

Visão Clínica

TÉCNICA DE SOBREPOSIÇÃO DE PONTOS PARA FACILITAR E MELHORAR O AJUSTE OCLUSAL

Overposition of points technique to facilitate and improve the occlusal adjustment

Luis Gustavo Barrotte Albino*, Mario Celso Gunther Jr**, Daniel Kherlakian***, Gustavo Bertholdo****, Alexandre Cardoso*****

*Doutor em Materiais Odontológicos pela UFPel, Mestre em Dentística pela UNG e Especialista em Dentística

**Clínico em tempo Integral e Professor Assistente do curso Master de Resina Composta para o setor posterior

***Especialista em Endodontia, Mestre em Ciências da Saúde UNIFESP, Doutor em Endodontia SL Mandic - Campinas

****Especialista em Dentística e Implantodontia, Mestre em Prótese UNINGA, Doutor em Materiais Odontológicos pela UFPel

*****Mestre em Prótese SL Mandic, Especialista em Prótese UERJ

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A oclusão é um dos campos mais desafiadores e fascinantes no processo restaurador e reabilitador, entender esse contexto é crucial para a manutenção dos dentes na sua posição natural, em busca do equilíbrio e do máximo contato bilateral e simultâneo entre as arcadas, promovendo interação e conforto dos três pilares que compõe a fisiologia do Sistema Estomatognático: Dentes, Sistema Neuro Muscular e Sistema Articular. Tais fatores, somados ao processo de desocclusão, nos levará ao que chamamos de "Oclusão Orgânica", objetivo final de todo tratamento restaurador ou reabilitador; Todavia não objetivamos discorrer a fundo sobre oclusão em si, mas sim, focar em um ponto relevante e de grande polêmica por parte dos clínicos, que é o ajuste oclusal pós procedimento restaurador ou reabilitador. Nessa fase é muito importante que o clínico entenda o que está fazendo, uma vez que todo ajuste oclusal se torna um procedimento irreversível, com o objetivo de corrigir ou remover às interferências ou contatos prematuros dentais de modo a buscar o máximo de equilíbrio. Este relato de caso clínico, representa a realização de uma Técnica de ajuste Oclusal simplificada, para dentes posteriores, capaz de orientar o Cirurgião Dentista no correto posicionamento dos contatos oclusais, melhorando seus resultados restauradores e buscando o equilíbrio necessário do sistema estomatognático. Assim, cada elemento dental terá seus contatos característicos, na relação cúspide fossa e cúspide crista marginal somados às vertentes lisa e triturante, contatos esses, denominados de ABC. A Técnica intitulada de Sobreposição de Pontos, propõe a correta demarcação dos contatos oclusais (mínimos e máximos) nos dentes a serem ajustados (Lápis aquarelado vermelho/azul), seguido pelo protocolo de ajuste oclusal estabelecido, com carbono ou papel articular (40 µm) e paciente na correta posição de ajuste, demarcando os contatos restauradores obtidos; Todavia obtivemos 2 marcações nos dentes restaurados, o que seria ideal e o obtido no processo restaurador. Assim, avaliamos visualmente, através da sobreposição de contatos, os contatos coinciden-

tes, não coincidentes e moduláveis. Tal procedimento, facilita não somente a orientação dos corretos contatos como também norteia o clínico sem conhecimento, sobre quais pontos deve ser mantidos para promover o equilíbrio e a correta dissipação de forças funcionais incidentes sobre os dentes restaurados. Nesse relato, aplicando a técnica de Sobreposição de Pontos, o paciente foi reequilibrado diante de uma oclusão adaptada, com a correta distribuição de forças nos dentes restaurados, associado a um fator importantíssimo, que foi a devolução da desocclusão e consequentemente reprogramação do sistema.

REFERÊNCIAS

1. Glenn T. Clark, Robert C. Adler. A critical evaluation of occlusal therapy: occlusal adjustment procedures. JADA, Vol. 110, May 1985: 743-750.
2. Arizta BV, Ángel AA, Joseba EE, Jaime RH, Gorka SA, Nerea MB. Influence of articulating thickness on occlusal contacts registration: A preliminary Report. The International Journal of Prosthodontics Vol. 28, Num. 4, 2015: 360-362
3. William HM. OCCLUSION with particular emphasis on the functional and parafunctional role of anterior teeth: Part I JCO/September 1979 Vol XIII, Num 9: 606-620.
4. William HM. OCCLUSION with particular emphasis on the functional and parafunctional role of anterior teeth: Part II JCO/October 1979 Vol XIII, Num 10: 684-701
5. Nakamura K, Minami I, Wada J, Kawa Y, Wakabayashi N. Head position affects the direction of occlusal force during tapping movement. J Oral Rehabil. 2018; 45: 363-370
6. Albino LGB, De Souza GFB, Cenci MS, Lima GC. Substituição Natural Esmalte e Dentina: restauração simplificada de dentes posteriores. Clinica - Int J Braz Dent 2016; 12(4) 236-241.
7. Albino LGB, Santade AB, Dias DFZ, Basso GR. Restabelecimento de guia canino e confecção de inlay e de onlay com restaurações indiretas. Clinica - Int J Braz Dent 2021 17(1) 88-93.
8. Alonso A. Armonización oclusal proyectada: Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. Cap 23, 1999: 603-625.

Luis Gustavo Barrotte Albino

Rua Santo Elias, 383, Tatuapé, São Paulo - SP

CEP: 03086-050

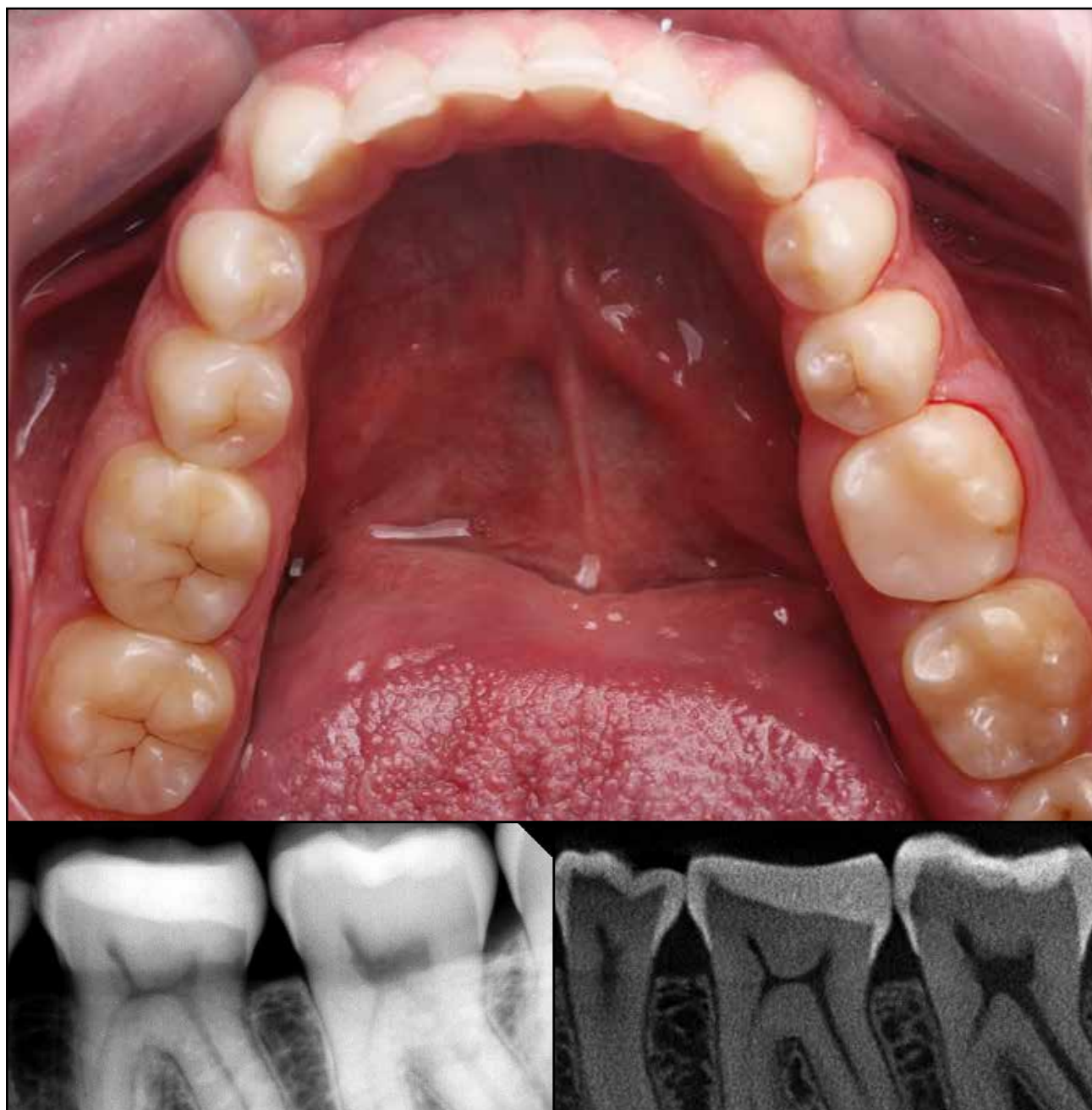
clinicaluisgustavo@hotmail.com

Instagram: @prof.barrotte





Figuras 1a-b: Paciente compareceu ao consultório odontológico para emergência de fratura dental de molar inferior direito. Durante o exame clínico, constatou-se fratura da cúspide mésio lingual do elemento 36 e sensibilidade pós operatória do 37. Na mesma consulta foi realizado, Radiografia Interproximal, teste de vitalidade pulpar, micro cirurgia de restabelecimento do espaço biológico com bisturi elétrico, ainda, isolamento relativo, seguido da adaptação da matriz (Unimatrix, TDV, Brasil) com barreira gengival, para elevação da margem cervical, hibridização do tecido dental, selamento dentinário imediato e preenchimento com uma resina composta, bioativa fluida fotopolimerizável (Beautifil Flow Plus F 00, Shofu, Japão), ajuste oclusal acabamento e polimento.



Figuras 2a-c: Na consulta seguinte, decorridos 21 dias, uma nova solicitação radiografia, seguido de uma tomografia, foi pedido ao paciente, para avaliar a qualidade do preenchimento e observar a estabilidade do tecido periodontal.



Figuras 3a-d: Com o paciente sem dor e na mesma consulta, procedemos com uma avaliação minuciosa do Sistema Estomatognático e diante do diagnóstico de estabilidade oclusal de uma oclusão patológica, com faces de desgastes dentais e espaço interproximal, entre o canino e primeiro pré molar inferior direito, o tratamento proposto ao paciente foi, onlay do 46, inlay do 47 e fragmento de resina composta na disto incisal do canino 43, para fechamento de espaço, resprogramação e ativação da guia desoclusiva.



Figura 4: Sem necessidade de preparo do canino, iniciamos o setor posterior com a remoção total da restauração, otimização do desenho cavitário do 37 e o preparo de onlay no 36, com pontas diamantadas 3131, 4137 e 4138 (KG Sorensen, Brasil), na sequência regularização dos preparos com pontas multilaminadas 12 lâminas (H375R18, Cosmedent USA), para manter todo esmalte suportado e com ângulos internos arredondados. Vale ressaltar que, uma vez que o dente 46 já havia passado pelo procedimento adesivo e preenchimento, na primeira consulta (emergência), seguimos a mesma conduta clínica com o 47; Jateamento com óxido de alumínio, 50 µm por 4seg, isolamento do campo operatório, selamento dentinário imediato (SDI) e desenho cavitário.



Figuras 5a-b: Após remoção do dique de borracha, um registro oclusal, específico do dente 46, foi confeccionado, com material restaurador provisório (ClipF, Voco, Alemanha), avaliando com um espessímetro, a espessura e altura do futuro material restaurador.



Figuras 6a-b: Ainda na mesma consulta e após a verificação da espessura e altura do preparo, seguimos com o processo de moldagem. Utilizou-se, então, silicone polimerizado por adição (Kromopan, Labordental), na técnica de duplo passo com alívio, consistência pesada e leve, arcada superior e inferior, seguido pelo registro oclusal (Oclufast, Zhermack) e provisórios, confeccionados com restaurador provisório (Clip F, Voco, Alemanha).



Figura 7: O molde juntamente com o registro e modelo antagonistas, foram enviados ao laboratório para confecção dos modelos, montagem em articulador e troquelização de Geller dos elementos a serem restaurados.



Figuras 8a-b. Após o modelo chegar do laboratório, iniciamos o processo de confecção das peças pelo canino, todavia, na porção externa da coroa, foi realizado um alívio, com uma fina camada de cera para enceramento (Cera PK, Kota) e em seguida com uma resina de Esmalte A1 (Brilliant Everglow, Coltene) foi realizado o fragmento da metade do dente, no sentido vestibulo-lingual e na distal, fechando o diastema e melhorando o desempenho da guia desoclusiva; Vale ressaltar que a todo momento checamos o antagonista.



Figuras 9a-d: Para restaurações dos elementos posteriores, um alívio interno com cera, foi realizado, seguido pela colocação de um incremento único de resina, para confeccionar a parte periférica da cora do 36, utilizando nesse incremento a resina de esmalte final, depois resinas compostas (Filtek Z350 XT - 3M ESPE), na cor B5 Body para reprodução da dentina e uma mescla de cores A1/A2 (Brilliant Everglow, Coltene) para reprodução do esmalte, seguindo o processo sequencial da Técnica de Substituição Natural de Esmalte e Dentina, para os elementos 36 e 37, por fim colocação de pigmentos, nas cores Honey e Brown (Empress Color - Ivoclar Vivadent).



Figura 10: Para o ajuste oclusal foi utilizado um carbono de 40 μ m (BK 63 Bausch).

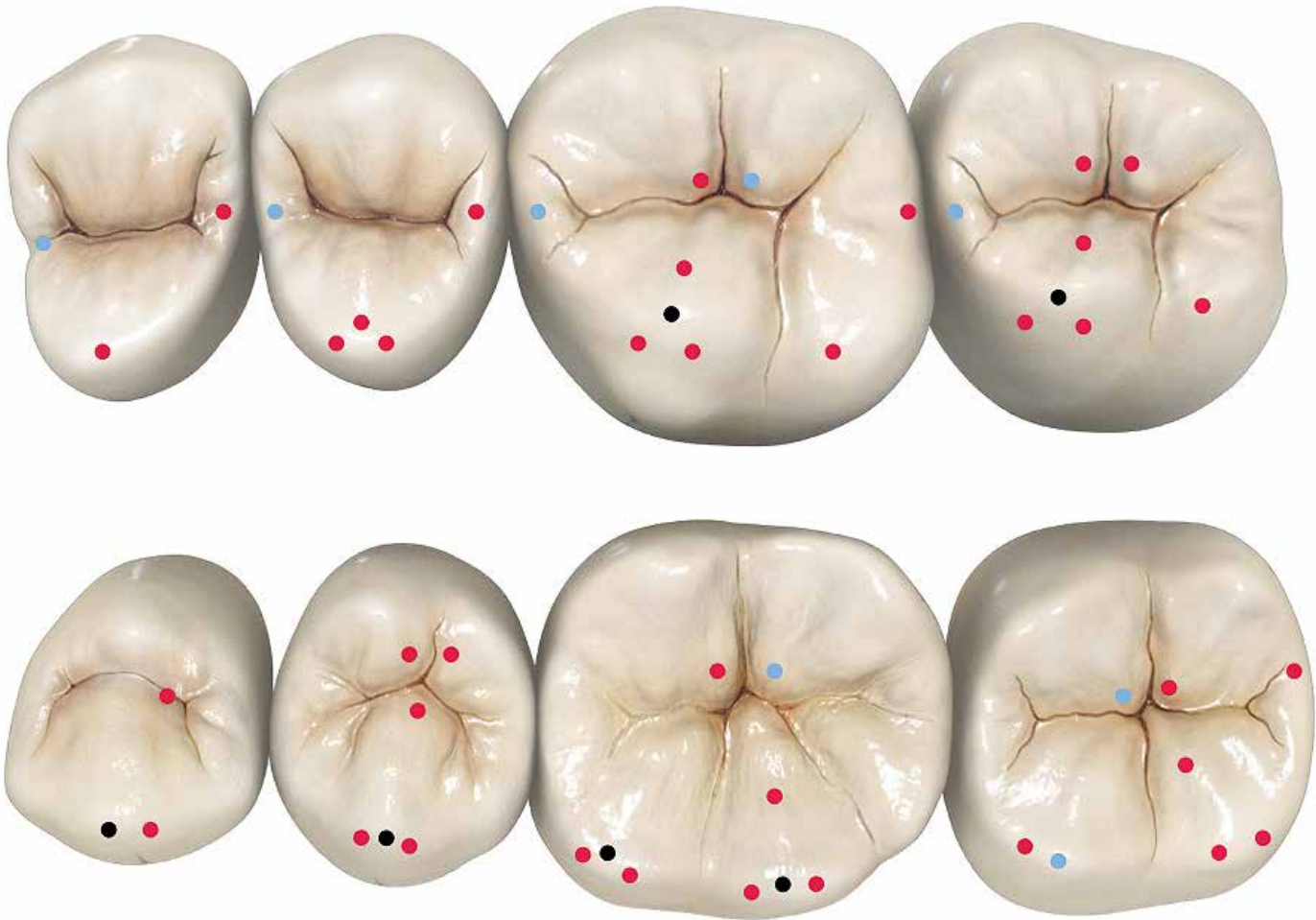


Figura 11: Para colocar a técnica em prática, faz se necessário que o clínico conheça os corretos pontos estabilizadores, representado pelo mata esquemático acima, nas cores vermelho, preto e azul. Em Vermelho temos os pontos estabilizadores máximos, em preto os pontos estabilizadores mínimos e em azul, os pontos coincidentes entre os pontos máximo (vermelho) e mínimo (preto).

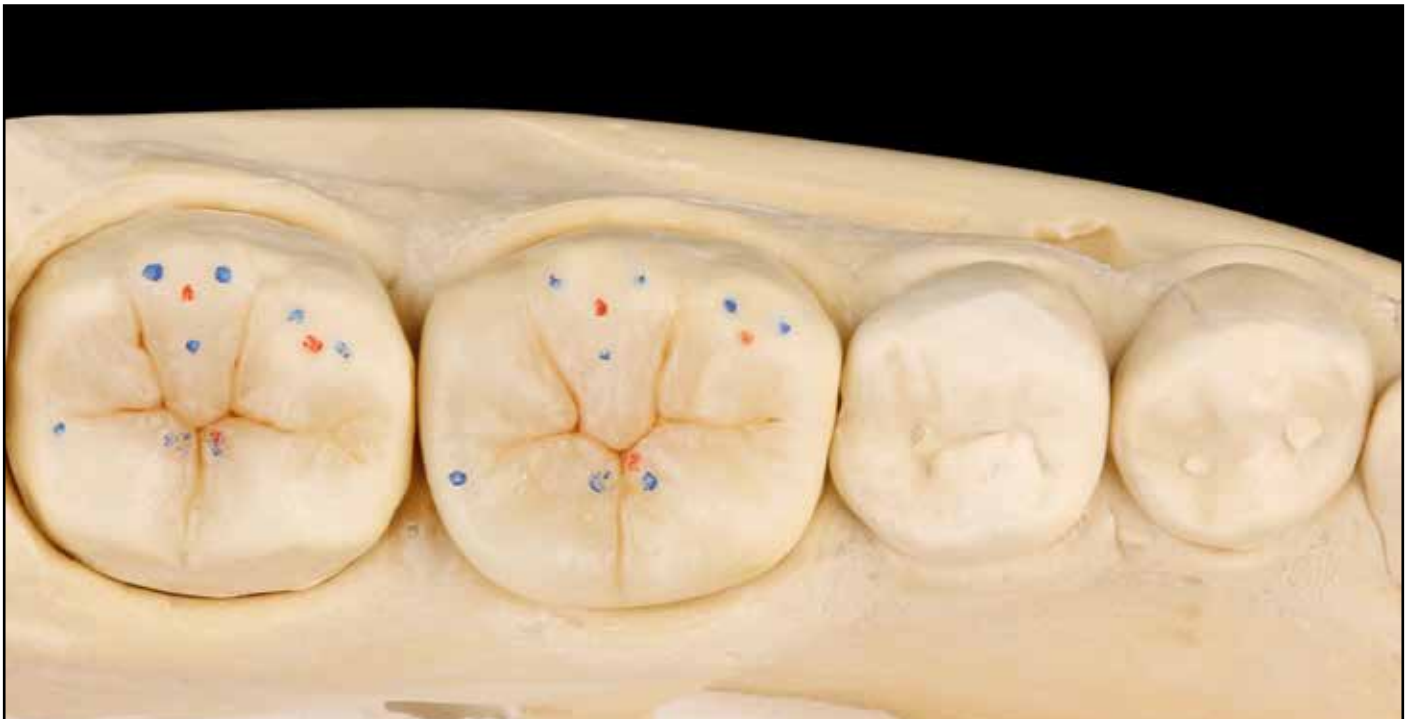
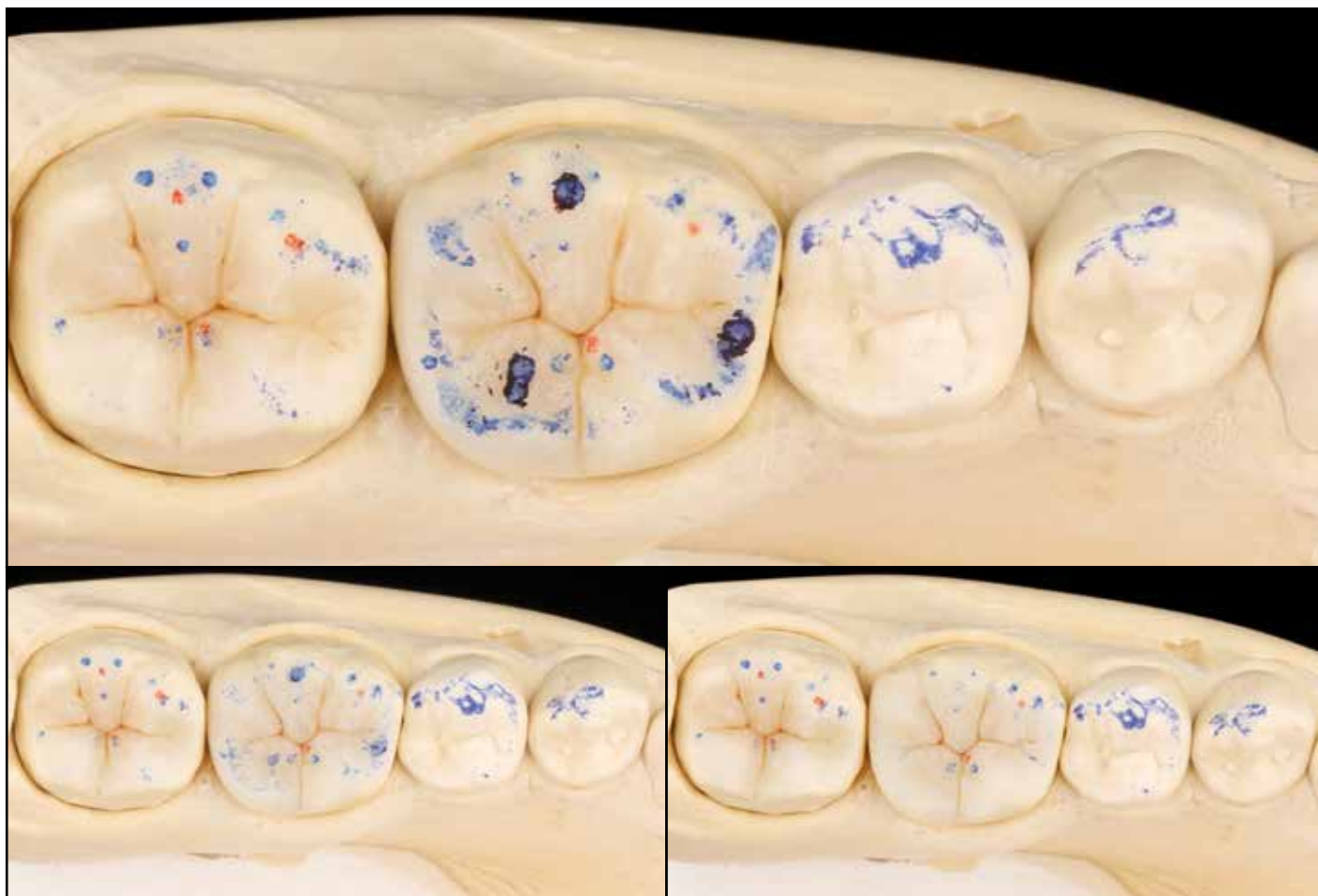


Figura 12: O primeiro ajuste, passa a ser nas peças indiretas, para que o clínico tenha pouco ou nenhum trabalho em boca, portanto com um lápis aquarelado bicolor marcamos os mínimos e os máximos pontos estabilizadores, conforme mostrado anteriormente e ilustrado na figura.



Figuras 13a-c: Posteriormente a marcação dos contatos estabilizadores e com o carbono de eleição (BK63 Baunsch), checamos os contatos oclusais, criados no processo restaurador; Assim, ao avaliar o modelo, veremos a sobreposição da marcação do carbono sobre a marcação com o lápis aquarelado (Pontos estabilizadores mínimo e máximo); Nesse contexto, os pontos coincidentes devem permanecer, os pontos não coincidentes devem ser removidos e as marcações contínuas extensas devem ser moduladas, até que todos eles fiquem com uma circunferência pequena e homogênea. Fazemos isso quantas vezes necessário para obter o equilíbrio e a homeostase do hemi-arco trabalhado; Por fim um acabamento e polimento deve ser realizado.



Figura 14: No passo seguinte, as peças devem ser desincluídas do modelo com água fervente em fluxo contínuo, com a finalidade de derreter a cera e soltar as peças; As peças, então, devem ser jateadas com óxido de alumínio, ficando prontas para serem provadas.



Figura 15: No dia da cimentação, o paciente deve ser colocado na cadeira para seguirmos com profilaxia, remoção dos provisórios e prova das peças restauradoras; Após a prova, as peças seguem com a preparação pré cimentação, sequencialmente, jato óxido de alumínio 50µm, limpeza com ácido fosfórico 37% (UltraEtch, Ultradent, EUA), por 20 s, lavagem abundante por 20 s, secagem, aplicação do silano (NX3, Kavo Kerr, Alemanha) e secagem com ar quente por 30s.



Figuras 16a-d: Na parte clínica, o substrato dental foi jateado com óxido de alumínio, lavagem abundante e secagem. A margem de esmalte do 37 foi condicionada com ácido fosfórico 37% (UltraEtch, Ultradent, EUA), por 30 s, já o 36, como toda parte interna estava preenchida com resina, toda área foi condicionada com ácido fosfórico 37%, com lavagem abundante com spray ar/água por 30 s e secagem. O sistema adesivo utilizado foi o sistema autocondicionante de 2 passos (Clearfil SE Bond, Kuraray, Japão), e a cimentação foi realizada com cimento fotoativado na cor Yellow. Foi realizada fotoativação abundante, com 03 ciclos de 20 s, para cada face com um aparelho fotoativador (GranValo, Ultradent, EUA) de 1.200 mW/cm e realizada remoção dos excessos.



Figuras 17a-d: Ainda na mesma sessão, foi realizado o ajuste oclusal, com a mandíbula em sua posição fisiológica. Todavia, com um lápis aquarelado vermelho/azul, marcamos os contatos ideais mínimos e máximos, em seguida com o carbono BK 63, demarcamos os contatos restauradores obtidos, vale ressaltar que nessa etapa o paciente deve permanecer em uma posição de 45 graus, onde a cabeça deve estar alinhada com o corpo, então, pedimos para o paciente ocluir sem força e assim, os contatos oclusais, se sobreporão aos contatos demarcados. 3 situações devem ser observadas, os contatos coincidentes, os contatos não coincidentes e os contatos moduláveis. Com uma ponta multilaminada de 12 lâminas iniciamos, a remoção e modulação dos pontos, até conseguirmos contatos homogêneos de diâmetros equivalentes e esteáveis. O objetivo é a homeostase dos dentes restaurados, com a função principal de estabilizar e dissipar as cargas mastigatórias. Mas é importante lembrar que esse processo só tem validade se as guias desoclusivas estiverem funcionais. Finalizando o processo restaurador, seguimos com o polimento dos dentes restaurados com a escova Upofix (Odontomega, Brasil) e pasta de polimento Diamond Excel (FGM, Brasil).



Figuras 18a-c: Assim de forma descomplicada, reprogramamos e estabilizamos todo o Sistema Estomatognático, com conhecimento e abordagens simples, para manter o equilíbrio do setor posterior associado a máxima função do setor anterior.