

Colagem de Fragmento Dentário

Reattachment of
Dental Fragments

Sérgio VIEIRA*
Karla FURTADO**
Rui Fernando MAZUR***
Robson L. AMPESSAN****

VIEIRA, S.; FURTADO, K.; MAZUR, R.F.; AMPESSAN, R.L. Colagem de fragmento dentário. **JBD**, Curitiba, v.1, n.1, p.06-13, jan./mar. 2002.

Os autores fazem uma breve revisão da literatura, apresentam e discutem alguns casos, com o objetivo de sugerir uma seqüência lógica para esta situação clínica.

UNITERMOS: Colagem; Fragmento dental.

- * Diretor da Pós-graduação-PUC/PR, Mestre e Doutor em Dentística, Especialista em Periodontia, Radiologia e Dentística
Professor Titular da Disciplina de Dentística-PUC/PR
- ** Acadêmica do 5º ano de Odontologia-PUC/PR, Monitora da Disciplina de Dentística-PUC/PR
- *** Professor da Disciplina de Dentística-PUC/PR, Especialista, Mestre e Doutorando em Dentística
- **** Professor da Disciplina de Dentística-PUC/PR, Especialista em Dentística e Endodontia e Mestrando

INTRODUÇÃO

A crescente elevação do grau de exigência estética da sociedade brasileira tem motivado os Cirurgiões-dentistas a se aprimorarem em novas técnicas de preparo mais conservadoras, procurando preservar ao máximo as características originais do elemento dental.

Devolver a forma, a estética e a função de um dente que teve parte de sua coroa perdida, constitui um desafio à habilidade do Cirurgião-dentista.

Dentre os materiais que atendem a tais requisitos e ainda protegem a estrutura dental remanescente, destacam-se as resinas compostas. No entanto, a colagem de fragmento dentário é uma alternativa mais simples e, quando possível, apresenta ainda a vantagem de manter as características originais do elemento dental fraturado, preenchendo grande parte das necessidades de uma restauração ideal, além de expor pequena quantidade de resina ao meio bucal (BUSATO et al., 1984; CANDIDO et al., 1984; GABRIELLI et al., 1981; KONZEN & BUSATO, 1990; TAVARES et al., 1992).

Os primeiros casos de colagem foram relatados por CHOSAK & EIDELMAN (1964), que utilizaram uma coroa fraturada como provisório. Os autores advertem para a necessidade de manutenção do fragmento em solução salina para não desidratar. GRABIELLI et al. (1981), estimulados com o sucesso das colagens autógenas, propuseram a utilização de fragmentos de dentes extraídos, armazenados em bancos de dentes, surgindo assim as colagens heterógenas. Tal técnica pode ser considerada de pouca praticidade, levando-se em conta a dificuldade em se obter um banco de dentes e ainda a aceitação deste material por parte da população.

ZYTKIEVITZ & SILVA (1993) realizaram a colagem heterógena de um primeiro molar inferior decíduo, utilizando fragmentos de dentes decíduos esfoliados obtidos em um banco de dentes, descrevendo toda a técnica laboratorial e clínica, com resultados satisfatórios.

FONTANA et al. (1986) fizeram uma análise dos fatores que poderiam influenciar nos resultados obtidos com as técnicas de colagem autógena e heterógena de fragmentos dentais nas restaurações e

dentes anteriores fraturados. Concluíram que o pequeno índice de falhas poderia estar relacionado com a realização do isolamento do campo operatório, do ângulo cavo-superficial vestibular, da proteção pulpar e do posicionamento do fragmento.

LIENBERG (1997) frisou, ainda, que a técnica está diretamente relacionada ao sistema adesivo, portanto, haverá maior sucesso se for utilizado um sistema adesivo de boa qualidade.

Mesmo considerando a alta qualidade das restaurações de resina composta, as colagens são uma melhor opção restauradora, pois utiliza-se tecido dentário sadio e pouca resina, aumentando, assim, a resistência ao desgaste e à contração. Nem sempre, porém, é possível colar-se o fragmento, quer seja porque este tenha sido perdido acidentalmente ou porque esteja seccionado demais.

VANTAGENS DA TÉCNICA

Promove o restabelecimento da função, estética, lisura, alinhamento e contorno originais do dente.

A guia incisal é mantida e o desgaste fisiológico do dente colado é semelhante ao dos dentes adjacentes.

A técnica é muito simples de ser realizada, conservadora e de baixo custo para o paciente.

Haverá o resgate do bem-estar social do paciente, pois este não se considera com um dente restaurado.

DESVANTAGENS DA TÉCNICA

Se o fragmento não estiver bem hidratado, no momento da colagem, poderá ocorrer diferença de cor.

Existe a possibilidade de deslocamento do fragmento, caso o isolamento não seja adequado.

Dependendo da adaptação do fragmento, a linha de fratura poderá ficar evidente.

Baseados nestas informações, os autores decidiram sugerir um protocolo para a utilização desta técnica, com a finalidade de transformar as desvantagens em limitações que, adequadamente trabalhadas, podem ser controladas.

CASO CLÍNICO A

Paciente R.S., sexo masculino, 20 anos, apresentou-se à clínica da PucPR, com uma fratura no incisivo central superior direito, envolvendo polpa, dentina e esmalte (Figuras 1A e 2A). Imediatamente, o fragmento foi submerso em água. O sangramento era vermelho-vivo, a polpa apresentava consistência ao toque e o paciente relatava dor espontânea, mas com longos períodos de acalmia, cedendo ao uso de analgésico comum. Sendo assim, realizou-se uma pulpotomia.

Ao exame clínico, verificou-se uma razoável adaptação do fragmento, certificando-se, assim, que a colagem de fragmento era uma indicação possível (Figura 3A).

Prosseguiu-se à fase clínica, com a colagem propriamente dita, utilizando-se a seguinte metodologia:

- Profilaxia dos dentes, seleção da cor da resina e isolamento absoluto (Figura 4A). Não realizar bisel nesta fase, pois prejudicaria a adaptação.

- Remoção de toda a dentina do fragmento, com ponta diamantada esférica, para evitar o escurecimento da dentina remanescente, pois a mesma não mais usufruirá da lubrificação dos fluidos e, também, caso necessário, dar espaço para o material forrador.

- Posicionamento do fragmento no remanescente dental, utilizando-se uma bolinha de resina, sem condicionamento ácido e sistema adesivo, fotopolimerizada (Figuras 5A e 6A).

- Obtenção da guia em godiva, para facilitar o correto posicionamento (Figuras 6A e 7A) no momento da colagem (técnica sugerida por Ampessan). Este é um dos principais problemas que ocorrem, pois

muitas vezes o fragmento é levado em posição inadequada.

- Condicionamento ácido do fragmento e do remanescente, utilizando-se ácido fosfórico a 37%.

- Lavagem abundante por 20 segundos e remoção do excesso de umidade com papel absorvente.

- Aplicação do sistema adesivo no fragmento e no remanescente, não polimerizando o sistema adesivo.

- Aplicação de uma pequena quantidade de resina híbrida, cuja cor já foi selecionada anteriormente, na cavidade feita no fragmento, no momento da retirada da dentina.

- Posicionamento da guia em godiva e remoção dos excessos de resina.

- Fotopolimerização do conjunto por 40 segundos (vestibular) e 40 segundos (palatino) (Figura 8A).

- Remoção da guia em godiva e dos excessos com lâmina de bisturi nº 12.

- Remoção do isolamento absoluto; e checagem da oclusão

CASO CLINICO A



FIGURAS 1A e 2A:
Foto inicial.



FIGURA 3A: *Checagem adaptação do fragmento.*



FIGURA 4A: *Isolamento absoluto.*



FIGURA 5A: *Posicionando o fragmento com resina composta.*



FIGURA 6A: *Confecção da guia com godiva de baixa fusão.*



FIGURA 7A: Guia em godiva.



FIGURA 8A: Colagem recém-executada.



FIGURA 9A: Após a remoção do isolamento.



FIGURA 10A: 30 dias depois.



FIGURA 11A: Paciente satisfeito (segundo o seu grau de exigência estética).

CASO CLINICO B



FIGURAS 1B, 2B: Foto inicial.



FIGURA 3B: Foto inicial.



FIGURA 4B: Fragmentos.



FIGURA 5B: Checagem da adaptação do fragmento.



FIGURA 6B: Confecção da guia.



FIGURA 7B: Remoção da resina.



FIGURA 8B: Guia em godiva.



FIGURA 9B: Isolamento absoluto.



FIGURA 10B: Fratura profunda.



FIGURA 11B: Proteção com C.H.C. e C.I.V.



FIGURA 12B: Condicionamento ácido.



FIGURA 13B: Colagem concluída após uma semana, o paciente retornou com a queixa de que a linha de união do incisivo direito estava muito evidente.



FIGURA 14B: Chanfrado.



FIGURA 15B: Restauração com resina composta.



16B



17B

FIGURAS 16 e 17B: Comparação do caso inicial e final.

CASO CLINICO C



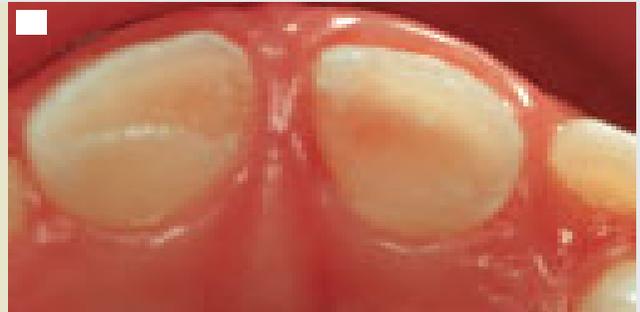
FIGURA 1C: Foto inicial.



FIGURA 2C: Fragmentos.



FIGURAS 3C e 4C: Foto inicial.



FIGURAS 5C e 6C: 30 dias após.



CASO CLINICO D

Dente tratado endodonticamente, com fratura invadindo o espaço biológico, com um pino de fibra de vidro associado à colagem do fragmento (em uma próxima publicação discutiremos esta técnica).



FIGURAS 1D e 2D: Foto inicial.





FIGURA 3D: Fragmento.



FIGURA 4D: 30 dias após.

(Figura 9A).

- Entre 1 e 30 dias o paciente deve retornar e, caso ache a linha de união evidente, deve-se realizar um pequeno chanfrado ou bisel na parte vestibular e restaurá-la com resina composta, mascarando assim a interface.
- Realização do polimento.

VIEIRA, S.; FURTADO, K.; MAZUR, R.F.; AMPESSAN, R.L. Reattachment of dental fragments. **JBD**, Curitiba, v.1, n.1, p.06-13, Jan./Mar. 2002.

The authors briefly review the literature, report and discuss a case of a patient with a fractured incisor subsequently replaced with the original tooth fragment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BURK, F.J.T. Repair of fractured incisours using a 4 – META luting material. **Dent Update**, v.24, p.358-360, 1997.
- BUSATO *et al.* Colagem heterôgena em dentes anteriores fraturados. **Rev Gaucha Odontol**, v.32, p.137-140, 1984.
- CANDIDO, M.S.M. *et al.* Colagem heterôgena – Caso clínico. **Odontologia Clínica**, v.4, n.1, p.43-46, 1984.
- CAVALLERI, N.A.; ZERMAN, N. Traumatic crow fractures in permanent incisors with immature roots – A follow-up study. **Endod Dent Traumatol**, v.11, p.294-296, 1995.
- CHOSACK, A.; EIDELMAN, E. Rehabilitation of a fractured incisor using the patient's natural crown, case report. **J Dent Child**, v.31, p.19-21, 1964.
- DICKERSON, W.G. *et al.* Conservative reattachment of a pulpally exposed, fractured incisor. **Dent Economics**, v.84, p.90-91, 1994.
- FONTANA *et al.* Restaurações de dentes anteriores fraturados com aproveitamento do fragmento – Caso clínico. **Rev Assoc Paul Cirurg Dent**, v.1, n.1, p.7-8, 1986.
- GABRIELLI *et al.* Apresentação e avaliação de uma técnica de restauração de dentes anteriores, com fragmentos adaptados de dentes extraídos. **Rev Gaucha Odontol**, v.29, p.83-87, 1981.
- KONZEN, V.; BUSATO, A.L.S. Coroa total em dente natural. **Rev Gaucha Odontol**, v.38, n.3, p.195-206, 1990.
- LIENBERG, W.H. Reattachment of coronal fragments. **Pract Periodont Aesthet Dent**, v.9, p.761-772, 1997.
- MACEDO, R.P. *et al.* Colagem de dentes fraturados. **Stomatol**, v.5, p.11-16, 1997.
- MACKIE, I.C.; BLINKHORN, A.S. Dental trauma – e management of immature permanent incisors. **Dent Update**, v.23, p.104-108, 1996.
- STRASSELER, H.E. Aesthetic management of traumatized anterior teeth. **Dent Clin North Am**, v.39, p.282-201, 1995.
- TAVARES, A.C. *et al.* Reconstrução de dente decíduo posterior utilizando fragmento dentário humano – Relato de um caso. **Rev Fac Odontol**, v.4, n.2, p.113-117, 1992.
- TRUSHKOWSKY, R.D. Esthetic, biologic and restorative considerations in coronal segment reattachment for a fractured tooth – A clinical report. **J Prosthet Dent**, v.79, p.115-119, 1998.
- VISSICNELLI, V.R. A restauração de um incisivo central superior fraturado utilizando o fragmento original. **J Clin Odontol**, v.1, 1998/1999.
- WALKER, M.L. La re-adhesión de fragmentos en caso de dientes fraturados. **J Clin Odontol**, v.13, 1997/1998.
- ZYTKIEVTZ, E.; SILVA, R.H.H. *et al.* Colagem heterôgena de dentes deciduos. **Rev Gaucha Odontol**, v.41, n.2, p.71-75, 1993.

Recebido para publicação em: 19/08/01

Enviado para análise em: 21/08/01

Aceito para publicação em: 26/10/01

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Parnaíba, 445
80510-310 Curitiba, PR
Brasil