



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***ABORDAGEM DA AGENESIA DE INCISIVOS LATERAIS SUPERIORES
EM DENTISTERIA OPERATÓRIA***

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Sandra Cristina Figueiredo de Almeida

Setembro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***ABORDAGEM DA AGENESIA DE INCISIVOS LATERAIS SUPERIORES
EM DENTISTERIA OPERATÓRIA***

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Orientador: Professor Doutor Jorge Leitão

Co-orientador: Mestre Vânia Barros

Sandra Cristina Figueiredo de Almeida

Setembro de 2011

Aos meus pais

Ao meu irmão Alex

Ao Fernando

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos a todos os que me possibilitaram, apoiaram e motivaram seguir e descobrir este caminho de arte. O resultado final deve-se não só a um esforço único mas sim a um leque de forças e incentivos vindos de todos os que me rodeiam e ensinam. O benefício de ter por perto múltiplos apoios e orientações tornou este estudo mais agradável e rico.

Abertamente quero agradecer à Mestre Vânia Barros que me ajudou na concretização desta minha descoberta na área da estética, especificamente neste tema.

Ao Professor Doutor Jorge Leitão uma palavra de gratidão pelos conselhos e rigor transmitidos, estritamente necessários a uma obra científica.

Aos professores da Universidade Católica Portuguesa que se disponibilizaram em esclarecer as minhas dúvidas, estando prontamente ao alcance, a estes um grande obrigado.

Aos incansáveis colegas e amigos que sempre me estimularam e ajudaram, merecendo estes um reconhecimento especial, neste estudo e no meu coração.

Agradeço todo o apoio e ajuda imprescindível proporcionada pelo corpo auxiliar da clínica.

Finalizo com um muito obrigada às pacientes que contribuíram, foram pacientes comigo e aceitaram o desafio da execução do tratamento.

Resumo

Introdução: O diagnóstico de agenesia de incisivos laterais superiores é cada vez mais frequente na prática clínica nos dias de hoje. A solução para o problema estético pode passar pela intervenção da Dentisteria Operatória em relação multidisciplinar, incluindo a transformação dos caninos em incisivos laterais (coronoplastia) contribuindo assim para a harmonia dentária.

Objectivo: Proposta de uma actuação a seguir na abordagem de casos clínicos de agenesia de incisivos laterais superiores, baseada numa vertente multidisciplinar sequencial aos recentes avanços em medicina dentária. Demonstrar as potencialidades actuais dos recursos tecnológicos científicos em Dentisteria Operatória em alternativa às tradicionais formas de solução protéticas.

Material e métodos: Apresentação e discussão de dois casos clínicos de agenesia de incisivos laterais superiores da Clínica Universitária da Universidade Católica – Centro Regional das Beiras Viseu, em que se procedeu ao diagnóstico e planificação do tratamento multidisciplinar e em que se mostrou o sucesso das metodologias actuais da Dentisteria Operatória relativamente a outras soluções protéticas/clássicas.

Resultados: Nos casos clínicos apresentados procedeu-se à resolução da agenesia de incisivos laterais superiores tendo em conta a auscultação prévia das opções de tratamento das várias especialidades da Medicina Dentária envolvidas: Dentisteria Operatória, Oclusão, Periodontologia, Prótese Fixa, Ortodontia e Implantologia. Em ambos os casos, em que são apresentadas soluções distintas conseguiu-se com sucesso o efeito pretendido.

Conclusão: Perante as abordagens tradicionais protéticas-ortodônticas, apresentam-se casos clínicos que demonstram idêntico grau de sucesso terapêutico com o recurso a técnicas de restauração directa da Dentisteria Operatória moderna.

Palavras-chave: Agenesia dentária, incisivo lateral, coronoplastia, Dentisteria Operatória, Estética.

Abstract

Introduction: The diagnosis of agenesis of lateral incisors is increasingly common in clinical practice today. The solution to the aesthetic problem may involve the intervention of Operative Dentistry in a multidisciplinary way, turning the canine in a lateral incisor thereby improving the anterior tooth harmony.

Objective: Proposal for an action in addressing superior lateral agenesis clinical cases, based on sequential multidisciplinary aspects of recent advances in dentistry. Demonstrate the potential of today's technological resources in scientific operative dentistry as an alternative to traditional forms of prosthetic solution.

Methods: Presentation and discussion of two clinical cases of maxillary lateral incisors agenesis in the University Clinic of the Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras Viseu, which undertook the diagnosis and multidisciplinary treatment planning and were presented the success of current methodologies of operative dentistry in relation to other prosthetic solutions.

Results: In clinical cases presented where agenesis of lateral incisors was resolved it was taken into account prior hearing of the treatment options of various Dentistry specialties involved: Operative Dentistry, Occlusion, Periodontics, Fixed Prosthodontics, Orthodontics and Implantology. In both cases, where different solutions are presented, we had successfully served its purpose.

Conclusion: The use of direct restoration techniques of modern Operative dentistry demonstrates the same high degree of therapeutic success compared to traditional techniques like Prosthetics and Orthodontics. Operative dentistry its methodology in aesthetic reconstruction features a fast, effective, inexpensive, successful and of great satisfaction for the patient.

Keywords: Upper lateral incisors Agensis, transformation, Operative Dentistry, aesthetics.

Índice

Capítulo 1 – Introdução

1. Introdução.....	3
1.1 Introdução à temática da agenesia de incisivos laterais superiores e a sua abordagem de reabilitação.....	3
1.2. Cronologia da erupção dentária	5
1.3. Forma e Tamanho dos dentes.....	5
1.4. Considerações oclusais: Mastigação e Deglutição.....	7
1.5. Considerações oclusais: Fonética.....	8
1.6. Considerações Oclusais: Movimentos mandibulares e contactos oclusais.....	9
1.7. Opções de Tratamento	10
1.7.1. Coronoplastia do Canino.....	10
1.7.1.1. Má-oclusão	10
1.7.1.2. Perfil.....	11
1.7.1.3.Tamanho e cor do Canino	11
1.7.1.4. Margem gengival.....	12
1.7.1.5. Tratamento	12
1.7.1.6. Retenção	13
1.7.1.7. Branqueamento dentário	13
1.7.1.8. Preparação da superfície de Esmalte	14
1.7.2. Restauração suportada por dente.....	15
1.7.2.1. Espaço necessário para o incisivo lateral superior	15
1.7.2.2. Prótese parcial fixa em resina.....	16
1.7.2.3. Posição – Sobremordida.....	16
1.7.2.4. Posição – Inclinação.....	17
1.7.2.5. Mobilidade	17
1.7.2.6. Espessura.....	17

1.7.2.7. Hábitos parafuncionais	17
1.7.3. Prótese Parcial Fixa em Cantilever	17
1.7.4. Prótese Parcial Fixa convencional de recobrimento total	18
1.7.5. Implante unitário	18
1.7.6. Selecção da resina composta	20
1.7.7. Cor e determinação de cor	23
1.7.8. Guias individualizadas de reconstrução anterior/ Matrizes	26
1.7.9. Acabamento e polimento	26
<i>Capítulo 2 – Objectivos</i>	
2. Objectivos	31
<i>Capítulo 3 – Materiais e Métodos</i>	
3. Materiais e Métodos	35
3.1. Metodologia proposta	35
3.2. Critérios de inclusão e exclusão	38
3.3. Descrição do ensaio na maquete	38
3.3.1. Maquete.....	38
<i>Capítulo 4 - Casos Clínicos</i>	
4. Casos Clínicos	49
4.1 Caso Clínico 1	49
4.2. Caso Clínico 2	65
<i>Capítulo 5 – Discussão e conclusão</i>	
5. Discussão e Conclusão	77
<i>Bibliografia</i>	
Bibliografia	85
<i>Anexos</i>	
Índice de Ilustrações	91
Índice de Tabelas	96

Modelo da História Clínica da UCP	97
Consentimento Informado	103

Capítulo 1 – Introdução

1. Introdução

1.1 Introdução à temática da agenesia de incisivos laterais superiores e a sua abordagem de reabilitação

Nos dias actuais é dada uma grande importância à estética do sorriso que, quando agradável contribui para o bem-estar psicológico e para uma boa integração social do indivíduo. A agenesia de incisivos laterais superiores pela sua localização, tem influência na estética do sorriso, o que constitui um problema de aparência e por isso um reflexo negativo, levando o paciente afectado a procurar uma solução para o problema. Os parâmetros usualmente procurados são a estética, funcionalidade, longevidade, rapidez do tratamento e que seja o menos invasivo possível. De momento existem várias abordagens possíveis de tratamento para estes casos, como a Ortodontia, colocação de Implantes, Prótese Parcial Fixa e Facetas contudo, a Dentisteria Operatória, numa interacção multidisciplinar, oferece recursos para atingir tal finalidade e cumprir com os parâmetros mais relevantes.

A agenesia dentária define-se pela diminuição numérica ou então conforme a origem grega deste termo, a própria geração. Esta alteração também pode ser denominada de anodontia parcial, hipodontia ou oligodontia, caracterizando-se pela ausência de um ou mais dentes¹.

A agenesia de um ou mais dentes faz parte das anomalias de desenvolvimento humano mais comuns ocorrendo em aproximadamente 25% da população¹. A hipodontia que se refere à ausência de alguns dentes, tem uma prevalência de 1,6% - 9,6% na dentição definitiva, excluindo a agenesia de terceiros molares. Na dentição decídua a hipodontia ocorre com menor frequência, sendo a prevalência neste caso entre 0,1% - 0,9%. Depois do terceiro molar e segundo pré-molar, a agenesia de incisivos laterais superiores é a mais frequente². Esta anomalia ocorre mais geralmente em pacientes do género feminino na proporção de 3:2 e interfere directamente na oclusão do portador, podendo ocasionar uma oclusão traumática, inclinação dos dentes adjacentes, diastemas e problemas periodontais, além de uma estética indesejável e prováveis problemas fonéticos¹.

Tradicionalmente, pensava-se que a hipodontia era resultante de um único gene de carácter dominante. Evidências recentes demonstram que a hipodontia apresenta um carácter multifactorial, disfunções endócrinas, deformidades congénitas, radiação, distúrbios

nutricionais e virais, além de traumas, são citados na literatura como principais causas da agenesia. Na área da Biologia Molecular foram identificados alguns genes envolvidos na determinação das agenesias como o MSX1 do cromossoma 4³.

Com a evolução da espécie, a face e os maxilares tendem a diminuir no sentido antero-posterior. Esta tendência retrognata acaba por limitar o espaço necessário para acomodar todos os dentes e, conseqüentemente, o último dente de cada série tende a desaparecer (terceiros molares, segundos pré-molares e incisivos laterais). Contudo, não surge repentinamente, é um processo longo, de carácter hereditário: uma geração que apresente um dente com forma anómala, como por exemplo microdóntico ou conóide, em princípio irá gerar descendentes que não possuirão mais este dente¹.

As agenesias dentárias geralmente são simétricas surgindo bilateralmente. A excepção encontra-se nos incisivos laterais superiores que, frequentemente, estão ausentes unilateralmente, sendo o do lado esquerdo o mais afectado. Na ausência de apenas um incisivo lateral, o seu homólogo geralmente apresenta anomalia de forma (conóide) ou de tamanho – microdóntia⁴.

O ponto crucial em todos os planos de tratamento deve ser a conservação da estrutura dentária. Geralmente o tratamento de escolha deve ser o menos invasivo possível mas que todavia, satisfaça os esperados objectivos estéticos e funcionais. A estética e função são fonte de grande preocupação aquando da restauração de dentes anteriores e os pormenores deverão obter a atenção devida para um melhor resultado⁵.

A abordagem da agenesia de incisivos laterais inicia-se pela criação de um espaço adequado para substituir os incisivos laterais ausentes ou pelo fechamento deste para remodelação dos caninos, para simular a presença de incisivos laterais⁶.

Existem três opções de tratamento para a agenesia de incisivos laterais superiores. A substituição pelo canino, restauração suportada por dentes ou implante unitário. O tratamento mais apropriado depende da má-oclusão, existência de espaço, proporção dentária relativa às peças dentárias adjacentes e o próprio tamanho e a cor do canino. Muitas das vezes a opção mais adequada é a substituição pelo canino, porque é o tratamento menos invasivo⁷.

1.2. Cronologia da erupção dentária

Segue-se uma tabela (tabela 1.) com as idades *standard* da cronologia dentária para o sector anterior na dentição definitiva, adaptada de Ash and Nelson. *Whreler's dental anatomy, physiology, and occlusion*, 8th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders CO., 2003:⁸.

Dentes Maxilares	Coroa completa (idade em anos)	Erupção (idade em anos)
Incisivo Central	4-5	7-8
Incisivo lateral	4-5	8-9
Canino	6-7	11-12
Dentes Mandibular		
Incisivo Central	4-5	6-7
Incisivo Lateral	4-5	7-8
Canino	6-7	9-10

Tabela 1 Cronologia do desenvolvimento dentária para os dentes definitivos do sector anterior

É muito importante para os Médicos-Dentistas a cronologia de erupção dos dentes, a partir da qual e não só, é possível identificar quaisquer agenesias dentárias que são posteriormente confirmadas com radiografias intra-orais. Portanto, coloca-se à partida a hipótese de agenesia dentária numa criança que apresente um espaço edêntulo no local do incisivo lateral permanente depois dos 9 anos de idade.

1.3. Forma e Tamanho dos dentes

O tamanho dentário é largamente determinado pela genética. Porém, existem diferenças marcadas entre algumas raças, sexo e idades⁸. Sinal de feminilidade ou de juventude são os ângulos incisais pronunciados, enquanto bordas desgastadas e dentes encurtados denotam maior masculinidade ou mais idade. Geralmente os centrais dominam a composição e estão em harmonia com os laterais e os caninos⁹.

Na antiga Grécia, acreditava-se que a beleza teria um princípio matemático exacto e poderia ser quantificada por fórmulas matemáticas como a proporção Áurea e Bela. No

entanto, apesar destas fórmulas concebidas por Pitágoras e Platão respectivamente, nos trouxeram a razão do “ideal”, há dentições saudáveis que não cumprem estes requisitos e são mesmo assim percebidas como esteticamente agradáveis. Não sendo o cumprimento destas proporções estritamente necessário⁹.

Idealmente a inclinação axial dos dentes anteriores superiores está por forma a ter as bordas incisais a convergir para mesial e a coincidir com a curvatura do lábio inferior dando maior coesão à composição dentofacial⁹.

Apesar de não serem valores ideais e serem também dependentes da totalidade dos tamanhos dentários presentes, estão referenciados tamanhos médios em mm para os dentes anteriores maxilares, para uma boa oclusão, na seguinte tabela (tabela 2.) adaptada de Ash. M. M. *Whreler’s dental anatomy, physiology, and occlusion*, 8th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders CO., 2003:⁸.

Dentes Maxilares	Comprimento da coroa	Comprimento da raiz	Diametro MD da coroa	Diametro MD em cervical	Diametro VP da coroa	Diametro VP em cervical
IC	10,5	13,0	8,5	7,0	7,0	6,0
IL	9,0	13,0	6,5	5,0	6,0	5,0
C	10,0	17,0	7,5	5,5	8,0	7,0
1PM	8,5	14,0	7,0	5,0	9,0	8,0
2PM	7,5	12/13	10,0	8,0	11,0	10,0

Tabela 2 Tamanhos médios dos dentes anteriores maxilares (em mm)

Clinicamente observa-se que o comprimento do canino é maior que o do incisivo lateral em 1mm, mesio-distalmente ao nível da coroa tem mais 1mm, em cervical os tamanhos são semelhantes, de vestibular para lingual a coroa apresenta mais 2mm, o que também acontece com o diâmetro vestibulo-lingual em cervical.

Relativamente a anatomia e morfologia dentária a literatura refere que o ponto de contacto define o vão gengival e a altura da papila interdentária bem como o vão incisal que alarga coronariamente da área de contacto^{10,11,12}. As ameias incisais desempenham um papel importante, permitem uma mastigação eficiente e conferem individualidade na dentição anterior. Outro estudo referencia o ponto de contacto como sendo uma área de contacto, a qual decresce em razão antero-posterior desde os incisivos centrais aos primeiros pré-molares bilateralmente de cerca de 4 para 3, para 2 e, para 1,5mm respectivamente. O ponto mais

apical do vão gengival é geralmente mantido todavia, o ponto mais incisal que marca o vão incisal, desce apicalmente de mesial para distal na dentição anterior. A dimensão da área proximal de contacto, deve ser tomada em consideração na elaboração de restaurações directas ou indirectas nos dentes anteriores¹². As seguintes imagens exemplificam o descrito anteriormente, cortesia de Christian F.J. Stappert.

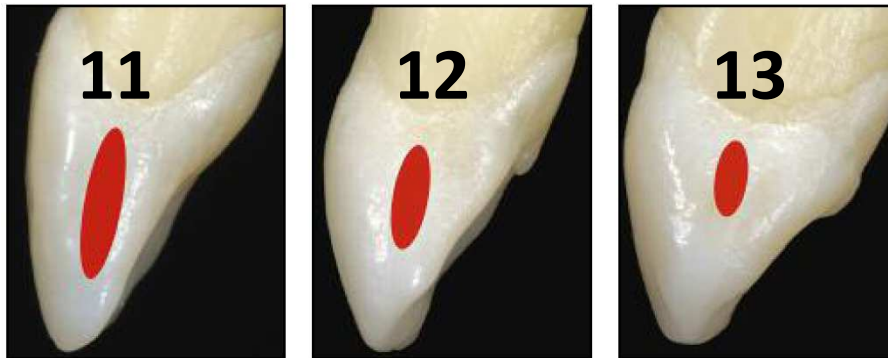


Ilustração 1 Áreas de contacto para o dente 11, 12 e 13.



Ilustração 2 Proporção de área de contacto do 2º Sextante

1.4. Considerações oclusais: Mastigação e Deglutição

Estão descritos dois tipos de contactos oclusais, os deslizantes que surgem quando há abertura e fecho na mastigação, e os contactos simples, aquando da posição de intercuspidação máxima. Na generalidade, perante cúspides altas e sulcos profundos, a mastigação é predominantemente vertical, ao passo que nos dentes gastos e planos, os movimentos mastigatórios são mais amplos¹³.

A força mastigatória varia de indivíduo para indivíduo e entre géneros, porém é descrita mais forte nos homens. Os valores de mordida máxima, para a mulher oscilam entre 35,8-44,9 kg e para o homem 53,6-64,4 kg. A força aplicada num Molar é maior que num

incisivo, os valores descritos por Howell e Manly, são de 41,3-89,8 kg para o Molar e 13,2-23,1 kg para os Incisivos centrais. A força mastigatória em si pode depender da relação esquelética facial, nomeadamente pacientes com uma acentuada divergência entre maxila e mandíbula oferecem forças menores em comparação a indivíduos com uma relação maxilo-mandibular muito fechada. A prática e o exercício, bem como o tipo de alimentação vão influenciar a força propriamente dita, como por exemplo, uma alimentação à base de alimentos mais duros vai exigir, como é compreensível, uma força mastigatória maior¹³.

Durante a deglutição num adulto, a mandíbula estabiliza-se perante um contacto íntimo entre as peças dentárias que prevalece durante mais tempo que durante a mastigação, não devendo ser descorado¹³.

1.5. Considerações oclusais: Fonética

A fonética é a terceira função básica do sistema estomatognático. Resulta da impulsão de ar através dos pulmões, laringe e cavidade oral, pelo diafragma. As cordas vocais quando contraídas criam um som com o tom desejado, a ressonância e articulação precisa do som são dadas pela cavidade oral. Consegue-se produzir diferentes sons a partir da variação das posições labiais, linguais e dentárias. Os sons nos quais os dentes constituem um papel importante são na pronúncia da letra S, Z, F e V. Na letra S os dentes maxilares e mandibulares encontram-se muito próximos uns dos outros, sem se tocarem, o ar passa na fenda deixada por estes e reproduzem o som desta letra. Na letra Z a língua toca levemente nos bordos incisais dos dentes maxilares anteriores, já na letra F e V é o lábio inferior que toca nos bordos incisais. Enquanto crianças é nos ensinado como articular as sílabas e durante a realização dos sons não deverá haver contactos dentários. Se por algum motivo, como por exemplo a agenesia de incisivos laterais, nas quais os caninos podem estar mal posicionados ou serem muito compridos e se se posicionarem no local dos incisivos laterais, podem ocorrer contactos dentários indesejados ou passagens de ar levando a criança a ter hábitos de deslocamento para conseguir efectuar correctamente os sons pretendidos sem interferências¹³.

1.6. Considerações Oclusais: Movimentos mandibulares e contactos oclusais

Os dentes anteriores estabelecem a dimensão vertical da oclusão e guiam a mandíbula nos diferentes movimentos executáveis por esta. Estes contactos são denominados de guia anterior. A articulação-temporomandibular e os músculos associados permitem que a mandíbula se movimente em três sentidos de espaço, isto é, sagital, horizontal e frontal. Ao movimentarmos a mandíbula os dentes estão sujeitos a possíveis contactos entre eles, sendo importante conhecer-se os tipos e localização dos contactos, principalmente na reabilitação oral. Os movimentos são descritos como sendo excêntricos, em protrusão, lateral e retrusão¹³.

Em protrusão, os movimentos englobam uma antero-movimentação da mandíbula a partir da posição de intercuspidação em cêntrica. Durante este movimento as vertentes guia dos dentes anteriores são os contactos entre os bordos incisais dos incisivos, ao nível das faces vestibulares dos incisivos mandibulares bem como nas fossas linguais dos incisivos maxilares (Ilustração 3 e 4)¹³. Imagem adaptada de “*Tratamiento de oclusión e afecciones Temporomandibulares*” Okeson J., 2002.

Ilustração 3 Áreas de contacto durante a antero-movimentação da mandíbula

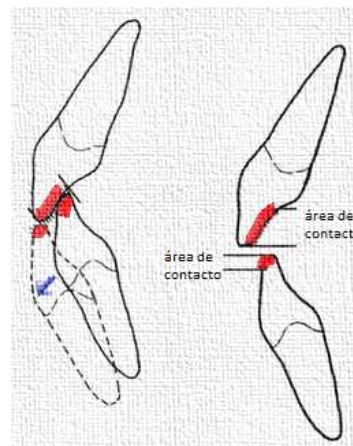
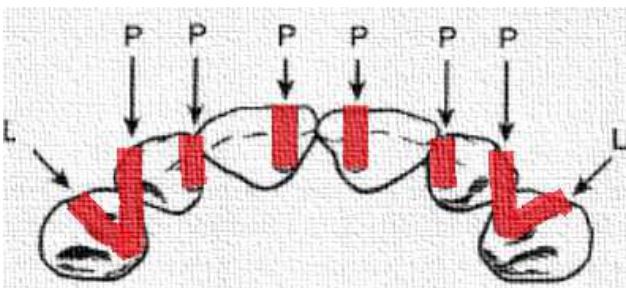


Ilustração 4 Contactos incisais em lateralidades e protrusão

Durante o movimento de excursão lateral esquerda ou direita são por norma os caninos maxilares e mandibulares a entrarem em contacto. Contactam ao nível do bordo incisivo do canino inferior e face vestibular deste, e bordo incisivo e fossa lingual dos caninos superiores. Tal como a anterior também esta é uma vertente guia, mas neste caso de lateralidade. Há que ter em conta estes contactos nas reconstruções estéticas (Ilustração 4). Imagem adaptada de “*Tratamiento de oclusión e afecciones Temporomandibulares*” Okeson J., 2002¹³.

1.7. Opções de Tratamento

Como referido em páginas anteriores existem três opções de tratamento para repor o incisivo lateral congenitamente ausente. Estes incluem coronoplastia do canino, restauração suportada por dente ou implante unitário. A selecção da opção mais apropriada vai depender da má-oclusão, espaço disponível e necessário, proporção de tamanho entre os dentes e tamanho e forma do canino, bem como da idade. Para tal, é necessário uma abordagem multidisciplinar para elaborar um plano de tratamento individual e obter a estética pretendida¹⁴.

1.7.1. Coronoplastia do Canino

Segundo Vincento O. Kokich e Gregory A. Kinzer, o tratamento ideal passa pelo método mais conservador, que é a substituição do incisivo lateral em falta pelo canino. Porém, geralmente é indispensável um tratamento ortodôntico prévio para colocar o canino na posição mais estética e funcional possível e, nem sempre este tratamento é o mais indicado para o tipo de caso clínico, portanto torna-se imprescindível uma avaliação individual e uma selecção adequada do paciente¹⁴.

1.7.1.1. Má-oclusão

Os pacientes apontados para a coronoplastia do canino podem ter dois tipos de má-oclusão. A primeira é a má-oclusão de classe II de Angle sem apinhamento mandibular, neste padrão oclusal a relação molar continua a ser de classe II e os primeiros pré-molares estão localizados na posição habitualmente ocupada pelos caninos. A segunda é a má-oclusão de classe I de Angle com apinhamento suficiente para exodontias mandibulares. Em qualquer destas duas má-oclusões, a oclusão final deve estar de modo a que em movimentos laterais excursivos, estes sejam feitos em função de grupo anterior.

Pelo tamanho maior que os caninos geralmente apresentam relativamente aos incisivos laterais, existe um excesso em tamanho no arco maxilar anterior aquando da mesialização destes para o lugar do incisivo lateral. Os caninos devem ser reduzidos para se alcançar uma sobremordida vertical e horizontal adequada. Para tal, deve ser feito previamente um enceramento diagnóstico que permita ao Ortodontista e ao Médico-Dentista avaliar a oclusão final, medir a quantidade de redução que é necessária e determinar se o resultado estético é atingível¹⁴.

1.7.1.2. Perfil

O segundo critério é o perfil. Os perfis que mais se adequam a este tipo de tratamento são os perfis equilibrados e quase rectos ou ligeiramente convexos. Os melhores tratamentos conseguem-se nos casos clínicos que cumpram os parâmetros da má-oclusão e do perfil facial¹⁴.

1.7.1.3. Tamanho e cor do Canino

O tamanho e a cor do canino são pontos cruciais que deverão ser tomados em consideração, por estes serem muito diferentes dos incisivos laterais que vão substituir. Geralmente são volumosos, principalmente ao nível da convexidade vestibular que é mais acentuada e por palatino necessitam de uma redução significativa para uma oclusão aceitável. O ajuste mesial e distal devem ser compensados com resina composta para equivaler aos ângulos mesiais e distais dos incisivos laterais⁶. Os caninos são igualmente maiores em comprimento, nomeadamente na cúspide, que deverá ser reduzida. Por vezes a redução expõe ou mostra a dentina à transparência, reduzindo a estética, carecendo posteriormente de tratamento restaurador. A cor dos caninos deverá ser o mais semelhante possível com a dos incisivos laterais contudo, apresentam geralmente uma saturação de cor de um a dois tons acima do incisivo central. Isto pode nos levar a reajustar a cor com o branqueamento dos caninos e o emprego de resinas compostas. Na impossibilidade de conseguir a coloração pretendida, está indicada uma faceta dentária. Desta forma ser-nos-á possível tornar o sorriso mais harmonioso¹⁴.

Zachrisson mostrou que a redução efectuada com instrumentos diamantados e refrigeração abundante pode ser efectuada em dentes jovens sem alteração significativa da sensibilidade todavia, pode existir alguma uma sensibilidade em resposta a alterações de temperatura nos primeiros três dias após redução^{6,16}.

Os caninos que oferecem melhor estética final são aqueles que apresentam uma largura mesio-distal na junção amelo-cementária menor. O substituto ideal do incisivo lateral é um canino da mesma cor do incisivo central, estreito a nível da junção amelo-cementária tanto vestibulo-palatino como mesio-distal, ser estreito ao nível da largura vestibulo-palatina da coroa e ter uma superfície vestibular relativamente plana¹⁴.

1.7.1.4. Margem gengival

A margem gengival do incisivo lateral superior encontram-se geralmente mais para coronal da margem gengival do incisivo central superior, já a margem gengival do canino encontra-se acima da margem gengival do incisivo central superior. Ou seja, poderá ser necessário um ajuste gengival, com gengivectomia na margem gengival do pré-molar que irá ficar na posição originária do canino e por vezes também dos incisivos centrais, principalmente nos pacientes com sorriso gengival. Outra problemática deste tipo de paciente é a eminência proeminente da raiz do canino, que por ser muito volumosa deteriora a estética final. Outra hipótese de baixar a margem gengival do canino que passará a incisivo lateral, é usar o tratamento ortodôntico para traccionar o dente e, baixar assim a margem gengival. A tracção é conseguida, quando se coloca o *braquet* mais perto da margem gengival em comparação com os dentes adjacentes, de forma a conseguir colocar a margem na posição pretendida. Para permitir que a gengiva desça os movimentos de tracção deverão ser lentos. É de referir que os movimentos de tracção exógenos são aqueles que mais recidivam, sendo uma contenção a longo prazo indispensável¹⁴.

1.7.1.5. Tratamento

Depois de traccionados os caninos, surgem frequentemente prematuridades quando contactam com os incisivos inferiores. Estas prematuridades devem ser reduzidas periodicamente durante o alinhamento dos dentes. As reduções interproximais deverão ser também realizadas sucessivamente por forma a conseguir a sobremordida horizontal pretendida. Posteriormente à correcção ortodôntica procede-se à reanatomização dos caninos. A restauração operatória à base de resinas compostas, o branqueamento dentário ou faceta cerâmica ajudará a recriar o incisivo lateral ideal em termos de contorno e coloração.

Rosa M. e Zachrisson, referem que um coadjuvante melhoramento dos incisivos centrais por vezes se mostra favorável, nomeadamente o alongamento da coroa com resina composta e/ou o branqueamento dentário. Contudo, também existem casos de insucesso em que o resultado final, após substituição pelo canino, não obedece ao patamar estético pretendido e em outros em que as restaurações em resina composta necessitam de uma manutenção maior que o meditado¹⁴.

1.7.1.6. Retenção

A retenção maxilar consiste numa retenção que engloba os seis dentes anteriores, 14, 13, 11, 21, 23 e 24, em que a parte distal e final de ambos os lados se situa na parte meso-oclusal do primeiro pré-molar. A retenção mandibular lingual alcança os caninos de ambos os lados.¹⁷.

O espaço fechado tem tendência a reabrir, de maneira que uma placa removível de retenção deverá ser usada continuamente durante seis meses e depois apenas à noite. Não foram anunciados efeitos adversos deste tipo de retenção ao longo de 10 anos¹⁷.

1.7.1.7. Branqueamento dentário

O branqueamento dentário é uma solução cada vez mais procurada pela parte dos pacientes insatisfeitos com a coloração dos seus dentes ou pela presença de pigmentos nestes. Outra categoria que preza o “branco” dos dentes, são os indivíduos que prestam serviço directo ao público, destacando sempre a boa aparência e estética dentária. Deste modo, o branqueamento é aplicado geralmente no tratamento de fluorose dentária, pigmentação por tetraciclina, insatisfação pela cor dos dentes ou coadjuvante numa coronoplastia no sector anterior, como por exemplo na agenesia de incisivos laterais superiores^{14,17,18}.

O produto utilizado na maioria das vezes é o peróxido de hidrogénio isoladamente ou associado a outras moléculas como carbamida ou perboratos e percarboratos¹⁹. Consoante as técnicas escolhidas assim também vão variar as concentrações do peróxido de hidrogénio.

Para dentes vitais, as técnicas aplicadas podem ser, o branqueamento em casa (22-50% de concentração de peróxido de hidrogénio), o branqueamento assistido (30-40% de concentração de peróxido de carbamida), branqueamento em ambulatório (10-22% de concentração peróxido de carbamida), branqueamento com produtos em regime de venda livre²⁰.

Poucas são as contra-indicações da realização do branqueamento dentário, como a hipersensibilidade dentária, pacientes muito jovens e a gravidez, sendo estas últimas objecções relativas. Na presença de restaurações em resina composta ou cerâmica, estas não serão branqueadas. As resinas compostas necessitam por norma de uma posterior substituição, no mínimo após duas semanas para permitir uma recuperação de adesividade dos tecidos

dentários aos materiais restauradores. No entanto, as restaurações podem ser efectuadas com a cor pretendida, antes de realizar o branqueamento para que, após branqueamento o resultado final coincida com a coloração da resina composta²¹.

1.7.1.8. Preparação da superfície de Esmalte

O mecanismo básico da adesão dentária reside na retenção micromecânica criada a partir de um processo de substituição dos minerais removidos dos tecidos dentários através de monómeros de resina que ao serem polimerizados ficam retidos nas micro-porosidades geradas²². A técnica adesiva permite além da adesão à estrutura dentária, uma selagem na interface dente-restauração minimizando a infiltração marginal, a sensibilidade pós-operatória e assim longevidade das restaurações^{23,24,25}.

A introdução do condicionamento ácido veio dar mais consistência e durabilidade aos resultados, porém apesar dos progressos a nível dos adesivos dentários, a adesão à dentina ainda é a menos previsível comparativamente à adesão ao esmalte. A coronoplastia do canino envolve redução essencialmente ao nível do esmalte, não se colocando o problema da não adesão à dentina¹⁸.

Ao longo dos anos, o “ataque ácido” converteu-se numa técnica clinicamente comprovada e, por isso, não tem sido sujeita a grandes alterações. O ácido ortofosfórico a 30-40%, produto usado no condicionamento ácido, quando aplicado sobre a estrutura dentária remove em primeira instância, a *smear layer*, camada esta criada a partir de detritos orgânicos pela rotação dos instrumentos rotativos ou manuais²⁶. Remove igualmente 10µm de esmalte produzindo uma superfície porosa e aumentando a área de molhamento¹⁸. Para atingir uma adesão óptima, o condicionamento deve ser realizado perante isolamento absoluto, isto é, dique de borracha a isolar o campo operatório. O ácido deve permanecer pelo menos 15s sobre o esmalte e nunca ultrapassar os 15s sobre a dentina e deve ser lavado abundantemente com água a fim de remover os sais de cálcio e de fosfato dissolvidos^{18,27}. A estrutura dentária deve ser posteriormente seca, sem ser em demasia para não colapsar a rede de colagénio, o mais adequado é usar uma pequena bola de algodão para remover o excesso de água. De seguida, o uso de uma micro-esponja ou pincel, na colocação do adesivo ajuda este material a penetrar na matriz de colagénio. O tempo de aplicação recomendado pelo fabricante deve ser sempre respeitado pelo Médico-Dentista^{18,28}.

Após aplicação do adesivo este deve ser levemente seco permitindo a evaporação dos constituintes etanol, acetona e água, a superfície deve surgir brilhante mas sem solvente a flutuar, antes de fotopolimerizar^{18,29}.

1.7.2. Restauração suportada por dente

Apesar do tratamento dos casos clínicos com agenesia de incisivos laterais superiores poder ser efectuado com a substituição pelo canino, nem todos os pacientes cumprem os requisitos, colocando-se a hipótese de se realizar a reabilitação com a designada restauração suportada por dente, isto é, uma prótese parcial fixa em resina, prótese parcial fixa em *cantilever* ou uma coroa fixa convencional. O objectivo deste tipo de restauração é igualmente a satisfação dos princípios estéticos e funcionais. Perante estes casos clínicos existe sempre a questão de quanto é necessário para colocar um incisivo lateral, no caso de se optar por distalizar os caninos³⁰.

1.7.2.1. Espaço necessário para o incisivo lateral superior

Existem três maneiras de determinar o espaço apropriado e necessário para o incisivo lateral. Primeiro, seguindo a denominada “proporção dourada” que afirma que em visão frontal directa, os dentes anteriores, de Incisivo central - Incisivo lateral - Canino superiores deverão assumir proporções de 1:0.618, sendo cada dente 61,8% maior que o dente distal adjacente. Imaginemos num caso de um incisivo central superior com 8mm de largura, numa vista frontal o incisivo lateral adjacente deverá apresentar 5mm de largura³⁰. Porém, existem dois senãos, um que a proporção dourada não nos fornece a largura total do incisivo lateral desejado e, segundo a literatura mostra que não existe uma largura ideal que torne o incisivo lateral mais estético, mas sim uma gama de larguras³¹.

A segunda forma de determinar o espaço necessário, é usando o dente contra-lateral quando este está presente e se exhibe normal no seu tamanho e forma, excluindo dentes conóides.

O terceiro método é efectuar a análise de Bolton que tem como base a comparação dos tamanhos mesio-distais dos dentes anteriores para atingir uma oclusão ideal. Efectua-se o somatório da largura mesio-distal dos seis dentes anteriores mandibulares e divide-se este valor pela soma da largura mesio-distal dos seis dentes anteriores maxilares, a proporção final

é cerca de 0,78. Permitindo calcular com a regra de três simples o valor do espaço necessário para o incisivo lateral em falta, ao atribuir um (x) ao suposto espaço desconhecido.

Ex:
$$\frac{37\text{mm}}{33.5\text{mm} + x} = \boxed{0,78}$$

Neste caso, após realização da conta, o resultado final seria de 13,94 que, dividido por dois, para os dois incisivos laterais em falta, seria 6,97mm para cada incisivo lateral.

O enceramento diagnóstico destes dentes ajuda e simplifica a visualização e posterior tratamento, para o Ortodontista ou Médico-Dentista. Afortunadamente os pacientes jovens exibem por norma dentes não-restaurados, sendo desta forma o espaço determinado pela oclusão apresentada por este. O canino deverá ocupar uma posição que permita a desocclusão anterior adequada, naturalmente estará posicionado entre a cúspide do canino inferior e pré-molar inferior. Por outro lado o incisivo central deverá estar posicionado de maneira a permitir uma sobremordida vertical e inclinação adequados para harmonizar o sorriso³⁰.

1.7.2.2. Prótese parcial fixa em resina

A prótese parcial fixa em resina é das restaurações suportadas por dentes a mais conservativa, necessita apenas de adesivo para ser fixada deixando o dente adjacente praticamente íntegro. Porém, a semi-vida destas restaurações é muito discutível e diversificada consoante os estudos existentes. O descolamento é geralmente o motivo de insucesso. A longevidade deste tipo de restauração vai depender muito da posição, mobilidade, largura, translucidez do dente pilar bem como da oclusão do paciente³⁰.

1.7.2.3. Posição – Sobremordida

Perante uma sobremordida profunda, as forças laterais de *stress* vão incidir no dente pilar levando ao fracasso destas restaurações. De tal forma que, a sobremordida para que seja ideal deverá ser mínima oferecendo uma área de adesão maior. A sobremordida anterior é determinada fundamentalmente pela altura das cúspides dos dentes posteriores ainda assim, é essencial uma sobremordida anterior adequada para que em movimentos laterais excursivos, estes últimos possam desocluir. Desta forma, pacientes com cúspides posteriores acentuadas e com sobremordida profunda estão contra-indicados para a realização de próteses parciais fixas em resina³⁰.

1.7.2.4. Posição – Inclinação

Está estudado que um objecto submetido a cargas de cisalhamento suporta mais 40% das cargas antes de falhar, comparativamente às forças de tracção. O que indica que incisivos vestibularizados que sofrem com maior regularidade tensões de tracção na interface de ligação estejam mais propícios a fracassar em análogo aos incisivos verticalizados que sofrem tensões de cisalhamento na interface.

1.7.2.5. Mobilidade

A mobilidade dos dentes pilares é uma contra-indicação deste tipo de restauração visto que, aumenta o *stress* na interface de ligação e geralmente submete o dente sem mobilidade a mais direcções de força acabando por descimentar a prótese na área de ligação ao pilar sem mobilidade e não ao que se pensaria ser no pilar com mobilidade.

1.7.2.6. Espessura

Incisivos centrais e caninos finos em espessura estão igualmente contra-indicados por poderem evidenciar à transparência o metal que suporta a prótese parcial fixa em resina.

1.7.2.7. Hábitos parafuncionais

Pacientes com hábitos parafuncionais do tipo ranger os dentes ou que exerçam consciente- ou inconscientemente compressão dentária, estão contra-indicados à restauração com prótese parcial fixa em resina, por submeterem os dentes pilares e áreas de interface restauração-dente a grandes cargas repetidas, tornando-se insustentável a reparação do dano causado ao longo do tempo.

Sintetizando, casos clínicos de agenesia de incisivos laterais superiores têm indicação para o tratamento com prótese parcial fixa em resina, nos quais os dentes pilares não apresentem mobilidade, tenham uma sobremordida anterior reduzida, a espessura vestibulo-palatina dos dentes em causa seja adequada e a translucidez se restrinja ao 1/3 incisal.

1.7.3. Prótese Parcial Fixa em Cantilever

A reabilitação com *cantilever* é a segunda mais conservativa das restaurações suportadas por dente. Usualmente o canino é o dente escolhido para dente pilar, por ser um

dente forte com uma proporção raiz - coroa bastante satisfatória. Contudo, há que ter em conta a localização e o tamanho da câmara pulpar do canino visto que, para reforçar a retenção do *cantilever* e resistência da restauração possa ser necessário utilizar pinos metálicos. A redução do canino deve ser restringida permitindo apenas o espaço para a parte metálica indispensável a cimentar. É importante neste caso referir que para prolongar a longevidade da reabilitação, os contactos oclusais em movimentos excursivos devem ser inexistentes. Alguns dos motivos de fracasso, são a fractura do dente pilar, descimentação, perda dentária por cáries recorrentes, fractura da prótese, problemas periodontais e reacção apical. Sobretudo ocorrem fracassos em dentes endodonticamente tratados^{30,32}.

1.7.4. Prótese Parcial Fixa convencional de recobrimento total

Vulgarmente este método de tratamento, é aplicado quando já existe *a priori* alguma destruição dentária do dente pilar, tanto por cárie, como por fractura ou simplesmente quando se pretende uma estética diferente do pilar existente, associado a uma prótese parcial fixa que restaure a área edêntula do incisivo lateral superior em falta. Nesta condição como a redução dentária é mais invasiva, pacientes jovens poderão estar contra-indicados pelo abrangente tecido pulpar que frequentemente apresentam. A colocação de coroas convencionais metalocerâmicas pode estar igualmente associadas ao tratamento ortodôntico, mesializando os caninos para o local dos incisivos laterais, procedendo-se de forma semelhante à coronoplastia do canino em Dentisteria Operatória. Porém, utilizando procedimentos um pouco mais invasivos. Para não preparar excessivamente os caninos, estes deverão ser colocados com a face vestibular de forma paralela ao eixo longitudinal do incisivo central do mesmo quadrante e a face vestibular dos incisivos centrais deverá corresponder ao eixo longitudinal dos caninos³⁰

1.7.5. Implante unitário

Dados científicos demonstram que a osteointegração é um facto e que a funcionalidade a longo prazo existe, deste modo a colocação de implantes unitários na posição dos incisivos laterais aquando do tratamento de agenesia destes, tem-se tornado cada vez mais frequente. Uma das grandes vantagens desta reabilitação implantar face aos outros tratamentos descritos anteriormente, é de não necessitar de intervir directamente nos dentes adjacentes no entanto,

pode requerer uma intervenção ortodôntica para abrir o espaço necessário à colocação do implante.

A coroa de um incisivo lateral superior mede em média 5 a 7 mm de largura mesio-distal, para além disso, deve-se manter 1,5 a 2 mm entre a cabeça do implante e o dente adjacente para um desenvolvimento saudável da papila interdentária. Tendo isto em conta, a escolha do implante vai depender do espaço disponível que se apresente^{8,33}.

Outro parâmetro a considerar é a quantidade óssea disponível para colocação de implante. No caso do canino erupcionar adjacente ou muito próximo do incisivo central a quantidade óssea disponível, para colocação de implante será em princípio adequada. Distalizando o canino a quantidade óssea manter-se-á até à colocação do implante. Por outro lado, se o canino erupcionar no local estimado para este e o espaço respectivo ao incisivo lateral se mantiver edêntulo, o crescimento ósseo vestibulo-palatino do alvéolo comprometer-se-á e a espessura não se desenvolverá como pretendido. Nestes casos, um enxerto ósseo será indispensável para assegurar estabilidade do implante³³.

Após exame radiográfico através da Ortopantomografia, uma Radiografia periapical deve ser executada para melhor percepção da posição do Canino permanente. No caso da coroa deste último se situar apicalmente à raiz do canino decíduo, a exodontia do incisivo lateral decíduo deve ser efectuada para permitir a erupção do canino permanente junto do incisivo central³³.

A espera pelo cessamento do crescimento ósseo dos pacientes indicados à colocação do implante é uma das grandes desvantagens, outro inconveniente dos implantes é a infra-oclusão sucedida de erupção contínua dos dentes adjacentes, o que também acontece mesmo em pacientes em idade adulta^{17,34}.

Para além desta problemática, pode surgir uma coloração azulada na margem gengival vestibular, causada por reabsorção do osso. Estudos revelam que 50% dos casos de colocação de implantes, com um *follow-up* de quatro anos, evidenciam esta mesma coloração azulada³³.

A exposição do pilar protético é outra complicação que pode surgir, esta pode ser causada pela escovagem dentária incorrecta. Uma papila deficiente pode deteriorar o resultado estético tão pretendido.

Tuverson é da opinião que até o próprio canino apesar de ter uma saturação maior que o incisivo central, consegue disfarçar e assemelhar-se melhor a este, que o próprio implante^{17,33}.

As vantagens e complicações da colocação de implantes na agenesias de incisivos laterais superiores seguem-se na seguinte tabela, cortesia de Professor Dr. Marco Rosa¹⁷.

Vantagens dos implantes unitários	Complicações comuns dos implantes unitários
<ul style="list-style-type: none"> • Oclusão posterior óptima • Estética satisfatória a curto-prazo • Tratamento ortodôntico curto e simples • Osteointegração contínua • Não intervenção nos dentes adjacentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraoclusão progressiva (mesmo em adultos) • Falta de verticalização em comparação com os dentes naturais • Não-ajustável ortodonticamente • Coloração azulada na margem gengival vestibular • Visibilidade do pilar metálico ou cerâmico ao longo do tempo • Recessão interproximal (particularmente papila distal) • Dificuldade em tornar a coroa cerâmica semelhante ao natural • Observação a longo prazo (10-15 anos) diminuta

Tabela 3 Vantagens e complicações da colocação de implantes na agenesia de incisivos laterais superiores

1.7.6. Selecção da resina composta

Actualmente a restauração de dentes anteriores com resinas compostas possui um grande potencial estético, em virtude do conhecimento científico, da evolução e da oferta de materiais com boas propriedades mecânicas e estéticas³⁵. Com as novas resinas compostas micro-híbridas conseguem-se resultados bastante satisfatórios. Estas últimas apresentam uma ampla oferta de cores estéticas. Procedimentos minimamente invasivos associados a um menor custo relativamente às cerâmicas e a evolução das técnicas adesivas, possibilitaram a realização de restaurações directas complexas em dentes anteriores³⁶. Contudo, desde o

potencial disponível até à concretização clínica final, existem diversos aspectos críticos a ultrapassar que residem fundamentalmente na selecção e aplicação dos materiais, que por sua vez estão intimamente relacionados com o conhecimento e capacidade clínica dos profissionais, tornando-se num grande desafio biológico, estrutural e estético.

As restaurações em resina composta de dentes anteriores são consideradas como tratamento de primeira escolha em coronoplastias pequenas e médias de dentes com anomalias de forma, tamanho ou posição isoladamente ou associadas a tratamentos multidisciplinares³⁷. As opções terapêuticas para resolução de problemas estéticos podem ser encaradas segundo a opção mais simples e conservadora ou segundo procedimentos mais avançados e invasivos, consoante o grau de severidade do problema e as próprias expectativas e condições sócio-económicas do paciente.

A abordagem e resolução de grande parte dos problemas estéticos no sector anterior podem ser conseguidas com sucesso. A execução de restaurações directas com resina composta são geralmente previsíveis e apresentam algumas vantagens em comparação com as cerâmicas. A estrutura dentária remanescente é reforçada e preservada com a eficácia dos sistemas adesivos actuais, permitindo a realização de técnicas menos invasivas, simples e rápidas. Para além das vantagens mencionadas, pode encontrar-se outras inerentes à facilidade na reparação, o baixo custo e o índice estético. Neste sentido, torna-se indispensável um percurso de aprendizagem por forma a alcançar bons resultados³⁷. Em contrapartida, as propriedades mecânicas e ópticas são inferiores, apresentam menor resistência estrutural, menor estabilidade de cor e menor biocompatibilidade no entanto, estas circunstâncias geralmente quando surgem, surgem a longo prazo.

No que se refere à escolha da resina composta propriamente dita, segundo a sua composição inorgânica, as resinas micro-híbridas constituem geralmente a primeira opção de tratamento nas grandes restaurações anteriores³⁸. Eventualmente poderão ser completadas por uma camada vestibular final única de resina microparticulada, desde que o “corpo” seja elaborado com resina composta micro-híbrida. Lamentavelmente as resinas microparticuladas são geralmente mais fracas (resistência a impactos) que as resinas micro-híbridas, e por isso não são comumente recomendadas para restaurações de ângulos incisais. Contudo, como mencionado anteriormente, são geralmente usadas em conjunto com resinas micro-híbridas. As resinas micro-híbridas são utilizadas para reproduzir o esmalte palatino, a dentina, auxiliar o disfarce de fundo e conferir alguma resistência flexuosa à restauração, já as resinas

microparticuladas são utilizadas para reproduzir o esmalte e as suas características de lisura, transparência e brilho³⁹.

As utilizações de resinas de diferentes fabricantes na mesma restauração podem ser aplicadas sem que ocorram perdas aparentes ao longo dos anos. Para a obtenção de restaurações mais naturais, é fundamental o uso de resinas com diferentes graus de “transparência”, principalmente na reprodução do terço incisal. A diferença de graus de “transparência” varia de fabricante para fabricante, o que também acontece com a presença de alguns pigmentos³⁹.

A reprodução do terço incisal é um dos maiores desafios restauradores, sendo que o efeito de opalescência do esmalte e refração da luz se pode obter através do uso de uma discreta camada de resina mais opaca ou de um desgaste ligeiro e intencional na região do bordo incisal, previamente reconstruído com uma resina “transparente”³⁹. Alguns autores indicam para este caso a aplicação de uma resina com tonalidades de “azul” ou “laranja” para dar o efeito do rebordo incisal⁴⁰.

Também se pode obter resultados excelentes ao utilizar apenas as resinas micro-híbridas, o inconveniente neste caso é a dificuldade em obter uma superfície lisa e brilhante³⁹.

Após estudo e trabalho árduo ao longo dos últimos 20 anos Dr. Lorenzo Vanini colaborou para a inovação na área da estética, sendo lançada no mercado a gama de compósitos Enamel plus HFO da Ivoclar Vivadent. Dr. Lorenzo Vanini desenvolveu igualmente uma técnica que se baseia na estratificação sistemática das camadas do compósito, tornando imperceptíveis as linhas de separação entre restauração e estrutura dentária sadia. O sistema de compósitos HFO inclui, sete cores para dentina (UD1 (A1), UD2 (A2), UD3 (A3), UD3,5 (A3,5), UD4 (A4), UD5 (IR5), UD6 (IR6) segundo escala Vita®), três para esmalte genérico (GE1, GE2 E GE3), um esmalte opalescente para casos especiais (OBN), dois esmaltes opalescentes de caracterização (OW e AO), dois esmaltes intensos (IM e IW), seis para manchas fluorescentes e um conector de vidro. As dentinas universais (UD) têm alta opacidade e fluorescência evoluindo nesse aspecto em relação aos últimos compósitos, têm também um croma, matiz e valor (brilho) mais perto e à semelhança dos dentes naturais. Os compósitos esmaltes genéricos (GE) apresentam menor opacidade relativamente à dentina e uma translucidez mais calibrada, permitindo desta forma transparecer a matiz da dentina sem decrescer o valor da restauração^{41,42}.

Contudo, como o sistema não cumpria por completo os índices desejados de refração, e levava os profissionais adicionar mais compósito esmalte, aumentando o brilho da restauração e a espessura, contribuía para o efeito chamado de ‘efeito de vidro’, que nem sempre rectificava o equilíbrio entre reflexão e refração e a aparência da restauração final⁴².

Foi então introduzido o sistema HRI para corrigir os índices de refração. Estes compósitos copiam os efeitos da estrutura dentária natural na sua aparência, sem que seja necessário a adição de uma camada mais espessa de compósito de esmalte. Como já a sigla refere HRI – *High Refraction Index* – Elevado índice de refração. É aplicado na mesma grossura das camadas esmalte e dentina do dente natural o que facilita e torna o trabalho mais coerente⁴¹.

O compósito esmalte do sistema HRI é composto por partículas nano-híbridas para melhores as propriedades físicas, de polimento e de manuseamento, já o compósito de dentina é composto por partículas micro-híbridas⁴².

Existem outros sistemas de compósitos estéticos actuais como Filtek Supreme XT da 3M ESPE, Ceram-X Duo da Dentsply e Tetric EvoCeram da Ivoclar Vivadent, etc. Estudos recentes mostram que todos exibem uma estética com 91-96% de aceitação. O Tetric EvoCeram e Ceram-X Duo devem ser recomendados quando os desejos estéticos são menos importantes e/ ou quando o tempo de trabalho é escasso e exige maior rapidez de realização, como por exemplo em pacientes complicados. Nos pacientes exigentes com a estética final a melhor opção será Filtek Supreme XT ou Enamel plus HRI⁴³.

1.7.7 Cor e determinação de cor

O sucesso do resultado estético depende muito da cor da restauração, esta deve ser o mais semelhante possível com a estrutura dentária natural subjacente, principalmente no sector anterior. Existem alguns parâmetros que devem ser tomados em conta aquando da selecção da cor. Entre os quais, a luz incidente deve ser uma luz natural de um dia de sol para não alterar a cor do dente e assim a nossa escolha, os dentes devem encontrar-se hidratados, pelo facto de apresentarem uma cor mais clara e opaca quando são demasiadamente secos ou preparados com condicionadores ácidos. A fotopolimerização também aclara um pouco o compósito, podendo induzir em erro durante a escolha. Deste modo, a cor deverá ser escolhida antes de iniciar o procedimento, podendo se colocar o compósito fotopolimerizado

directamente sobre o dente a restaurar e comparar com a cor pretendida. A distância ideal para a escolha da cor deve ser de cerca de 30 cm e não se deve olhar para a escala e para os dentes mais de cinco segundos, por originar fadiga visual^{40,44}.

Deve ser tomada especial atenção às transições de cor que se encontram sobretudo nas faces vestibulares, e saber que os compósitos têm uma cor e gradiente específicos, que são afectados pelo espessamento do material. Quanto mais fina a camada de compósito, mais translúcido se apresentará. A luz é parcialmente absorvida pelo compósito, a que passa pela camada de compósito e alcança a superfície subjacente é parcialmente absorvida e reflectida. Assim, a transparência e a profundidade da cor da superfície subjacente têm efeitos significativos na cor final. Por fim, é sempre bom ter uma segunda ou terceira opinião relativamente à escolha da cor⁴⁴.

É fundamental conhecer os diferentes parâmetros ópticos dos dentes e do material que as restaurações devem reproduzir para alcançar a estética desejada⁴⁰.

Pelo facto dos dentes serem constituídos por tecidos diferentes (esmalte, dentina e polpa) que evidenciam propriedades ópticas distintas, são denominados de estruturas policromáticas. Relativamente à cor, a sua interpretação é subjectiva e exige uma compreensão de todos os seus componentes, da mesma forma o modo como o dente interage com a luz, observando a sua ampla gama de detalhes próprios. Geralmente atribui-se a cor à dentina, contudo esta está também dependente da textura superficial, translucidez, e opalescência do esmalte, bem como da junção amelo-dentinária.

Quando falamos em cor, há que referir os parâmetros que a caracterizam e influenciam: a matiz, o croma, o valor, a translucidez e os efeitos de opalescência e fluorescência.

A matiz é o que distingue uma família de cores da outra. Na escala Vita® é representada pelas letras A, B, C e D. Esta característica está essencialmente dependente da dentina, geralmente não varia no mesmo dente nem na mesma arcada e não corresponde a um parâmetro muito crítico pelo facto de, existirem matizes relativamente limitadas que variam entre os tons amarelo e laranja⁴⁰.

O croma corresponde à intensidade da matiz e é representado por um número que aumenta com a respectiva saturação da matiz (A1, A2, A3, A3.5, A4). Geralmente diminui de

cervical para incisal, do centro para a periferia no mesmo dente e dos dentes posteriores para os anteriores ao longo da mesma arcada.

O valor/brilho, define-se como a quantidade de branco de um objecto que, por sua vez pode ser o ponto crucial no resultado estético da restauração. Intrinsecamente relacionado com o esmalte encontra-se em menor concentração no terço cervical e maior no terço médio, variando inversamente com o croma. A escala que organiza primeiro pelo valor e só depois pelo croma e matiz é a Vita® 3D Master.

A quarta dimensão da cor é a translucidez, esta representa o estado de aparência entre o completo opaco (ex: marfim) e a completa transparência (ex: vidro). Clinicamente é difícil de determinar e é muito dependente da própria translucidez intrínseca do esmalte e da dentina⁴⁰.

A opalescência é uma característica que alguns objectos possuem de transmitir apenas determinados comprimentos de onda da luz e de reflectirem outros. Ocorre quando o objecto, neste caso a pedra Opala, de onde o nome deriva, possui partículas com dimensões menores que os comprimentos de onda da luz visível incidente (0,4µm no violeta/azul até 0,7µm na zona do vermelho). Esta é igualmente uma propriedade óptica e dinâmica do esmalte tornando a reprodução difícil. O tamanho dos cristais de hidroxiapatite do esmalte é capaz de reflectir os comprimentos de onda mais baixos (gama dos azuis) e de transmitir os comprimentos de onda maiores (gama do laranja e vermelho) do espectro da luz visível. Sob luz reflectida os dentes apresentam um aspecto azulado e perante luz transmitida estes apresentam aspecto alaranjado, principalmente no terço incisal.

A fluorescência dentária é caracterizada pela absorção de luz ultra-violeta e emissão de luz num comprimento de onda baixo, no limiar azul, do espectro visível. Esta emissão confere à estrutura dentária um brilho e luminescência intensa. Esta capacidade de emitir luz deve-se à componente orgânica do dente, que por sua vez é três vezes maior na dentina que no esmalte. Nos dias de hoje é importante conferir essa propriedade óptica aos materiais restaurativos, nomeadamente às resinas e cerâmicas⁴⁰.

Relativamente às escalas de cor, deverão ser utilizadas as dos fabricantes ou escalas feitas pelo próprio profissional, com pedaços das resinas compostas fotopolimerizadas durante 60 segundos.

A selecção da matiz e do croma devem ser feitos a partir do terço cervical do dente, onde a saturação e opacidade são maiores, conferidos pela maior espessura de dentina e camada de esmalte mais fina. Para reproduzir a matiz e o croma da dentina podem ser utilizadas resinas micro-híbridas que conferem resistência, opacidade e fluorescência. Para elaborar a camada de esmalte podem ser utilizadas igualmente resinas micro-híbridas, porém aquelas com propriedades de esmalte. Para um maior brilho, translucidez e menor fluorescência da camada que vai mimetizar o esmalte, as resinas mais indicadas seriam as microparticuladas.

Actualmente existem métodos tecnológicos mais avançados, como câmaras fotográficas digitais associadas a programas informáticos de análise das propriedades ópticas dos dentes e utilização de luzes calibração que por sua vez facilitam a selecção de cor⁴⁰.

1.7.8. Guias individualizadas de reconstrução anterior/ Matrizes

O uso de matrizes individualizadas para restaurações grandes de dentes anteriores é pertinente, dado que ajuda na colocação das resinas em quantidades e locais adequados, evitando excessivos desgastes no acabamento. O seu uso está particularmente indicado em dentes com perdas do terço incisal, grandes cáries, fracturas, malformações ou apenas por substituição de restaurações íntegras mas eteticamente deficientes.

No que diz respeito aos materiais mais usados e disponíveis para a confecção destas guias individuais, podem ser os silicones de impressão ou de registo de mordida, preferencialmente com elevada carga inorgânica, as placas de polietileno transparentes termoformadas ou as resinas acrílicas transparentes⁴⁰.

1.7.9. Acabamento e polimento

O resultado estético final depende muito do acabamento e polimento. Existem autores que defendem a execução destes procedimentos terminais numa consulta posterior, por outro lado outros autores narram que o processo de acabamento e polimento na sessão de restauração, não provoca qualquer alteração no resultado final e não compromete a semivida dos materiais.

Segundo a indicação de acabamento e polimento numa consulta subsequente, deve ser realizada na consulta de reconstrução, idealmente um ajuste funcional removendo contactos prematuros, um acabamento sumário com remoção dos excessos para evitar agressões biológicas para os tecidos moles e de suporte e, acertar de forma a tornar mais agradáveis, a dimensão, a forma e a macrotextura.

Na consulta seguinte deve-se rever os aspectos funcionais e biológicos e aperfeiçoar os aspectos estéticos, entre eles constam a forma e perfil de emergência, reajuste da macrotextura, como por exemplo dos lóbulos ou sulcos de desenvolvimento, dos ângulos de reflexão e das linhas de transição, devendo-se observar a restauração de diferentes ângulos e incidências de luz. A criação da microtextura superficial é essencial, esta exige grande destreza manual e observação pela parte do profissional. Por fim, afinar o polimento e o brilho, realçando as zonas mais características e evitando um excessivo polimento que confere artificialidade²⁹.

Sumariamente o acabamento poder ser efectuado com brocas diamantadas ou laminadas em contra-ângulo, tiras de lixa interproximais, discos e borracha de polimento. Nas faces vestibulares os discos devem ser evitados por removerem a macro e microtextura, em contra-partida são aplicados nos ângulos e linhas de transição para zonas interproximais. Para ajuste da macro e microtextura podem ser utilizadas brocas diamantadas de grão 25, 15 ou mesmo 10, a baixa rotação. Para ultimar, no polimento final podem-se usar discos diamantados pouco abrasivos, estes vão realçar as áreas de maior valor, discos ou taças de borracha, discos de feltro com pasta de polimento e escova de *nylon*. Dada a dinâmica comportamental dos dentes ao longo da vida, existe alguma inconsistência na capacidade das restaurações manterem o seu desempenho estético. Em pacientes desportivamente activos devem ser aplicados protectores bucais ou goteiras para evitar danos nas restaurações anteriores⁴⁰.

Capítulo 2 – Objetivos

2. Objectivos

Objectivo geral

- Proposta de uma actuação a seguir na abordagem de casos clínicos de agenesia de incisivos laterais superiores, baseada numa vertente multidisciplinar sequencial aos recentes avanços em medicina dentária.

Objectivos específicos

- Revisão crítica dos modelos de abordagem integrada multidisciplinar, através da contribuição da Ortodontia, Oclusão, Prótese Fixa, Periodontologia e Implantologia.

3. Materiais e Métodos

3.1. Metodologia proposta

- A. **Este trabalho foi realizado com base numa revisão bibliográfica**

- B. **São apresentados dois casos clínicos, em que se demonstra um tratamento multidisciplinar cuidadoso, enunciando-se os procedimentos adoptados na sua concretização através de ilustrações fotográficas que ajudam a tornar mais claros os passos do procedimento.**

Descrição detalhada

O plano de trabalhos proposto baseia-se na seguinte metodologia:

i. Revisão bibliográfica;

Através da revisão bibliográfica pretendeu-se ter um conhecimento mais aprofundado sobre qual o melhor tratamento no caso de agenesia de incisivos laterais, se o fechamento ou abertura de espaço. Relativamente ao fechamento de espaço, quais as características fundamentais a ter em conta na transformação dos caninos a incisivos laterais, como por exemplo cor, tamanho, forma, zénite gengival correcto, torque, guias caninas e lateralidades e quais os métodos/técnicas multidisciplinares a efectuar, que passem fundamentalmente pela Dentisteria Operatória, para alcançar o resultado estético pretendido.

ii. Definição da metodologia clínica integrada dos pacientes;

Fazer uma recolha de dados radiográficos, fotografias intra- e extra-orais, registo maxilo-mandibular, moldes e vazamento de modelos de gesso, montagem em articulador para posterior enceramento dos caninos e realização das respectivas matrizes/ guias individualizadas, caninos estes que vão substituir os incisivos laterais congenitamente em falta. Se desejado pela parte do paciente pode ser realizado o branqueamento externo dos dentes anteriores ou apenas dos caninos, antes da coronoplastia, para otimizar a estética do sorriso natural pretendido e atenuar assim o contraste acentuado que normalmente se verifica

entre caninos e incisivos centrais. Apesar de existirem diversos sistemas de compósitos, foram escolhidos os sistemas Enamel plus HRI e HFO, por serem os que estavam disponíveis na clínica da UCP. Este último tem ótimas propriedades ópticas, de acabamento e polimento bem como de resistência, oferece um manuseamento igualmente simples e resultados estéticos finais compensadores.

iii. Abordagem multidisciplinar individual;

Revisão dos protocolos de actuação de cada área de interesse na resolução da agenesia dos incisivos laterais superiores. Discussão dos casos clínicos com cada uma das áreas envolvidas na decisão terapêutica desta problemática e proposta de um plano de acção multidisciplinar.

iv. Dois casos clínicos;

- 1) H.L.M. Processo n° 20'959 → Para estudo e realização de um plano de tratamento com execução do tratamento
- 2) L.E.F.S.B Processo n° 20'704 → Para estudo e realização de um plano de tratamento com execução do tratamento.

TÉCNICA OPERATÓRIA:

Considerações iniciais:

Depois de realizado um correcto diagnóstico e plano de tratamento e, antes de iniciar o tratamento, algumas considerações devem ser feitas:

- a. O paciente deve ler e assinar o consentimento informado
- b. Os caninos devem encontrar-se numa posição justa-distal relativamente aos incisivos centrais
- c. O branqueamento dentário se desejado deve ser efectuado antes de qualquer restauração
- d. Os pré-molares devem assegurar alguma estabilidade oclusal e em lateralidades/função de grupo
- e. As restaurações finais dos caninos não devem apresentar contactos prematuros

- 1) **Registo de cor** - a avaliação da coloração para os novos “incisivos laterais” deve ser feita junto dos incisivos centrais superiores. A cor do Esmalte deve ser escolhida no bordo incisal dos incisivos centrais e a cor da dentina no terço médio e gengival, perante dentes humedecidos, luz natural e escala de cor do sistema Enamel plus HRI e HFO.
- 2) **Anestesia** - Para minimizar alguma sintomatologia e/ou sensibilidade anestésiamos o nervo alveolar superior anterior através de uma infiltração anestésica no fundo do vestíbulo.
- 3) **Isolamento absoluto do Campo Operatório, se impossível obrigatório efectuar isolamento relativo** - O isolamento absoluto deve ser realizado com dique de borracha e wet-jet a englobar até 1º Pré-molar de cada lado e ajustado com arco. No caso do dique de borracha entrar em contacto com estrutura dentária a ser restaurada efectuar isolamento relativo com rolos de algodão, fio de retracção, cânula aspirativa em função contínua, matriz de acetato e cunhas.
- 4) **Redução interproximal, incisal e realização de bisel** - execução da redução com brocas diamantadas de grão fino troncocónicas, cilíndricas e em chama.
- 5) **Reconstrução com compósito de propriedades estéticas** - utilização de ácido fosfórico para condicionar a superfície dentária, adesivo, guia/matriz de silicone, previamente preparada com ajuda do enceramento dos dentes 13 e 23, para coronoplastia dos dentes em causa e compósitos Enamel plus HRI e HFO.
- 6) **Acabamento e Polimento final** - realização com brocas diamantadas de grão 25, 15 ou 10 a baixa rotação, discos de polimento de contra-ângulo, lixas interdentárias para compósito, cúpulas, discos de borracha, discos de feltro e pasta de polimento. Deverá fazer-se a averiguação e correcção de contactos prematuros com ajuda de papel articular e em movimentos excursivos.

3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão	Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes maiores de 18 anos, colaborantes • Consentimento informado aceite • Posição justa-distal dos caninos relativamente aos incisivos centrais • Hábitos de higiene oral satisfatórios 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes fumadores • Pacientes não colaborantes • Problemas periodontais graves

Tabela 4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas três pacientes do sexo feminino maiores de 18 anos que, aceitaram o consentimento informado, tinham os caninos superiores justa-distal dos incisivos centrais superiores e apresentavam hábitos de higiene oral satisfatórios. Não eram fumadoras e não apresentavam doença periodontal grave.

3.3. Descrição do ensaio na maquete

3.3.1 Maquete



Ilustração 5 Estado inicial, dentes 13, 11, 21 e 23 (naturais) incorporados em silicone



Ilustração 6 Catalisador do material de impressão (utilizado neste caso para fazer a base da maquete)



Ilustração 7 Material de impressão à base de vinilpolisiloxano, um elastômero de adição



Ilustração 8 Alginato (Orthoprint da Zhermack) com impressão da maquete



Ilustração 9 Impressão vazada a gesso tipo IV



Ilustração 10 Modelo de gesso da maquete - estado inicial



Ilustração 11 Após reanatomização com carver dos dentes 13 e 23, confecção da guia/matriz de silicone de adição individualizada



Ilustração 12 Corte da guia de silicone pelo bordo incisal



Ilustração 13 Corte da guia de silicone pelo bordo incisal (vista anterior)

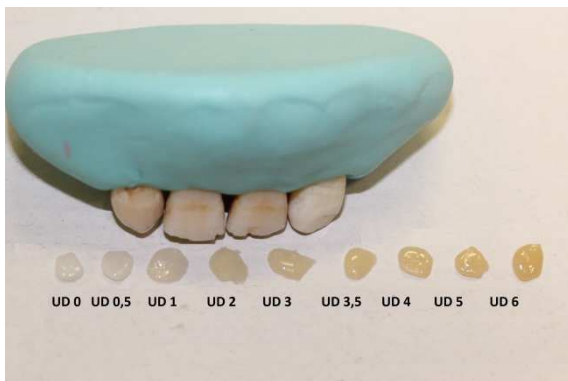


Ilustração 14 Escolha da cor da dentina, no 1/3 cervical e 1/3 médio dos incisivos dos incisivos



Ilustração 15 Escolha da cor do Esmalte, no 1/3 incisal



Ilustração 16 Broqueiro da clínica da UCP utilizado



Ilustração 17 Broca colocada perpendicular ao longo do eixo do dente, redução até 1mm mais curto que o incisivo central adjacente



Ilustração 18 Redução distal, remoção da vertente convexa distal do canino, tornando a face distal mais recta



Ilustração 19 Redução ligeira da face vestibular até ficar com a mesma inclinação da face vestibular do incisivo central



Ilustração 20 Dente 13 e 23 reduzidos por incisal, distal, vestibular e palatino.



Ilustração 21 Vista palatina da redução efectuada



Ilustração 22 Vista vestibular da redução efectuada



Ilustração 23 Isolamento dos incisivos com fita Teflon e condicionamento ácido



Ilustração 24 Colocação do adesivo

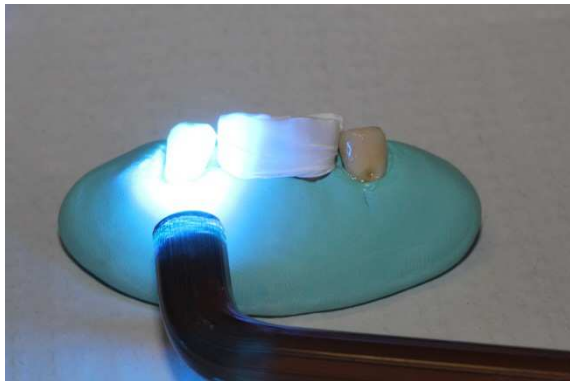


Ilustração 25 Fotopolimerização do adesivo



Ilustração 26 Adesivo Excite F (da marca Ivoclar Vivadent, é um adesivo monocomponente), ácido ortofosfórico a 37%, microbrush e matriz de acetato (Kerr Hawe Striproll de 6mm) utilizados



Ilustração 27 Guia de silicone com compósito escolhido



Ilustração 28 Matriz de acetato e cunha colocada entre o dente 13 e 11 e guia de silicone colocado na face palatina para polimerização do compósito palatino



Ilustração 29 Colocação do compósito de corpo mais escuro (dentina)



Ilustração 30 Compósito de corpo mais claro no bordo incisal e recobrimento do corpo mais escuro



Ilustração 31 Face vestibular pós-polimerização



Ilustração 32 Face palatina pós-polimerização



Ilustração 33 Parede palatina com compósito de Esmalte



Ilustração 34 Após compósito de corpo mais escuro e mais claro, seguido do bordo incisal (dentina) recobrimento com compósito de esmalte



Ilustração 35 Polimerização final

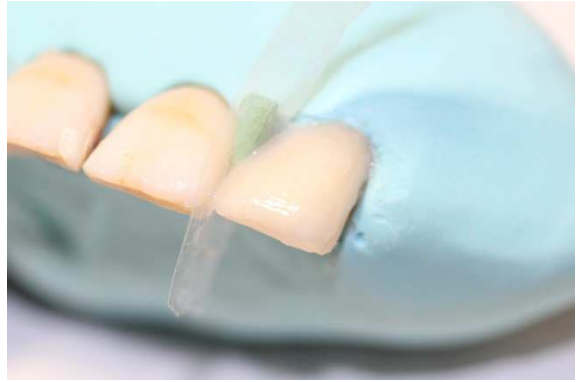


Ilustração 36 Vista vestibular



Ilustração 37 Maquete sobre fundo branco, percepção do bordo incisal alaranjado



Ilustração 38 Maquete sobre fundo escuro, percepção do bordo incisal azulado



Ilustração 39 Correção dos ângulos, Acabamento e Polimento



Ilustração 40 Polimento com pasta de polimento Shiny Enamel plus A



Ilustração 41 Polimento com pasta de polimento Shiny Enamel plus B

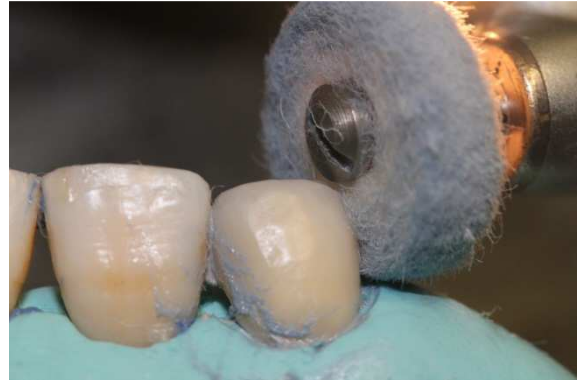


Ilustração 42 Polimento com disco de Feltro para passar lustre



Ilustração 43 Aspecto final após acabamentos e polimento

Capítulo 4 - Casos Clínicos

4. Casos Clínicos

4.1 Caso Clínico 1

Síntese da História Clínica

H.L.M - Processo n° 20' 959 (Sexo: Feminino. Data de nascimento: 13/10/1959)

Paciente dirigiu-se à clínica para “fazer uma limpeza à boca”, tendo sido acompanhada na área da Periodontologia. Diagnóstico periodontal: Periodontite crónica moderada.

Referiu visitar regularmente o médico assistente e efectuar análises de rotina com regularidade. Nestas últimas evidenciou colesterol aumentado. Queixou-se igualmente de dores na coluna, informando ter artroses e de fazer hematomas com facilidade. Mencionou não ter qualquer tipo de alergia, quer a materiais médicos, quer a antibióticos ou outros medicamentos. Não consome álcool nem tem hábitos tabágicos. Efectua a higiene oral duas vezes ao dia (de manhã e à noite) e usa elixir oral. Confessa utilizar raramente o fio dentário.

Quando questionada sobre a aparência do sector anterior superior, afirmou ter notado ser “diferente das outras pessoas, tendo uns dentes mais afiados”. Colocou-se-lhe a hipótese de alterar o formato dos caninos explicando todos os processos, vantagens e desvantagens e cuidados a ter. A paciente mostrou-se bastante interessada ficando até ansiosa pela nova aparência.

Observação da paciente

Extra-oral

A paciente encontrava-se equilibrada, com noção do tempo e do espaço, não evidenciava quaisquer lesões extra-orais nem assimetrias. A face apresentava-se oval (linha preta), segundo a regra dos 1/3 (trichion, glabella, sub-nasal e mentoniano) mostrava-se com o 1/3 superior mais pequeno (linhas brancas). A linha média da face (linha azul), corresponde à linha média dentária e é perpendicular ao plano bipupilar e aos bordos dos incisivos centrais (linhas vermelhas). Em vista lateral a face mostra-se ligeiramente convexa. Em posição de intercuspidação máxima (PIM) o dente 13 oclui topo-a-topo com o dente 43 e o dente 23 oclui topo-a-topo com o dente 32.

Intra-oral

Na avaliação intra-oral o palato evidenciava um tórus palatino, as gengivas estavam ligeiramente inflamadas na zona dos molares, a higiene oral encontrava-se satisfatória e não havia indicação de alterações a nível dos tecidos moles. Quando interrogada sobre os incisivos laterais em falta a paciente referiu que apenas teve quando era criança na dentição decídua. Abertura da boca era de 45mm e efectuada sem sintomatologia. Em lateralidades o grupo posterior era o que ficava em contacto oclusal. Classe II Canina direita e esquerda e Classe I Molar direita, esquerda impossível registar dada a ausência do dente 36. Verifica-se um trespasse horizontal de 0mm e um trespasse vertical de 0mm.

Odontograma

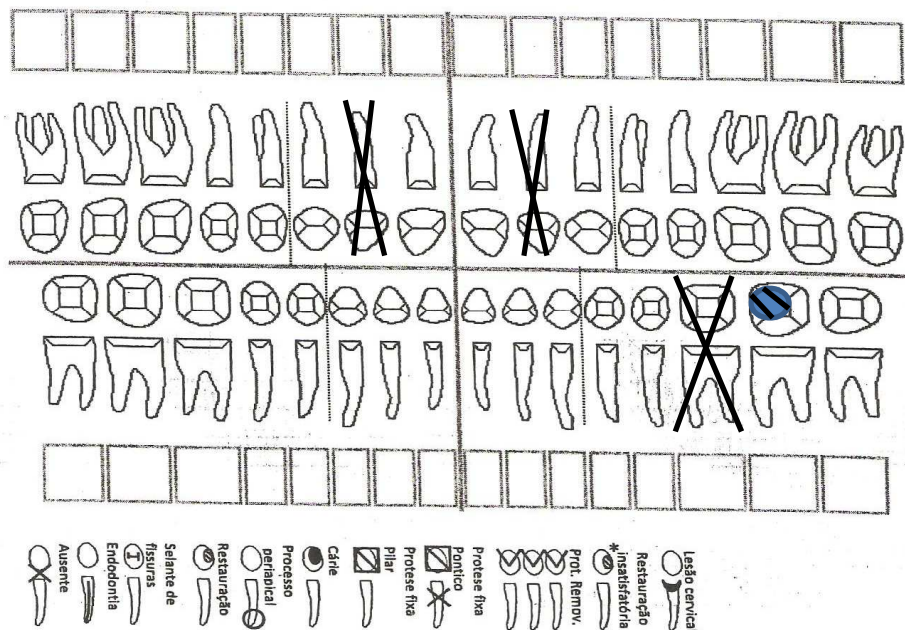


Ilustração 44 Odontograma

Ortopantomografia

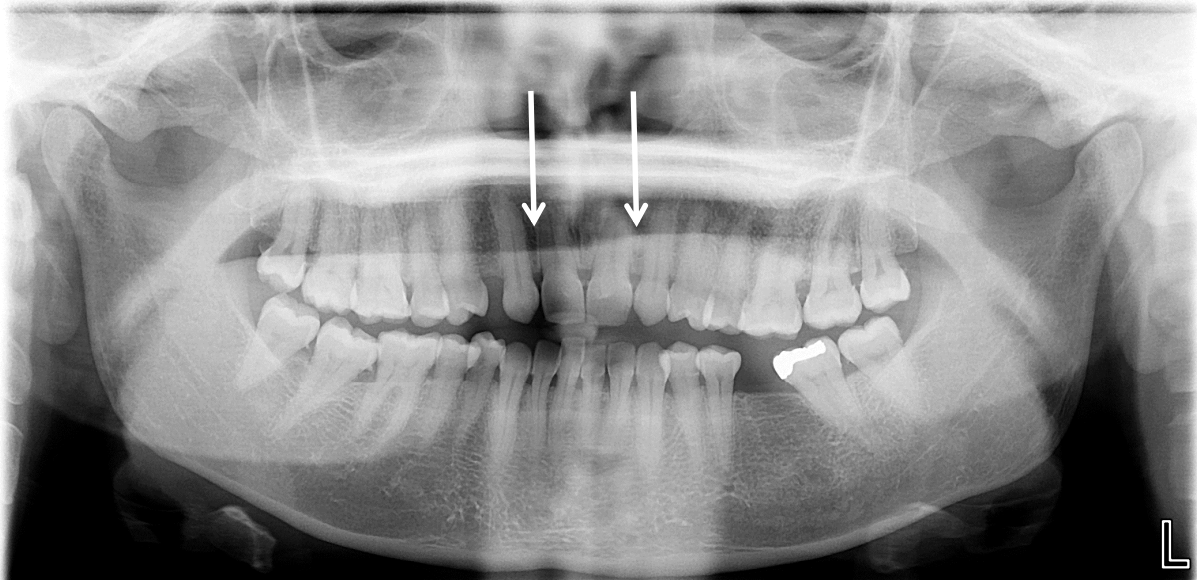


Ilustração 45 Ortopantomografia

Verifica-se a agenesia dos incisivos laterais superiores (dentes 12 e 22).

Espaço edêntulo no local do dente 36 e restauração do dente 37.

Fotografias extra-orais



Ilustração 46 PIM

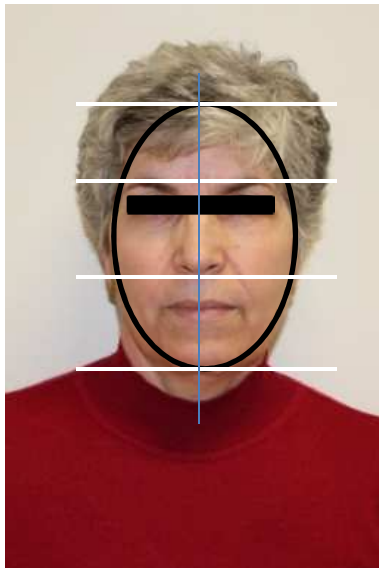


Ilustração 47 Repouso

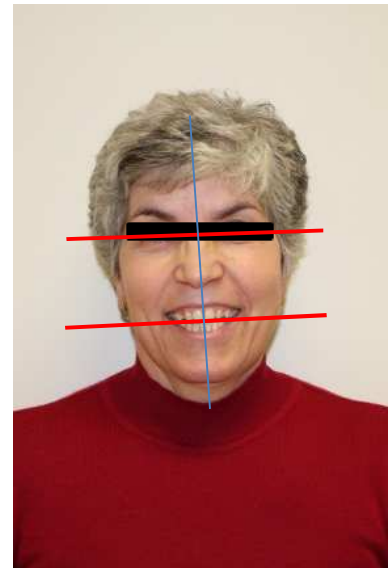


Ilustração 48 Sorriso



Ilustração 49 Sorriso Lateral direito



Ilustração 50 Sorriso lateral esquerdo



Ilustração 51 Repouso lateral direito



Ilustração 52 Repouso lateral esquerdo

Fotografias intra-orais



Ilustração 53 Frontal Bimaxilar



Ilustração 54 Lateral direita



Ilustração 55 Lateral esquerda



Ilustração 56 Superior Maxilar



Ilustração 57 Inferior Mandibular

Diagnóstico

Após anamnese, avaliação clínica e radiográfica, diagnosticou-se a ausência congênita dos dentes 12 e 22.

O sector anterior superior apresentava diastemas dada essa ausência de peças dentárias, e os dentes 14 e 24 rodados. O dente 26 encontrava-se extruído pelo facto de não ter o oponente (dente 36). Na arcada mandibular encontramos apinhamento anterior e o dente 27 restaurado a Amálgama.

Realizou-se a montagem do arco facial para posterior montagem em articulador dos modelos de gesso. Para tal, utilizou-se o garfo com cera moyco e registou-se a mordida com silicone occlufast®.



Ilustração 58 Garfo com cera moyco utilizada para Registo de mordida e montagem de arco



Ilustração 59 Registo de mordida

Modelos de estudo em articulador



Ilustração 60 Modelos de gesso (vista Frontal)



Ilustração 61 Modelos de gesso (vista lateral direita)



Ilustração 62 Modelos de gesso (vista lateral esquerda)

Plano de tratamento

Coronoplastia dos dentes 13 e 23 transformando-os em incisivos laterais 12 e 22.

Prognóstico

Favorável se a paciente se mostrar cooperante e visitar regularmente o Médico-Dentista para efectuar controlos periódicos.

Tratamento realizado



Ilustração 63 Enceramento dos dentes 13 e 23



Ilustração 64 Guia individualizada de silicone (Provil@novo)



Ilustração 65 Guia individualizada de silicone cortada seguindo os bordos incisais



Ilustração 66 Estado clínico pré-tratamento restaurador



Ilustração 67 Compósitos utilizados: Esmalte – GE 2 (Enamel plus HFO) Dentina – UD2 (Enamel plus HFO) Dentina - UD3,5 e UD3 (Enamel plus HRI)



Ilustração 68 Kit de preparação e finalização de compósito (Diatech)

Efectuou-se a selecção da cor com dentes humedecidos e à luz solar. A cor escolhida para o esmalte foi GE2 e foi elegida junto do 1/3 incisal dos incisivos superiores. Para a dentina a cor foi seleccionada junto do 1/3 gengival e 1/3 médio, sendo UD2 (bordo incisal), UD3 e UD3,5.

Após anestesiar a paciente (nervo alveolar superior anterior), iniciação da redução (broca troncocónica diamantada) por incisal, distal, vestibular e palatino tendo como orientação sempre a guia individualizada previamente confeccionada.



Ilustração 69 Redução incisal do dente 23



Ilustração 70 Redução vestibular do dente 23



Ilustração 71 Redução incisal e distal do dente 13



Ilustração 72 Redução vestibular do dente 23



Ilustração 73 Comparação com guia individualizada (vista vestibular)



Ilustração 74 Comparação com guia individualizada (vista palatina)



Ilustração 75 Isolamento relativo com rolos de algodão, fios de retração, fita Teflon e cânula aspirativa em função

contínua



Ilustração 76 Condicionamento ácido do esmalte durante 20s e lavagem abundante da superfície



Ilustração 77 Secagem leve e colocação do adesivo com Microbrush, passagem de ar ao de leve para saída de produtos voláteis



Ilustração 78 Fotopolimerização do adesivo durante 20s



Ilustração 79 Fotopolimerização do adesivo durante 20s



Ilustração 80 Colocação do compósito (esmalte) GE2 na guia de silicone para construir parede palatina.

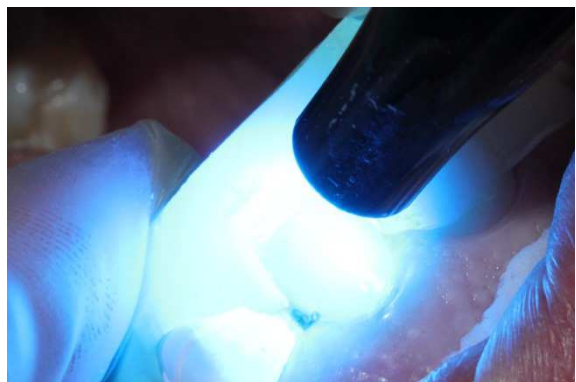


Ilustração 81 Fotopolimerização do compósito



Ilustração 82 Colocação do compósito UD3,5 (dentina de corpo)



Ilustração 83 Fotopolimerização durante 20s

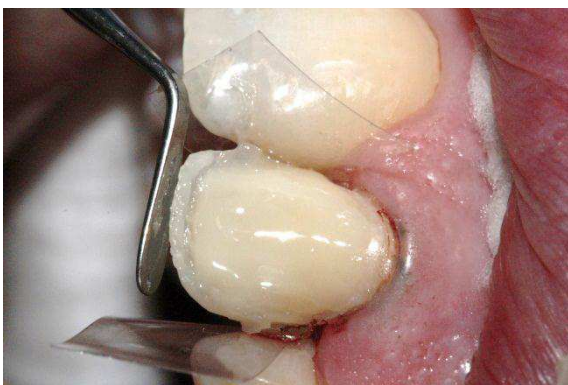


Ilustração 84 Após colocação do compósito UD3 (dentina superficial), posicionamento do compósito UD2 (dentina) no bordo incisal, deixando parede palatina à vista



Ilustração 85 Preenchimento com compósito GE (esmalte) para confecção da parede vestibular



Ilustração 86 Fotopolimerização durante 20s



Ilustração 87 Aspecto final sem acabamento e sem polimento



Ilustração 88 Inserção do compósito GE2 na guia individualizada de silicone



Ilustração 89 Colocação do compósito UD3,5 (dentina de corpo)



Ilustração 90 Após fotopolimerização colocação do compósito UD3 sobre o UD3,5 e UD2 no bordo incisal e fotopolimerização



Ilustração 91 Finalização com compósito GE2



Ilustração 92 Finalização com compósito GE2

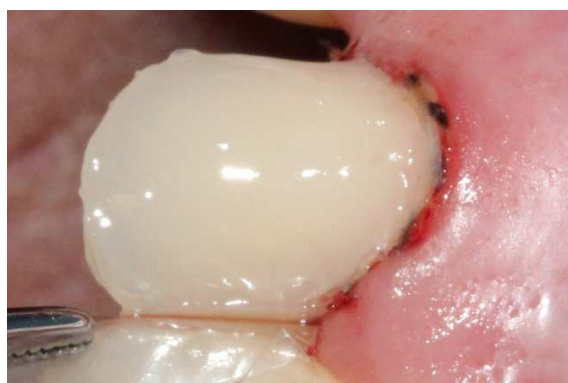


Ilustração 93 Após fotopolimerização



Ilustração 94 Acabamento com Broca de Arkansas

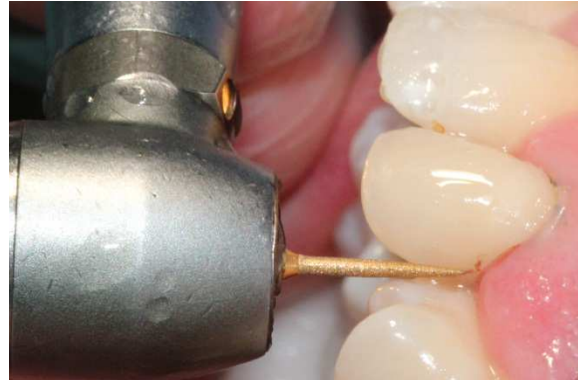


Ilustração 95 Remoção do compósito excedente da margem com broca trocônica diamantada fina



Ilustração 96 Foto inicial pré-tratamento



Ilustração 97 Foto final pós-tratamento sem polimento denotar que na próxima consulta de polimento efectuar correcção da linha de orientação

Material utilizado:



Ilustração 98 Discos diamantados Soflex™ Extra Thin de polimento para ângulos, bordo incisal e face interproximal



Ilustração 99 ENAMEL plus SHINY A, 3 micron (2 g) Pasta diamantada para um pré-polimento → ENAMEL plus SHINY B, 1 micron (2 g) pasta diamantada para o polimento



Ilustração 100 Taça de Borracha e disco de Feltro



Ilustração 101 Utilização do disco de polimento Sof-lex™ Extra Thin 2382F



Ilustração 102 Utilização do disco de polimento Sof-lex™ Extra Thin 2382SF



Ilustração 103 Taça de borracha com ENAMEL plus SHINY A, 3 micron



Ilustração 104 Taça de borracha com ENAMEL plus SHINY B, 1 micron



Ilustração 105 Disco de Teflon



Ilustração 106 Aspecto final após correcção da vertente distal do novo dente 12 e após polimento



Ilustração 107 Aspecto inicial



Ilustração 108 Após 2 semanas, restaurações íntegras, sem pigmentação e brilhantes. Não há evidência de inflamação gengival. Paciente ficou muito satisfeita com o resultado final.

4.2. Caso Clínico 2

Síntese da História Clínica

L.E.F.S.B. - Processo n° 20'704 (Sexo: Feminino. Data de nascimento: 26/01/1980)

Paciente dirigiu-se à clínica para “ver o que se podia fazer nos espaços”. Passou pelas áreas de Medicina Oral, Periodontologia e Dentisteria previamente.

Referiu visitar o médico assistente quando necessita. As últimas análises efectuadas são de 2010 e não evidenciou alterações. Referiu ter alergia ao Pólen mas não aos materiais médicos, antibióticos ou outros medicamentos. Não consome álcool nem tem hábitos tabágicos.

Efectua a higiene oral duas vezes ao dia e utiliza com regularidade o fio dentário e elixir oral.

Quando questionada sobre a aparência do sector anterior superior, mostrou muita vontade de alterar o aspecto do sorriso, para além de querer fechar os espaços. Foram lhe colocadas várias hipóteses, uma delas seria a colocação de implantes na área edêntula e coronoplastia dos caninos com comopósitos estéticos, facetas ou coroas fixas, em alternativa alterar o formato dos caninos realizando um tratamento protético que por sua vez preenchesse o espaço, com uma peça dentária. Esclareceu-se que a peça protética seria fixa, metalocerâmica e que iria cobrir o dente 14 e 13 e, entre estes iria ficar um pântico suspenso. Clarificou-se todos os procedimentos necessários, as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de de tratamento bem como os cuidados a ter. A paciente inicialmente evidenciou algum receio, mas após avistar alguns tratamentos efectuados com Prótese Fixa decidiu prontamente pela prótese fixa, por ser um trabalho que é duradouro aquando se cumpre os requisitos de higiene oral, fica esteticamente agradável, é fixo e não tão dispendioso como a colocação dos implantes.

Observação da paciente

Extra-oral

A paciente encontrava-se equilibrada, com noção do tempo e do espaço e, não evidenciava quaisquer lesões extra-orais. Porém, apresentava assimetrias ao nível da altura do osso maxilar (maior do lado esquerdo). A face apresentava-se oval (linha preta), segundo a

regra dos 1/3 (trichion, glabela, sub-nasal e mentoniano) mostrava-se com o 1/3 médio inclinado (linhas brancas). A linha média da face (linha azul), corresponde à linha média dentária e é perpendicular plano que passa pelos bordos dos incisivos centrais (linhas vermelhas) contudo, não é perpendicular ao plano bipupilar. Em vista lateral a face mostra-se ligeiramente convexa.

Intra-oral

Na avaliação intra-oral a higiene oral apresentava-se satisfatória e não havia indicação de alterações a nível dos tecidos moles. Quando questionada sobre os incisivos laterais em falta a paciente referiu ter tido apenas em criança. Abertura da boca era de 50mm e efectuada sem sintomatologia. Em lateralidades o grupo médio (pré-molares) era o que ficava em contacto oclusal. Classe II Canina direita e esquerda e Classe I Molar impossível registar dada a ausência do dente 36 e 46. Verifica-se um trespasse horizontal de 2mm e um trespasse vertical de 3mm.

Odontograma

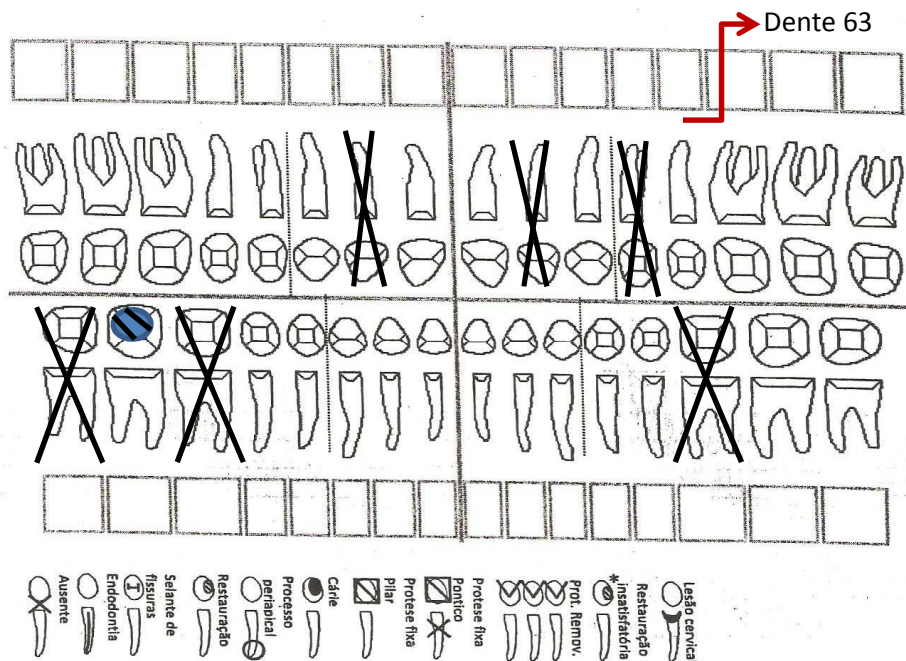


Ilustração 109 Odontograma

Ortopantomografia

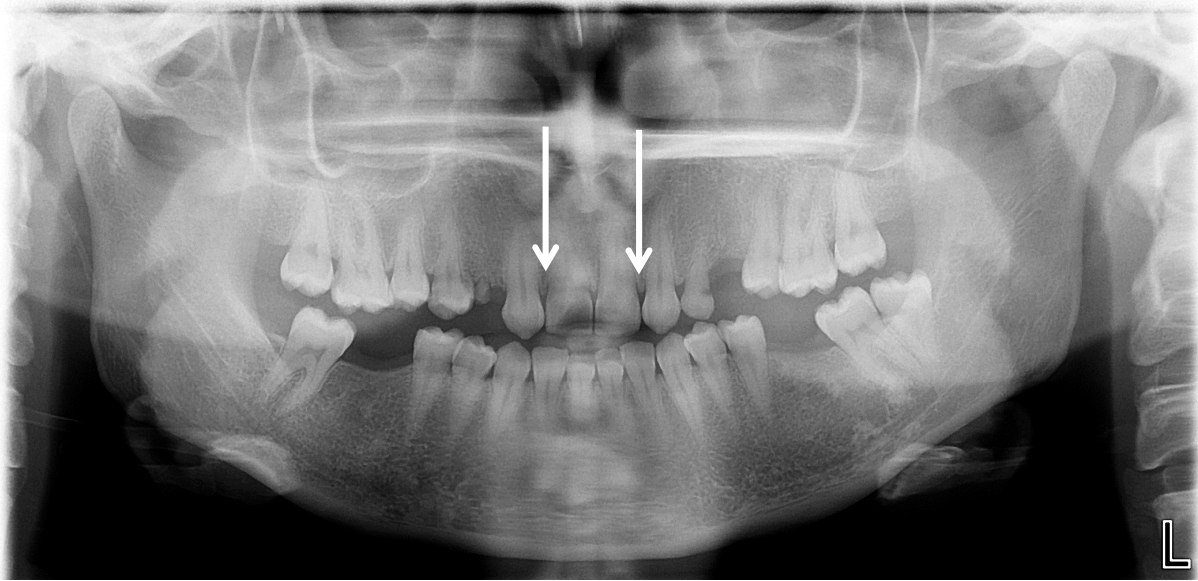


Ilustração 110 Ortopantomografia

Verifica-se a agenesia dos incisivos laterais superiores (dentes 12 e 22). Espaço edêntulo no local dos dentes 24, 36 e 46. Dente decíduo 63 com cárie. Dente 46 já foi restaurado depois da realização desta Ortopantomografia bem como a exodontia do resto radicular do dente 53.

Fotografias extra-orais

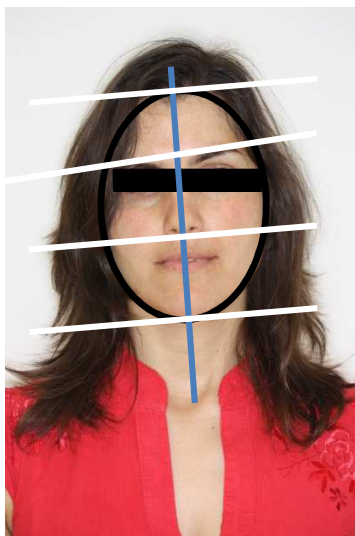


Ilustração 111 Repouso



Ilustração 112 PIM

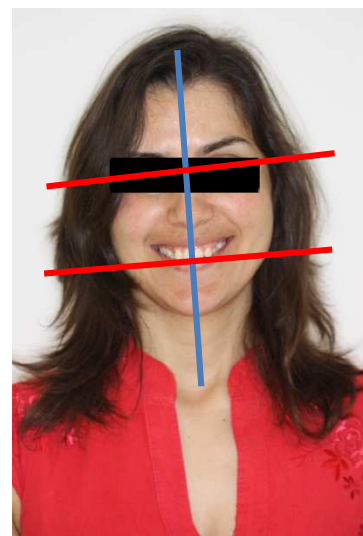


Ilustração 113 Sorriso



Ilustração 114 Lateral direita em Sorriso



Ilustração 115 Lateral direita em repouso



Ilustração 116 Lateral esquerda em sorriso

Fotografias intra-orais



Ilustração 117 Frontal Bimaxilar



Ilustração 118 Lateral direita



Ilustração 119 Lateral esquerda



Ilustração 120 Superior Maxilar



Ilustração 121 Inferior Mandibular

Montagem em articulador



Ilustração 122 Registo de mordida

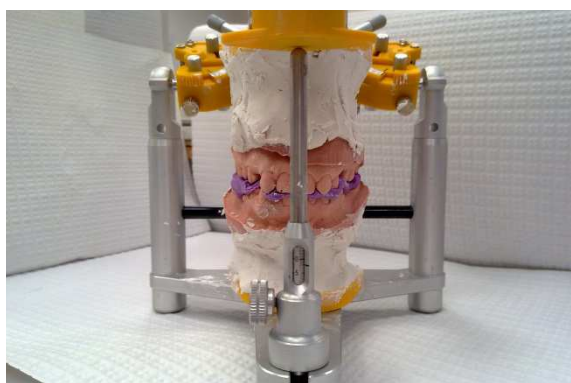


Ilustração 123 Montagem em articulador



Ilustração 124 Frontal

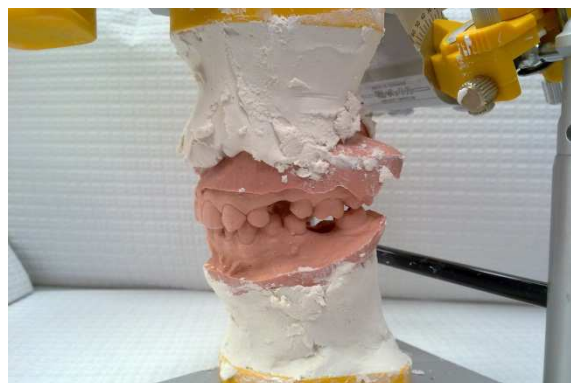


Ilustração 125 Lateral esquerda



Ilustração 126 Lateral direita



Ilustração 127 Vista intra-oral postero-anterior dos modelos de gesso

	Plano de tratamento
Consulta 1	História clínica de Prótese Fixa. Avaliação do espaço edêntulo. Ortopantomografia. Fotografias intra e extra-orais. Registo de mordida. Modelos de gesso. Enceramentos. Matriz de silicone. Montagem em articulador.
Consulta 2	Apresentação de orçamento. Preparo dentário. Impressão para laboratório e confecção de provisório.
Consulta 3	Prova de infra-estrutura. Cimentação de provisório. Escolha de cor (1/3 cervical, 1/3 médio, 1/3 incisal)
Consulta 4	Cimentação definitiva da peça protética metalo-cerâmica.
Consulta 5	Controlo após uma semana.
Consulta 6	Controlo após um mês.
	Efectuar controlos periódicos de ano a ano.

Tabela 5 Plano de tratamento do caso clínico 2



Ilustração 128 Modelos de gesso frontal com alteração dos caninos 13 e 23 para incisivos laterais



Ilustração 129 Modelos de gesso vista lateral direita enceramento do novo dente 13

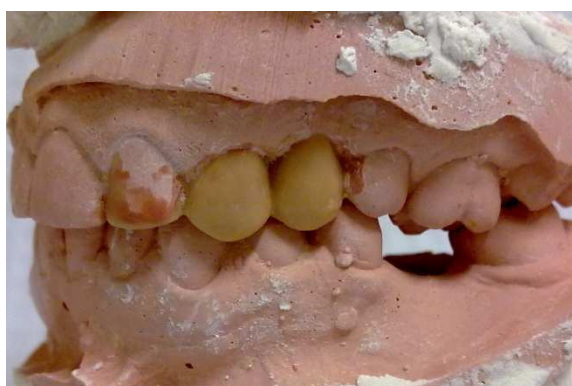


Ilustração 130 Modelos de gesso lateral esquerdo com enceramentos dos novos dentes 23e 24 e alteração do dente 23 para incisivo lateral



Ilustração 131 Enceramento do dente 13 e redução do novo 12



Ilustração 132 Preparo dos dentes 13 e 14 vista vestibular



Ilustração 133 Preparo dos dentes 13 e 14 vista palatina

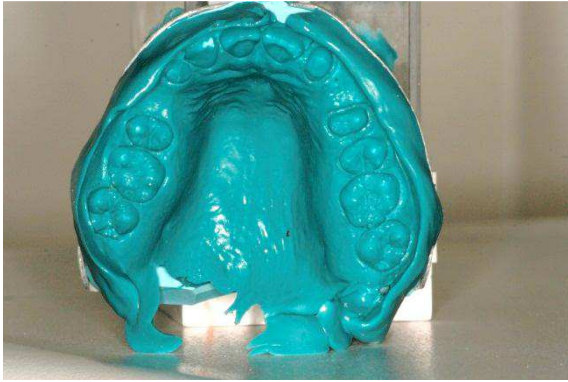


Ilustração 134 Impressão de fase dupla duplo componente Silicone de adição putty regular set Provil® novo + Provil® light



Ilustração 135 Guia em silicone para confecção de Provisórios (Silicone de adição putty regular set Provil®)



Ilustração 136 Cimentação provisória com Temp Bond® vista palatina e verificação de pontos de contacto



Ilustração 137 Vista vestibular da ponte provisória em acrílico já cimentada



Ilustração 138 Verificação da adaptação da infra-estrutura metálica. Vista vestibular



Ilustração 139 Vista palatina



Ilustração 140 Impressão do laboratório dos preparos



Ilustração 141 Escolha da cor



Ilustração 142 Fotografia intra-oral frontal no dia da cimentação definitiva da ponte metalo-cerâmica dentes 12 a 14. Com obtenção de estética agradável e harmoniosa do lado direito das arcadas dentárias.



Ilustração 143 Vista lateral da ponte metalo-cerâmica



Ilustração 144 Ponte metalo-cerâmica em boca visualização por palatino dentes 12 a 14



Ilustração 145 Ponte metalo-cerâmica com visualização da infra-estrutura metálica



Ilustração 146 Ponte metalo-cerâmica com visualização por palatino



Ilustração 147 Ponte metalo-cerâmica com visualização por vestibular



Ilustração 148 Fotografia de sorriso após uma semana

A paciente ficou muito agradada com o resultado final, querendo reabilitar o segundo quadrante de igual forma.

5. Discussão e Conclusão

Nos dias de hoje há uma grande preocupação com o aspecto físico e estético e principalmente com a face que é o primeiro cartão-de-visita.

A agenesia de incisivos laterais superiores é uma problemática prevalente que pode acarretar alterações periodontais, diastemas, inclinações dentárias, alterações fonéticas, oclusais, estéticas, psicológicas e sociais devendo ser aconselhado o tratamento¹.

Pela revisão da literatura efectuada compreendeu-se que existem variados tipos de tratamento possíveis para esta alteração numérica. Em todos eles devem-se respeitar os tecidos orgânicos e preservar ao máximo as estruturas, escolhendo em primeira instância os tratamentos menos invasivos. Se existem peças dentárias que podem substituir e preencher o espaço, será mais razoável mantê-las e modifica-las a favor do compromisso estético e funcional através de procedimentos pouco invasivos e pouco dispendiosos.

As hipóteses de tratamento devem ser propostas ao paciente, elucidando as vantagens e desvantagens inerentes a cada procedimento terapêutico, sendo a escolha final a do paciente devidamente informado.

As análises radiográficas, fotográficas e montagem em articulador dos modelos revelaram-se bastante importantes no que diz respeito ao estudo prévio multidisciplinar do caso clínico. Através destes meios têm-se uma melhor percepção da simetria da face e dentária, harmonia do sorriso, contactos oclusais, cor dentária, outros problemas inerentes com espaços edêntulos igualmente a reabilitar, doença periodontal e destruição dentária entre outros.

O enceramento diagnóstico, confecção da guia individualizada e escolha de cor para o compósito contribuíram para a economia de tempo e para o sucesso do tratamento.

A escolha do compósito da Clínica da UCP ENAMEL plus HFO e HRI microparticulado e micro-híbrido revelou-se uma escolha acertada dado que a manipulação do material se mostrou bastante simples e o resultado final estético se assemelhava na totalidade à dentição natural. O compósito evidenciou um fácil acabamento e polimento, para além de deixar um brilho natural.

A paciente do primeiro caso clínico foi tratada com os métodos da Dentisteria Operatória recorrendo às resinas compostas. Conseguiu-se alcançar um bom resultado estético e a paciente ficou muito satisfeita. Foi proposto uma plastia igualmente para o dente 21 que, por sua vez apresenta defeito de esmalte e plastia dos pré-molares 14 e 24 que se apresentam rodados, mascarando de tal forma a rotação, acentuando assim o resultado estético. Outra hipótese colocada à paciente foi o possível tratamento ortodôntico para corrigir rotações, apinhamentos e diastemas. Todas estas propostas além da coronoplastia dos caninos foram rejeitadas prontamente pela paciente alegando a idade e a completa satisfação sem necessidade absoluta de mais intervenções. Apesar do interesse académico que poderia constituir, a decisão de terminar o caso naquele momento atendeu ao desejo consciente e informado da paciente em questão. A seguinte consulta ficou marcada para duas semanas após a intervenção final na qual não se verificaram quaisquer alterações dos materiais restauradores. Ficaram agendadas consultas de controlo para seis meses e um ano após o tratamento.

O segundo caso clínico apresentava espaços edêntulos e a permanência anómala de dentição decídua o que requeria uma intervenção mais complexa. Passou primeiramente pela Cirurgia Oral para exodontia do dente 63 e posteriormente seria necessário recorrer à Implantologia ou à Prótese Fixa para resolver o excesso de espaço e a falta de dentes. Por motivos sócio-económicos a paciente optou pela Prótese Fixa corrigindo com esta a reanatomização do canino e preenchimento do espaço com apenas uma peça protética. Aconselhou-se a realização das peças protéticas dos quadrantes um e dois ao mesmo tempo para facilitar a preparação da cor pelo protésico. Contudo, a paciente por motivos económicos decidiu avançar para já apenas no primeiro quadrante e reabilitar o segundo quadrante em Outubro do próximo ano lectivo.

Como evidenciado em ilustrações fotográficas em que se pode comparar o resultado final do tratamento restaurador directo com as restaurações protéticas fixas, a coronoplastia pelo método das resinas compostas permitiu resultados estéticos tão satisfatórios ou mais como os resultados conseguidos pela Prótese Fixa.

Para além dos casos clínicos apresentados foi efectuado ainda o diagnóstico e planificação de um terceiro caso de agenesia de incisivos laterais, mas por motivos de pouca disponibilidade e indecisão da paciente o caso não ficou concluído. Era uma paciente jovem que apresentava agenesia de incisivos laterais superiores, permanência anómala dos dentes

decíduos 53 e 63, cariados e com alguma mobilidade. Após o estudo multidisciplinar e auscultação das várias especialidades foram propostos três planos de reabilitação, um com implantes para preencher os espaços dos dentes decíduos devido à perda eminente destes e coronoplastia dos caninos, o tratamento ortodôntico para distalizar os caninos após exodontia dos dentes decíduos e colocação de implantes na posição dos incisivos laterais, ou um tratamento com Prótese Fixa à semelhança do segundo caso clínico. A paciente depois de devidamente informada optou pela distalização dos caninos e colocação de implantes no local do incisivo lateral. Será uma paciente a acompanhar no próximo ano lectivo.

Como vantagens da transformação do canino recorrendo às resinas compostas encontra-se o seu relativo baixo custo, a reversibilidade parcial do tratamento, a possível reparação, a simplicidade de manuseamento do material restaurador, a semelhança dos materiais com as propriedades visuais dos dentes naturais, as propriedades de polimento que conferem uma superfície lisa e brilhante, indicação para uma adesão óptima ao esmalte e tempo de cadeira diminuído.

Outro aspecto a ressaltar e que se mostrou positivo, foi o facto de existir uma segunda consulta para rectificar o acabamento e polimento. Nessa consulta, conseguiu-se ter mais alguma minuciosidade, onde se fez uma revisão das orientações e inclinações dentárias, da cor, correcção de contactos oclusais prematuros, melhor acabamento e polimento da restauração.

Um dos aspectos menos positivos do tratamento com resinas compostas foi a impossibilidade da colocação do isolamento absoluto que por sua vez interferia na margem gengival dos caninos a restaurar. Porém, como se tratava numa área anterior superior que por norma não está emersa em contínua saliva, o isolamento relativo com rolos de algodão, cânula aspirativa de saliva e importante a utilização de fio de retracção, mostrou-se aceitável.

Algumas desvantagens dos compósitos são a possível alteração de cor provocada pelo contacto contínuo com determinados produtos alimentares como algumas especiarias, o café, o chá, o álcool, bebidas carbonatadas, etc. Pode ocorrer retenção de placa se a resina não for correctamente polida, pode apresentar baixa resistência à abrasão ou mesmo fractura se colocada sob tensão exagerada^{47,48}. Desta forma, a paciente deverá comparecer às consultas periódicas para reavaliação das restaurações.

A Prótese Fixa pode ser uma boa solução, como vimos, em casos clínicos que apresentem para além da agenesia de incisivos laterais, espaços edêntulos. É igualmente um método que oferece ao paciente uma solução estética com dentes muito semelhantes aos naturais no entanto, é um tratamento mais dispendioso, exige um tempo de cadeira maior, é mais invasivo, depende da proporção coroa-raíz, da área ligamentar no caso de ser necessário uma ponte fixa de vários elementos e exige uma higiene oral muito mais rigorosa.

A colocação de implantes é viável dada a comprovada osteointegração e apresentam-se como uma opção interessante no entanto, têm um *follow-up* ainda reduzido e a colocação destes num paciente relativamente jovem, apesar da taxa de sucesso ser elevada, pode sofrer rejeição e não ser viável ⁴⁶. Os implantes são indicados no final do crescimento ósseo e em pacientes que não querem intervenções nos dentes adjacentes contudo, a colocação destes depende da quantidade óssea e de uma exigente higiene oral.

A Ortodontia por si não altera a estética dentária, surgindo neste caso como uma técnica complementar. Alguns dos pontos mais desvantajosos deste tipo de tratamento são uma imprescindível retenção prolongada no final do tratamento para minimizar recidivas, o facto de ser um tratamento mais dispendioso e também mais moroso. Porém corrige facilmente a posição dos dentes, a má-oclusão e é um auxiliar importante na abertura e fechamento de espaços.

Desta maneira conclui-se que a criação de um método de abordagem *standard* não é possível nem desejável pela diversidade e individualidade dos casos de agenesia de incisivos laterais superiores. A sua resolução deve ser baseada numa abordagem multidisciplinar de cada caso clínico tendo em conta que geralmente nos casos em que não há alteração do espaço existente a solução oferecida pela Dentisteria Operatória com as técnicas é a opção de eleição. No caso de excesso de espaço as opções de tratamento recaem sobretudo na Prótese Fixa e Implantologia. Por outro lado em situações de falta de espaço a solução poderá envolver a Cirurgia Oral, Ortodontia e posteriormente a Prótese ou Implantologia. A Ortodontia poderá associar-se em qualquer das situações.

De uma forma geral os objectivos desta monografia foram atingidos: foram apresentados casos clínicos de complexidade mediana em que após auscultação das várias especialidades da medicina dentária envolvidas se recorreu a técnicas distintas para a resolução da agenesia de incisivos laterais superiores: num a reconstrução directa em compósito dos caninos conferindo-lhes a forma anatómica de incisivos laterais e noutra a

substituição do incisivo lateral em falta por uma prótese fixa de três elementos. O método em que optou pela reconstrução directa permitiu resultados tão satisfatórios como os atingíveis com soluções tradicionais.

No entanto, a exigência na resolução deste problema pode ser muito mais complexa e a solução mais adequada pode incluir a associação de várias técnicas das diferentes especialidades em tempos distintos

Há que ter em atenção as actualizações da Medicina Dentária pois poderão surgir novos recursos para a resolução da agenesia de incisivos laterais superiores como por exemplo no campo da regeneração tecidual e celular ou da Implantologia.

Bibliografia

Bibliografia

1. Macedo A, Cotrim-ferreira A, Garib DG. Tratamento de pacientes com Agenesia de incisivos laterais superiores. 2008;41(4):418-424.
2. SM L. Multidisciplinary Management of Oligodontia.; 2008:67-69.
3. Regezi JA, Ciubba JJ, Jordan RCK. Patologia Oral correlações clinicopatológicas. 5th ed. Elsevier; 2008:366.
4. De Almeida R, De Almeida-Pedrin R, De Almeida M, Insabralde C. Tratamento Ortodôntico em Pacientes com Agenesia dos Incisivos Laterais Superiores – Integração Ortodontia e Dentística Restauradora (Cosmética) Orthodontic Treatment in Patients with Congenital Absence of Maxillary Lateral Incisors – Orthodontic. 2002:280-290.
5. Simeone P, De Paoli C, De Paoli S, Leofreddi G, Sgrò S. Interdisciplinary treatment planning for single-tooth restorations in the esthetic zone. Journal of esthetic and restorative dentistry : official publication of the American Academy of Esthetic Dentistry ... [et al.]. 007;19(2):79-88;discussion 89.
6. Sabri R. Management of missing maxillary lateral incisors. Journal of the American Dental Association(1939).1999;130(1):80-4.
7. Kinzer G a, Kokich VO. Managing congenitally missing lateral incisors. Part III: single-tooth implants. Journal of esthetic and restorative dentistry : official publication of the American Academy of Esthetic Dentistry ... [et al.]. 2005;17(4):202-10. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16231491>.
8. Ash MM, Nelson SJ. Whreler's dental anatomy, physiology, and occlusion. 8th ed. (W.B. Saunders PC, ed.); 2003.
9. Ahamad I. Protocolos para Restaurações Esteticas previsiveis. Artmed; 2008:26-68.
10. Martegani P, Silvestri M, Mascarello F. Morphometric study of the interproximal unit in the esthetic region correlate anatomic variables affecting the aspect of soft tissue embrasure space. J Periodontol. 2007;78:2260-2265.
11. Chu S, Tarnow D, Tan H, Stappert C. Papilla proportions in the maxillary anterior dentition. Int J Periodontics Restorative Den. 2009;29:385-393.
12. Stappert CFJ, Tarnow DP, Tan JH-P, Chu SJ. Proximal contact areas of the maxillary anterior dentition. The International journal of periodontics & restorative dentistry. 2010;30(5):471-7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20814600>.
13. Okeson JP. Tratamiento de Oclusion y afecciones Temporomandibulares. 5th ed. (ELSEVIER, eds.). Mosby; 2002.
14. Kinzer GA. Part I : Canine Substitution. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry. 2005;17(1):5-10.

15. Zachrisson BU. Improving orthodontic results in cases with maxillary incisors missing. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 1978;(73):274-289.
16. Thordarson A, Zachrisson B, IA Mi. Remodeling of canines to the shape of lateral incisors by grinding: a long-term clinical and radiographic evaluation. *Am J Orthod Dentofacial Orthoped*. 1991;(100):123-132.
17. Rosa M. The Space-Closure Alternative for Missing Maxillary Lateral Incisors : An Update. 2010;(September):540-549.
18. Ramos JC. *Estetica em Medicina Dentaria*. 1st ed. (IDG, eds.). ABBOTT Laboratorios, Lda.; 2009.
19. Dahl J, Pallesen U. Tooth bleaching - a critical review of biological aspects. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2003;14(4):292-304.
20. Barghi N. Making a clinical decision for vital tooth bleaching: at-home or in-office? *Compend Contin Educ Dent*. 1998;19(8):831-8.
21. Shinohara M, Peris A, Pimenta L, Ambrosano G. Shear bond strenght evaluation of composite resin on enamel and dentin after nonvital bleaching. *J Esthet Restor Dent*. 2005;17(1):22-9.
22. Lambrechts. Adhesives and Cements to Promote Preservation Dentistry. In: *Operative dentistry*.; 2001:119-44.
23. Alani A, Toh C. Detection of microleakage around dental restorations: a review. *Oper Dent*. 1997;22(4):173-85.
24. Perdigao J, Geraldeli S, Hodges J. Total-etch versus self-etch adhesive effect on postoperative sensivity. *Journal of American Dental Association*. 2003;134(12):1621-9.
25. De Munck J, Van Landuyt K, Peumans M, et al. A critical review of the durability of adhesion to tooth tissue: methods and results. *J Dent Res*. 2005;84(2):118-32.
26. Barkmeier W, Shaffer S, Gwinnet A. Effects of 15 vs 60 second enamel acid conditioning on adhesion and morphology. *Oper Dent*. 1986;11(3):111-6.
27. Asmussen E, Peutzfeldt A. The influence of relative humidity on the effect of dentin bonding systems. *J Adhes Dent*. 2001;3(2):123-7.
28. Van Meerbeek B, Yoshida Y, Snauwaert J, et al. Hybridization of effectiveness of a two-step versus a three-step smear layer removing adhesive system examined correlatively by TEM and AFM. *J Adhes Dent*. 1999;1(1):7-23.
29. Van Meerbeek B, De Munck J, Yoshida Y, et al. Adhesion to Enamel and Dentin: Current Status and Future Challenges. *Operative dentistry*. 2003;28(3):215-35.
30. Kinzer G a, Kokich VO. Managing congenitally missing lateral incisors. Part II: tooth-supported restorations. *Journal of esthetic and restorative dentistry : official publication of the*

- American Academy of Esthetic Dentistry ... [et al.]. 2005;17(2):76-84. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16036123>.
31. Kokich VJ, Kiyak H, Shapiro P. Comparing the perception of dentists and lay people to altered dental esthetics. *J Esthet Dent*. 1999;11:311-324.
32. Decock V, De Nayer K, De Boever J, Dent M. 18-year longitudinal study of cantilevered fixed restorations. *Int J Prosthodont*. 1996;9:331-340.
33. Kinzer G a, Kokich VO. Managing congenitally missing lateral incisors. Part III: single-tooth implants. *Journal of esthetic and restorative dentistry : official publication of the American Academy of Esthetic Dentistry ... [et al.]*. 2005;17(4):202-10. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16231491>.
34. Thilander B, Odman J, Lekholm U. Orthodontic aspects of the use of oral implants in adolescents: a 10-year follow-up study. *European journal of orthodontics*. 2001;23(6):715-31. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11890067>.
35. Christensen GJ. Restoring a single anterior tooth: solutions to a dental dilemma. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 2004;135(12):1725-7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15646607>.
36. Terry DA. DEVELOPING NATURAL AESTHETICS Learning Objectives : 2004;16(1):45-52.
37. Dietschi D. Layering concepts in anterior composite restorations. *J Adhes Dent*. 2001;3(1):71-80.
38. Results AO. Finishing and Polishing Today ' s Composites : Advanced Composite Materials.1-12.
39. Alves Cardoso RJ, Nogueira Gonçalves EA. *Estética Odontológica*. Nueva Generacion. APCD; 2003.
40. Ramos JC. *Estetica em Medicina Dentaria*. 1st ed. (IDG, eds.). ABBOTT Laboratorios, Lda.; 2009.
41. Beale T. A new advance in composite restorations. In: *Dentistry*.
42. Micerium. Master catalogue.; 2006. Available at: <http://www.italdent.cz/kat2006ena.pdf>.
43. Ostervemb N, Jorgensen J, Horsted-Bindslev P. A new approach to compare the esthetic properties of different composite materials. *J Esthet Restor Dent*. 2011;23(4):238-46.
44. Schmidseeder J. *Atlas de Odontologia Estetica*. (Masson, eds.).
45. Robertsson S, Mohlin B. The congenitally missing upper lateral incisor. A retrospective study of orthodontic space closure versus restorative treatment. *European journal of orthodontics*. 2000;22(6):697-710. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11212605>.

46. Rosa M. Entrevista Marco Rosa. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2008;13(4):26-35.
47. Yüzügüllü B, Tezcan S. Comparative indications of laminate veneer restoration types used for colored and eroded teeth. 2005;8(2):133-137.
48. Sarac D, Sarac Y, Kulunk S, Ural C, Kulunk T. The effect of polishing techniques on the surface roughness and color change of composite resins. J Prosthet Dent. 2006;96:33-40.

Anexos

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 Áreas de contacto para o dente 11, 12 e 13.	7
Ilustração 2 Proporção de área de contacto do 2º Sextante.....	7
Ilustração 3 Áreas de contacto durante a antero-movimentação da mandíbula.....	9
Ilustração 4 Contactos incisais em lateralidades e protrusão	9
Ilustração 5 Estado inicial, dentes 13, 11, 21 e 23 (naturais) incorporados em silicone	38
Ilustração 6 Catalisador do material de impressão	39
Ilustração 7 Material de impressão à base de vinilpolisiloxano, um elastómero de adição	39
Ilustração 8 Alginato (Orthoprint da Zhermack) com impressão da maquete.....	39
Ilustração 9 Impressão vazada a gesso tipo IV.....	39
Ilustração 10 Modelo de gesso da maquete estado inicial.....	39
Ilustração 11 Guia/matriz de silicone de adição individualizada.....	39
Ilustração 12 Corte da guia de silicone pelo bordo incisal.....	40
Ilustração 13 Corte da guia de silicone pelo bordo incisal, vista anterior.	40
Ilustração 14 Escolha da cor da dentina, no 1/3 cervical e 1/3 médio dos incisivos dos incisivos	40
Ilustração 15 Escolha da cor do Esmalte, no 1/3 incisal	40
Ilustração 16 Broqueiro da clínica da UCP utilizado	40
Ilustração 17 Redução	41
Ilustração 18 Redução	41
Ilustração 19 Redução	41
Ilustração 20 Dente 13 e 23 reduzidos por incisal distal, vestibular e palatino.....	41
Ilustração 21 Vista palatina da redução efectuada	41
Ilustração 22 Vista vestibular da redução efectuada	41
Ilustração 23 Isolamento dos incisivos com fita Teflon e condicionamento ácido	42
Ilustração 24 Colocação do adesivo	42
Ilustração 25 Fotopolimerização do adesivo	42
Ilustração 26 Adesivo Excite F (da marca Ivoclar Vivadent, é um adesivo monocomponente), ácido ortofosfórico a 37% microbrush e matriz de acetato (Kerr Hawe Striproll de 6mm) utilizados.....	42
Ilustração 27 Guia de silicone com compósito escolhido	42
Ilustração 28 Polimerização do compósito palatino.....	42
Ilustração 29 Colocação do compósito de corpo.....	43
Ilustração 30 Compósito de corpo mais claro e bordo incisal.....	43
Ilustração 31 Face vestibular pós-polimerização	43

Ilustração 32 Face palatina pós-polimerização.....	43
Ilustração 33 Parede palatina com compósito de Esmalte.....	43
Ilustração 34 Recobrimento com compósito de Esmalte.....	43
Ilustração 35 Polimerização final	44
Ilustração 36 Vista vestibular	44
Ilustração 37 Maquete sobre fundo branco, percepção do bordo incisal alaranjado	44
Ilustração 38 Maquete sobre fundo escuro, percepção do bordo incisal azulado.....	44
Ilustração 39 Acabamento e Polimento. Correção dos Ângulos	44
Ilustração 40 Polimento com pasta de polimento Shiny Enamel plus A.....	44
Ilustração 41 Polimento com pasta de polimento Shiny Enamel plus B	45
Ilustração 42 Polimento com disco de Feltro	45
Ilustração 43 Aspecto final após acabamentos e polimento	45
Ilustração 44 Odontograma	50
Ilustração 45 Ortopantomografia.....	51
Ilustração 46 PIM	51
Ilustração 47 Repouso	51
Ilustração 48 Sorriso.....	51
Ilustração 49 Sorriso Lateral direito.....	52
Ilustração 50 Sorriso lateral esquerdo	52
Ilustração 51 Repouso lateral direito.....	52
Ilustração 52 Repouso lateral esquerdo.....	52
Ilustração 53 Frontal Bimaxilar.....	53
Ilustração 54 Lateral direita.....	53
Ilustração 55 Lateral esquerda.....	53
Ilustração 56 Superior Maxilar.....	53
Ilustração 57 Inferior Mandibular	53
Ilustração 58 Garfo com cera moyco	54
Ilustração 59 Registo de mordida.....	54
Ilustração 60 Modelos de gesso vista frontal	54
Ilustração 61 Modelos de gesso vista lateral direita.....	55
Ilustração 62 Modelos de gesso vista lateral esquerda.....	55
Ilustração 63 Enceramento dos dentes 13 e 23.....	55
Ilustração 64 Guia individualizada de silicone (Provil@novo)	55
Ilustração 65 Guia individualizada de silicone cortada seguindo os bordos incisais	56
Ilustração 66 Estado clínico pré-tratamento restaurador	56

Ilustração 67 Compósitos utilizados: Esmalte – GE 2 (Enamel plus HFO) Dentina – UD2 (Enamel plus HFO) Dentina - UD3,5 e UD3 (Enamel plus HRI)	56
Ilustração 68 Kit de preparação e finalização de compósito (Diatech)	56
Ilustração 69 Redução incisal do dente 23	57
Ilustração 70 Redução vestibular do dente 23	57
Ilustração 71 Redução incisal e distal do dente 13	57
Ilustração 72 Redução vestibular do dente 23	57
Ilustração 73 Comparação com guia individualizada, vista vestibular	57
Ilustração 74 Comparação com guia individualizada, vista palatina	57
Ilustração 75 Isolamento relativo	57
Ilustração 76 Condicionamento	58
Ilustração 77 Colocação do adesivo com Microbrush	58
Ilustração 78 Fotopolimerização do adesivo	58
Ilustração 79 Fotopolimerização do adesivo	58
Ilustração 80 Colocação do compósito (Esmalte) GE2 na guia de silicone	58
Ilustração 81 Fotopolimerização do compósito	58
Ilustração 82 Colocação do compósito UD3,5 (dentina de corpo)	59
Ilustração 83 Fotopolimerização	59
Ilustração 84 Posicionamento do compósito UD2 no bordo incisal, deixando parede palatina à vista	59
Ilustração 85 Preenchimento com compósito GE para confecção da parede vestibular	59
Ilustração 86 Fotopolimerização	59
Ilustração 87 Aspecto final sem acabamento e sem polimento	59
Ilustração 88 Inserção do compósito GE2 na guia individualizada de silicone	60
Ilustração 89 Colocação do compósito UD3,5	60
Ilustração 90 Colocação do compósito UD3 sobre o UD3,5 e UD2 no bordo incisal e fotopolimerização	60
Ilustração 91 Finalização com compósito GE2	60
Ilustração 92 Finalização com compósito GE2	60
Ilustração 93 Após fotopolimerização	60
Ilustração 94 Acabamento com Broca de Arkansas	61
Ilustração 95 Remoção do compósito excedente da margem com broca trocócônica diamantada fina	61
Ilustração 96 Foto inicial pré-tratamento	61
Ilustração 97 Foto final pós-tratamento sem polimento	61
Ilustração 98 Discos diamantados Sof-lex™ Extra Thin de polimento para ângulos, bordo incisal e face interproximal	61

Ilustração 99 ENAMEL plus SHINY A, 3 micron (2 g) Pasta diamantada para um pré-polimento, ENAMEL plus SHINY B, 1 micron (2 g) pasta diamantada para o polimento	61
Ilustração 100 Taça de Borracha e disco de Feltro.....	62
Ilustração 101 Utilização do disco de polimento Sof-lex™ Extra Thin 2382F.....	62
Ilustração 102 Utilização do disco de polimento Sof-lex™ Extra Thin 2382SF	62
Ilustração 103 Taça de borracha com ENAMEL plus SHINY A, 3 micron	62
Ilustração 104 Taça de borracha com ENAMEL plus SHINY B, 1 micron.....	63
Ilustração 105 Disco de Teflon	63
Ilustração 106 Aspecto final após correcção da vertente distal do novo dente 12 e após polimento	63
Ilustração 107 Aspecto inicial	63
Ilustração 108 Após 2 semanas, restaurações íntegras, sem pigmentação e brilhantes.....	64
Ilustração 109 Odontograma	66
Ilustração 110 Ortopantomografia.....	67
Ilustração 111 Repouso	67
Ilustração 112 PIM	67
Ilustração 113 Sorriso.....	67
Ilustração 114 Lateral direita em Sorriso	68
Ilustração 115 Lateral direita em repouso	68
Ilustração 116 Lateral esquerda em sorriso.....	68
Ilustração 117 Frontal Bimaxilar.....	68
Ilustração 118 Lateral direita.....	68
Ilustração 119 Lateral esquerda.....	68
Ilustração 120 Superior Maxilar.....	69
Ilustração 121 Inferior Mandibular	69
Ilustração 122 Registo de mordida.....	69
Ilustração 123 Montagem em articulador.....	69
Ilustração 124 Frontal.....	69
Ilustração 125 Lateral esquerda.....	70
Ilustração 126 Lateral direita.....	70
Ilustração 127 Vista intra-oral postero-anterior dos modelos de gesso.....	70
Ilustração 128 Modelos de gesso frontal com alteração dos caninos 13 e 23 para incisivos laterais....	71
Ilustração 129 Modelos de gesso vista lateral direita enceramento do novo dente 13	71
Ilustração 130 Modelos de gesso vista lateral esquerda	71
Ilustração 131 Enceramento do dente 13 e redução do novo 12	71
Ilustração 132 Preparo dos dentes 13 e 14 vista vestibular	71

Ilustração 133 Preparo dos dentes 13 e 14 vista palatina	71
Ilustração 134 Impressão de fase dupla duplo componente	72
Ilustração 135 Guia em silicone para confecção de Provisório.....	72
Ilustração 136 Cimentação provisória com Temp Bond®	72
Ilustração 137 Vista vestibular da ponte provisória em acrílico já cimentada	72
Ilustração 138 Verificação da adaptação da infra-estrutura metálica. Vista vestibular.....	72
Ilustração 139 Vista palatina	72
Ilustração 140 Impressão do laboratório dos preparos	73
Ilustração 141 Escolha da cor.....	73
Ilustração 142 Fotografia intra-oral frontal. Cimentação definitiva da ponte metalo-cerâmica.....	73
Ilustração 143 Vista lateral da ponte metalo-cerâmica.....	73
Ilustração 144 Ponte metalo-cerâmica em boca visualização por palatino dentes 12 a 14	73
Ilustração 145 Ponte metalo-cerâmica com visualização da infra-estrutura metálica.....	73
Ilustração 146 Ponte metalo-cerâmica com visualização por palatino.....	74
Ilustração 147 Ponte metalo-cerâmica com visualização por vestibular	74
Ilustração 148 Fotografia de sorriso após uma semana.....	74
Ilustração 149 Odontograma	Erro! Marcador não definido.

Índice de Tabelas

Tabela 1 Cronologia do desenvolvimento dentária para os dentes definitivos do sector anterior.....	5
Tabela 2 Tamanhos médios dos dentes anteriores maxilares (em mm)	6
Tabela 3 Vantagens e complicações da colocação de implantes na agenesia de incisivos laterais superiores	20
Tabela 4 Critérios de inclusão e exclusão	38
Tabela 5 Plano de tratamento do caso clínico 2	70

Modelo da História Clínica da UCP



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
LICENCIATURA EM MEDICINA DENTÁRIA

Relatório Médico

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME		
ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	SEXO
MORADA, RUA E Nº		
CÓDIGO POSTAL E LOCALIDADE	CONCELHO	
NATURALIDADE	TELEFONE	
PROFISSÃO	CODIGO - DOENTE	

2 - ANAMNESE (História Clínica)

2.1 MOTIVO DA CONSULTA

2.2 HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Data (aproximada) início dos sintomas:

Localização: Irradiação:

Intensidade: fraca moderada forte muito forte

Duração: (min, horas, dias) Frequência:

Modo: súbito lento insidioso por surtos Evolução: aguda crónica recidivante

Outros Sintomas:



2.3 ANTECEDENTES

2.3.1- PESSOAS GERAIS (se verificar algo grave, deve realçar com uma seta no lado esquerdo correspondente ao item)

	Não	Sim
Visita regularmente algum médico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque razão? _____		
Fez análises pela última vez, em que data? __/__/__ Foram detectados valores anormais?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais _____		
Está a tomar algum medicamento (incluindo anticoncepcionais)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique quais _____		
Senhoras, diga se está grávida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantos meses: _____ em __/__/__		
Tem problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais? _____		
Tem tensão alta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual o valor da última vez que mediu? Max __Hg; Min __Hg; em __/__/__		
Sofre de diabetes tipo ____?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem doenças de sangue?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> hemofilia <input type="checkbox"/> Outras _____		
Quando sofre um corte, sangra durante muito tempo ou demora a cicatrizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faz (pisaduras) hematomas com facilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costuma sangrar pelo nariz, espontaneamente? (epistaxis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem alguma doença infecto-contagiosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hepatite tipo ____ <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Outra _____		
Tem doenças de fígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais _____		
Tem problemas de estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais _____		
Tem problemas renais?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de alguma destas doenças.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Urticária <input type="checkbox"/> Pólen <input type="checkbox"/> Sinusite <input type="checkbox"/> Outras _____		
É alérgico a algum medicamento ou dispositivo médico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Penicilinas <input type="checkbox"/> Sulfamidas <input type="checkbox"/> Tetraciclina <input type="checkbox"/> Anestésicos <input type="checkbox"/> Aspirina		
<input type="checkbox"/> Níquel <input type="checkbox"/> Crómio/cobalto <input type="checkbox"/> Acrílico <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Outros _____		
Sofreu de alguma doença cancerígena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que região foi afectada? _____		
Foi submetido algum tratamento de radioterapia ou quimioterapia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique qual? _____ Há quanto tempo? _____		
Existem na família doenças como:		
<input type="checkbox"/> D. Cardíacas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cancro <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outras _____		
Hábitos:		
<input type="checkbox"/> Alcoólicos <input type="checkbox"/> Tabágicos, ____ cig/dia <input type="checkbox"/> Hig. oral ____ X/dia <input type="checkbox"/> fio dentário		
Tem outros problemas de saúde não mencionados em cima?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais _____		

Observações _____



2.3.2- PESSOAS DENTÁRIOS

2.3.3-FAMILIARES E DENTÁRIOS

3 - EXAME CLÍNICO

3.1 EXTRA-ORAL

Face: _____

Cicatrizes: _____

Tumefacções: _____

Adenopatias: _____

Edemas: _____

Assimetrias: _____

Outros: _____

3.2 INTRA-ORAL

Lábios: _____

Língua: _____

Palato Duro: _____

Palato Mole: _____

Vestíbulos e freios: _____

Pavimento da boca: _____

Reg. Jugal direita: _____

Reg. Jugal esquerda: _____

Gengivas: _____

Prótese: _____

Higiene oral: _____

ATM: _____

Sintomatologia: _____

Abertura da boca: _____

Classe de Angle: _____

GLÂNDULAS SALIVARES:

Parótidas: _____

Submaxilares: _____

Sublinguais: _____

Menores: _____

Ductos excretores (Stenon , Warton): _____

Saliva: _____

3.2 DENTÁRIO:

The dental chart consists of 16 boxes arranged in two rows of eight. Below the boxes are 16 corresponding tooth icons, also arranged in two rows of eight. A legend below the icons defines the following symbols:

- Lesão cervical
- Restauração + Inestável
- Prot. Remov.
- Protese fixa Pontico
- Protese fixa pilar
- Cárie
- Processo periodontal
- Restauração
- Selante de fissuras
- Endodontia
- Ausente

3.3 PERIODONTAL

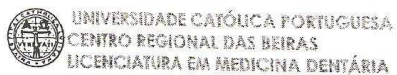
PSR

NOTA; Todos os dentes são examinados. Cada sextante é classificado de acordo com a "pior" situação encontrada nesse sextante

1	2	3
6	5	4

Code 0	Sem sangramento/saudável
Code 1	Sangramento (com placa)
Code 2	Cálculos supra ou infra
Code 3	Bolsas entre 3,5 e 5,5 mm
Code 4	Bolsas com mais de 5,5 mm
*	Envolvimento de furca/ recessões/problemas mucogengivais

OBSERVAÇÕES - AVALIAÇÃO INTRA-ORAL



Utente nº _____

PLANO DE TRATAMENTO ALTERNATIVO

	DESCREVA OS TRATAMENTOS POR PRIORIDADES	ÁREA DA MEDICINA DENTÁRIA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

PROGNÓSTICO

Alertas

Assinaturas	Datas
Doente	
Estudante	
Docente	



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras

Consentimento Informado

Propõe-se a realização de um estudo sobre a Agenesia de incisivos laterais superiores para documentar e ilustrar uma Monografia Final de Curso da aluna Sandra Almeida do 5º ano que executará o recolhimento de todos os dados e realizará o tratamento pela técnica de substituição dos caninos a incisivos laterais se o paciente assim o desejar. Esta técnica tem como objectivo melhorar a desarmonia presente na maxila anterior tornando a estética final num resultado mais natural possível.

A recolha de dados clínicos inclui:

1. História clínica completa
2. Fotografias intra- e extra-orais
3. Ortopantomografia
4. Moldes da cavidade oral
5. Registo de mordida
6. Montagem em articulador dos modelos de gesso

Os dados recolhidos irão ser utilizados para uma avaliação rigorosa e um estudo individualizado de cada caso clínico. Ira-se efectuar o enceramento dos Caninos, matrizes de reconstrução e montagem em articulador dos modelos respectivos. Finalizado o estudo, o resultado estético será apresentado ao paciente bem como o orçamento deste.

Declaro que li e percebi a informação acima tratada e consinto a recolha de dados bem como aceito voltar a esta consulta em ocasiões posteriores que venham a ser recomendadas.

Data: _____

O Paciente

Assinatura _____