

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CÂMPUS DE ARAÇATUBA**

MARIANA PEREIRA BIS

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR COM PRÓTESE
PARCIAL FIXA CONVENCIONAL: AINDA HÁ ESPAÇO
PARA ISTO?**

ARAÇATUBA - SP

2017

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CÂMPUS DE ARAÇATUBA**

MARIANA PEREIRA BIS

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR COM PRÓTESE
PARCIAL FIXA CONVENCIONAL: AINDA HÁ ESPAÇO
PARA ISTO?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Fellippo Ramos Verri

ARAÇATUBA - SP

2017

DEDICATÓRIA

Com muita felicidade que dedico este trabalho aos meus queridos pais, Vivaldo e Márcia, que sempre acreditaram em mim, na minha capacidade de vencer e ir além. Eles jamais deixaram de me incentivar, me deram força nas horas mais difíceis, e nunca mediram esforços para que eu pudesse realizar os meus sonhos. Muito obrigada por estarem presentes em todos os momentos, me encorajando e concedendo a oportunidade de viver esse momento. Sem vocês nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre esteve comigo, iluminando os meus pensamentos, guiando os meus passos, ouvindo as minhas orações e me encorajando para seguir em frente.

Aos meus pais, minha irmã Marília e meu namorado Rodrigo que sempre me ensinou, ajudou, apoiou e incentivou. Também a toda a minha família que sempre esteve comigo, dando todo o apoio necessário para que eu tivesse forças para continuar.

Ao meu orientador Prof. Dr. Fellippo Ramos Verri por todos seus conhecimentos, seu empenho, dedicação, paciência, nunca medindo esforços para me ajuda e incentivar.

Ao Prof. Ass. Dr. José Vitor Quinelli Mazaro pelos ensinamentos durante a graduação e por ter aceitado o convite de fazer parte da minha banca examinadora.

À doutoranda Hiskell F. Fernandes e Oliveira, por toda sua paciência e dedicação, em ter me ajudado no trabalho, e ter aceitado o convite de fazer parte da minha banca examinadora também.

Às minhas amigas Jéssie, Gabriela, Ana Paula, Érica e Victória que mesmo longe sempre se fizeram presentes nas minhas conquistas.

Às amigas que eu fiz na faculdade e espero levar para a vida toda: Gabriella, Ana Flávia, Marynara e Priscila, que durante esses anos da faculdade foram a minha família aqui em Araçatuba. Obrigada por todo companheirismo, cumplicidade e por poder contar com vocês em qualquer momento.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu sincero muito obrigado!

BIS, M.P. Reabilitação estética anterior com prótese parcial fixa convencional: ainda há espaço para isto? 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

RESUMO

Perdas dentárias requerem substituição por próteses, que, a princípio, podem ser do tipo total, removível, ou fixa, convencionais ou sobre implantes. Porém, apesar do grande avanço da implantodontia, muitos pacientes não querem se submeter a procedimentos cirúrgicos para reabilitação, restando a estes uma das modalidades convencionais descritas acima. Assim, o intuito deste relato de caso de reabilitação convencional com próteses fixas metalocerâmicas foi discutir suas indicações, limitações, bem como cuidados de preservação após a instalação da prótese. Paciente A.C.C. procurou por tratamento para troca de próteses antigas insatisfatórias, sendo planejado próteses fixas convencionais do 14 ao 24 (pônticos 22 ao 12), metalocerâmicas, em virtude de o paciente não querer se submeter a tratamento com cirurgia para implantodontia. As próteses foram realizadas por meio de técnicas convencionais para coroas do tipo metalocerâmicas, incluindo moldagem, montagem em articulador e enceramento, resultando em bom resultado estético final, com boa aceitação por parte do paciente. O paciente se mostrou bastante satisfeito com o resultado final, e se encontra em preservação já há 2 anos.

Palavras-chave: Reabilitação Bucal. Prótese Parcial Fixa. Estética Dentária

BIS, M.P. **Anterior aesthetic rehabilitation with conventional fixed partial prostheses: is there still space for this?** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

ABSTRACT

Dental losses require teeth reposition by dental prostheses that could be conventional complete or removable or fixed partial prostheses, or any type supported by implants. However, despite the large improvement of Implantology, many patients don't like to submit to surgical procedures for rehabilitation and in this way one of the conventional modalities of dental prostheses is required. So, the aim of this clinical report involving conventional fixed partial prostheses was to discuss its indication, limitation, and preservation cares after prostheses installation. Patient A.C.C. look for treatment to change of old unsatisfactory prostheses, being planned conventional fixed partial prostheses of 14-24 teeth (pontic design of 22-12 teeth), metaloceramic, since the patient have no desire of submitting to surgical treatment of implantology. The prostheses were realized by conventional methods for metalocerâmica type crowns, including molding, articulator assembly and waxing, resulting in good final esthetic result and good acceptance by patient. The patient showed very satisfied with the result and is in follow-up of 2-years.

Keywords: Mouth Rehabilitation. Denture, Partial, Fixed. Esthetics, Dental.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Vista frontal da condição inicial do sorriso	13
Figura 2- Vista intra-bucal do paciente em condições iniciais (frontal, lateral esquerda e lateral direita	14
Figura 3- Radiografias periapicais da área de interesse	15
Figura 4- Modelo de estudo arcada superior (A) e inferior (B)	15
Figura 5- Modelos montados em articulador com os dentes marcados para enceramento	16
Figura 6- Enceramento em vistas frontal, oclusal e palatina, e vistas laterais	17
Figura 7- Provisórios instalados, visão intra-oral (A), vista lateral direita (B) e vista lateral esquerda (C)	18
Figura 8- Prótese definitiva cimentada	20
Figura 9- Higienização de prótese parcial fixa	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação PPF x Implantes	23
---------------------------------------------	----

SUMÁRIO

1	Introdução	9
2	Proposição	12
3	Relato de caso	13
4	Considerações finais	22
5	Conclusões	26
	Referências	27

1. INTRODUÇÃO

A preocupação em reparar perdas dentárias, através da reposição com próteses remonta ao século VII a.C. Os etruscos construíam próteses fixas, empregando lâminas de ouro para confecção das bandas. Os dentes perdidos eram substituídos por dentes de animais (MEZZOMO, 1994). A partir daí a prótese como ciência começou a evoluir. A prótese dental é a ciência e a arte de prover substitutos convenientes para a porção coronária dos dentes, para um ou mais dentes perdidos e suas partes associadas, de maneira a restaurar as funções perdidas, a aparência estética e conseqüentemente o conforto e saúde do paciente.

Uma das formas de reabilitação dentária é a Prótese Parcial Fixa (PPF), que é uma excelente alternativa para repor dentes perdidos, enfraquecidos por restaurações amplas, para devolver a função mastigatória do paciente e até mesmo para atingir uma estética desejada. É o ramo da prótese que trata da restauração de um ou mais dentes ausentes, por meio de um aparelho dento ou implanto-suportado, de modo a restabelecer a função, estética e a comodidade do paciente (BASSANTA; BASSANTA, 1997). Justamente por ser fixa, ela se assemelha muito a um dente natural.

A prótese parcial fixa é um tipo de aparelho que não pode ser removido facilmente nem pelo paciente, nem mesmo pelo profissional, sem que haja comprometimento da peça. (MALONE et al., 1991). No momento de confecção de uma prótese dentária os seguintes objetivos são buscados: correção das condições anormais do sistema mastigatório, restauração dos órgãos da mastigação ausentes (dentes), eficiência mastigatória, estética, beleza e harmonia, comodidade e integração do aparelho mastigatório, procurando funções de mastigação, deglutição, respiração, etc. (BASSANTA; BASSANTA, 1997).

As próteses fixas podem ser por confecção total da coroa de um elemento, podendo ser unitária (um único dente) ou múltipla (quando reabilita mais de um elemento) ou ainda podem ser parciais, por confecção de partes de uma coroa dentária – inlay, onlay, overlay e faceta. Quando múltiplas, são sempre constituídas de dentes suportes (dentes que foram preparados para receber e suportar a PPF), no mínimo um conector (que une pântico a um retentor, pântico com pântico e

retentor a retentor), muitas vezes com um pântico (porção da prótese que substitui o dente ausente no arco dental) e retentores (que são os elementos da prótese fixa que recobrem os dentes preparados, os dentes suportes). Além disso, a prótese parcial fixa pode ser metálica, mista (metalocerâmica (metal + cerâmica) ou metalfree (porcelana pura - livre de metal) (BASSANTA; BASSANTA, 1997).

Restaurações com materiais puramente cerâmico tem sido amplamente utilizado na odontologia, buscando a melhoria estética e qualidade do material em relação as próteses metalocerâmicas, porém alguns estudos demonstram que os materiais com metal se mostram mais resistentes e com maior longevidade nos tratamentos mesmo havendo muitas opções cerâmicas no mercado (Scharer P, 1997; Della Bona A, 2008), sendo reportada maiores taxas de fraturas em regiões posteriores (Pjetursson BE, 2007), além do custo superior aos materiais metalocerâmicos. No caso clínico que será descrito foi confeccionada uma prótese do tipo metalocerâmica. A infraestrutura metálica, que pode ser de diferentes ligas metálicas, como Ni-Cr, Co-Cr ou outros, é coberta por uma camada de cerâmica.

Quanto ao tipo de preparo necessário no dente para receber a prótese, normalmente é feito o tipo chanfrado, que tem um término semi-circular, com desgaste de aproximadamente 1,5 a 2 mm. Esse tipo de prótese é indicado para substituir, de um modo geral, um ou mais dentes ausentes, consecutivos ou não, de um arco dental. Segundo Bassanta e Bassanta (1997) ela requer alguns requisitos, dentre eles: que os pacientes apresentem elementos suporte em boas condições (vitalizados de preferência, em número e distribuição adequados na arcada), relação coroa/raiz adequada (observando a lei de Ante), exames radiográficos satisfatórios (para constatar espaço de membrana periodontal, presença de bolsas, rarefação apical, qualidade de osso alveolar), exames dos modelos de estudo (verificando relação de longo eixo, largura méso-distal, dentes opostos, inclinações e forças aplicadas), e exames bucais (contatos prematuros, cáries, sulcos gengivais, anatomia dental, movimentos mandibulares).

As próteses fixas são contra-indicadas levando em consideração os fatores gerais e locais do paciente. Os fatores gerais incluem doenças sistêmicas, fatores ortodônticos, razões periodontais, problemas fonéticos, e também componentes psicológicos. Já os fatores locais incluem um grande espaço protético, prótese fixa

com braço de alavanca muito grande, raízes com forma e comprimento inadequado (cônicas ou achatadas), altura e volume do alvéolo e membrana periodontal reduzidos, tecido ósseo reabsorvido, oclusões anormais e uma higiene bucal insatisfatória (BASSANTA; BASSANTA, 1997).

As vantagens das PPFs incluem a não movimentação durante a mastigação, estética, não apresentam aumento volumétrico coronário (facilitando a adaptação do paciente) e ainda transmitem forças funcionais que estimulam de forma favorável o periodonto de sustentação. Já as desvantagens incluem: os desgastes necessários nos dentes suportes, o custo da técnica, a dificuldade na execução da técnica e a higienização que fica dificultada no caso do uso de próteses múltiplas.

Diante de todo o exposto, será descrito um caso clínico onde optou-se por uma PPF convencional, metalocerâmica, mostrando suas indicações, limitações, vantagens, desvantagens e demais informações a cerca do tratamento.

2. PROPOSIÇÃO

Assim, diante do exposto, o propósito desse trabalho foi realizar um relato de caso clínico, mostrando que ainda nos dias atuais, é possível sim reabilitar um paciente com próteses do tipo metalocerâmica, alcançando todas as exigências no âmbito estético.

3. RELATO DO CASO CLÍNICO

Inicialmente, foi realizado o exame clínico, onde foi verificado o estado de saúde geral do paciente, a fim de se tomar os cuidados especiais individualizados que forem necessários (PEGORARO, 1998). Nada foi contraindicado após a colheita de informações a respeito de seus hábitos de higiene oral, avaliação de parafunção ou problemas de mastigação. A única observação feita foi a mordida profunda mais acentuada, além de um perfil característico de Classe II, embora muito leve. Além disso, as próteses fixas antigas se encontravam insatisfatórias do ponto de vista estético (Figura 1). Logo no início ele relatou que não se interessava pela colocação de implantes, em virtude de não aceitar cirurgias para esta finalidade.

Figura 1 – Vista frontal da condição inicial do sorriso



Fonte: Fotos do arquivo do Prof. Dr. Fellippo Ramos Verri

Foram então realizadas anamnese extra e intraoral, procurando por padrões irregulares de aspecto facial, além da análise da dimensão vertical, suporte de lábio e linha do sorriso, que estavam todos satisfatórios. No exame intraoral foram analisados os tecidos moles, musculatura, dentes, periodonto e as relações oclusais, sendo constatado que a cor das próteses estava inadequada, com cervicais expostas, e ainda era possível em alguns elementos enxergar a cinta de metal. Alguns dentes estavam escurecidos. Em uma vista lateral foi possível analisar a

diferença dos dois caninos, com grande discrepância no que diz respeito à cor, formato, tamanho e exposição cervical. (Figura 2)

Figura 2 – Vista intra-bucal do paciente em condições iniciais (frontal lateral esquerda e lateral direita)

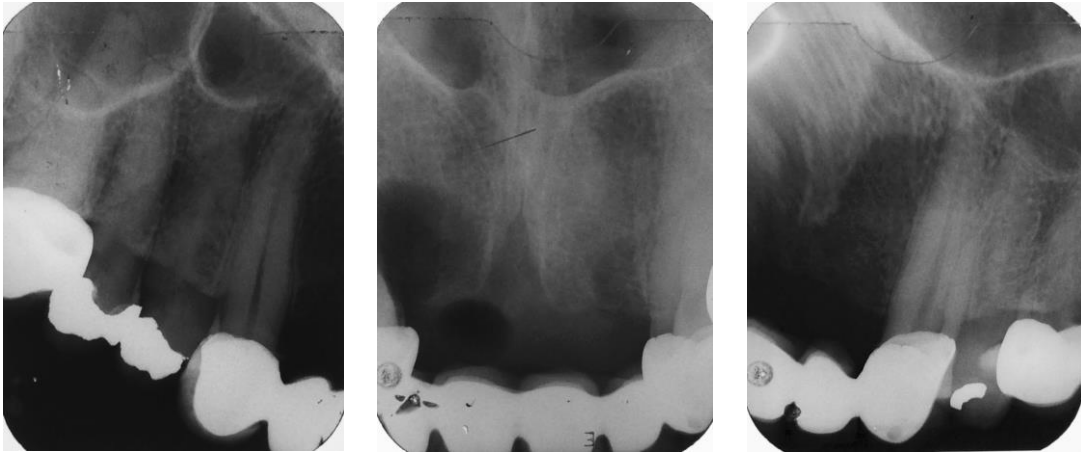


Fonte: Fotos do arquivo do Prof. Dr. Fellippo Ramos Verri

Na sequência foi planejada a realização de exames radiográficos. Apesar da panorâmica permitir analisar presença de lesões ósseas, raízes residuais e corpos estranhos, além da qualidade e quantidade de osso, anatomia radicular e qualidade de tratamento endodôntico (caso exista), como era necessário a análise minuciosa das áreas de interesse, radiografias periapicais foram realizadas. Com elas, é possível analisar altura da crista óssea, lesões periapicais, qualidade do tratamento endodôntico (caso exista), comprimento dos núcleos, proporção coroa-raiz, dentre

outros (Pegoraro, et.al, 2004). No caso clínico, todos os dentes planejados para servirem como suporte da PPF (14, 13, 23 e 24) estavam com integridade de raiz e sem problemas aparentes.

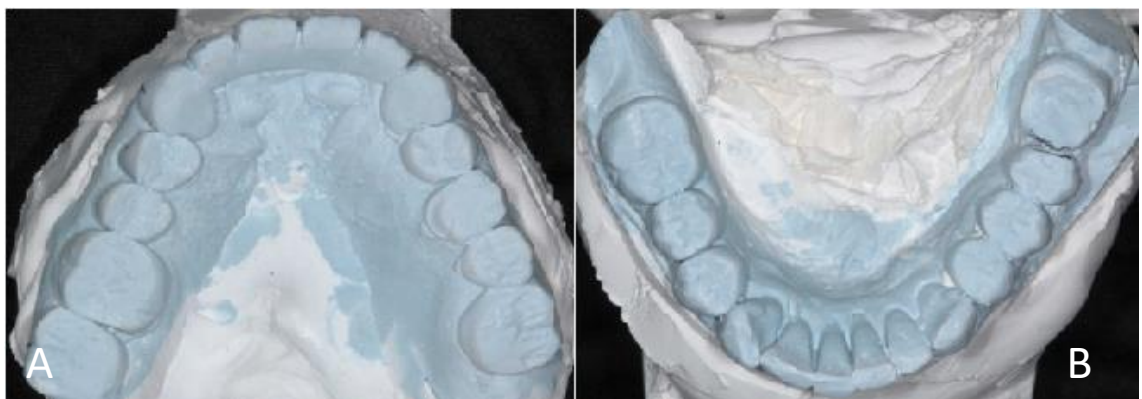
Figura 3 – Radiografias periapicais da área de interesse



Fonte: Fotos do arquivo do Prof. Dr. Fellippo Ramos Verri

Em seguida, foram realizadas moldagens para estudo e planejamento por enceramento, utilizando-se alginato. (Figura 4)

Figura 4 – Modelo de estudo arcada superior (A) e inferior (B)



Fonte: Fotos do arquivo do Prof. Dr. Fellippo Ramos Verri

De acordo com o planejamento, os dentes a serem trabalhados foram marcados para facilitar a comunicação com o laboratório de prótese e o processo de enceramento. (Figura 5)

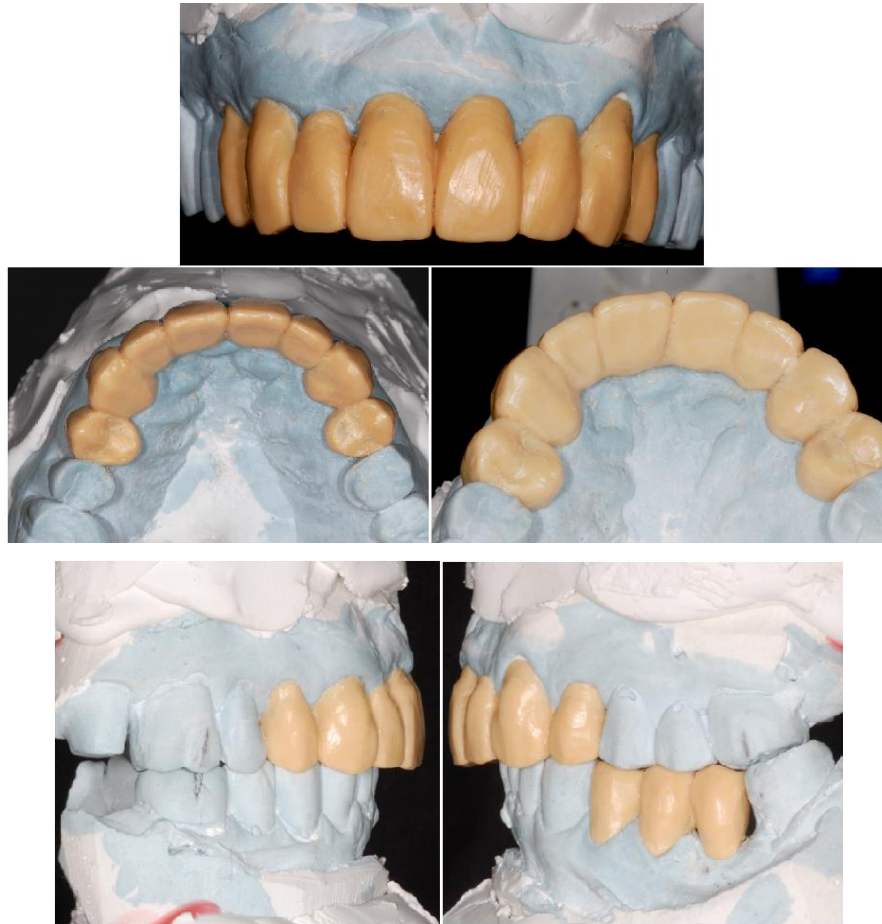
Figura 5 – Modelos montados em articulador com os dentes marcados para enceramento



Fonte: Fotos do arquivo do Prof. Dr. Fellippo Ramos Verri

Em seguida foi realizado o enceramento, que é uma etapa fundamental para se ter previsibilidade e sucesso no resultado estético final (FRADEANI, 2006).

Figura 6 – Enceramento em vistas frontal, oclusal e palatina e vistas laterais



Fonte: Fotos do arquivo do Prof. Dr. Fellippo Ramos Verri

Após o enceramento, os modelos retornaram ao laboratório para confecção dos provisórios em resina acrílica. Preparos do tipo chanfrado foram realizados, com término semi-circular e um desgaste de aproximadamente 1,5 a 2mm, seguindo a técnica dos sulcos de orientação. Essa técnica proporciona uma maior precisão na quantidade ou espessura de desgaste dos dentes a serem preparados (FARIAS et al., 2011). Buscou-se durante os preparos atingir os princípios mecânicos, biológicos e estéticos necessários para a execução de uma PPF com boa previsibilidade e longevidade. Após, os provisórios foram reembasados em posição, deixando-se um período de 15 dias para cicatrização, com objetivo de recuperação da saúde gengival após a realização dos preparos. Tais provisórios são cimentados com cimentos provisórios (Provy - Denstply), que devem promover a retenção da restauração durante a função mastigatória (SILVA et al., 2016). Durante o período

de uso dos provisórios estes desempenharam função de proteção pulpar, manutenção das margens gengivais, e função oclusal além de possuírem facilidade de limpeza, resistência, retenção e estética (principalmente em região anterior).

Existem outras formas de confecção de provisórios, sendo uma delas a partir da resina bisacrílica, que é incorporada em um mock-up (confeccionado a partir de material de moldagem denso). Esse tipo de provisório é rápido e fácil de fazer, porém tem a desvantagem de ser frágil e sofrer grande alteração de cor. Ele não foi utilizado no caso do paciente A.C.C. justamente pela presença dos pôneicos, onde se suspeitou de possível fratura. Outra forma é utilizando a resina acrílica diretamente na boca do paciente. Manipulamos o material, esperamos seu tempo de trabalho, levamos em boca, pedimos que o paciente oclua e então são feitas marcações. Daí partimos para fase de desgastes, acabamento e polimento.

Figura 7 – Provisórios instalados, visão intra-oral (A); vista lateral direita (B); vista lateral esquerda (C)



Fonte: Fotos do arquivo do Prof. Dr. Fellippo Ramos Verri

Em seguida foi realizada a moldagem funcional com fio retrator, que segundo Pagani et al. (2015) é muito importante para promover o correto afastamento gengival e a visualização perfeita da linha do término dos preparos. Foi usada silicona de adição (Express XT – 3M junto de uma pasta regular), seguida de registro interoclusal com resina acrílica, e enviado o molde e registro ao laboratório para confecção das infraestruturas (IE) metálicas (W1-AgPd), que foram provadas a seguir. Durante a prova, foram checadas as margens cervicais quanto à adaptação. A prova da infraestrutura metálica deve ser realizada levando em consideração a adaptação marginal, presença de sub ou sobrecontorno, báscula, espaço para aplicação da cerâmica, e se a peça faz algum tipo de pressão no ligamento periodontal. O cirurgião-dentista deve avaliar a adaptação da estrutura sobre o dente preparado, sendo essencial um bom encaixe, com a menor distância possível entre a infraestrutura e o dente, de maneira que a camada de cimento também seja menos espessa e conseqüentemente, serão minimizadas as possibilidades de solubilização dos cimentos, retenção de placa bacteriana, desenvolvimento de doença periodontal e recidiva de cáries nessas margens. Produtos e técnicas adicionais para esta prova são normalmente utilizados, como o uso de evidenciadores, tomadas de radiografias, e verificação direta com sonda exploradora. Embora a adaptação marginal correta e satisfatória seja o objetivo principal de qualquer peça fundida, existem situações que diferem do ideal exigindo correção e às vezes, até repetição do trabalho. Entre elas, destacam-se degrau negativo, degrau positivo e desajuste (PEGORARO, 1998).

Com a infraestrutura corretamente assentada, o próximo passo é a fixação da posição para soldagem por se tratar de uma prótese múltipla. Quando se tratam de casos com mais de um elemento a ser confeccionado, essas IE devem ser provadas cada uma em seu respectivo dente de maneira isolada, para depois serem unidas pelo ponto de solda. Para tanto, esses pontos de solda requerem alguns cuidados específicos, como: espaço suficiente para solda, uniformidade da estrutura, acabamento e polimento e vedamento (com resina acrílica Duralay). É preciso analisar também se há espaço suficiente para a cerâmica e se necessário realizar ajustes oclusais. Após a confecção da solda, as IE são novamente provadas e checadas.

Com as peças devidamente prontas, passamos para a próxima etapa que é a moldagem de transferência, para montar novamente em articulador. Quando se tratar da remontagem de próteses fixas pequenas e/ou elementos isolados, pode se utilizar moldeiras de estoque e alginato; se extensas, envolvendo a maior parte dos dentes, moldeiras de estoque e silicona ou moldeiras individuais e poliéter (PEGORARO, 1998). No caso em questão descrito, como se tratava de uma prótese extensa, foi utilizado moldeira de estoque com silicone de condensação (Zetaplus – Oranwash ("Zhermack", Italy). A técnica escolhida foi da dupla impressão, onde os dois materiais são manipulados simultaneamente. O denso é colocado sobre a moldeira, e sobre ele o fluido, que também é injetado sobre as IE na boca, com cuidado para não movimentar. Então a moldeira é levada até a boca e aguarda-se a polimerização. A moldagem de transferência é então enviada ao laboratório para vazamento do modelo e preparação da peça metálica para que a mesma receba as camadas de opaco, cerâmica e demais caracterizações de acordo com a seleção de cor realizada previamente na sessão da moldagem de transferência da IE.

A cerâmica enviada pelo laboratório então foi provada na boca do paciente para verificação da forma, textura e cor e na própria individualização do trabalho protético estético. Após aprovação por parte do paciente, a peça foi ajustada e cimentada provisoriamente (cimento Provy – Dentsply), sendo aguardado período de 15 dias para a cimentação definitiva com fosfato de zinco.

A cimentação definitiva foi realizada então com cimento resinoso dual Relyx-U200 (3M-ESPE) proporcionando propriedades físicas e mecânicas como a força de união, resistência ao desgaste e resistência à compressão (PRAKKI; CARVALHO, 2001) e assim o paciente entrou em fase de controle periódico. A figura 8 a seguir ilustra o resultado final do tratamento.

Figura 8 – Prótese definitiva cimentada



Fonte: Fotos do arquivo do Prof. Dr. Fellippo Ramos Verri

Finalmente, noções básicas de higienização de PPFs foram passadas ao paciente, e este encontra-se com 2 anos de estabilidade do caso clínico. Métodos com fio dental, fio com esponja, ou passa fio são normalmente bem aceitos pelo paciente, além de escovas interproximais e aparelhos de jato de água.

Figura 9 – Higienização de prótese parcial fixa



Fonte: Fotos do arquivo do Prof. Dr. Fellippo Ramos Verri

4. DISCUSSÃO

A longevidade das PPFs depende de muitos fatores que vão desde a sua qualidade, desde técnica realizada, habilidade profissional, qualidade dos materiais utilizados, até o cuidado com que o paciente as preserva. Dessa forma, o monitoramento da higiene oral de pacientes usuários de PPF, com controles periódicos realizado pelo dentista, é uma poderosa ferramenta para o sucesso desse tipo de tratamento reabilitador (PINELLI et al., 2007).

De acordo com alguns autores, o biofilme é o fator primordial para o desenvolvimento de inflamação na mucosa gengival subjacente a coroas protéticas (BOTTINO et al., 1982). Em avaliações realizadas por Glantz et al. (1984), 90% das próteses confeccionadas há cinco anos foram consideradas satisfatórias, sendo a gengivite a responsável por aquelas que não se encontravam classificadas como tal. Lang (1995) afirmou que doenças periodontais devem ser tratadas e eliminadas com sucesso antes da confecção das próteses. Assim, além de uma boa execução, é necessário que o paciente seja incentivado quanto à escovação, optando preferencialmente por uma escova macia, uso de fio dental, ou escovas interdentais, além de deixar claro ao paciente a necessidade dos controles periódicos para manutenção da prótese, de maneira que as visitas irão se distanciando, tornando essas visitas semestrais a anuais.

Quando o assunto é a reabilitação oral, podem aparecer dúvidas entre quais opções escolher. Um dos assuntos mais comentados atualmente são os implantes, que nada mais são do que suportes (geralmente de titânio) posicionados nos ossos, mandibulares ou maxilares, que uma vez instalados, permite substituição dos elementos dentários perdidos. Apesar do número de implantes aumentar ano a ano, muitos pacientes ainda preferem a prótese fixa pelo fato de não precisar de intervenção cirúrgica ou basicamente pela “simplicidade” da técnica. Existem inúmeras diferenças entre os dois procedimentos (PPF x Implantes), e algumas serão citadas a seguir.

Tabela 1 – Comparação PPF x Implantes

	Vantagens	Desvantagens
PPF	<ul style="list-style-type: none"> - Não requer cirurgia (em alguns casos requer cirurgia periodontal); - Tratamento mais rápido; - Requer exames menor quantidade de exames complementares - Devolve função mastigatória; - É estética; - Fácil higienização (se for elemento único); - Não se movimenta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desgaste de dente hígido; - Muitas vezes requer tratamento endodôntico; - Menos estável que os implantes; - Difícil higienização (se for múltipla); - Não evita reabsorção óssea.
Implante	<ul style="list-style-type: none"> - Não se movimenta; - Fácil higienização (nos casos unitários); - Não causam reabsorção óssea; - Devolve função mastigatória; - É estético. 	<ul style="list-style-type: none"> - Requer intervenção cirúrgica; - Maior tempo de tratamento; - Requer exames mais complexos; - Custo elevado; - Requer disponibilidade óssea.

Portanto, dentre tantas divergências, nenhuma técnica pode ser dita como superior à outra, já que cada caso deve ser analisado individualmente, de maneira específica para cada paciente.

As cerâmicas têm sido usadas na odontologia desde o século XVIII e apesar da alta estética, apresentam grande fragilidade mecânica. Para melhorar sua resistência à fratura, a cerâmica odontológica tem sido apoiada em um substrato

desde a década de 1950, quando surgiram as restaurações metalocerâmicas (AGRA et al., 2006). Com o avanço da odontologia, novas formas de reabilitação surgiram e com ela as próteses do tipo metalfree, que nada mais são do que próteses de cerâmica pura, que possuem revestimento. E esse tipo de prótese surgiu justamente para solucionar o “problema” das metalocerâmicas, julgadas por sua cor acinzentada e pela aparência antiestética causada por sua infraestrutura metálica. Porém, mesmo nas metalocerâmicas uma camada de opaco é aplicada sobre a IE, também com finalidade de esconder completamente o metal. Dessa forma, a luz refletida em sua superfície tem a mesma intensidade da dos demais dentes, e desde que bem confeccionadas, pode também atingir resultados estéticos satisfatórios, como no caso clínico descrito.

Dessa forma, tomando os devidos cuidados é possível sim conseguir uma estética satisfatória com coroas do tipo metalocerâmica, conforme foi analisado em uma pesquisa de Pianelli em 2004, onde 97% dos pacientes não apresentavam queixas sobre as estéticas de suas coroas. Mas, é importante salientar que para um bom resultado final, o cirurgião-dentista (CD) deve se aliar a um protético de excelência. Além disso, respeitar as diversidades entre os dois materiais, pois muitas características diferentes existem entre eles, desde tipos de término indicados para cada um (variando inclusive entre os próprios tipos de cerâmicas puras), quantidade de desgaste, técnica específica de cimentação, necessidade de espessura de peça protética, custo de material, tipo de infra-estrutura de acordo com a estética esperada, pois translucidez diferente pode ressaltar resultados tanto positivos quanto negativos se o substrato é desfavorável.

Portanto, conclui-se que as diferenças entre próteses metalocerâmicas e metalfree deveriam ser imperceptíveis com relação à influência da infraestrutura, nas proporções de opacidade e translucidez. Ambos os tipos de prótese deveriam apresentar uma estética favorável. Quando o assunto é sua resistência, é importante salientar que em um estudo realizado por Dorri em 2013, foi constatada maior tendência de fratura para coroas totalmente cerâmicas, principalmente em molares, quando comparados aos pré-molares. Além disso, suas fraturas se iniciam na superfície interna das coroas, propagando-se em direção à superfície externa (ANDREIUOLO et al., 2012). Um estudo feito por Parameswari et al. (2016) afirma

que a maioria das falhas em PPF estão relacionadas com a cimentação, devido ao assentamento incorreto, justamente pela espessura da película de cimento.

Como a reabilitação com PPF muitas vezes é um procedimento longo e gera grandes expectativas para o paciente, torna-se importante, então, para o CD saber quais são os fatores que geram uma possível insatisfação e na medida do possível, minimizá-los, como as fraturas, por exemplo.

Um estudo feito na Faculdade de Odontologia de Araraquara por Pinelli et al. (2004), mostrou que entre os pacientes entrevistados, mais de 70% estavam satisfeitos com suas próteses, sendo os fatores estéticos (cor, forma, comprimento, etc.) os que mais contribuíram para a não satisfação plena do paciente. Além disso, constatou-se que o tipo de material da prótese, diferentemente do seu tempo de uso, da idade e do sexo do paciente, interferiu no grau de satisfação, sendo as metalocerâmicas consideradas mais satisfatórias.

5. CONCLUSÃO

Assim, não foi intuito deste trabalho ressaltar a superioridade do uso das metalocerâmicas em detrimento das cerâmicas puras, até porque as cerâmicas puras apontam para um futuro muito promissor. O intuito foi apenas mostrar que, mesmo com toda a tecnologia atual, o uso de metalocerâmica ainda pode ser um método viável e previsível em reabilitação oral.

REFERÊNCIAS

- AGRA, C. M.; MORIMOTO, S.; VIEIRA, G. F. Sistemas cerâmicos: indicações e limitações. In: MIYASHITA E.; MELLO, A. T. (Coord.) **Odontologia estética: planejamento e técnica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006. p. 121-138.
- ANDREIUOLO, R. F. et al. Próteses parciais fixas totalmente cerâmicas: fatores que determinam sucesso e fracasso. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 69, n. 1, p. 97-101, 2012.
- BASSANTA, A. D.; BASSANTA, D. S. (Coord.) **Prótese fixa: atualidades e perspectivas**. São Paulo: Sarvier, 1997. 303 p.
- BOTTINO, M. A. et al. Estabelecimento de hábitos de higiene bucal em pacientes adultos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 280-286, 1982.
- Della Bona A, Kelly JR. The clinical success of ceramic restorations. *J Am Dent Assoc* 2008;139(suppl):8S-13S.
- DORRI, M. All-ceramic tooth-supported single crowns have acceptable 5-year survival rates. **Evid. Based Dent.**, v. 14, n. 2, p. 47, 2013.
- FARIAS, F. A. R. et al. Preparo dentário para coroa metalocerâmica em dentes anteriores, por meio da técnica de referência Inoue & Zanetti. **RGO**, v. 59, sup., p. 81-88, 2011.
- FRADEANI, M. **Análise estética**: uma abordagem sistemática para o tratamento protético. São Paulo: Quintessence: 2006. v. 1.
- GLANTZ, P. O. et al. Quality of extensive fixed prosthodontics after five years. **J. Prosthet. Dent.**, v. 52, n. 4, p. 475-479, 1984.
- LANG, N. P. Periodontal considerations in prosthetic dentistry. **Periodontol. 2000**, v. 9, p. 118-131, 1995.
- MALONE, W. F. P. et al. (Ed.) **Teoria e prática de prótese fixa de Tylman**. 8. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1991. 503 p.

MEZZOMO, E. **Reabilitação oral: para o clínico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Quintessence, 1994. 561 p.

PAGANI, C. et al. Afastamento gengival: técnicas e materiais. **Prótese News**, v. 2, n. 4, p. 470-482, 2015.

PARAMESWARI, B. D. et al. Comparative study on the tensile bond strength and marginal fit of complete veneer cast metal crowns using various luting agents: an in vitro study. **J. Pharm. Bioallied. Sci.**, v. 8, sup. 1, p. S138-S143, 2016.

PEGORARO, L. F. **Prótese fixa**. São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD, 1998. 313 p.

PINELLI, L. A. P. et al. Análise da condição de higiene oral de pacientes usuários de prótese parcial fixa. **ROBRAC**, v. 16, n. 42, p. 1-6, 2007.

PINELLI, L. A. P. et al. Grau de satisfação de pacientes portadores de prótese parcial fixa. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 33, n. 2, p. 87-93, 2004.

Pjetursson BE, Sailer I, Zwahlen M, Hammerle CH. A systematic review of the survival and complication rates of ceramic and metal-ceramic reconstructions after an observation period of at least 3 years, part I: single crowns. *Clin Oral Implants Res* 2007;18(suppl 3):73-85.

PRAKKI, A.; CARVALHO, R. M. Cimentos resinosos dual: características e considerações clínicas. **Braz. Dent. Sci.**, v. 4, n. 1, p. 21-26, 2001.

Scharer P. All-ceramic crown systems: clinical research versus observation in supporting claims. *Signature* 1997;4:1.

SILVA, F. B. et al. Cimentos provisórios em prótese fixa: qual escolher? Uma revisão da literatura. In: JORNADA ODONTOLÓGICA DOS ACADÊMICOS DA CATÓLICA, 2., Quixadá, mar. 2016. **Anais**. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br/index.php/joac/article/viewFile/993/775>>. Acesso em: 10 mar. 2017.