

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO–USP  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

IZADORA ORLANDINI SOARES

**PRÓTESE PARCIAL FIXA ULTRA CONSERVADORA - RESOLUÇÃO  
PROTÉTICA EM DENTE COM INTERCORRÊNCIA NO TRATAMENTO  
ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2018**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO–USP  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

IZADORA ORLANDINI SOARES

**PRÓTESE PARCIAL FIXA ULTRA CONSERVADORA - RESOLUÇÃO  
PROTÉTICA EM DENTE COM INTERCORRÊNCIA NO TRATAMENTO  
ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção da graduação em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Takami Hirono Hotta

**RIBEIRÃO PRETO**

**2018**

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Nome: Soares, Izadora Orlandini

Título: **Resolução protética em dente com intercorrência no tratamento endodôntico: relato de caso.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção da graduação em Odontologia.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIAS**

Dedico este trabalho aos meus pais e familiares que me incentivaram no transcorrer de toda minha vida a buscar uma formação digna.

Aos amigos por terem me dado todo o suporte quando necessitava, nunca me deixando desistir quando o medo aparecia. E me mostrando que no final valeu a pena todo o esforço.

E ao Fabrício por toda amizade e amor durante toda essa caminhada, me mostrando que a vida é feita de desafios e me ajudando a superá-los.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a toda minha família que de forma incansável me deu todo o apoio possível nesta jornada de cinco anos que passei pela faculdade. Toda a força, o sentimento de alegria e determinação.

Ao meu pai, principalmente, que fez o possível e o impossível para que eu tivesse tudo o que fosse necessário para me formar; que me mostrou que o estudo é uma forma de tesouro que vou levar para o resto da minha vida e que ninguém pode me tirar.

A minha mãe e irmã que são exemplos de mulheres na minha vida, me mostrando e incentivando sempre a conquistar meus sonhos e me tornar a mulher que sou hoje. Portanto só tenho a agradecer imensamente aos meus pais que nunca desistiram de mim, e sempre me proporcionaram, mesmo com todas as dificuldades que enfrentaram tudo o que foi necessário para realizar e manter meu sonho. E que me ensinaram por meio de palavras e principalmente exemplos a não desistir dos meus objetivos mesmo que tenha que vencer barreiras e desafios não importando o quanto difíceis são.

Agradeço também a Profa. Dra. Takami Hirono Hotta por ter aceitado ser minha orientadora, por ser essa pessoa maravilhosa e iluminada por Deus que é. Sempre a meu dispor quando tinha dúvidas ou receios, e mesmo nas partes mais difíceis em que eu achava que nada daria certo me acalmou e me manteve na direção correta do meu caminho.

Um agradecimento ao Prof. Dr. Luiz Pascoal Vansan, da disciplina de Endodontia, do Departamento de Odontologia Restauradora, que me auxiliou num momento muito delicado durante o caso, me incentivando e não me deixando abater pelo ocorrido. Uma pessoa extremamente humana, que despertou em mim com naturalidade, o entendimento da possibilidade de ocorrência de acidentes em nossa vida profissional, as vezes difíceis de evitá-los, mas nem sempre impossíveis de contorná-los.

Aproveitando também para agradecer todos os meus amigos que entraram na minha vida durante essa caminhada, que sem eles nada seria tão prazeroso.

Obrigada pelos momentos de felicidade, alegria, determinação, pelo apoio nas horas mais difíceis, por levantarem o meu ânimo sempre que precisava, por não desistirem de mim nos momentos mais tensos em que a preocupação e o medo se sobressaiam. Sem vocês tudo se tornaria mais difícil e infeliz.

Agradeço também aos pacientes que atendi e que me possibilitaram desenvolver minhas habilidades e conhecimentos.

## RESUMO

**SOARES, Izadora. Prótese parcial fixa ultra conservadora - Resolução protética em dente com intercorrência no tratamento endodôntico: relato de caso. 2018. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.**

A perda dos elementos dentais, quando não repostos proteticamente, pode ocasionar ou agravar os transtornos na oclusão do indivíduo. Adicionalmente, é comum nestes indivíduos com múltiplas ausências dentais, que os remanescentes apresentem-se com lesões de cáries, com grandes restaurações ou com comprometimento endodôntico. Nessas circunstâncias, a reabilitação protética deve ser planejada, em conjunto com as especialidades envolvidas no caso. O propósito deste trabalho foi mostrar uma alternativa para restabelecimento funcional e estético da oclusão de um paciente, considerando o tratamento endodôntico em um dos dentes pilares. Paciente de 57 anos, gênero masculino, com ausência dos dentes 14, 24, 27, 28, 36, 46, 47 e 48, compareceu para tratamento reabilitador. Após exame clínico, anamnese e radiografias formulou-se o planejamento do caso optando por prótese parcial removível na arcada inferior e uma prótese parcial fixa na arcada superior, tendo os dentes 23 e 25 como pilares. Devido a uma trepanação radicular durante o tratamento endodôntico no dente 25, optou-se por uma prótese parcial fixa ultra conservadora, sem a utilização do conduto radicular. O resultado foi satisfatório considerando o restabelecimento da estética, da função, da preservação dos tecidos dentais e simplificação dos procedimentos. Pode-se concluir que apesar da diversidade de planejamentos aplicáveis a uma mesma situação clínica, o profissional deve optar por uma que contemple as necessidades protéticas e expectativas do paciente.

Palavras chaves: Prótese parcial fixa. Reabilitação oral. Endodontia

## ABSTRACT

**SOARES, Izadora. Prosthetic resolution of teeth with interurrences in endodontic treatment: case report. 2018. 32f. Thesis - Ribeirão Preto School of Dentistry, University of São Paulo, Ribeirão Preto,2007.**

The loss of the dental elements, when not restored with the use of prostheses, can cause or aggravate the disorders in the occlusion of the individual. Additionally, it is common that in individuals with multiple dental absences, the remaining teeth present caries lesions, large restorations or with endodontic compromise. In these circumstances, prosthetic rehabilitation should be planned together by all the experts involved in the case. The purpose of the present study was to show an alternative for functional and aesthetic restoration of a patient's occlusion, considering the endodontic treatment in one of the abutment teeth. The 57-year-old male patient, with the absence of teeth 14, 24, 27, 28, 36, 46, 47 and 48, presented himself for rehabilitation treatment. After clinical examination, anamnesis and radiographs the case was formulated by opting for a removable partial prosthesis in the lower arch and a fixed partial denture in the upper arch, the teeth 23 and 25 having pillars. Due to an intercurrent during the endodontic treatment in tooth 25, an ultra-conservative fixed partial denture e was chosen, without the use of the root canal. The result was satisfactory considering the restoration of esthetics and function, preservation of dental tissues and simplification of procedures. It can be concluded that despite the complexity and diversity of planning in this clinical situation, the professionals should choose one that answers better to the prosthetic needs and expectations of the patient.

Key-words: Fixed partial denture, Oral rehabilitation, Endodontics

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Arcada superior (vista pelo espelho) .....	13
Figura 2 - Arcada inferior (vista pelo espelho) .....	13
Figura 3 - Vista frontal do relacionamento intermaxilar .....	14
Figura 4 - Registro de mordida utilizando Jig de Lucia e registro em cera.....	14
Figura 5 - Remanescente dental após remoção da restauração e escariação .....	15
Figura 6 - Radiografia periapical (trepanação) .....	16
Figura 7 - Preparo no dente 23 .....	17
Figura 8 - Preparo no dente 25 .....	17
Figura 9 - Confecção de restauração protética provisória com dente de estoque e fio ortodôntico .....	18
Figura 10 - Infraestrutura metálica .....	18
Figura 11 - Radiografia da Prova da Estrutura Metálica para ajustes .....	19
Figura 12 - Prova clínica da estrutura metálica, após ajustes.....	19
Figura 13 - Prótese parcial fixa ultraconservadora fixada com cimento resinoso.....	20
Figura 14 - Polimento das restaurações.....	21
Figura 15 - Ajuste oclusal das restaurações.....	21
Figura 16 - Foto final após de 4 meses da prótese cimentada .....	22
Figura 17 - Foto final após de 4 meses da prótese cimentada .....	22
Figura 18 - Foto final após de 4 meses da prótese cimentada .....	23

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. RELATO DE CASO.....	13
3. DISCUSSÃO.....	24
4. CONCLUSÃO.....	27
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
6. ANEXOS.....	30

## 1. INTRODUÇÃO

A perda dos elementos dentais, quando não repostos proteticamente, pode ocasionar ou agravar os transtornos na oclusão do indivíduo (PEGORARO *et al.*, 1998, HEBLING *et al.*, 2007). Uma única perda dental pode comprometer o posicionamento dos dentes nas arcadas e conseqüentemente, entre as arcadas, mesializações, distalizações, giroversões, vestibuloversões, linguoversões e migrações dentais, perdas de contato interproximal, supraclusão, alterações nas curvas de Spee e de Wilson, interferências oclusais e prematuridades cêntricas são alterações frequentemente encontradas.

Adicionalmente, é comum, nestes indivíduos com múltiplas ausências dentais, que os demais dentes apresentem-se com lesões de cáries, com grandes restaurações ou com comprometimento endodôntico. Nessas circunstâncias, a reabilitação protética deve ser planejada minuciosamente avaliando-se modelos de estudo montados em articulador semi-ajustável associados um exame clínico e radiográfico, considerando as especialidades envolvidas e a condição estrutural dos dentes remanescentes, tendo em vista que, para um mesmo caso, diferentes planejamentos podem ser propostos (GOYATÁ *et al.*, 2010).

A prótese parcial fixa ultraconservadora (PPFU) (MATSUMOTO *et al.*, 2014, MATSUMOTO *et al.*, 2017) possui a vantagem de ser menos invasiva em comparação a uma prótese parcial fixa com coroa total, por exemplo, devido ao menor desgaste que é realizado nos dentes pilares. Outra vantagem da PPFU é possuir procedimentos mais rápidos e, relativamente, mais simples quando comparados às outras próteses, favorecendo tanto o profissional quanto o paciente.

O propósito deste trabalho foi mostrar uma alternativa para restabelecimento funcional e estético da oclusão de um paciente, considerando, principalmente, o tratamento endodôntico em um dos dentes pilares.

## 2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 57 anos, com ausência dos dentes 14, 24, 27, 28, 36, 46, 47 e 48 e com maloclusão (Figuras 1, 2 e 3), compareceu para tratamento reabilitador, na disciplina de prótese parcial fixa da FORP-USP. Foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido e após o entendimento do mesmo, o paciente assinou concordando com o tratamento (Anexo 1).



Figura 1 - Arcada superior (vista pelo espelho)



Figura 2 - Arcada inferior (vista pelo espelho)



Figura 3 - Vista frontal do relacionamento intermaxilar

Após exame clínico, anamnese e radiografias, procedeu-se à moldagem das arcadas superior e inferior, com alginato, para obtenção dos modelos de estudo que foram montados em articulador semi-ajustável (Bioart), utilizando-se o arco facial, o Jig de Lucia e registro de mordida em cera rosa 7 (Figura 4) O planejamento do caso foi prótese parcial removível na arcada superior, coroa metalocerâmica no dente 16 e uma prótese parcial fixa ultraconservadora tendo como pilares os dentes 23 e 25.

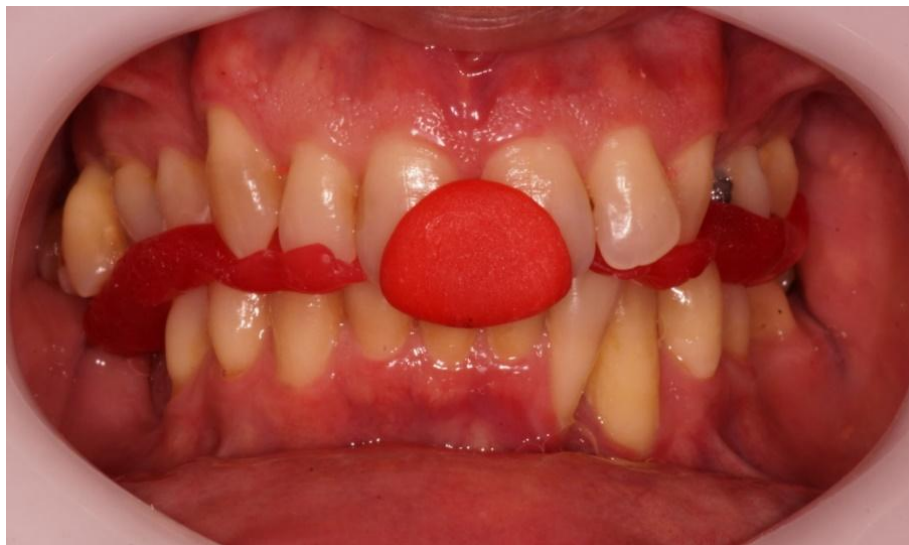


Figura 4 - Registro de mordida utilizando Jig de Lucia e registro em cera

Após a remoção da restauração de amálgama e de tecido cariado do dente 25, a quantidade de dentina remanescente não apresentava espessura suficiente para confecção de prótese com padrões normais, isto é, em elementos com vitalidade pulpar (Figura 5). Diante dessa condição, indicou-se o tratamento endodôntico e o planejamento para este dente foi alterado para confecção de núcleo e coroa total metalocerâmica.



Figura 5 - Remanescente dental após remoção da restauração e escariação

Porém, durante o tratamento endodôntico houve uma trepanação da raiz (Figura 6) em decorrência de calcificação impedindo a exploração normal em toda extensão do canal radicular. Ao forçar o instrumento endodôntico para a desobstrução da porção calcificada, no terço cervical, houve uma trepanação na região distal que recebeu tratamento com a solução irrigadora e posteriormente, encontrada a luz do canal radicular promoveu-se o preparo biomecânico e a obturação do mesmo. Posteriormente ao tratamento endodôntico, foi efetuado por meio de um pino fototransmissor a colocação da resina composta (Z100 3M) na parede da perfuração, que pressionada pelo pino fototransmissor proporcionou o tamponamento da perfuração. Houve após o tamponamento a restauração do elemento 25 para receber a prótese. Entretanto, a prótese só foi confeccionada após

6 meses de preservação que pelo silêncio clínico e radiograficamente satisfatório, autorizava a confecção do trabalho protético.

A recomendação do especialista em endodontia foi, se possível, reabilitar proteticamente, sem interferir no tratamento endodôntico realizado. Assim, apesar da pouca estrutura remanescente do dente 25, o planejamento inicial foi retomado.



Figura 6 - Radiografia periapical (trepanação)

O preparo do dente 23 foi realizado à semelhança de um preparo classe III, com ponta diamantada tronco cônica (nº 2136, KG Sorensen) (Figura 7), preservando a face vestibular. Os preparos, nas faces oclusal e mesial do dente 25, reanatomizado com resina composta, foram realizados com a mesma ponta diamantada,, proporcionando extensão de aproximadamente 1/3 da distância vestibulo-lingual, profundidade da caixa oclusal em torno de 2 mm, paredes axiais em conformidade com a forma da ponta diamantada, parede gengival da caixa proximal próximo de 1 mm de profundidade (MATSUMOTO *et al.*, 2014), em esmalte, supra gengival (EDELHOFF, SORENSEN, 2002) e sem ângulos vivos (OPDAM *et al.*, 2010) (Figura 8).



Figura 7 - Preparo no dente 23



Figura 8 - Preparo no dente 25

Após o término dos preparos procedeu-se à moldagem dos dentes pilares 23 e 25. Essa moldagem foi realizada com moldeira parcial individualizada de resina acrílica rosa e poliéter (Impregum Soft – 3M ESPE) como material de moldagem.

Moldagens de arcada total foram feitas com alginato e os modelos obtidos, montados em articulador semi-ajustável, em máxima intercuspidação habitual.

Restaurações provisórias (Figura 9) foram feitas em resina acrílica (Dencor – Classico - Brasil), ajustadas e fixadas com cimento provisório RelyX Temp NE (3M ESPE).



Figura 9 - Confeção de restauração protética provisória com dente de estoque e fio ortodôntico

Os modelos montados em articulador semi-ajustável e modelo parcial com os dentes preparados foram enviados ao laboratório para enceramento e fundição da infraestrutura metálica. (Figura 10)



Figura 10 - Infraestrutura metálica

Na prova clínica da estrutura metálica, a radiografia periapical foi realizada para verificação da adaptação nos dentes pilares (Figura 11). Foram removidas as bolhas positivas e as interferências, com brocas carbides (número 245 ou 330), para melhor assentamento da peça (Figura 12). Os ajustes também foram realizados na infraestrutura consideraram o contorno, altura e espaço para aplicação da porcelana.



Figura 11 - Radiografia da Prova da Estrutura Metálica para ajustes



Figura 12 - Prova clínica da estrutura metálica, após ajustes

Utilizando a escala de cores para cerâmica foi selecionada a cor A3 para a região cervical e de corpo; e a cor A2 para incisal.

Na prova estética e funcional, os ajustes na cerâmica foram realizados em baixa rotação com ponta diamantada para peça de mão (744), retirando-se os excessos de cerâmica sobre as infraestruturas metálicas, sob os pânticos, nas ameias interproximais, nos contornos vestibulares e palatinos; e ajustes oclusais nas posições mandibulares cêntricas e excêntricas. Após a peça ajustada, o glazeamento foi realizado.

Na cimentação da peça foi utilizado o isolamento absoluto, cimento resinoso do tipo dual (RelyX U200 Clicker 3M ESPE). A peça foi condicionada previamente com ácido fluorídrico 10% (Condac Porcelana) nos retentores metálicos, onde se localizava o opaco cerâmico. Após isso, houve a aplicação do silano, aguardando-o secar por 10 minutos, com objetivo de unir quimicamente a resina à porcelana opaca localizada acima do retentor. Então, o cimento resinoso do tipo dual (Relyx U200 3M ESPE) foi homogeneizado e aplicado nos retentores metálicos e dentes pilares, realizando pressão durante o reposicionamento intra bucal da peça. Após essa etapa, os excessos do cimento foram removidos com fio dental e sonda exploradora nº 5, fotopolimerizando a seguir (Figura 13).



Figura 13 - Prótese parcial fixa ultraconservadora fixada com cimento resinoso

A partir desse ponto, foram realizados procedimentos de dentística restauradora. Foi condicionado ácido fosfórico 37% (Villevie) no esmalte e na dentina dos elementos 23 e 25 por aproximadamente 15 segundos e 10 segundos, respectivamente. Remoção do ácido com água no mesmo tempo de condicionamento do ácido, secagem e aplicação do adesivo (Single Bond 3M ESPE) fotopolimerizado por 20 segundos. As cavidades foram restauradas com resina composta fotopolimerizável da cor A2 (Z100 3M ESPE), os contatos oclusais sobre a resina foram ajustados e posteriormente, realizados o acabamento e o polimento das restaurações (Figuras 14 e 15).



Figura 14 - Polimento das restaurações



Figura 15 - Ajuste oclusal das restaurações

O caso foi reavaliado clinicamente após 4 meses (Figuras 16, 17 e 18), mostrando-se satisfatório do ponto de vista estrutural e funcional.



Figura 16 - Foto final após de 4 meses da prótese cimentada



Figura 17 - Foto final após de 4 meses da prótese cimentada



Figura 18 - Foto final após de 4 meses da prótese cimentada

### 3. DISCUSSÃO

O presente trabalho referiu-se a uma opção de tratamento reabilitador considerando as condições pré-existentes e de limitações impostas.

Quando se faz um planejamento reabilitador, o mesmo deve ser apresentado ao paciente, juntamente com as várias opções, esclarecendo quanto as indicações, vantagens e desvantagens de cada um, seja para substituir um ou vários elementos, por meio de próteses convencionais ou por próteses sobre implantes, que já demonstraram ser ótimas escolhas para a reabilitação oral. Assim também como a longevidade da mesma que está associada a fatores como; um planejamento adequado, utilização de materiais de boa qualidade, uma boa adaptação da prótese ao dente ou implante, boa interface da prótese com os tecidos gengivais, uma relação harmônica com os dentes antagonistas e adjacentes e cuidados do paciente quanto a sua higienização (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Dentre os possíveis planejamentos, a prótese parcial fixa adesiva (PPFA) apresenta características como a conservação da estrutura dental, com mínimo desgaste do dente, possibilidade de se realizar o preparo sem o uso de anestesia e sem risco de exposição pulpar, quando o dente for hígido (JORGE *et al.*, 2011). Há ainda, uma outra opção de reabilitação protética, denominada de prótese parcial fixa ultraconservadora (PPFU), que além de poder ser indicada para pequenos espaços com dentes pilares restaurados ou hígidos, também visa manter o máximo de estrutura dental, fornecendo estética e funcionalidade (MATSUMOTO *et al.*, 2014).

Adicionalmente, a PPFU permite que o paciente possa ter a reversibilidade do tratamento quando o mesmo optar por uma prótese sobre implante ou que necessite evoluir para uma prótese parcial fixa convencional, no futuro (MATSUMOTO *et al.*, 2017).

Dessa maneira, descartando a prótese sobre implante por razão financeira, a prótese parcial fixa adesiva pela extensa restauração no dente 25 e a prótese parcial fixa convencional pela integridade do dente 23, optou-se por uma PPFU, salientando, no entanto, que pela condição pré-existente de restauração em amálgama insatisfatória, poderia haver intercorrência durante a remoção da

restauração e escariação do tecido remanescente, com possibilidade de replanejamento posterior , como de fato ocorreu.

O tratamento endodôntico, no dente 25, foi indicado e, o que a princípio poderia ser solucionado com a inserção de um núcleo e de uma coroa metalocerâmica; não pode mais ser indicado devido a ocorrência de uma trepanação da raiz, durante o procedimento.

O prognóstico dos dentes com perfurações radiculares depende do tamanho e localização da perfuração; como também a quantidade de tempo desde a sua ocorrência. Os danos mais severos aos tecidos periodontais geralmente são encontrados em perfurações que permaneceram abertas para a cavidade oral e/ou quando vedação adequada não pôde ser obtida devido ao extravazamento em excesso do materiais de restauração (MACHADO *et al.*, 2017) , o que não foi o caso deste relato.

A região da trepanação por não ter ficado aberto para a cavidade oral e próximo ao nível cervical fez com que o prognóstico fosse mais favorável, corroborado pela preservação com ausência de sintomatologia, após a obturação do canal radicular e fechamento da trepanação. Frente ao resultado obtido optou-se por não realizar a complementação cirúrgica (MACHADO *et al.*, 2017). Entretanto é de bom senso que a preservação a cada 6 meses se faça necessária.

Conforme já relatado anteriormente, a trepanação foi fechada com resina composta, fotopolimerizada por meio de um pino fototransmissor, após localizar a luz do canal principal e realizar a terapia endodôntica na mesma sessão por tratar-se de dente com vitalidade pulpar. (ENDO *et al.*, 2015). Este tratamento inicial foi então complementado com a restauração deste elemento 25 com resina composta (figura 8).

É importante salientar que na obturação do canal radicular o cimento de escolha não deve conter eugenol, pois o mesmo pode interferir na polimerização da resina composta utilizada.

Com base na avaliação do tratamento endodôntico realizada por um endodontista, considerou-se que na reabilitação protética deveria ser evitados procedimentos de contenção intracanal. Por essa razão, foi realizada a reconstrução

do remanescente dental, para ser pilar do retentor intracoronário de uma PPFU. Já no dente 23, o mesmo estava hígido, portanto, um preparo tipo classe III foi realizado mantendo ao máximo as estruturas dentais saudáveis. Todos esses preparos ficaram aquém do nível cervical permitindo maior facilidade durante os processos operatórios desde a moldagem dos preparos até o resultado final com a cimentação da peça; evitando a realização do afastamento gengival, em algumas etapas e, facilitando a higienização do local pelo paciente (OPDAM *et al.*, 2010, MATSUMOTO *et al.*, 2014, PIGOZZO *et al.*, 2017.)

Para a fixação da peça, a escolha do cimento está na dependência da preferência do profissional, das indicações do fabricante e do caso clínico em si. Neste caso, optou-se pela utilização do cimento resinoso de ativação dual, por assemelhar-se às resinas compostas fotopolimerizáveis adicionadas sobre a estrutura metálica cimentada, e também, por não requerer os procedimentos de condicionamento dos tecidos (MATSUMOTO *et al.*, 2014). Além disso, o cimento resinoso tem os requisitos necessários para cimentação com a resistência e consistências adequadas. (JORGE *et al.*, 2011). Portanto a fixação se deu primeiramente com o cimento resinoso entre a parede pulpar dos preparos e as hastes dos retentores da peça metálica travando mecanicamente a restauração no local para evitar deslocamento durante a função, em seguida, foi feita a restauração dos dentes pilares, de maneira similar a uma restauração de dentística Classe II no dente 25 e Classe III no dente 23, por meio do condicionamento ácido, aplicação do sistema adesivo e incrementação da resina composta fotopolimerizável sobre os retentores e demais paredes do preparo (MATSUMOTO *et al.*, 2017).

O caso apresenta-se em acompanhamento clínico há 5 meses.

#### **4. CONCLUSÃO**

Apesar de dente pilar com extensa restauração ser uma contra- indicação da PPFU, neste caso clínico, devido às condições limitantes para outras possibilidades de tratamento já descritas, pode-se concluir que até o presente momento, foi uma resolução protética de sucesso, tendo em vista a manutenção da peça na boca preenchendo os requisitos funcionais e estético.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EDELHOFF, D.; SORENSEN, J. A. Tooth structure removal associated with various preparation designs for posterior teeth. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 22, n. 3, p. 241-249, 2002.

ENDO, M. S. *et al.* Endodontia em sessão única ou múltipla: revisão da literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 20, n. 3, p. 408-413, 2015.

GOYATÁ, F. D. R. *et al.* Prótese adesiva em resina composta reforçada por fibra de vidro: relato de caso clínico. **IJD. International Journal of Dentistry**, v. 9, n. 1, p. 48-51, 2010.

HEBLING, E.; PEREIRA, A. C. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. **Gerodontology**, v. 24, n. 3, p. 151-161, 2007.

JORGE, J. H. *et al.* Considerações gerais sobre prótese fixa adesiva. **Arquivos em Odontologia**, v. 47, n. 3, p. 170-177, 2011.

MACHADO, R. *et al.* Surgical resolution of an aggressive iatrogenic root perforation in a maxillary central incisor: a case report with a 4-year follow-up. **General dentistry**, v. 65, n. 1, p. e1-e4, 2017.

MATSUMOTO, W. *et al.* Ultraconservative fixed partial denture: esthetic and preservation of dental structure. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 62, n. 2, p. 173-175, 2014.

MATSUMOTO, W.; DE ALMEIDA, R. P.; HOTTA, T. H. Prótese parcial fixa conservadora com duplo sistema de fixação: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 22, n. 2, p. 198-202, 2017.

NASCIMENTO, M. M. D. Higienização de prótese parcial fixa. 2011. 26p. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2011.

OPDAM, N. J. M. *et al.* 12-year survival of composite vs. amalgam restorations. **Journal of Dental Research**, v. 89, n. 10, p. 1063-1067, 2010.

PEGORARO, L. *et al.* Prótese Fixa Volume 7 de série EAP-APCD. 1 ed. Editora: ARTMED, Cap. 2, p. 23-40, 1998.

PIGOZZO, M. N. *et al.* Preparos dentais com finalidade protética: uma revisão da literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 48-55, 2017.

## 6. ANEXOS



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Anexo I

Momento: Início do tratamento clínico

Paciente: João Francisco de Mattos

Prontuário: RG 038689

Profissional Responsável (Docente): Takami H. Hotta

Por este instrumento de autorização por mim assinado, eu, João Francisco de Mattos, portador(a) do documento de identidade RG: 15287906, residente à R. João Piv da Silveira, 1554 - Santo Antônio da Alegria doravante denominado simplesmente PACIENTE ou RESPONSÁVEL PELO PACIENTE declaro-me suficientemente esclarecido(a)


sobre as seguintes informações:


1. O diagnóstico, planejamento de tratamento e acompanhamento realizados em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos no campo da Odontologia, poderão ser realizados por professores, assistentes e alunos autorizados, com o objetivo de ensinar e demonstrar os procedimentos para estudantes e profissionais de odontologia;
2. Fui informado(a) que a realização do diagnóstico é necessária para a elaboração do plano de tratamento. Entretanto, estou ciente que receberei o tratamento que compreende procedimentos possíveis de serem realizados por alunos de graduação. Sei também que os procedimentos de maior complexidade poderão ser realizados por profissionais (já formados) e que poderei ser encaminhado(a) e atendido(a) em um curso de extensão, especialização ou pós-graduação, se meu caso clínico estiver dentro do perfil do referido curso e quando houver vaga;
3. Uma vez estabelecidas as condições de tratamento, esse somente será realizado depois que eu receber todas as informações necessárias sobre os procedimentos;
4. Os custos com despesas de transporte e alimentação, quando necessários, serão de minha responsabilidade;
5. Os exames necessários serão realizados após a explicação dos objetivos, benefícios e riscos que esses exames podem causar e, uma vez entendidas as explicações, eu deverei seguir as orientações dadas pelos profissionais que irão me atender;
6. As radiografias, fotografias, modelos, desenhos e informações relacionadas ao meu tratamento odontológico (ex: questionamentos feitos pelo profissional, resultados de exames), e quaisquer outras informações do planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, poderão ser usadas para fins de ensino (aulas e palestras para alunos e profissionais) e divulgação científica (publicação em revistas científicas para melhor conhecimento do tema), desde que preservado o meu direito de não identificação.
7. Existe a possibilidade de eu faltar em duas consultas ao longo do período necessário para o diagnóstico e/ou tratamento, desde que essas faltas sejam justificadas. Duas faltas consecutivas causarão a perda do direito de tratamento. Casos excepcionais serão encaminhados para a Assistente Social da FORP;
8. O cancelamento de consultas por parte FORP-USP será realizado com antecedência, sempre que possível.

Depois de recebidas essas informações, declaro que concordo de livre e espontânea vontade, em dar meu consentimento à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, situada à Avenida do Café, s/n.º, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto/SP para a realização do diagnóstico, planejamento de tratamento e acompanhamento de meu caso clínico.

Por ser verdade, firmo o presente.

Ribeirão Preto, 16 / 04 / 2018

Nome do Paciente: João Francisco de Mattos Ass: 

Nome do Profissional Responsável: Takami H. Hotta Ass: 

Nome do Aluno: Agatone Orlando de Souza Ass: Agatone Orlando de Souza



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

Anexo II

**DECLARAÇÃO – HISTÓRICO DE SAÚDE**



Momento: Anamnese – Histórico de Saúde

Paciente: João Francisco de Mattos  
 Prontuário: RG 038689  
 Profissional Responsável (Docente): Takami H. Hotta

Por este instrumento de autorização por mim assinado, eu, João Francisco de Mattos, portador do documento de identidade RG: 1528780-6, residente à R. João Pio da Silveira, 1654 - 5ª Antônia de Alegria CEP 14390-000 doravante denominado simplesmente PACIENTE ou RESPONSÁVEL PELO PACIENTE declaro que:

1. Fui informado da necessidade de responder, falando a verdade, às perguntas sobre a minha saúde e dados pessoais (Anamnese) porque essas informações são muito importantes para a minha saúde e minha segurança durante o tratamento odontológico e declaro que respondi o que me foi perguntado de livre e espontânea vontade;
  2. Declaro que as informações são verdadeiras e que respondi tudo que é de meu conhecimento, inclusive o que não foi perguntado diretamente;
  3. Declaro, também, que entendi todas as perguntas que me foram feitas, permitindo-me respondê-las com sinceridade após ter recebido todas as explicações necessárias do profissional;
  4. Tenho consciência de que a não informação de algum dado específico de saúde poderá trazer dificuldades durante o tratamento odontológico, bem como colocar em risco a minha saúde e a de toda a equipe envolvida;
  - 5. Comprometo-me a informar qualquer novo dado com relação à minha saúde, bem como qualquer alteração nos dados fornecidos na Anamnese (Anexo "nº") realizada neste dia, ou quando da ocorrência de novos fatos em minha saúde (ex: novos medicamentos, novos tratamentos, alguma doença, etc.).**
- Por ser verdade, firmo o presente.

Ribeirão Preto, 16 / 04 / 2013

Nome do Paciente: João Francisco de Mattos Ass:   
 Nome do Profissional Responsável: Takami H. Hotta Ass:   
 Nome do Aluno: Isadora Otomárcio Soares Ass: Isadora Soares



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

Anexo III

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Momento: Apresentação e aceite do plano de tratamento

Paciente: João Francisco de Mattos

Prontuário: RG 032689

Profissional Responsável (Docente): Takami H. Hotta

Por este instrumento de autorização por mim assinado, eu, João Francisco de Mattos, portador do documento de identidade RG: 1528730-6, residente à R. João Piu da Silveira, 1554 - Sto. Antônio da Alegria, CEP: 14390-000 doravante denominado simplesmente PACIENTE ou RESPONSÁVEL PELO PACIENTE declaro que:

1. Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre todas as possibilidades de tratamento e sobre os objetivos e riscos que cada um deles apresenta;
2. Fui esclarecido(a) sobre todas as etapas que envolvem a realização e finalização do tratamento;
3. Aceito e autorizo a realização do tratamento descrito na Opção \_\_\_\_ e comprometo-me a cumprir as orientações da equipe odontológica;
4. Fui informado(a) e esclarecido(a) quanto ao tempo necessário para desenvolvimento e finalização do tratamento, podendo esse ter alguns atrasos em função da inexperiência dos alunos e acúmulos de trabalhos laboratoriais ou de problemas técnicos.
5. Entendi todas as informações que me foram dadas e tive minhas dúvidas esclarecidas. Por ser verdade, firmo o presente.

Ribeirão Preto, 16 / 04 / 2018

Nome do Paciente: João Francisco de Mattos

Ass: 

Nome do Profissional Responsável: Takami H. Hotta

Ass: 

Nome do Aluno: Ignacio Ondomiani Soares

Ass: 