planejamento, você telefona para o seu técnico ou manda um e-mail, abrindo o canal de comunicação. Na verdade, quando eu falo “nós trouxemos o técnico para dentro da clínica”, isso significa modificar a forma de me comunicar e relacionar com o técnico.

Marcos Celestrino – Eu concordo com o doutor Dario que a base de tudo é a educação. A partir disso, a gente se sente preparado para estar junto nos cursos, nas clínicas, e evoluir com os cirurgiões-dentistas. Eu sempre digo que eu era um profissional antes dessa mudança de conceito e, hoje, eu sou outro. E cada um em seu lugar, como o Kina falou. Esse novo conceito não quer dizer que o técnico vai interferir na ação do cirurgião-dentista, mas sim somar e agregar conhecimentos e ter a oportunidade de saber o que se passa com o paciente.

Aldo Brugnera – Imagens, como fotografias e dese-



nhos, são bons instrumentos de comunicação e ajudam no desenvolvimento da prótese e no resultado final do trabalho?

Celestrino – A fotografia ajuda bastante em relação a cor, formato e característica do dente. Hoje, penso que não dá para fazer um trabalho de alto nível sem a fotografia.

Adolfi – A comunicação começa pela avaliação estética que o cirurgião-dentista vai desenvolver através das restaurações provisórias. Veja bem: são 2 mil reais pelo provisório e 200 reais pela coroa definitiva. O que isso significa? A definitiva nada mais é do que a substituição de um material por outro. Mesmo que tenha um provisório de resina e vai substituí-lo por cerâmica, os parâmetros estéticos vão ser dados anteriormente, por meio de um bom preparo, limite do posicionamento do término desse preparo, condicionamento do tecido gengival e toda a evolução estética: linha mediana, trespasse horizontal, trespasse vertical, plano oclusal, desenvolvimento da morfologia oclusal. Então, tudo isso é responsabilidade do cirurgião-dentista. E ele vai desenvolver tudo isso através do molde que vai originar o provisório. Não existe nada mais importante do que o provisório na comunicação.

Hirata – É, mas acho que, para o dia-a-dia do consultório de um clínico, é preciso estabelecer um protocolo para comunicação. Mesmo que o cirurgião-dentista já trabalhe com fotografia, muitas vezes, ela não mostra com definição o que o dentista realmente quer transmitir. Estabelecer um protocolo de fotografia é importante. É preciso falar sobre câmeras reflexas, câmeras profissionais... Em um dado momento, será inevitável para o dentista trabalhar com esses equipamentos e discutir um protocolo é importante, principalmente em relação à cor.

Brugnera – Dos profissionais que trabalham com vocês, que percentual envia fotos digitais?

Luiz Alves – Para mim, é muito importante a comu-

“Quanto tempo vai levar para todos se adequarem? Eu não sei, mas, um dia, todos os cirurgiões-dentistas vão ter computador, vão ter internet de alta velocidade, vão ter uma reflex ou uma câmera que tenha condições de copiar de forma adequada um dente.”

Oswaldo Scopin

nicação por fotografia, um recurso com o qual já trabalho há algum tempo. No mínimo, 70% dos meus clientes mandam fotografias, uns com muita qualidade, alguns com uma qualidade razoável e muitos com péssima qualidade. Mesmo assim já é uma comunicação. Agora, como o Dario falou, bons modelos também são eficazes para uma boa comunicação. Quando o técnico tem conhecimento, ele consegue absorver o que o dentista quer, o que o paciente precisa. Então, um bom modelo já é um bom começo para uma boa comunicação, mas a foto é fundamental. Com a foto, eu não vou ver só a forma de um dente, eu vou ver tecido mole, alinhamento gengival, ou seja, todo o conjunto estético que a gente precisa para reabilitar o paciente. Eu consigo trabalhar com alguns clientes porque a gente se comunica bem e, às vezes, não consigo trabalhar com outros, que são excelentes de qualidade, de preparo, de moldagem, mas a gente não consegue se comunicar. Então, a comunicação é fundamental.

Alberto Calazans – Eu concordo com o Luiz a respeito das fotografias. Acredito que, hoje, 50% dos meus trabalhos são realizados a partir de fotos. Além disso, tem aumentado consideravelmente a visita de pacientes, acompanhados de seus cirurgiões-dentistas ou sozinhos, ao laboratório. Tanto que a gente instituiu



“É extremamente importante que cirurgiões-dentistas participem mais de cursos educacionais, porque assim eles terão a oportunidade de descobrir novas tecnologias, novos procedimentos.”

Dario Adolfi

uma agenda com horários predeterminados para essas visitas. Eu acho que isso é uma tendência nessa troca de informações.

Brugnera – A tecnologia é uma facilidade, mas vocês sabem o percentual de cirurgiões-dentistas brasileiros que utilizam computador no consultório?

Scopin – Eu acho fotografia indispensável, apesar de não saber a porcentagem. Mas tenho certeza, há uma tendência à tecnologia e em se tentar enxergar melhor por meio de algum tipo de magnificação, seja com fotografia digital, lentes, microscópio... Você enxergando melhor, você faz melhor. Por exemplo, com a fotografia, você vê um preparo adequado ou a anatomia de um dente, documenta os casos para controle clínico e auxílio no diagnóstico, além de ter em mãos uma ferramenta de comunicação com o laboratório. Em resumo, o que vem a ser estas ferramentas? Magnificação. É uma forma de você ver diferentemente. Quanto tempo vai levar pra todos se adequarem? Eu não sei, mas um dia, todos os cirurgiões-dentistas vão ter computadores, vão ter internet de alta velocidade, vão ter uma reflex ou uma câmera que tenha condições de copiar, de forma adequada, um dente e armazenar os dados. Então, a gente tem que, sempre, prezar pelo melhor. O Dario Adolfi resumiu bem num ponto: enfoque em educação e conhecimento. Uma hora isso se funde, se torna indispensável e vai chegar a todo o mundo, que é o que este país precisa, em todas as áreas.

Brugnera – É que o percentual de dentistas que utiliza essa tecnologia é muito pequeno. Não chega a 35%, segundo uma pesquisa da Unesp de Araraquara. E muitos desses profissionais têm computador em casa, mas não têm no consultório. O filho usa para estudar e se divertir, mas o cirurgião-dentista não usa para trabalhar.

Eduardo Miyashita – Todos aqui, tanto na parte clí-



nica, quanto na parte laboratorial, têm um padrão de excelência que não é a realidade dos consultórios em geral, mesmo os que dizem praticar Odontologia Estética. Materiais cerâmicos de ponta, materiais de última geração, por exemplo, não estão acessíveis a todos os cirurgiões-dentistas. Profissionais que atuam em bairros ou no interior, distantes dos grandes centros, se mantêm utilizando as “resinas de consultório”... Mas a estética, sem dúvida, é uma questão muito mais ampla, não envolve somente materiais. Não dá para fazer milagre em um paciente doente periodontalmente, com alteração de plano oclusal, com implantes mal-posicionados... E, então, voltamos à questão da educação. Muitas vezes, nos deparamos com a falta de informação e temos que ensinar princípios básicos, como determinar uma linha média, corrigir um plano oclusal... Sem isso, todo o restante fica perdido. Você até pode conseguir o dente mais belo em relação à sua cor, mas a estética do conjunto se perde. Isso é um problema de formação, de educação que pode vir a restringir o resultado estético em um conceito mais amplo, não somente de cor ou de forma dos dentes. É preciso investir em conhecimento para obter um resultado estético superior.

Reis – A seleção da cor é um fator fundamental para o sucesso de restaurações estéticas diretas e indiretas. O que o cirurgião-dentista deve levar em consideração para minimizar a chance de erros?

Kina – Quando a gente fala de protocolo de fotografia e outros recursos, não se pode colocar isso acima do conhecimento relacionado à cor ou à anatomia. Nós precisamos ter uma educação mais focada para saber anatomia e cor. É consenso entre os cirurgiões-dentistas de que não se sabe cor e isso está relacionado à educação. Saber como a óptica funciona pode ser complicado, mas pode-se ter um conhecimento geral da cor se tivermos uma educação mais voltada para isso. O estudo continuado e o aprimoramento nesse tema vai ajudar muito

“A clínica restauradora hoje é composta por Implantodontia, Prótese, Dentística e Periodontia. Então, não dá para discutir essas especialidades isoladamente.”

Ronaldo Hirata



na interpretação e, posteriormente, na comunicação.

Adolfi – Com relação à cor, vamos ser muito simples. Eu preciso da cor básica do dente e do valor. São dois fatores importantes para mim. Se uma cor é A3 ou se esta entre A3 e A2, não faz muita diferença, mas o valor é muito importante. E o que vai me auxiliar nisso? Chamam-se materiais opalescentes. Hoje, eu trabalho, em todos os meus casos, com cinco materiais opalescentes. Os demais, eu jogo fora. Dos kits de cerâmica com suas 96 cores, eu seleciono, no máximo, 15. Por quê? Porque eu não preciso trabalhar com tantos tipos diferentes. Essa alta quantidade só serve para estragar um bom trabalho ou para fotografar. Nós precisamos praticar uma Odontologia estética rápida, de resultado, para que o paciente fique feliz e para que nós, profissionalmente, também fiquemos satisfeitos. E para isso, na minha opinião, é preciso trabalhar com os materiais opalescentes. Mas isso também depende de educação. Com esses cinco materiais opalescentes, eu consigo, pelo menos, 80% de resultado satisfatório. Os outros 20% só são perceptíveis em fotografia. Nós temos que fazer uma Odontologia de todo dia. Essa é a minha missão: educar para que o técnico não tenha que refazer uma coroa cinco vezes seguidas. “Está vendo essa camada de transparente? Não está igual à do dente do outro lado.” Ora, isso não é importante! O que importa é ter morfologia, oclusão, proteção do elemento dental e uma estética que atinja 75%, 80%... 100% é apenas para dar curso e ser aplaudido, não é saúde.

Hirata – De qualquer forma, o cirurgião-dentista dá muita importância à seleção de cor. Isso faz parte da formação dele. A seleção de cor é um fator fundamental? É importante, mas fundamental é a execução do trabalho. Se você errar alguns pontos em seleção de cor, mas acertar a execução, vai estar tudo bem. Então, o que a gente tem que falar é sobre execução, sobre estratificação. A evolução que os ceramistas vêm acompanhando há muito tempo, só agora está chegando ao

“Esse novo conceito não quer dizer que o técnico vai interferir na ação do dentista, mas, sim, somar e agregar conhecimentos e ter a oportunidade de saber o que se passa com o paciente.”

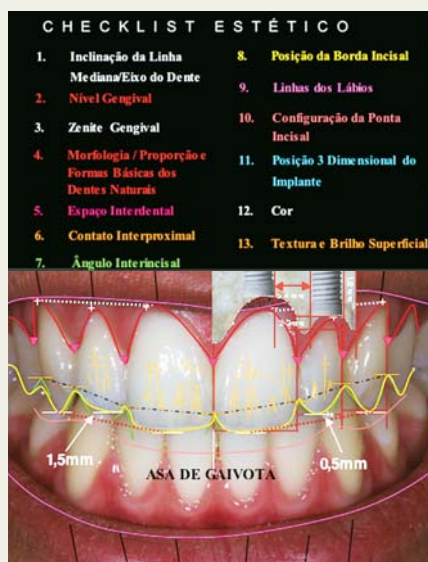
Marcos Celestrino

cirurgião-dentista. Os cirurgiões-dentistas, hoje, não sabem o que é opalescência, porque eles não sabem o que é opacidade, ou o que é valor. Estamos falando em seleção de cor, mas deveríamos falar mais em estratificação, em valor. Isso não está na formação do cirurgião-dentista, não está na faculdade.

Adolfi – O cirurgião-dentista não precisa saber opalescência se o seu técnico souber. Comparando todos os trabalhos que eu realizei, comprovei que, na região incisal, todos combinam. Isto é, na região incisal, existe uma cor básica. Eu quero dizer para o cirurgião-dentista que, se ele trabalhar com o material certo, de forma certa, estiver educado e acompanhar um check list estético (veja imagem ao lado), terá sucesso. O que eu não quero é tornar aquilo que eu apresento no meu curso uma tarefa impossível de ser realizada no dia seguinte. Então, quero passar a mensagem de se fazer uma Odontologia simples, honesta, com poucos materiais. Outra coisa: estética de anteriores não é igual a estética de posteriores. Dentes posteriores precisam de proteção do elemento dental, função e morfologia. A cor, nesse caso, ninguém vê. Então, gaste a sua energia nos anteriores. Nesse caso, sim, a estética da cor é importante, mas na região posterior, vamos resolver a função, a proteção do elemento dental, uma boa morfologia.

Scopin – Analisando desta forma e enfocando o fator proteção, os materiais que melhor protegem a estrutura dental, atualmente, são os materiais estéticos. Resina composta e cerâmicas com capacidade de união ao tecido dental através dos procedimentos adesivos, quando utilizados corretamente, protegem a estrutura dental, e em dentes posteriores, devolvem função com estética. Atualmente, há literatura científica confirmando que a resina composta protege melhor a estrutura dental, se o procedimento clínico for bem executado, do que comparado com o amálgama, por exemplo. Você concorda, Dario?

Adolfi – Sim, sem dúvida, mas não estou falando de materiais jurássicos. Estou falando de Odontologia moderna. Eu não uso amálgama em meu consultório há mais de 17 anos. Nem me passou amálgama pela cabeça, porque acho que isso é essencialmente jurássico. Concordo com você, 100%. Aliás, esse é um ponto im-



Check list utilizado por Dario Adolfi: suporte para um bom planejamento e execução.

portantíssimo para quem ainda utiliza o amálgama.

Brugnera – Então, qual é a recomendação para o cirurgião-dentista que ainda utiliza o amálgama? Em que tipo de restauração? Classe I, Classe II?

Scopin – O amálgama, hoje, no meu ponto de vista, só tem uma função social. Mas não é menos importante. É um material barato e de fácil aplicação, e em um país com dimensões continentais como o nosso, em que você tem, em algumas áreas, alto índice de cárie e um grande número de pacientes que não tem acesso a consultórios odontológicos, eu acho o amálgama importante. No entanto, há outros aspectos envolvidos. O meio ambiente, por exemplo. O amálgama é à base de mercúrio e, de uma forma ou de outra, resíduos deste material não são corretamente descartados. Hoje precisamos nos conscientizar sobre a proteção ao meio ambiente. O comportamento das pessoas está mudando, no Brasil, no mundo todo. Cirurgiões-dentistas, técnicos e qualquer profissional na área de saúde têm que ter este enfoque na prática diária. O amálgama tem uma função social? Sim, somente social, pois a resina composta é um material conservador que protege

“No mínimo, 70% dos meus clientes mandam fotografias, uns com muita qualidade, alguns com uma qualidade razoável e muitos com péssima qualidade. Mesmo assim já é uma comunicação.”

Luiz Alves

a estrutura dentária. Aí, você pode falar: “Ah, mas não é todo o mundo que pode pagar uma restauração de resina. Não é todo cirurgião-dentista que sabe fazer”. Educação! Atualização do conhecimento! Conscientização de valores. Claro, isso é uma melhoria gradual da sociedade como um todo, mas, na verdade, eu acho que nós, cirurgiões-dentistas e técnicos em prótese dentária, temos que ser práticos no dia-a-dia para visualizar o bem-estar futuro da humanidade e sempre pensar no melhor para o nosso paciente. Com o tempo, o amálgama vai fazer parte de um passado distante.

Reis – Um aspecto que não pode ser negligenciado é a importância da execução correta dos procedimentos restauradores adesivos, que são bastante sensíveis à técnica. Eu costumo dizer aos alunos e profissionais que, em algumas situações, nas quais não se consegue cumprir todos os pré-requisitos para a realização de uma restauração adequada em resina composta, é melhor que o amálgama seja utilizado. Infelizmente, em alguns locais, por exemplo, alguns postos de saúde ou prefeituras, devido a limitações orçamentárias, os materiais são comprados simplesmente pelo custo e não pela qualidade. Assim, se o clínico não tem tempo e condições de realizar o isolamento absoluto e utilizar uma técnica incremental, não possui um sistema adesivo adequado e um aparelho fotopolimerizador com intensidade de luz suficiente, a restauração em resina composta irá falhar muito rapidamente.

Brugnera – O clínico já conseguiu entender a importância da oclusão posterior no tratamento estético?

Miyashita – Esse é um ponto crítico. Na realidade, os princípios de oclusão ainda são, muitas vezes, desconhecidos para o clínico. Por quê? Porque aumentou muito o volume de informações, só que alguns conceitos ainda não estão definidos. A relação entre contatos oclusais, bruxismo e disfunção temporomandibular virou uma grande celeuma, ou seja, não existe





mais um consenso. Nesse conflito, os princípios básicos que seriam utilizados para reabilitar a função e a estética, proporcionando uma dimensão vertical de oclusão adequada e uma correta intercuspidação, não são avaliados. Da mesma forma que existe o mito da cor, existe também o mito da oclusão... Que oclusão é um assunto muito complicado que se tiver que mexer, é melhor não mexer etc. E, na verdade, os princípios são muito simples e devem ser aplicados no dia-a-dia, em todos os pacientes.

Reis – Quais as vantagens que as restaurações metal free podem oferecer em relação à estética final da restauração?

Kina – Nessa questão de ser metal ou não, só tem um aspecto importante: a facilidade com que você vai atingir a estética. Qual é mais estético: uma boa metalocerâmica ou uma boa metal free? São iguais. Ambas são bonitas. Agora, é mais fácil, na maioria das situações, alcançar uma estética final adequada com um sistema metal free do que com um sistema à base de metal. Se eu tenho um sistema livre de metal, não haverá a preocupação inicial de esconder o metal e, a partir daí, começar a estratificar. Mas existem situações em que eu já tenho uma base que de metal, por exemplo, um núcleo metálico. Aí, o trabalho fica meio complicado. Então, na minha opinião, existe uma facilidade maior em atingir a estética, mas não que um seja mais estético do que o outro.

Hirata – O In-Ceram Alumina, por exemplo, não é necessariamente mais estético do que uma metalocerâmica. O conceito difundido de metal free vai ter que se explicitar mais, porque cada sistema é completamente diferente um do outro.

Kina – De um lado, há o sistema metalocerâmico, que é baseado na resistência do metal para proteger a estrutura cerâmica e, em conjunto, há até mesmo copings reforçados por óxidos, quer seja de alumina

“Tem aumentado consideravelmente a visita de pacientes ao laboratório, acompanhados de seus cirurgiões-dentistas ou sozinhos.

Alberto Calazans

ou de zircônia, para proteger as cerâmicas de cobertura. Há, por outro lado, sistemas que são reforçados por adesão, promovendo o conceito do biomimetismo, integrando a restauração à estrutura dentária e, dessa forma, conseguindo proteção para a cerâmica. Então, você tem sistemas com diferenças significantes que envolvem filosofias de trabalho, situações bastante diversas e indicações específicas.

Adolfi – Não acredito no laminado como uma técnica popular, uma técnica para milhões de cirurgiões-dentistas executarem no mundo. Eu acredito que seja a técnica mais bonita, a que você melhor atinge o resultado estético, mas, sem dúvida nenhuma, é a mais difícil de todas. O cerômero, nesse caso, oferece um resultado mais fácil de ser alcançado, e cujos recursos de cimentação também são mais fáceis em função de esse material não ser friável. A questão principal não é se é estético ou não, porque sabemos que são altamente estéticos.

Miyashita – De uma forma geral, os laminados cerâmicos e os feldspáticos, em particular, são mais estéticos. Mas, para o clínico geral, principalmente quem trabalha com resina direta, há uma preferência pelos cerômeros, por ser um material mais próximo ao seu dia-a-dia. Talvez isso não seja o ideal, mas é o que a maioria dos profissionais utiliza, por ser um material mais acessível, que permite uma margem maior de erro, mas que possui limitação relativa à alteração de cor ao longo do tempo, o que ocorre em qualquer resina de uso direto.

Kina – A técnica para laminados cerâmicos é complexa, desde o preparo, execução de laboratório até a cimentação. Significa dizer, realmente, que ela é para poucos. E esses poucos que fazem facetas laminadas indiretas não vão pedir em cerômero. Eles pedem em cerâmica. Eu desconheço quem aprendeu a técnica de laminados e, de repente, começa aplicá-la em cerômero. Agora, o ponto-chave é: facetas laminadas exigem uma execução técnica muito apurada.

Adolfi – Muitos jovens estão sendo seduzidos pelo discurso do laminado, que modifica total e rapidamente a estética e encurta a vida do dente em 30 anos... Acho essa indicação extremamente danosa para o paciente. É preciso uma atuação gradativa. Primeiro, a gente inicia com uma restauração com resina, depois partimos para um laminado. Mais para frente, fazemos

uma coroa total. Depois, optamos pela colocação de um implante... E com isso passaram-se 30 anos! Eu acho importante nós orientarmos o cirurgião-dentista e dizer "tome cuidado!"

Brugnera – Então, hoje, eu acho que nós temos dois tipos de Odontologia: uma chamada comercial e outra chamada científica. A comercial é essa que promete: "seja qual for o seu caso, você vem na minha clínica e sai com todos os dentes com carga imediata". Já a científica é aquela em que a gente explica para o paciente que ele vai ter um tempo de maturação do osso, da osseointegração, que se ele tem contaminação no alvéolo, não dá para aplicar carga imediata etc. É claro que cada um tem sua opção pessoal, mas o profissional tem que estar voltado para a saúde do seu paciente. Não pode dar valor somente para o que é rápido e fácil. Para cada caso, há um tipo de procedimento.

Scopin – Todos os estudos concordam em um ponto quanto a laminados cerâmicos: se você fizer adesão, a união do elemento protético ao esmalte, você tem chances muito maiores de obter sucesso clínico e essa longevidade pode chegar a índices acima de 90% em 10 anos. E há documentação científica para comprovar que laminado cerâmico é um procedimento seguro. Porém, a partir do momento que você parte para um preparo mais agressivo, ou seja, invade a dentina, você diminui a vida útil da restauração e, conseqüentemente, do dente. Isso envolve o conhecimento básico do planejamento na hora de executar um preparo. Então, o laminado com durabilidade clínica é o realizado com planejamento adequado, preferencialmente em esmalte, aderido de forma correta. Quanto à adesão comparativa entre esmalte e dentina, o André Reis tem um estudo demonstrando que a longevidade das restaurações com margem em esmalte é maior do que quando a margem está em dentina.

Brugnera – Qual é a opinião de vocês em relação às restaurações *inlays* e *onlays* em dentes posteriores?

Adolfi – Primeiro, eu acredito que dentes posteriores têm de ter função e não necessariamente estética. Portanto, as resinas são melhores indicadas do que a cerâmica. O sucesso está proporcionalmente relacionado à indicação. O importante, nesse caso, é o princípio básico da prótese: a proteção do elemento dental.

"Estética, sem dúvida, é uma questão muito mais ampla, não envolve somente materiais. Não dá para fazer milagre em um paciente doente periodontalmente, com alteração de plano oclusal ou com implantes mal-posicionados."

Eduardo Miyashita

Brugnera – Seguindo os preceitos básicos de uma boa metalocerâmica, de um bom preparo, eu posso usar a zircônia com a mesma previsibilidade?

Calazans – A grande vantagem da zircônia é a confecção através do sistema CAD/CAM, que vai substituir, sem dúvida nenhuma, o metal num curto período de tempo. Agora, um metal com alto conteúdo de ouro é extremamente excepcional e muito bem indicado para os dentes posteriores.

Alves – A facilidade de se trabalhar com a zircônia é muito maior do que com o metal. O processo é muito mais fácil, porque o metal a gente funde, usina, jateia, usina de novo, solda, solda de novo... São muitas etapas. E com a zircônia é mais tranqüilo. Além disso, a cerâmica tem uma aderência perfeita com a zircônia, não tem interface.

Celestrino – Eu não acredito que a zircônia venha a substituir o metal a curto prazo, se a gente está falando de uma Odontologia popular, em que só 30% dos profissionais acessam a internet e usam fotografia digital, ou que passam dez anos sem fazer um curso de atualização. Vai demorar muito tempo até que a zircônia se torne um material popular no País.

Scopin – Quanto à tecnologia CAD/CAM e às restaurações cerâmicas, é importante deixar bem claro que técnicas de moldagem com casquete utilizando alginate não é indicado. Mesmo para os copings de cerâmica de alta resistência, que permitem moldagem de transferência, fica complicado. Do meu ponto de vista, e é uma tendência mundial, o ideal é moldagem com silicone de adição ou poliéter. O material para prótese fixa tem que possibilitar a obtenção de mais de um modelo a partir do mesmo molde, com a mesma precisão, o que é impossível com a técnica do casquete com o qual tem-se somente um modelo.

Brugnera – O cirurgião-dentista está mais preparado para a cimentação adesiva ou para a cimentação de



metal? Ele se sente mais tranquilo com os ionômeros ou com o cimento de fosfato de zinco?

Scopin – Eu acho que, na verdade, o profissional se sente confuso com tantos materiais disponíveis no mercado e muitos sem comprovação científica. Atualmente, o clínico pode fazer uma cimentação “convencional” com cimentos auto-adesivos resinosos, que são muito menos solúveis, muito mais estáveis que os ionoméricos e que são uma tendência de mercado. A 3M tem o Unicem; a Ivoclar, o Multilink Sprint; a Kerr, o Maxcem; a Bisco, o BisCem, que são cimentos auto-adesivos utilizados de forma convencional, não necessitam ácido fosfórico como pré-tratamento da dentina, nem adesivo. Já uso cimentos com essa característica há quase quatro anos. Outro ponto é que, nos meios científicos, existe uma busca por elaborar materiais

que tenham uma união mais efetiva às estruturas de alumina e zircônia. Hoje, já há materiais que têm adesão à zircônia superior aos cimentos convencionais. Então, a possibilidade, devido à resistência dos copings, de se poder cimentar convencionalmente uma coroa de zircônia é um ponto positivo para se usar estes novos materiais auto-adesivos. Esse é um aspecto que leva o sistema CAD/CAM, tanto em alumina quanto em zircônia, a um patamar superior ao metal. Eu acho que a cimentação adesiva é uma realidade, tanto para cerâmicas passíveis de condicionamento, quanto para cerâmicas de alta resistência, e para metalocerâmicas também. Adesão, união entre as estruturas, é a realidade e o futuro.

Reis – Como tem-se dado a associação do tratamento reabilitador protético com o tratamento periodontal?

“Naturalidade, esta é a palavra-chave”

IMPOSSIBILITADO DE PARTICIPAR PRESENCIALMENTE DA MESA-REDONDA QUE REUNIU ALGUNS DOS MELHORES ESPECIALISTAS EM ODONTOLOGIA ESTÉTICA, LUÍS ANTÔNIO FELIPPE, DOUTOR EM DENTÍSTICA OPERATÓRIA E DIRETOR DO INSTITUTO PROFFEL, EM FLORIANÓPOLIS (SC), CONTRIBUIU COM O DEBATE VIRTUALMENTE, POR MEIO DA INTERNET. ACOMPANHE AS SUAS PRINCIPAIS COLOCAÇÕES:

Qual a importância da comunicação entre CD e TPD? Como esta comunicação pode ser mais eficiente?

No contexto atual de excelência nos resultados que se encontra a Odontologia estética, é muito importante a qualidade e a quantidade desta comunicação. Quantidade é o número e tipo das informações enviadas ao laboratório. A qualidade é determinada por um bom preparo, uma boa moldagem, um excelente modelo inicial de ambas as arcadas para o planejamento do caso (enceramento de diagnóstico do caso), fotografias, conversa entre os profissionais, visualização do paciente etc.

Qual a importância da realização de fotografias?

O uso da imagem não é mais um luxo e, sim, uma necessidade. As fotografias de qualidade, com boa iluminação e enquadramento, com unidades de escala no mesmo plano dos dentes, sem áreas de reflexão do flash e com boa resolução devem acompanhar os moldes e/ou modelos do paciente. O potencial da imagem é determinante para o sucesso, uma vez que o paciente não pode estar disponível todo o tempo para ser observado. Fotografias das provas feitas com os dentes artificiais servem para a avaliação dos resultados tanto pelo paciente quanto pelo profissional e pelo técnico. Estas fotogra-

fias servem para acompanhar a evolução das provas dos dentes e se os caminhos escolhidos para as correções estão surtindo efeito.

A seleção da cor é um fator fundamental para o sucesso de restaurações estéticas diretas e indiretas. O que o CD deve levar em consideração para minimizar a chance de erros?

Nos anos 80 e 90, estudos organizados mostraram que a melhor seqüência de observação e seleção da cor é a seguinte:

- a. Seleção da claridade dos dentes vizinhos ao(s) elemento(s) que vamos restaurar/reconstruir. Fotografia com a unidade da escala escolhida pelo cirurgião-dentista no mesmo plano do dente. A escolha de uma escala com método mais atual pode facilitar a busca por uma unidade que iguale a claridade ao dente.
- b. Seleção da opacidade/translucidez dos dentes vizinhos ao(s) elemento(s) que vamos restaurar/reconstruir. Fotografia com a unidade da escala escolhida pelo cirurgião-dentista no mesmo plano do dente, reduzindo o brilho ou com um papel preto na face palatina dos dentes para contrastar melhor os terços médio e incisal.
- c. Mapeamento da relação dentina/esmalte vista claramente na maioria dos dentes nos terços médio e incisal.
- d. Detalhamento específico de características relaciona-

Miyashita – A reabilitação é um trabalho integrado de todas as especialidades odontológicas. Para a obtenção de um resultado estético, a atuação do protesista e do periodontista é fundamental, principalmente no que se refere à promoção de saúde. Isso envolve os aspectos que, muitas vezes, diferenciam a Odontologia cosmética, que é simplesmente dar uma aparência melhor ao paciente, da Odontologia Estética, que é baseada em evidências, em pesquisas. Então, o primeiro ponto é a promoção de saúde, ou seja, é impossível fazer um trabalho restaurador com um periodonto doente, em um paciente com problemas gengivais e periodontais.

Hirata – Não tem como se falar em reabilitação sem falar em Periodontia. Da mesma forma que é impossível também se falar hoje em Prótese, sem falar em Dentística. A clínica restauradora hoje é composta por

Implantodontia, Prótese, Dentística e Periodontia. Então, não dá para discutir essas especialidades isoladamente. Não conheço um profissional que faça resina, mas não faça cerâmica; que faça cerâmica, mas não faça resina; que faça implante, mas não faça Perio... Isso é ser restaurador e tem de ficar claro para o clínico geral porque isso está muito fragmentado por conta da própria formação acadêmica.

Adolfi – Eu acho que nós poderíamos fechar a nossa discussão, dizendo que é extremamente importante que os cirurgiões-dentistas participem mais de cursos educacionais, porque assim eles terão a oportunidade de descobrir novas tecnologias, novos procedimentos. E, sem dúvida nenhuma, eles vão alcançar benefícios fantásticos dentro de sua clínica e beneficiar, principalmente, o paciente.

das com a textura de superfície, forma anatômica, manchas ou trincas sutis e outras. O cirurgião-dentista pode personalizar a unidade da escala que melhor se adequou à claridade com o uso de pigmentos.

e. Escolha do matiz (amarelo puro, amarelo marrom, amarelo vermelho, amarelo cinza).

Quais as vantagens que as restaurações metálicas podem oferecer em relação à estética final da restauração?

Naturalidade é a palavra-chave. Alguns anos atrás, eu pensava que as margens poderiam ser melhor adaptadas sem a presença de metal, mais isso não se mostrou verdadeiro. Um excelente protético, com um modelo e preparo adequado, pode adaptar perfeitamente uma metalocerâmica. Entretanto, a passagem da luz pela estrutura, a óptica, tem chance de ser mais natural quando a escolha certa do tipo de porcelana ocorrer nos trabalhos livres de metal.

A cerâmica é, sem dúvida, o material que consegue reproduzir com maior semelhança as características e o aspecto natural da estrutura dental. Quais seriam as suas indicações?

Não concordo com a afirmação feita na pergunta. Particularmente, considero que as resinas compostas como, por exemplo, o Sistema Venus (Heraeus-Kulzer), são hoje tão capazes de reproduzir a estrutura dental quanto as cerâmicas. Entretanto, o treinamento de parte dos protéticos com cerâmicas é maior e mais específico que o da maioria dos cirurgiões-dentistas com resinas compostas, fato que torna o seu produto mais apreciável. É indiscutível que a cerâmica tem melhores propriedades físico-mecânicas, com maior durabilidade, que as resinas.

As cerâmicas são utilizadas em procedimentos indiretos de cobertura total ou parcial de um único ou de múltiplos dentes. Diferente do passado, hoje é possível produzir espessuras mínimas (em torno de 0,5 mm) que aumen-

tam as indicações para tratamentos estéticos como no caso das facetas. Outra excelente indicação são os *onlays* e *inlays* (substitutos dos blocos metálicos fundidos) e as próteses fixas.

Em próteses parciais fixas de três elementos em dentes posteriores, o metal normalmente é escolhido como estrutura da restauração.

Qual material cerâmico poderia ser utilizado em substituição ao metal nestes casos de forma mais segura?

Os fabricantes mais importantes do mercado continuam colocando restrições ao uso indiscriminado de estruturas puras de cerâmica para próteses parciais fixas de três elementos em dentes posteriores. Uma das restrições mais importantes é a qualidade (espessura e altura) dos conectores com o pântico. Para a região anterior e de pré-molares, estas estruturas são excelentes para uma boa harmonia entre estética e resistência.

A confecção de restaurações em cerâmica pura tem um custo um pouco mais elevado. Existem alternativas de menor custo que o CD pode oferecer para o seu paciente?

Sim, restaurações em resinas compostas fotopolimerizáveis com processo de pós-polimerização que aumentará a resistência do material. Esta é uma alternativa que pode custar a metade do preço para o paciente, com expectativa de durabilidade de sete anos, em média.



Felipe: resinas compostas são tão eficazes quanto cerâmicas

Protocolo proposto para fotografias iniciais, modelos e enceramento

Por Ronaldo Hirata, Oswaldo Scopin e Sidney Kina

Em uma análise estética de dentes anteriores existem muitas informações a serem observadas, que dificilmente podem ser notadas durante a primeira consulta clínica. A obtenção de fotografias em diferentes ângulos pode auxiliar o profissional a analisar, com tranquilidade, detalhes estéticos na ausência do paciente. Além do auxílio na montagem do plano de tratamento inicial, as fotografias podem ser úteis para diversas outras situações. É uma forma muito interessante de transmitir para o paciente informações sobre os problemas clínicos encontrados, podendo ampliar as imagens para uma melhor visualização.

Diante de um momento crítico de decisão, como previamente à cimentação de laminados cerâmicos, estas fotografias podem auxiliar na decisão de escolhas quanto à cor e forma das peças protéticas. Observando as imagens o paciente consegue opinar com maior clareza sobre quais alterações serão necessárias. As imagens podem, também,

ser um excelente meio de comunicação com o laboratório de prótese permitindo ao ceramista ter a visualização da face, do sorriso e do contorno dos lábios do paciente, favorecendo a confecção de restaurações personalizadas. Algumas fotografias específicas podem ser importantes nas correções cerâmicas a serem feitas.

Atualmente, com a evolução das câmeras digitais, esta etapa está bastante facilitada, pois permite a visualização e veiculação quase imediata das imagens registradas. No entanto, é necessário objetividade e padronização do número e ângulos das fotografias a fim de realizar somente o registro das imagens que realmente serão aproveitadas, pois do contrário, esta etapa pode ser um passo desconfortável e irritante para o paciente.

Algumas fotografias podem ser padronizadas para a análise estética inicial dos dentes anteriores. Desta forma, oito fotos deverão ser realizadas:



Figura 1
Lábio em repouso e a boca entreaberta, para avaliar a exposição dos incisivos superiores.



Figura 2
Lábio em repouso e boca entreaberta (foto de perfil), para a visualização do posicionamento dos dentes e do volume dos lábios.



Figura 3
Sorriso frontal, de pré-molar a pré-molar, utilizada para observar a altura e largura do sorriso; inter-relação das bordas incisais dos dentes superiores com o lábio inferior.



Figura 4
Dentes em MIH (Máxima Intercuspidação Habitual), de canino a canino com o auxílio de um afastador de lábios, para avaliar o posicionamento e simetria entre os dentes anteriores.



Figuras 5, 6 e 7
Com o auxílio de um afastador de lábios e um fundo escuro, permitem avaliar as formas e os contornos dentais e verificar as proporções entre os dentes anteriores.

Figura 8
Fotografia em "close-up" dos incisivos superiores para registro de pequenos detalhes, como a textura, definição dos mamelos, cristas marginais e áreas de translucidez, presentes principalmente nos dentes de pacientes jovens.

As imagens registradas, juntamente com os modelos de estudo conferem uma condição mais favorável para uma análise estética minuciosa a ser conduzida sem a presença do paciente.

Modelos de estudo e enceramento diagnóstico

A obtenção de modelos de estudo das arcadas superior e inferior permite uma visualização tridimensional dos dentes e tecido adjacentes, impossível de se obter clinicamente. Através dos modelos, pode-se observar detalhes gengivais, posicionamento, inclinações, formas dentais e relação dos dentes em conjunto e com os seus antagonistas.

Quando múltiplas alterações estiverem indicadas, um enceramento diagnóstico deve ser realizado sobre os modelos de estudo para facilitar a visualização da forma, posição e proporção das futuras restaurações, que devem

ser realizadas de acordo com o melhor arranjo funcional e estético possíveis. Este enceramento é muito interessante para os pacientes com dificuldade de imaginar todas as possíveis modificações que podem ser realizadas em seu sorriso após o tratamento restaurador. Além de facilitar a comunicação entre profissional e paciente, o enceramento diagnóstico pode ser muito útil durante os procedimentos diretos e indiretos na busca pelos melhores resultados estéticos, com a máxima preservação da estrutura dental.

REFERÊNCIAS

1. Conceição EN et al. Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre: Artmed; 2005.
2. Higashi et al. Planejamento estético em dentes anteriores. Odontologia Estética, Ed. Artes Médicas; 2006.
3. Magne P, Belser U. Restaurações Adesivas de Porcelana na Dentição Anterior - Uma Abordagem Biomimética. Quintessence Editora Ltda, São Paulo; 2003.



Figura 9

Modelo encerado que guiará o preparo dental e a confecção dos provisórios, simulando a nova composição dental oferecendo uma prova da harmonia dental para o paciente durante esta fase de provisórios. Para a realização do enceramento o ceramista deve ter contato com as oito fotos iniciais servindo de referência principalmente para a altura e disposição dental.



Figura 10

Preparos para laminados ...



Figura 11

... realizados seguindo a referência do enceramento.



Figuras 12 e 13

Laminados realizados em IPS design nos dentes 11, 12, 21 e 22 (TPD Murilo Calgaro) após realização de plastia gengival inicial e recontorno cosmético realizado com sistema Four Seasons (Ivoclar Vivadent) nos dentes 31, 32, 41 e 42.



Equipamentos fotográficos recomendados:

Opção 1

Nikon D80 ou D40
Macro 105mm. Sigma for Nikon ou 105 Nikkor
Flash circular Sigma EM-140 DG TTL Macro
Ringlight Flash for Nikon AF with i-TTL ou duplo ponto Nikon R1C1 Wireless Close-Up Speedlight Flash System

Opção 2

Canon Rebel XT ou 20D
Macro 100mm Canon ou 100 Sigma for Canon
Flash circular Canon MR-14EX TTL Ring Lite Flash ou Sigma EM-140 DG TTL Macro Ringlight Flash for Canon EOS with E-TTL II ou duplo ponto Canon MT-24EX Macro Twin Lite Ringlite Flash