

Sarzedo B¹; Neiva C¹; Santos C¹; Montón L¹; Júnior P¹; Rodrigues T¹; Pires P²

¹ Aluno da Licenciatura de Prótese Dentária; Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Monte da Caparica, Portugal

² Docente da Licenciatura de Prótese Dentária, Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Monte da Caparica, Portugal

INTRODUÇÃO

As cerâmicas dentárias tornaram-se padrão em reabilitações estéticas por combinarem biocompatibilidade, estabilidade de cor e resistência.^{1 3 8} A escolha do sistema (feldspática, dissilicato de lítio, zircónia ou híbridas CAD-CAM) e do protocolo adesivo condiciona a longevidade clínica.^{3 9} Este póster apresenta critérios práticos para selecionar o material, desenhar as preparações e executar a cimentação adesiva em restaurações indiretas, integrando ainda o fluxo digital CAD-CAM e pontos de controlo clínico.¹⁰

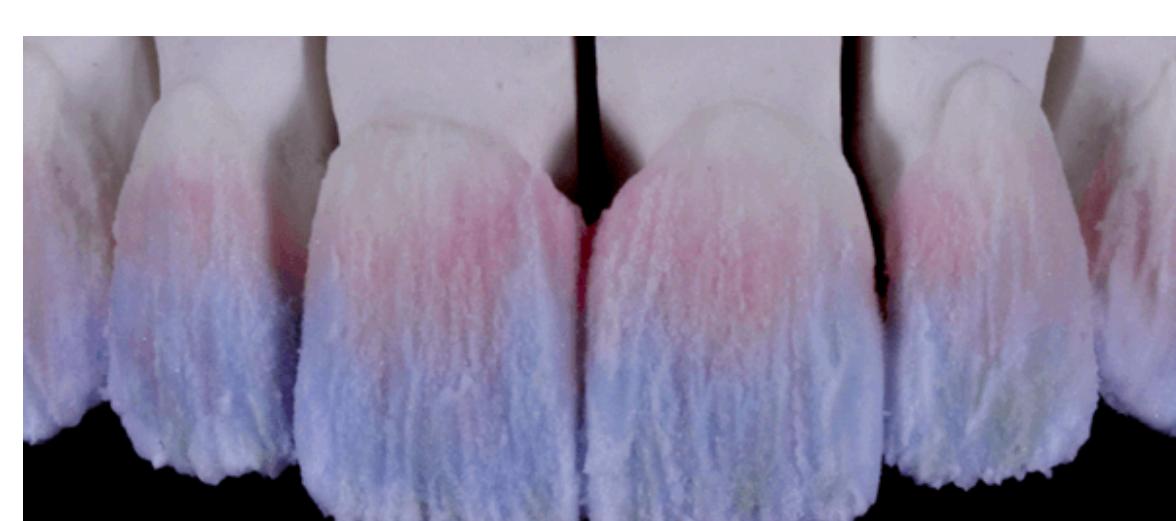
DESENVOLVIMENTO

1) Tipos de cerâmica e indicações

As cerâmicas atuais permitem combinar estética, biocompatibilidade e resistência, mas não há só um tipo de cerâmica para tudo.^{1 3 7}

- Feldspática → máxima estética e indicada para zonas anteriores.^{1 4 5} (**IMAGEM 1**)
- Dissilicato de Lítio → equilibra a estética + resistência. É indicada para facetas, inlays/onlays e coroas unitárias.^{1 3 6} (**IMAGEM 2**)
- Zircónia → destaca-se pela alta resistência e tem indicações para coroas posteriores, estruturas e pontes curtas. A sua translucidez varia com a estabilização (3Y/4Y/5Y), devendo ser escolhida conforme o substrato e a zona.^{7 8} (**IMAGEM 3**)
- Híbridas/CAD-CAM (vítreas reforçadas) → alternativa minimamente invasiva em casos selecionados.¹⁰ (**IMAGEM 4**).

IMAGEM



1

IMAGEM



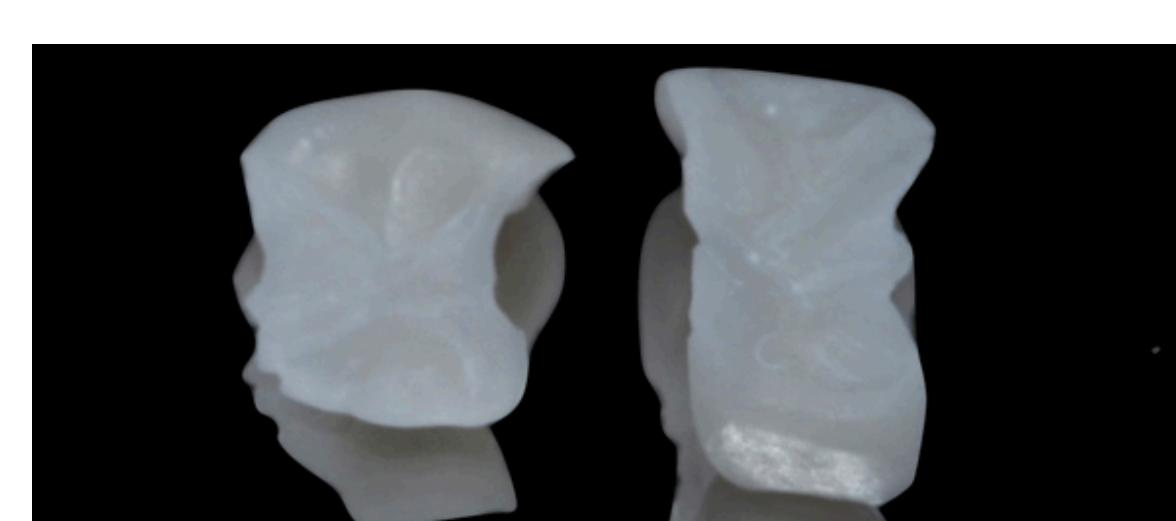
2

IMAGEM



3

IMAGEM



4

2) Planeamento Estético e Funcional

Antes de preparar o dente, decide o resultado final: cor a mascarar, translucidez desejada, espessura disponível e zona da boca.^{2 4}

- Se o dente está escurecido então a cerâmica terá de ser mais opaca.²
- Se a zona a reabilitar for uma zona estética e em caso de haver espaço utilizamos, uma cerâmica mais translúcida.^{2 3}

O planeamento dita o material e não o contrário.³

3) Preparação Dentária

Devemos remover só o necessário de material para a espessura da cerâmica e manter esmalte sempre que possível, pois tona a adesão mais previsível.^{4 6 9}

- Margens supragengivais sempre que possível para uma melhor higiene.^{1 4}
- Facetas anteriores: redução de forma uniforme, não pode ser em "lâmina de faca".^{1 4 5}
- Zonas Posteriore (inlay/onlay/coroas): respeitar espessuras mínimas do material (Dissilicato de Lítio ≈ 1,0–1,5 mm nas áreas funcionais. A zircónia pode admitir menos espessura em casos de prótese cimentada).^{6 7}

4) Tratamento de superfície e adesão da cerâmica

Antes da restauração ir para a boca, a superfície deve ser preparada conforme o tipo de cerâmica e o protocolo escolhido. Nas cerâmicas vítreas (ex.: dissilicato de lítio), deve-se limpar e aplicar o respetivo agente de ligação indicado pelo fabricante, para que a superfície fique pronta a receber o material de fixação. Nas restaurações em zircónia, utiliza-se o jato de óxido de alumínio com o objetivo de criar uma superfície de retenção do material a utilizar.⁹

5) Fluxo digital CAD-CAM e Prova

Quando a restauração é produzida por CAD-CAM (fresagem ou impressão), o objetivo é obter uma peça com adaptação e espessura de cerâmica dentro do que o material permite. Em boca deve ser feita a prova clínica para confirmar o ajuste marginal, contactos proximais e a cor do cimento. Se necessário, fazem-se pequenos ajustes e volta-se a polir, mantendo a superfície preparada para o método de fixação que o clínico escolher.¹⁰

6) Entrega e controlo

Escolhe-se o método de fixação mais adequado ao material, assegura-se o isolamento e limpeza dos excessos, e no final verifica-se a oclusão e dão-se as instruções de higiene e proteção ao paciente, para prevenir fraturas ou descolagens.^{2 8}

IMPlicações Clínicas

A seleção do material tem de seguir o planeamento estético e funcional do paciente, de acordo com o espaço disponível. A restauração tem de ser preparada com o tipo de cerâmica adequada. Tanto na forma digital como na forma analógica, a prova em boca e o ajuste oclusal final são indispensáveis para prevenir fraturas e descolagens. Além disto, é essencial orientar o paciente para a higiene adequada da restauração, de modo a prevenir inflamação e comprometer a longevidade.^{2 3 4 6 7 8 9}

CONCLUSÃO

A utilização de cerâmicas dentárias exige que o planeamento estético e funcional venha primeiro e que, a partir daí, se escolha o material mais adequado (feldspáticas, dissilicato de lítio, zircónia ou híbridas). Quando o dente é preparado de forma conservadora e a restauração é tratada de acordo com o seu tipo de cerâmica, o método de fixação escolhido passa a ser fiável. Com a prova clínica e ajuste oclusal final, conseguimos restaurações mais estáveis, estéticas e duradouras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

