
REPOSIÇÃO DE UM FRAGMENTO COMO TRATAMENTO CONSERVADOR DAS FRACTURAS DA COROA

Cueto Suarez M*, Suarez Feito RM*, Pina Vaz I**, Nuño Mateo F***, Villa Vigil MA****

RESUMO: É apresentada, através de um caso clínico, uma técnica muito conservadora para restaurar incisivos fracturados mediante a reposição do fragmento original e o emprego correcto das resinas compostas e dos adesivos dentinários actuais, seguindo, pela sua facilidade didáctica, a regra de 5/5 de Ibsen.

ABSTRACT: The author presents a case-report about a very conservative procedure to restore crown fractured incisors with the original tooth fragments, emphasizing the correct use of the latest composites and dentine adhesives.

Palavras-chave: fractura coronária, adesivo dentinário.

Key-words: crown fractures, dentine adhesive.

Cueto Suarez M, e Col. Reposição de um Fragmento como Tratamento Conservador das Fracturas da Coroa. Rev. Port. de Est. e Cir. Maxilofac. 1995; Vol. 36 (3): 149-154

INTRODUÇÃO

Não devemos renunciar a preservar a máxima quantidade de estrutura dentária, especialmente se isso nos é solicitado pelo paciente que conservou o fragmento do dente após um traumatismo. Como descreveram outros autores (4-6), devemos sempre considerar dentro do nosso arsenal terapêutico a possibilidade de utilizar a porção de dente que o paciente nos apresenta, quer seja através de uma técnica directa,

como a que aqui descrevemos, quer seja para depois colocar uma faceta cerâmica.

MATERIAIS

1. Adesivos dentinários de terceira geração (All-Bond2®, Syntac®, Scotch Bond multiadhesi-on, etc.)
2. Cianoacrilato (Super-Glue 3® da Loctite)
3. Brocas diamantadas com forma de torpedo e esférica
4. Um luting, ou compósito de cimentação (Dual Cement® da Vivadent)
5. Uma resina composta híbrida (Herculite XRV® da Kerr)
6. Bisturi de número 12 ou recortadores de tungsténio (Komet)
7. Discos de polir (Sof-lex® da 3M)

* Professor Associado de Estomatologia. Patologia e Terapêutica Dentária. E. de Estomatologia. Universidade de Oviedo.

** Assistente de Endodontia. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

*** Colaborador de honra de Estomatologia. Patologia e Terapêutica Dentária. E. de Estomatologia. Universidade de Oviedo.

**** Professor Catedrático de Estomatologia. Patologia e Terapêutica Dentária e Materiais. E. de Estomatologia. Universidade de Oviedo.

TÉCNICA CLÍNICA

Uma vez diagnosticada a fractura coronária e no caso de não ser possível tratá-la na primeira sessão, é conveniente isolar a dentina exposta para evitar a hiperestesia (presente neste casos) que aumenta com a proximidade da linha de fractura à polpa, bem como a *contaminação bacteriana* dos canalículos dentinários que pode levar à necrose pulpar.

A melhor forma de a isolar é usar um adesivo dentinário de última geração (All-Bond2®, Scotch Bond Multiadhesion®, Syntac®, etc.), um isolante cavitário monocomponente, como o Dentin Protector®, ou uma aplicação de cianoacrilato (Super.glue 3® de Loctite) (2) sobre a superfície dentinária exposta.

Numa segunda sessão, depois de limpar as superfícies do dente (Fig.1 e 2) e do fragmento (Fig.3) com



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

pedra-pomes, passamos a preparar as superfícies adamantinas de ambos para a adesão, com ácido ortofosfórico a 37% (seria o passo 1A da regra 5/5 de Ibsen especificado na tabela 1) e as dentinárias com um condicionador de dentina que geralmente é um ácido orgânico. Em seguida, aplicamos o adesivo (passo 1B do mesmo autor) que deverá ser, para esmalte, uma resina Bis-GMA sem carga e para dentina, um adesivo de 3ª geração com HEMA ou outra molécula da família desta como o PMDM ou o BPDM.

Colocamos então sobre o dente (passo 2 da citada regra) um compósito fluido (luting), ou um híbrido que fluidificamos por aquecimento e/ou adicionando resina Bis-GMA sem carga. Sobre este situaremos o fragmento, e depois de nos certificarmos de que fica colocado na posição correcta, polimerizamos 20 segundos.

Posteriormente, com uma broca esférica de diamante, fazemos sulco de 0,5mm de profundidade que circunferencialmente desenhê a linha de fractura (Fig.4). Em seguida, gravamos com ácido ortofosfórico, lavamos, secamos, aplicamos resina Bis-GMA e preenchemos a concavidade, assim criada, com compósito híbrido (Fig.5). Terminamos as margens (passo 3 de Ibsen), ajustamos a oclusão (passo 4) e, por fim, fazemos o acabamento (Fig.6) e polimento (passo 5).

TABELA 1

REGRA 5/5 DE IBSEN
5 MATERIAIS EXISTENTES NA BOCA:
1. Esmalte 2. Dentina 3. Cerâmica 4. Metais 5. Resina
5 PASSOS PARA A SUA ADESÃO NA BOCA:
Passo 1: 1A. Preparação da superfícies 1B. Aplicação do adesivo
Passo 2: Selecção e aplicação do material de restauração ou cimentação
Passo 3: Ajuste das margens
Passo 4: Ajuste da oclusão
Passo 5: Acabamento e polimento

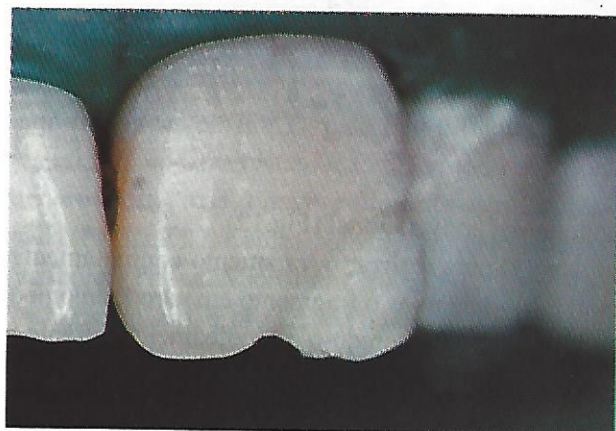


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

INDICAÇÕES

1. Sempre que o fragmento dentário seja suficientemente grande para poder ser manipulado.
2. Em dentição mista, porque com compósito seria muito difícil reproduzir a forma do dente, sobretudo se este está parcialmente erupcionado e o homónimo contralateral ainda não fez a sua aparição na arcada.

Ainda neste caso, a reposição do fragmento no seu lugar e a adesão do mesmo com adesivo de cianoacrilato, vai-nos permitir tomar uma impressão do dente completo e elaborar um modelo do mesmo. Sobre o modelo ajustamos uma matriz

adaptada que nos servirá de molde para a reconstrução do dente fracturado.

3. Quando o paciente esteja realmente interessado.

INCONVENIENTES

1. Os fragmentos muito pequenos pela sua difícil manipulação.
2. Como o fragmento costuma chegar desidratado, a restauração recém-terminada não fica tão estética como seria de desejar.
3. Um paciente desmotivado.

CASO CLÍNICO

Traumatismo com fractura dos incisivos superiores de uma criança de 8 anos (Fig.7). O 21 é um

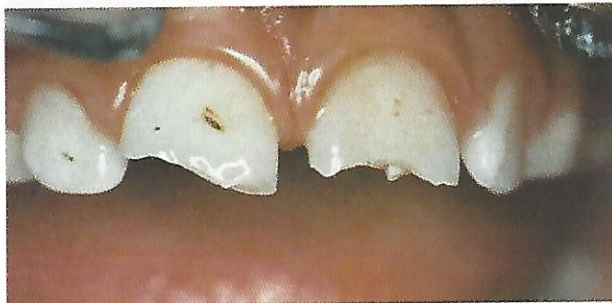


Fig. 7

dente com ápice aberto (Fig.8) em que a linha de fractura afecta um corno pulpar e, como consequência, ocorreu a necrose pulpar antes de iniciarmos o processo de isolamento dentinário descrito anteriormente. No 11 só estão afectados a dentina e o esmalte, conservando-se além disso o fragmento de fractura (Fig.9).

Plano de tratamento:

No 21 iniciámos a apicoformação com hidróxido de cálcio radiopaco (Fig.10) e conseguimos-la 8 meses depois (Fig.11), momento em que fizemos uma



Fig. 8



Fig. 9

endodontia convencional (Fig.12).

No 11, para realizar o tratamento conjuntamente com o 21, deixamos o fragmento em soro fisiológico refrigerado, substituindo-o periodicamente durante 8 meses. Para dar à dentina uma maior protecção do que a que proporcionaria unicamente o adesivo dentinário durante tão longo período, colocámos um compósito



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12

bem diferenciável (Fig.3), para não dificultar a sua posterior remoção e restauração pelo modo anteriormente exposto, mas com um compósito de macropartícula (Prisma Fil® Caulk) e um de micropartícula por vestibular (Prisma Microfine®®® Caulk) (fig.14).

Após um ano, o 11 recebeu um novo traumatismo e voltou a fracturar-se, perdendo-se o fragmento original e um pouco mais de estrutura dentária (Fig.14) pelo que decidimos restaurá-lo com um compósito híbrido.



Fig. 13



Fig. 15



Fig. 14



Fig. 16

COMENTÁRIO

No momento da restauração, num caso como este, o primeiro dente a restaurar é o do fragmento conservado - 11 -, o qual nos serve de padrão para a reconstrução do dente homónimo contralateral cujo fragmento se tinha perdido - 21 -.

Quando após um ano se volta a fracturar o 11, e como o paciente não conservou o fragmento dentário, tivermos de utilizar como padrão o 21. Isto demonstra a utilidade de conservar o fragmento dentário na reconstrução de dentes parcialmente erupcionados e em dentição mista.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDREASEN FM, e col. Treatment of crown fractured incisors with laminate veneer restorations. An experimental study. *Endod dent traumatol.* 1992 Feb. 8 (1): 30-5.
2. FERNANDEZ TERAN A, e col. Aplicaciones del cianoacrilato en Odonto-estomatología. *Rev. Euro Odontoestomatol.* (Aceite para publicação).
3. MUNKGAARD ED, ANDREASEN FM. Palimning af frakturede tandfragmenter med dentinbindere og porcelainslaminat. *Tandlaegebladet.* 1991 Jan. 95 (1): 1-5.
4. SIMONSEN RJ. Restoration of a fractured central incisor using original tooth fragments. *J Am Dent Assoc* 1992; 105:646-648.
5. SIMONSEN R, THOMPSON V, BARRACK G. Etched cast restorations: clinical and laboratory techniques. Quintessence Publishing Co.: Chicago. 1993.
6. SUÑOL PERIU L. Reposición de fragmento en diente fracturado. *Rev Euro Odontoestomatol* 1994; 6:347-52.1.