



Trincas dentais

“Nunca receie experimentar algo de novo. Lembre-se que amadores construíram o barco. Profissionais, o Titanic”.

frase difundida na Internet

Alguns problemas clínicos comuns estão relacionados com a presença de restaurações de amálgama, na maioria das vezes, convencionais. O ponto frágil, portanto, da manutenção de algumas restaurações não adesivas está relacionado ao enfraquecimento da estrutura dental, e não especificamente ao fato de serem anti-estéticas. Vejo que uma das últimas vantagens das resinas compostas é propriamente a sua estética, existem outras ainda mais importantes, e os pacientes devem estar cientes.

As fraturas, ou mesmo trincas, deveriam ser evitadas antes de acontecerem, e este parece ser um dos desafios restauradores; a previsão antecipada de falhas graves. Parece-me, portanto, que devemos prever e apontar a troca de algumas restaurações previamente ao acontecimento destas trincas e/ou fraturas, concordam? Parece claro que grande parte do volume da clínica diária está relacionada a soluções de problemas de resistência dental (Figuras 1, 2 e 3).

Uma análise crítica da função mastigatória, grau de enfraquecimento dentário, vitalidade pulpar, parafunções e hábitos devem ser observadas, estando o profissional obrigado a intervir em prováveis problemas, antes destes acontecerem. (Figura 4). Qual o grande desafio envolvido? Provavelmente, o preconceito formado em relação às restaurações de resina composta em dentes posteriores; mas aprendemos com a observação de nossos próprios erros e falhas, que as resinas normalmente fracassam por

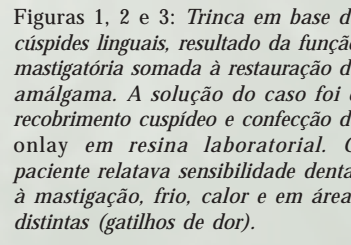
culpas pessoais (técnicas e de indicação) (Figura 5).

Preocupamo-nos talvez de forma excessiva, com o desgaste oclusal de restaurações de resinas em dentes posteriores, mas percebo que as trocas de restaurações por desgastes são raríssimas e relacionadas normalmente à resinas com antigas formulações de cargas (tamanho e tipo) que sofreram “degradação catastrófica”.

As fraturas ou trincas ocorrem mais comumente em cúspides linguais de molares inferiores, pelo enfraquecimento gerado pelo desgaste cavitário e presença do amálgama dentário, somado ao efeito de cunhagem proporcionado pela função e para função, podendo o paciente apresentar sensibilidade à mastigação, exacerbada sensação ao frio e calor, movimentação de língua e em algumas situações o surgimento de “*trigger points*”, levando muitas vezes ao tratamento endodôntico. Casos de fraturas totais podem levar a procedimentos cirúrgicos ou mesmo exodontia. A solução para estes casos envolve sempre procedimentos restauradores adesivos visando o aumento da resistência dental, evitando a propagação desta trinca e estabilizando o quadro sintomático pela não movimentação dos fluidos pela trinca. Resta o nosso desafio pessoal (todos os desafios o são) de assumir trocas de restaurações aparentemente funcionais, (Figuras 6, 7 e 8), assumindo a responsabilidade e confiando em sua técnica restauradora adesiva. Confiança parece ser agora um requisito diferencial.



Figuras 6, 7 e 8: Prever falhas antes destas acontecerem é um dos desafios atuais. Troca de restauração por resinas compostas diretas em casos bem indicados.



Figuras 1, 2 e 3: Trinca em base de cúspides linguais, resultado da função mastigatória somada à restauração de amálgama. A solução do caso foi o recobrimento cuspídeo e confecção de onlay em resina laboratorial. O paciente relatava sensibilidade dental à mastigação, frio, calor e em áreas distintas (gatilhos de dor).



Figura 4: Caso de fratura pela presença de restauração MOD em dente desvitalizado.



Figura 5: Falhas de técnica (não dependentes de aspectos mecânicos da resina composta), resultando em troca total de todas as restaurações do mesmo paciente.

