

Restaurações Provisórias – Aspectos Clínicos

Prof. Wilson Matsumoto

São restaurações transitórias ou temporárias, que propiciam proteção e estabilização aos dentes pilares e restabelecem a função e a estética antes da instalação das próteses definitivas.

Esta etapa é muito importante para o sucesso do tratamento com prótese parcial fixa e as justificativas para o uso das restaurações provisórias (Shillingburg et al 1988; Burns et al 2003; Rosenstiel et al 2016), podem ser:

1. Proteção pulpar e efeito sedativo aos dentes preparados– isto vai propiciar conforto ao paciente, impedindo ou diminuindo a sensibilidade dentinária pós preparo cavitário. Normalmente as restaurações provisórias são confeccionadas em resina acrílica ou resina bisacrílica, que são materiais com baixa condutibilidade térmica. Assim protegendo a polpa tanto mecanicamente como termicamente. Quando a qualidade de adaptação e de contorno estiver adequada as restaurações provisórias irá impedir que o tecido gengival apresente inflamação
2. Estabilidade posicional – as restaurações provisórias devem manter os dentes preparados estável na mesma posição desde o preparo até a cimentação da restauração, impedindo a extrusão, deslocamento proximal, giroversões. Esta estabilidade posicional é assegurada pelos contatos proximais e oclusais adequados. A posição dos tecidos gengivais também é assegurada por restaurações provisórias adequadas, caso contrário, pode ocorrer inflamação, recessão gengival ou mesmo crescimento gengival sobre a margem do preparo o que irá dificultar os outros procedimentos clínicos.
3. Fornece meio adequado para o tecido gengival– As restaurações provisórias devem apresentar contornos corretos, devem ser bem adaptados nos preparos sem sobrecontorno ou subcontorno. A correta adaptação ao preparo somado ao contorno cervical e axial ótimo propicia a manutenção da saúde gengival. Conseqüentemente, as etapas seguintes do tratamento serão realizados com maior facilidade. Etapas essas como a moldagem, afastamento gengival e até a cimentação final.
4. Função mastigatório - as restaurações provisórias devem ser confeccionadas com materiais com resistência suficiente para suportar os esforços da mastigação, propiciando conforto e bem estar ao paciente.
5. Estética e fonética – as restaurações provisórias devem apresentar forma e cor de maneira a permitir que o paciente se sinta satisfeito e seguro principalmente quando estão envolvidos os dentes anteriores e pré-molares. Além disso, devem apresentar contornos axiais, palatinas e linguais que não interfiram na fala, nas pronúncias das palavras.
6. Avalia e reforça a higiene doméstica – as restaurações provisórias devem contornos e formas corretas além de ser extremamente lisos e polidos para prevenir o acúmulo de biofilme. Assim permitindo uma maior facilidade na

higienização e manutenção da saúde gengival durante e após o tratamento com prótese parcial fixa.

7. Diagnóstico – as restaurações provisórias vai possibilitar observar o comportamento do paciente quanto à aceitação do tamanho, forma e distribuição dos dentes na arcada. Em casos mais extensos, permite avaliar a adaptação do paciente a uma nova dimensão vertical de oclusão, se o suporte labial está adequado e também a avaliação da fonética. Auxilia no diagnóstico de dentes pilares duvidosos durante o plano de tratamento. Permite verificar se o paralelismo dos preparos está adequado.
8. Auxiliar no tratamento ortodôntico permitindo a colagem de brackets durante o movimento dentário.
9. Permite a estabilização de dentes com mobilidade durante o tratamento periodontal. Além de servir de suporte para o cimento cirúrgico pós cirurgia periodontal.

Materiais utilizados para confecção das restaurações provisórias

Os materiais mais utilizados para a confecção das provisórias são: resinas acrílicas (polimetilmetacrilato- PMMA) auto e termopolimerizáveis e as resinas bisacrílicas.

As resinas acrílicas dita convencionais (PMMA) são, de maneira geral as mais utilizadas. Esse material preenche os principais requisitos para serem utilizados como restaurações provisórias, especialmente para elementos unitários. Já em situações de maior extensão sua baixa resistência mecânica pode comprometer o desempenho, nesses casos pode-se utilizar de um reforço metálico no interior da restauração provisória, por ex: o uso de fio ortodôntico. As resinas acrílica PMMA apresentam facilidade de reparos e reembasamento. Porém apresenta falta de estabilidade na cor, ou seja, seu uso prolongado pode comprometer a estética.



Imagens site Dental Cremer

Fig.1 – Algumas marcas comerciais de resina acrílica autopolimerizável

As resinas bisacrílicas são materiais que apresentam estabilidade de cor superior às resinas acrílicas, além de praticidade técnica, precisão de proporção, pouco ou nenhum odor, baixa reação exotérmica, boa adaptação marginal, resistência e estética favorável. Como desvantagens pode-se citar o alto custo comparado às resinas acrílicas e a dificuldade de reembasamento se houver necessidade de reparos pós confecção.



Fig 2 – Algumas marcas comerciais de resinas bisacrílicas: A- Protemp 4 (3M); B- Structur 3 (Voco); C- Yprov Bisacryl (Ylller) –

As resinas acrílicas podem ser utilizadas como termopolimerizável, assim vão apresentar maiores resistências mecânicas e também maior estabilidade de cor. São indicadas para restaurações provisórias de longo prazo.

Técnicas de confecção das restaurações provisórias

As técnicas de confecção das restaurações provisórias podem ser divididas em direta, indireta-direta e indireta.

Técnica direta

A técnica direta, como o próprio nome diz, é aquela em que a restauração provisória é confeccionada diretamente na boca do paciente, logo após a realização do preparo cavitário. Existem algumas maneiras de fazer diretamente na boca do paciente.

1. Técnica da “bolinha” – nesta técnica manipula-se uma pequena quantidade de resina acrílica e na fase plástica leva-se sobre o dente preparado, pressionando mais na região cervical para conseguir a melhor adaptação possível. Na fase borrachoide, realiza-se a remoção e recolocação no dente preparado até iniciar o aquecimento, em seguida coloca-se o material em água fria e aguarda-se a polimerização final da resina acrílica. Após a presa, com auxílio de uma fresa de tungstênio remove-se o excesso de resina, tentando dar a forma do dente a ser protegido.



Pega-se a resina acrílica na fase fribililar, homogeneiza-se na água, para não aderir na luva, e na fase plástica leva-se ao dente preparado, tentando dar o melhor contorno possível do dente a ser restaurado. Deve-se pressionar mais na região cervical para que a resina copie com a maior nitidez possível o término cervical do preparo.



Aguarda-se a fase borrachoide e com cuidado inicia-se a remoção e colocação da resina no dente preparado. Nessas imagens, observa-se a massa de resina após a remoção. Marca-se as referencias concretas do dente, como o limite cervical do preparo e neste caso os contatos proximais com o dentes vizinhos não preparados. Em seguida, inicia-se com a fresa o desgaste do excesso de resina, não perdendo de vista a delimitação da margem cervical e posicionando-se a fresa levemente inclinada, tentando acompanhar o perfil de emergência do dente.



Após a eliminação dos excessos, leva-se ao dente preparado, marca-se os limites vestibular e palatina da borda incisal para posterior remoção do excesso palatino e em seguida o ajuste oclusal e polimento.

2. Técnica da matriz de alginato ou de silicone – nesta técnica antes do preparo é feita uma moldagem com um dos dois materiais e esse molde servirá de matriz para que a resina seja leva sobre o preparo cavitário.



Neste caso, foi levada à boca uma pequena quantidade de cera utilidade na área anodôntica, preenchendo-a com a melhor forma externa possível do dente ausente. Em seguida, construiu-se uma matriz em silicona de condensação massa pesada.



Em seguida, os preparos foram realizados. Toma-se a matriz de silicona e preenche-a com a resina acrílica com a cor adequada. Manipula-se a resina, em água, até a fase plástica.



Levamos o conjunto matriz de silicona mais resina aos dentes preparados, aguarda-se alguns minutos e na fase borracheide remove-se da boca. Neste caso a resina saiu junto com matriz, algumas vezes a provisória fica na boca. Se a provisória permanecer na boca, solicita-se ao paciente fechar a boca e ocluir os dentes, na tentativa de facilitar o ajuste oclusal posteriormente.



Após a polimerização da resina, realiza-se a eliminação dos excessos esculpindo os dentes ausentes. Normalmente, clinicamente, é necessário realizar o reembasamento para melhorar a adaptação cervical nos dentes preparados.



Realiza-se novamente os desgastes, na imagem central vê-se a provisória finalizada e seguida a provisória é cimentada nos dentes preparados.

3. Dente de estoque – nesta técnica após o preparo, seleciona-se um dente de estoque correspondente ao dente preparado, desgasta-se a porção lingual ou palatina preservando a face vestibular que será adaptada sobre o dente preparado. Feito isso, manipula-se a resina acrílica, leva-se ao dente de estoque e leva-se esse conjunto ao dente preparado. Após a presa da resina dá-se o acabamento e polimento.

Técnica indireta-direta

Nestas técnicas parte da confecção das provisórias é realizada em laboratório e parte clinicamente. Uma técnica é semelhante ao realizado na disciplina de Prótese Parcial Fixa I (laboratório) onde realiza-se a moldagem de estudo, obtenção dos modelos de estudo e montagem no articulador. Nos modelos é confeccionado o enceramento de diagnóstico. Após o enceramento finalizado confecciona-se a matriz diretamente no modelo com o enceramento. Essa matriz pode ser de alginato, silicona pesada ou mesmo uma matriz de polietileno à vácuo. Com a matriz pronta, realizam-se os preparos em boca e confeccionam-se as restaurações provisórias.

Nesta técnica uma maneira de otimizar os procedimentos é após o enceramento finalizado e confeccionada a matriz remove-se o enceramento e realizam-se os preparos no modelo de gesso. Em seguida, isola-se o modelo preparado e confeccionam as provisórias sobre o modelo. Realiza-se o acabamento e polimento das provisórias. Com as provisórias prontas, agenda-se o paciente, os preparos são realizados e os provisórios são reembasados diretamente na boca do paciente. Há um ganho significativo de tempo utilizando esta técnica.



Modelos de estudo no articulador e preparos realizados no modelo mais a extração do dente 14.



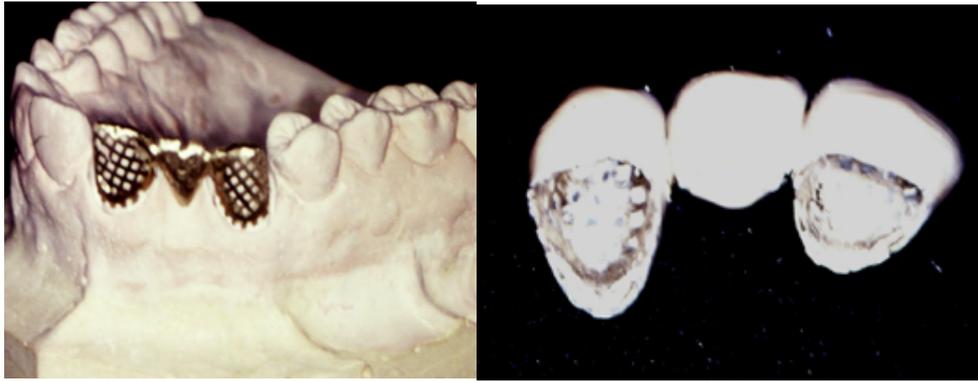
À esquerda, podemos ver a prótese parcial fixa provisória com 2 dentes pilares (15 e 18) e 3 pônticos (14- cantilever, 16- com formato de premolar e 17). À direita, vista do caso clínico, com o 14 condenado por fratura vertical e presença de cárie.



Preparos nos dentes 15 e 18., extração do dente 14 e a prótese fixa provisória após adaptação, reembasamento e cimentação.

Técnica indireta

Nesta técnica as restaurações provisórias são confeccionadas totalmente em laboratório. Para isso necessita-se de modelos gesso montados em articuladores com os preparos finalizados. Assim nesta técnica sempre será necessário a confecção de provisórias pelas técnicas direta e/ou indireta-direta. Portanto, a técnica indireta é mais indicada para confecção de provisórias de longa duração, como a confeccionada em resina termopolimerizável e/ ou com reforço de metal fundido.



Exemplo de uma provisória pela técnica indireta, reforço em metal fundido e à direita observa-se a provisória finalizada e reforçada.

Cimentação

As principais funções dos agentes cimentantes são fornecer selamento, impedindo a infiltração marginal e conseqüentemente a irritação da polpa. Não se deve confiar plenamente no cimento para resistir às forças da mastigação uma vez que são formuladas para apresentar uma menor resistência mecânica. A estabilidade das restaurações provisórias se dá principalmente pela forma correta dos preparos e pela adaptação correta das provisórias nos dentes e não pelo cimento temporário em si. (Rosenstiel et al, 2016)

Os cimentos provisórios devem apresentar algumas características desejáveis, como:

- Selamento contra os fluídos orais
- Possuir resistência suficiente que permita sua remoção sem se fraturar
- Baixa solubilidade no meio bucal
- Boa compatibilidade química com a resina acrílica
- Conveniência na embalagem e manipulação
- Facilidade na remoção dos excessos
- Adequado tempo de trabalho e curto tempo de presa

Os cimentos provisórios mais comuns, são: cimento de hidróxido de cálcio, de óxido de zinco e eugenol (ZOE) e cimentos livres de eugenol. A escolha do agente cimentante deve-se a alguns fatores como grau de retenção dos dentes pilares preparados, tempo de permanência na boca, técnica de confecção e se os dentes pilares são vitais ou não. Em dentes com vitalidade pulpar os cimentos de hidróxido de cálcio são bem indicados pois apresentam ação medicamentosa para a polpa. Quando os preparos dos dentes pilares apresentam pouco capacidade de resistência e retenção ou quando as restaurações provisórias irão permanecer por um tempo mais prolongado os cimentos de óxido de zinco e eugenol são os mais indicados.



Alguns tipos e marcas de cimentos provisórios.

Pegoraro et al (2013), no capítulo de Coroas Provisórias do seu livro, faz uma explanação muito importante para o entendimento da importância das restaurações provisórias, apesar do termo “provisória” que pode denotar como algo sem importância. Os autores afirmam que o sucesso da prótese definitiva pode estar diretamente relacionado à qualidade das restaurações provisórias. A restauração provisória cumpre funções durante o tratamento desde o final do preparo até do dia cimentação temporária ou definitiva da restauração definitiva e isso pode se prolongar por dias, meses até em algumas situações anos. Aqui alguns fatores (Pegoraro et al 2013) que podem prejudicar o sucesso do tratamento e/ou o relacionamento profissional/paciente:

- Coroas provisórias que se deslocam com facilidade e constância, nas situações mais inconvenientes tanto para o paciente como para o profissional.
- Desajustes ou fraturas marginais que provocam sensibilidade a variações térmicas.
- Inflamação e sangramento gengival localizado (Paciente relata que não consegue escovar ou mesmo passar o fio dental pois ocorre sangramento)
- Contatos proximais insuficientes ou inadequados levando a impacção alimentar.
- Formas anatômicas inadequadas, mais comumente o sobrecontorno, causando desconforto ao paciente.
- Com incompatível com a dos dentes vizinhos ou antagonistas especialmente quando estão envolvidos os dentes anteriores.

Portanto, quando o profissional toma consciência da importância das funções e qualidades das restaurações provisórias, o sucesso do tratamento com prótese parcial fixa ficará mais previsível.

Referências Bibliográficas

Burns DR, Beck DA, Nelson SK, Nelson SK. A review of selected dental literature on contemporary provisional fixed prosthodontic treatment: Report of the Committee on Research n Fixed Prosthodontics of the Academy of Fixed Prosthodontics. *J Prosthet Dent* 2003;90(5):474-497

Pegoraro LF, Valle AL, Araujo CRP, Bonfante G, Conti RCR. *Prótese Fixa – Bases para o planejamento em Reabilitação Oral*. 2^a. Ed. São Paulo, Artes Médicas, 2013.

Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto J. *Contemporary Fixed Prosthodontics*. 5th Ed. Elsevier, Saint Louis, USA. 2016 879p.

Shillingburg,Jr HT, Hobo S, Whitsett LD, Jacobi R, Brackett SE. *Fundamentos de prótese fixa*. São Paulo, Santos. 1998.