

# Centros de Pesquisa Campus V





## APRESENTAÇÃO

*Cadernos de Pesquisa Campus V* é uma publicação de distribuição gratuita, publicada semestralmente, em Junho e Dezembro, pela coordenação de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade Iguazu – *Campus V* – Itaperuna, RJ. Tem como objetivo divulgar trabalhos inéditos, casos clínicos, estudo de casos e artigos de revisão, cobrindo temas das diversas áreas do ensino, pesquisa e extensão da Universidade Iguazu.

## CONSELHO EDITORIAL

Guilherme Lemos Imbelloni, MSc. – Universidade Iguazu - *Campus V*  
Juçara Lima Bedim, DSc. – Universidade Iguazu - *Campus V*  
Ronaldo Figueiró, DSc. – Universidade Estadual da Zona Oeste  
Sérgio Henrique Mattos Machado, MSc. – Universidade Iguazu - *Campus V*  
Wendel Mattos Pompilho, DSc. – Universidade Federal Fluminense

## SECRETÁRIA E EXPEDIENTE

Maryanne Morais Oliveira Bertassoni Delorenzi, Esp.  
Tel: (22) 3823-4000. r. 4083  
Segunda a Sexta das 8:00 as 17:00 horas.

## OBJETIVO E ESCOPO

Revista multidisciplinar que tem por objetivo publicar artigos originais, casos clínicos e estudos de casos nas áreas: Administração; Ciências Biológicas; Direito; Enfermagem; Educação Física; Engenharia de Produção; Engenharia de Petróleo; Farmácia; Fisioterapia; Medicina; Medicina Veterinária; Odontologia.

## INFORMAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS

O Título deve ser digitado em letras maiúsculas e negrito. O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor e orientador deve(m) ser digitados separados do título por um espaço, seguindo da instituição de origem e 01 (um) e-mail para contato, que poderá ser do orientador. O resumo não pode ultrapassar 250 palavras. Atribuir até cinco palavras chave. O abstract é a tradução do resumo para língua inglesa. Atribuir até cinco keywords. O texto deverá ser digitado em tamanho A4, com margens de 2,5 cm nos quatro cantos, alinhamento justificado, espaçamento Simples e fonte Times News Roman, tamanho 12 em Word for Windows. O artigo completo deverá contar com 8 a 12 páginas. **Não serão cobradas taxas de submissão e publicação.**

## REVISÃO DOS ARTIGOS

Os trabalhos encaminhados à revista são primeiramente avaliados pela Comissão Científica, para verificação da originalidade e possíveis incompatibilidades, bem como plágio, se considerados aprovados, são encaminhados a dois relatores doutores (consultores *ad hoc*). Os trabalhos serão enviados avaliação às cegas. No caso de pareceres contraditórios, haverá a submissão a um terceiro relator, para desempate.

## DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

O(s) autor (es), na qualidade de titular (es) do direito autoral do artigo submetido à publicação, de acordo com a Lei nº. **9610/98**, concorda(m) em ceder os direitos de publicação à Revista Cadernos de Pesquisa *Campus V* e autoriza(m) que o mesmo seja divulgado gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, para fins de leitura, impressão e/ou download pela Internet, a partir da data da aceitação do artigo pelo corpo editorial da Revista.

## ENVIO DE ARTIGOS

pesquisa.campusv@gmail.com

## SUMÁRIO

1- EXTRAÇÃO DE PRÉ-MOLAR INFERIOR DIREITO SUPRANUMERÁRIO: RELATO DE CASO	5
2- COROA TOTAL METALOCERAMICA DO SEGUNDO PRÉ-MOLAR SUPERIOR DIREITO (15) – RELATO DE CASO CLÍNICO	12
3- USO DE PLACA NEUROMIORRELAXANTE EM PACIENTE PORTADOR DE BRUXISMO – RELATO DE CASO CLÍNICO	19
4- CIMENTAÇÃO DE PINO DE FIBRA DE VIDRO ANATOMIZADO E CONFEÇÃO DE COROA DE PORCELANA NO DENTE 23 – RELATO DE CASO CLÍNICO	25
5- REABILITAÇÃO DO DENTE 26 COM PINO DE FIBRA DE VIDO- RELATO DE CASO CLÍNICO	32
6- TRATAMENTO ENDODÔNTICO E CLAREAMENTO INTERNO EM DENTE TRAUMATIZADO COM NECROSE PULPAR: RELATO DE CASO	37
7- EXODONTIA DO TERCEIRO MOLAR INFERIOR – RELATO DE CASO CLÍNICO	47
8- AUMENTO DE COROA CLÍNICA PARA RESTABELECIMENTO DO ESPAÇO BIOLÓGICO COM FINALIDADE PROTÉTICA : RELATO DE CASO	54
9- EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR SUPERIOR INCLUSO – RELATO DE CASO CLÍNICO	59
10- FECHAMENTO DE DIASTEMA COM RESINA COMPOSTA –RELATO DE CASO CLÍNICO	65
11- GENGIPLASTIA PARA CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL – RELATO DE CASO CLÍNICO	70
12 FRENECTOMIA LINGUAL – RELATO DE CASO CLÍNICO	78
13 FRENECTOMIA LINGUAL – RELATO DE CASO CLÍNICO	83
14 EXODONTIA DE SISO SEMI-INCLUSO– RELATO DE CASO CLÍNICO	89
15 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM UM INCISIVO LATERAL SUPERIOR ESQUERDO COM LESÃO PERIRRADICULAR – RELATO DE CASO CLÍNICO	96
16 REABILITAÇÃO UTILIZANDO A TÉCNICA DA RÉPLICA OCLUSAL: RELATO DE CASO	103
17 EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR SEMI INCLUSO – RELATO DE CASO CLÍNICO	109
18 PRIMEIRO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – RELATO DE CASO CLÍNICO	117
19 GENGIVECTOMIA	125
20 EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR SEMI INCLUSO – RELATO DE CASO CLÍNICO.	



## EXTRAÇÃO DE PRÉ-MOLAR INFERIOR DIREITO SUPRANUMERÁRIO: RELATO DE CASO

Beatriz Aparecida Alves CATROLI<sup>1</sup>, Silmar ANTUNES<sup>2</sup>, Leonardo Tavares PEIXOTO<sup>2</sup>, Ana Paula DORNELLAS<sup>2</sup>, Elias Daruis ASSAD NETO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. beatrizcatroli@hotmail.com

### RESUMO

Os dentes supranumerários são um tipo de anomalia relativamente rara e caracterizam-se pela presença de dentes além do número considerado normal na arcada dentária. A presença dos dentes supranumerários pode acarretar vários problemas relativos à oclusão, problemas estes de maior ou menor intensidade. Os dentes supranumerários podem resultar em erupção atrasada, má posição ou deslocamento do dente subjacente. O tratamento pode variar desde a extração até a extração acompanhada de tratamento ortodôntico, levando-se em conta que cada caso deve ser avaliado individualmente e de forma direcionada. O estudo objetiva realizar a extração do elemento dentário, visando melhora da dicção e fala do paciente, e eliminando a dificuldade de higienização do dente supranumerário que o paciente apresentava. O estudo concluiu que a extração do elemento dentário foi benéfica concluída com sucesso. Paciente ficou satisfeito com o resultado tendo melhora da dicção e da fala, assim como melhora da higienização bucal como um todo.

Palavras Chave: Dentes, Supranumerários, Extração, Melhoria, Dicção.

### Abstract

Supernumerary teeth are a relatively rare type of anomaly and are characterized by the presence of teeth beyond the number considered normal in the dental arch. The presence of supernumerary teeth can lead to several occlusion problems, which are of greater or lesser intensity. Supernumerary teeth may result in delayed eruption, misplacement or displacement of the underlying tooth. Treatment may vary from extraction to extraction with orthodontic treatment, bearing in mind that each case should be evaluated individually and in a targeted manner. The study aims to perform the extraction of the dental element, aiming to improve the patient's diction and speech, and eliminating the difficulty of cleaning the supernumerary tooth that the patient presented. The study concluded that dental extraction was beneficial and successfully completed. Patient was pleased with the result with improved diction and speech, as well as improved oral hygiene as a whole.

KeyWords: Tooth, Supernumerary, Extraction, Improvement, Diction.

### 1 – Introdução

Os dentes supranumerários são um tipo de anomalia relativamente rara e caracterizam-se pela presença de dentes além do número considerado normal, o qual pode ocorrer tanto superiormente (maxila) como inferiormente (mandíbula). Ocorre com maior frequência na dentição permanente e sua maior incidência ocorre nos homens. A presença dos dentes supranumerários pode acarretar vários problemas

relativos à oclusão, problemas estes de maior ou menor intensidade. Esta intensidade será medida pelo correto diagnóstico da região acometida, sua morfologia e para qual tratamento será direcionado o paciente. Os dentes supranumerários podem ocasionar erupção atrasada, má posição ou deslocamento do dente subjacente (AZZI, 1995; MADEIRA et al., 2008).

O tratamento pode variar desde a extração até a extração acompanhada de tratamento ortodôntico, levando-se em conta que cada caso deve ser avaliado individualmente e de forma direcionada. É preciso maximizar, por parte dos profissionais, a importância do diagnóstico precoce e correto diagnóstico (ALMEIDA & SIQUEIRA, 2004).

A importância do estudo se dá visto que estes distúrbios provenientes de tais dentes podem ser prevenidos com um diagnóstico precoce e tratamento apropriado visto que a exodontia ainda gera muitas controvérsias dentro da área odontológica (LIMA & SILVA, 2018).

O estudo objetiva realizar a extração do elemento dentário, visando melhora da dicção e est do paciente, e eliminando a dificuldade de higienização do dente supranumerário que o paciente apresentava.

## **2– Relato de caso**

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Paciente de 21 anos de idade, sexo masculino, leucoderma, chegou à Clínica de Odontologia da UNIG relatando dificuldade na escovação de elemento supranumerário e aparecimento do mesmo durante a fala, interferindo em parte estética.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Ao exame clínico, paciente apresentava arcada completa, não sendo necessário o tracionamento ortodôntico desse elemento para reposição dentária, ou qualquer outro tipo de tratamento que poderia ser realizado.

Portanto, após toda uma avaliação, incluindo anamnese, exame clínico e exame complementar tomográfico, decidiu-se por realizar a extração do elemento supranumerário (Figura 1).

Paciente não apresentava nenhum problema sistêmico.



Figura 1: Imagem inicial do elemento. Fonte: Autoria própria.



Figura 2: Mesa clínica para realização da exodontia do pré-molar supranumerário. Fonte: Autoria própria.

### *Intervenção terapêutica*

Foi realizada antissepsia intra-oral com clorexidina 0,12% e antissepsia extra-oral com clorexidina 2%. Em seguida utilizou-se técnica anestésica troncular - Bloqueio do Nervo Alveolar Inferior, anestesiando os nervos Alveolar Inferior e Lingual e isquemia em volta de toda região do elemento. Com anestésico tipo Lidocaína 2%+Fenilefrina. Com agulha 30G do tipo curta (Figura 3).



Figura 3: Realização do Bloqueio do Nervo Alveolar Inferior e Nervo Lingual.  
Fonte: Autoria Própria.

Após a verificação da região anestesiada, foi utilizado bisturi com lâmina do tipo 15C para iniciar o descolamento do tecido em volta do elemento, fazendo a ruptura dos ligamentos periodontais, para que houvesse espaço de apoio para iniciar os movimentos de luxação (Figura 4).



Figura 4: Iniciando a divulsão do tecido com bisturi lâmina tipo 15C. Fonte: Autoria Própria.

Com uma Alavanca reta Seldin realizou-se todo o movimento de luxação, até a avulsão do elemento (Figura 5).



Figura 5: A: Início do luxamento dentário com alavanca reta Seldin. B: Elemento dentário já avulsionado.  
Fonte: Autoria Própria.

Após verificação de ausência de espículas óssea foi realizada a sutura com fio de seda 3-0. Foi receitado ao paciente uso interno de amoxicilina 500mg, Nimesulida 100mg e Dipirona 500mg (Figura 6).



Figura 6: Reposição anátomo-fisiológica do tecido através de sutura. Fonte: Autoria própria.

### *Seguimentos clínicos e resultados*

Após sete dias, paciente retornou para a remoção de sutura e apresentando cicatrização satisfatória.

### **3- Discussão**

Segundo Castilho et al. (1997) “os dentes supranumerários também podem fazer parte de desordens genéticas, como Síndrome de Gardner, Disostose Cleidocranial, em associação ou não com fenda palatina e lábio leporino”.

Diversas alterações de desenvolvimento podem ocorrer devido à presença de dentes supranumerários. Dentre elas podemos citar o atraso na irrupção dos dentes subjacentes permanentes ou até mesmo a não-irrupção; podem ocorrer diastemas e apinhamentos dentais; inflamação gengival; reabsorção radicular do dente permanente subjacente e adjacente; rotações dentais e formação de cistos com possível destruição óssea; irrupção do dente supranumerário na cavidade nasal (REIS et al., 2006).

Lara et al. (2013) afirma em seu estudo que a prevalência de pré-molares supranumerários tem sido mais alta do que se estimava no passado. Isto pelo fato de que 75% destes dentes encontram-se impactados, não irrompidos e, geralmente, assintomáticos.

O uso da tomografia computadorizada é essencial para a localização precisa desses elementos dentários. Almeida et. al (2010) recomenda tomografias computadorizadas para diagnóstico e posicionamento dos supranumerários.

Uma vez diagnosticada a presença de pré-molares supranumerários, a conduta do profissional é garantir normalidade nessa região gerando melhoria da função e estética do paciente. Mesmo diante do risco de morbidade cirúrgica, o tratamento indicado é a extração, pois diante da anamnese e criteriosa avaliação assim como exame clínico avalia-se o risco de reabsorção radicular nos dentes adjacentes, ou até mesmo a indução alterações patológicas como cistos (ROCHA et al., 2002).

#### 4- Conclusão

O estudo concluiu que a extração do dente foi benéfica, realizada com sucesso. Paciente ficou satisfeito com o resultado tendo melhoria da dicção, estética e principalmente, a melhora da higienização bucal no local em que se apresentava o dente supranumerário.

#### Referências Bibliográficas:

1. ALMEIDA FM, SIQUEIRA VCV. O efeito da exodontia dos primeiros pré-molares sobre a AFAI. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** Maringá 2004; 9(6): 48-62.
2. ALMEIDA FBC, LIMA LAC, LIMA VAC, LIMA CAC, SILVA TB. O atual critério de indicação de exodontia do primeiro pré-molar no contexto da ortodontia autoligada. **Rev. Cient. InFOC** jan/jun. 2017.; 1(2): 1-15.
3. ALMEIDA TE, SAAVEDRA-JR J, KAWAKAMI PY, PALIS CA, MARIANI PB, DOTTORE AM. Hiperdontia: relato de caso com 8 elementos supranumerários. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo** 2010; 22 (1): 78-84.
4. AZZI K. A interferência dos dentes supranumerários na posição dos dentes permanentes na Arcada dental: os Riscos e Benefícios do Tratamento Cirúrgico. **Monografia** – Universidade Federal de Campinas – Piracicaba - SP, 1995, 39f.
5. CASTILHO JB, GUIRADO CG, MAGNANI MBBA. Dentes supranumerários: revisão de literatura. **RFO UPF**, Passo Fundo, 1997; 2(2): 25-32.

6. LARA TS, SILVA SBHB, BASTOS RTRM, OZAWA TO, AYUB PV. Prevalência de dentes supranumerários na região de pré-molares e sua associação com a presença de terceiros molares. **OrtodontiaSPO** 2013; 46(2): 151-9.
7. LIMA E SILVA ACMG. Quartos molares superior e inferior inclusos – relato de caso clínico. **Monografia** – Faculdade de Odontologia - UFJF, Governador Valadares – MG, 2018, 34f.
8. MADEIRA JD, FONSECA MS, SILVA LCP. Terceiro Pré-Molar Inferior: relato de caso clínico. **Arq bras odontol** 2008; 4(2): 81 – 84.
9. REIS LFG, GIOVANINI A, NAMBA EL, SILVA ELFM, GARCIA MA. Dentes supranumerários retidos interferindo no tratamento ortodôntico. **RSBO** 2006; 3(2): 20-25.
10. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, Kiene H, Helfand M, Altman DG, Sox H, Werthmann PG, Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch CA, Sun GH, Hanaway P, Sudak NL, Kaszkin-Bettag M, Carpenter JE, Gagnier JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemiol**. 2017 Sep; 89: 218-235.
11. ROCHA AML, COLUMBANO-NETO J, SOUZA MMG. Hiperdontia na região de incisivos superiores. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, Curitiba 2002; 7(41): 389-396.

## **COROA TOTAL METALOCERAMICA DO SEGUNDO PRÉ-MOLAR SUPERIOR DIREITO (15) – RELATO DE CASO CLÍNICO**

**Bia H GENELHU<sup>1</sup>, Letícia FONSECA<sup>1</sup>, Carolina G AGUIAR<sup>2</sup>, Cláudio Vinícius PELLEGRINI<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmica em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Academico em Odontologia. Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora/MG, Brasil.

<sup>3</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência: [biahg.odonto@gmail.com](mailto:biahg.odonto@gmail.com)

### **RESUMO**

A odontologia estética da atualidade vem fazendo com que muitos indivíduos busquem tratamentos de excelência para alcançar um sorriso perfeito. As coroas em metalocerâmicas constituem uma das restaurações protéticas mais utilizadas na odontologia. Estudos apontam que essas coroas suportam as forças mastigatórias de forma satisfatória. A restauração metalocerâmica consegue agregar a resistência e a precisão de um metal fundido com a estética da porcelana, onde são compostas por uma infraestrutura metálica que se encaixa no preparo feito no dente e por outra parte constituída por cerâmica, que é fundida à infraestrutura metálica. O resultado do procedimento clínico deve sempre estar em consonância com a expectativa do paciente quanto ao fator estético, porém esse resultado será prolongado, se o profissional estiver ciente dos princípios biológicos que preservam a saúde periodontal. É necessário alinhar diagnóstico consciente e expectativa do paciente. O presente estudo foi baseado num relato de caso ocorrido na Clínica de Odontologia da UNIG-Campus V em Itaperuna-RJ. O objetivo deste estudo foi demonstrar os ganhos alcançados, no que concerne à estética e funcionalidade, em dente anterior, com a opção de coroa metalocerâmica. Foi possível concluir que o material metálico em junção com a cerâmica proporcionou excelente resultado estético e funcional ao paciente, onde o mesmo relatou melhora da autoestima e bem estar após o tratamento.

**Palavras Chave: Coroa, Metalocerâmica, Paciente, Pré-Molar, Estética.**

### **Abstract**

Today's cosmetic dentistry has led many individuals to seek excellent treatments to achieve a perfect smile. Metal-ceramic crowns are one of the most widely used prosthetic restorations in dentistry. Studies show that these crowns support the chewing forces satisfactorily. The metaloceramic restoration can add the strength and precision of a metal cast with the aesthetics of porcelain, where they are composed of a metal infrastructure that fits in the preparation made on the tooth and another part consisting of ceramic, which is fused to the metal infrastructure. The outcome of the clinical procedure should always be in line with the patient's expectation of the aesthetic factor, but this result will be prolonged if the practitioner is aware of the biological principles that preserve periodontal health. It is necessary to align conscious diagnosis and expectation of the patient. The present study was based on a case report of the Dental Clinic of UNIG-Campus V in Itaperuna-RJ. The aim of this study was to demonstrate the gains achieved, regarding aesthetics and functionality, in anterior teeth, with the option of metaloceramic crown. It was concluded that the metallic material in conjunction with the ceramic provided excellent aesthetic and functional results to the patient, where he reported improved self-esteem and well-being after treatment.

**KeyWords: Crown, Metaloceramics, Patient, Premolar, Aesthetics.**

### **1 – Introdução**

A odontologia estética da atualidade vem fazendo com que muitos indivíduos busquem tratamentos de excelência para alcançar um sorriso perfeito. Neste ínterim surge o cirurgião dentista o qual tem um papel importante visando alcançar tal objetivo e sanar todas as expectativas do paciente (FARIAS et al., 2011).

As coroas em metalocerâmicas constituem uma das restaurações protéticas mais utilizadas na odontologia. Estudos apontam que essas coroas suportam as forças mastigatórias de forma satisfatória. A restauração metalocerâmica consegue agregar a resistência e a precisão de um metal fundido com a estética da porcelana, onde são compostas por uma infraestrutura metálica que se encaixa no preparo feito no dente e por outra parte constituída por cerâmica, que é fundida à infraestrutura metálica (REIS et al., 2010).

O resultado do procedimento clínico deve sempre estar em consonância com a expectativa do paciente quanto ao fator estético, porém esse resultado será prolongado, se o profissional estiver ciente dos princípios biológicos que preservam a saúde periodontal. É necessário alinhar diagnóstico consciente e expectativa do paciente. O profissional não deve comprometer a saúde do paciente ou onerar o tratamento somente em vista da estética proporcionada. É preciso cautela e discernimento ao interpretar o diagnóstico e traçar o tratamento de escolha e o material indicado para o mesmo (ALVES & TANAJURA, 2015; HOPEN et al., 2010).

Este estudo objetiva demonstrar os ganhos alcançados, no que concerne a estética e funcionalidade, em dente anterior, com a opção de coroa metalocerâmica.

## **2– Relato de caso**

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Paciente sexo masculino, leucoderma, compareceu à Clínica Odontológica da UNIG, querendo trocar sua prótese parcial removível e se queixando de um dente quebrado.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Ao exame clínico, o paciente apresentou com presença de lesões cáries, restaurações mal adaptadas e o elemento 15 fraturado.

No exame radiográfico periapical observou-se que havia dois pinos intra radiculares rosqueável no elemento 15, com tratamento endodôntico satisfatório (Figura 1).



Figura 2: A-B-C- Realização da técnica do preparo do elemento para confecção da coroa. Fonte: Autoria própria.

### *Seguimento clínico e resultados*

Foi confeccionado um provisório para o elemento utilizando a Técnica da Bolinha RAAP (Resina Acrílica Auto-polimerizável). Utilizamos Resina Acrílica da Auto polimerizável (marca Dencor – cor 66) (Figura 3).



Figura 3: Resina tomando presa e copiando a anatomia do preparo. Fonte: Autoria própria.

Na sessão seguinte fizemos a moldagem para confecção da coroa. Usamos o fio retrator (marca Ultrapark – 000) para delimitar o sulco gengival. Moldagem de massa pesada do silicone de Cocondensação (marca Speedex-Coltene) seguida da massa leve. Desinfecção do molde com hipoclorito 2,1%. Usamos gesso tipo IV Durone para vaziar o molde e enviamos ao protético.



Figura 4 A- Fio retrator inserido no sulco gengival. B- Molde feito. C- Desinfecção do molde. Fonte: Autoria própria.

Recebemos o casquete para teste de adaptação, retenção e registro de mordida. Adaptamos o casquete e para verificação da margem cervical passamos a sonda ao redor de todo o preparo e conferimos também a altura do casquete antes de acrescentar a resina acrílica auto-polimerizável.



Figura 5: A- Casquete. B- Adaptação do casquete. Fonte: Autoria própria.

Com a resina Acrílica Auto-Polimerizável (marca Dencor Lay – cor vermelha) fizemos o registro de mordida do paciente e enviamos ao protético.



Figura 6: A- Materiais utilizados. B- Registro da mordida. C- Caquete com a resina Acrílica Auto-Polimerizável. Fonte: Autoria própria.

Com a coroa já pronta realizamos a prova, conferindo oclusão do paciente, guias de protrusão e lateralidade.

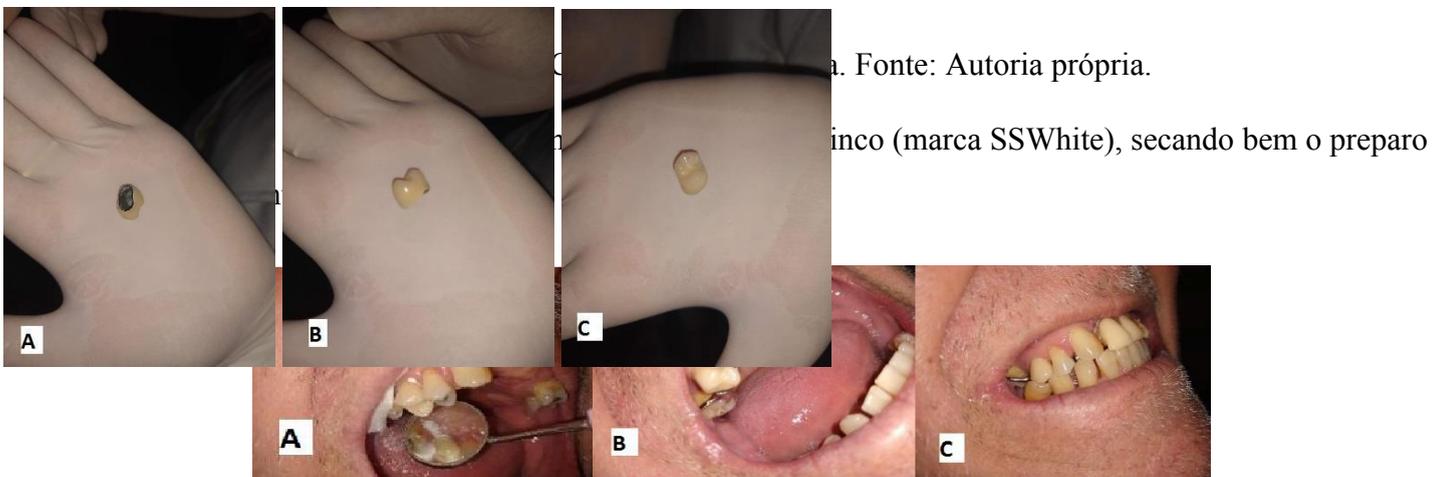


Figura 8: A-B-C- Coroa cimentada . Fonte: Autoria própria.

### 3- Discussão

Almeida (2010) define, em seu estudo, as coroas dentais como uma boa opção a longo prazo devido a sua durabilidade proporcionando bem estar, devolvendo a estética e função dos dentes, aumentando a satisfação paciente com o tratamento.

A restauração metalocerâmica consegue agregar a resistência e a precisão de um metal fundido com a estética da porcelana, onde são compostas por uma infraestrutura metálica que se encaixa no preparo feito

no dente e por outra parte constituída por cerâmica, que é fundida à infraestrutura metálica (OLIVEIRA, 2009).

Lima et al. (2013) afirma que o sucesso de uma prótese parcial fixa está relacionado diretamente a qualidade e quantidade de desgaste realizado durante o preparo coronário, objetivando um preparo que acompanhe a anatomia dental, e que apresente uma forma que de resistência à prótese, bem como, proteção ao remanescente coronário.

Segundo Mathias et al. (2018) a coroa metalocerâmica pode ser indicada para elementos unitários estéticos anteriores e posteriores, em próteses fixas extensas e pequenas, em combinações de próteses fixas extensas e pequenas, em combinações de próteses fixas e removíveis, através de encaixes e mais recentemente nas necessidades provocadas pelas próteses sobre implantes.

Na discussão que se sucede diante da escolha entre sistemas metalocerâmicos ou livres de metal, a área do sorriso a ser reconstruída e a extensão da prótese são fatores decisivos (SANTOS et al., 2003).

#### 4- Conclusão

Foi possível concluir que o material metálico em junção com a cerâmica proporcionou excelente resultado estético e funcional ao paciente, onde o mesmo relatou melhora da autoestima e bem estar após o tratamento.

#### Referências Bibliográficas:

1. ALMEIDA JGSP. As coroas dentais são uma boa opção a longo prazo porque são duráveis e duram geralmente no mínimo 5-15 anos, que aumente a satisfação paciente com o tratamento. **Tese de Doutorado** – Pós Graduação Ciências da Saúde – Universidade de Brasília, 2010, 123f.
2. ALVES MR, TANAJURA EC. Evolução das restaurações em cerâmica – da prótese metalocerâmica a prótese metal free em zircônia. **Monografia** – Universidade Tiradentes – Aracajú – SE, 2015, 14f.
3. FARIAS FAR, FELTRIN PP, ZANETTI AL, INOUE RT. Preparo dentário para coroa metalocerâmica em dentes anteriores, por meio da técnica de referência Inoue & Zanetti. RGO, **Rev. gaúch. odontol.** (Online) Porto Alegre, Jan/Jun. 2011; 59(1).
4. HOPPEN, L. R. C., GARBIN, C. A., RIGO, L., SCHUH, C., FEDERIZZI, L. Comparação estética entre coroas confeccionadas com os sistemas Cubo e metalocerâmico. **RSBO** 2010; 7(2): 146-53.
5. LIMA RBW, FIGUEIREDO RJA, ANDRADE AKM, DUARTE RM. Otimizando a Estética do sorriso através de Coroa Cerâmica “Metal Free” – Relato de caso. **R Bras ci Saúde** 2013; 17(2):165-170.

6. MATHIAS AP, TSUZUKI FM, VIANA BAS, BIGUETTI GS, CARVALHO JCZ, SÁBIO SS, BISPO CGC. Reabilitação estético funcional à base de Dissilicato de Lítio: caso clínico multidisciplinar. **Rev. UNINGÁ**, Maringá 2018; 55(1): 155-165.
7. MORANDI LB, RABELO-NETO SCB. Reabilitação Oral: prótese fixa metalocerâmica anterior inferior com reconstrução de guia. Relato de caso clínico. **Arq bras odontol** 2007; 3(1): 38-43.
8. OLIVEIRA JLG. Resistência à fratura de coroas metalocerâmicas implanto-suportadas cimentadas e parafusadas. **Dissertação de Mestrado** – USP - Faculdade de Odontologia de Bauru – SP, 2009, 86 f.
9. REIS BR, SOARES PBF, CASTRO CG, SANTOS-FILHO PCF, SOARES PV, SOARES CJ. Uso de coroa em cerâmica pura associada a pino de fibra de vidro na reabilitação estética do sorriso: relato de caso. **Revista Odontológica do Brasil Central** 2010; 19(50): 264-269.
10. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, Kiene H, Helfand M, Altman DG, Sox H, Werthmann PG, Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch CA, Sun GH, Hanaway P, Sudak NL, Kaszkin-Bettag M, Carpenter JE, Gagnier JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemiol**. 2017 Sep; 89: 218-235.
11. SANTOS CN, KATO MT, CONTI PRS. Avaliação das condutas adotadas por profissionais na utilização de coroas metalocerâmicas. **J Appl Oral Sci** 2003; 11(4): p. 290-300.

## USO DE PLACA NEUROMIORRELAXANTE EM PACIENTE PORTADOR DE BRUXISMO – RELATO DE CASO CLÍNICO

Carla MOZELI<sup>1</sup>, Valéria da Silva MARTINS<sup>1</sup>, Vitória Silveira OLIOSE<sup>1</sup>, Annalee Nogueira de Sá HOSKEN<sup>2</sup>, Bruno da Silva INACIO<sup>2</sup>, Hugo Cezar Nogueira ALVIM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. carla\_m\_raggi@hotmail.com

### RESUMO

O bruxismo é uma atividade parafuncional, diretamente relacionada com estresse, ansiedade e distúrbios do sono. Quando não tratado pode desestabilizar o sistema estomatognático causando dores musculares e articulares, hipertrofia do masseter, desgaste dentário e fraturas dentárias ou das restaurações. O objetivo desse estudo foi relatar o tratamento com o uso da placa de resina acrílica neuromiorrelaxante. Uma adolescente de 16 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu ao consultório odontológico para restaurar o dente tratado endodonticamente devido ao trauma decorrente do hábito parafuncional noturno. Os tipos de tratamento propostos para amenizar a fadiga muscular e a dor são, (TENS) terapia de massa e equilíbrio da oclusão e Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea, mudança de hábitos, fisioterapia, terapia medicamentosa, tratamento restaurador e a mais comum é o uso de placa miorelaxante. Portanto, conclui-se que o tratamento com a adaptação da placa neuromiorrelaxante parece ser eficaz, pois a mesma proporciona a proteção dos dentes, além de eliminar o gatilho doloroso, promovendo qualidade de sono para a paciente.

**Palavras Chave:** Bruxismo; Mialgia; Ansiedade; Placas oclusais.

### Abstract

Bruxism is a parafunctional activity, directly related to stress, anxiety and sleep disorders. When left untreated, it can destabilize the stomatognathic system causing muscle and joint pain, masseter hypertrophy, tooth wear and dental or restorative fractures. The aim of this study was to report the treatment using the neuromorelaxative acrylic resin plate. A 16-year-old female Caucasian patient attended the dental office to restore the endodontically treated tooth due to trauma caused by nocturnal parafunctional habit. The proposed types of treatment to alleviate muscle fatigue and pain are (TENS) mass therapy and occlusion balance and Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, habits change, physiotherapy, drug therapy, restorative treatment and the most common is the use of myorelaxant plate. Therefore, it can be concluded that the treatment with the adaptation of the neuromorelaxative plaque seems to be effective, since it provides the protection of the teeth, besides eliminating the painful trigger, promoting sleep quality for the patient.

**Key Words:** Bruxism; Myalgia; Anxiety; Occlusal splints.

### 1 – Introdução

O bruxismo é uma atividade parafuncional, diretamente relacionada com estresse, ansiedade e distúrbios do sono. Pode ser dividido em bruxismo cêntrico que é o ato de apertar os dentes ou o excêntrico que é o ato de ranger os dentes e esses movimentos podem ser conscientes ou inconscientes (ALVES et al., 2006). É mais prevalente em jovens (BEZERRA, 2017) e estudantes (GONÇALVES, 2010). Quando não tratado pode desestabilizar o sistema estomatognático e causar dores musculares e/ou articulares, hipertrofia do masseter, desgaste dentário e fraturas dentárias ou das restaurações (COUTO, 2016).

A etiologia do bruxismo é multidisciplinar e individualizada, além de difícil diagnóstico, pois o principal método de detecção é através de uma anamnese bem colhida e uma criteriosa análise dos sinais e

sintomas do paciente. Os tipos de tratamento existentes para amenizar a fadiga muscular e a dor são, (TENS) terapia de massa e equilíbrio da oclusão e Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (BEZERRA, 2017), mudança de hábitos, fisioterapia, terapia medicamentosa, tratamento restaurador (COUTO, 2016), e a mais comum é o uso de placa miorrelaxante (BEZERRA et al., 2017).

A placa neuromiorrelaxante é mais indicada por reposicionar o côndilo proporcionando estabilidade, reduzindo a atividade e a tonicidade muscular, prevenindo desgastes, fraturas e mobilidades dentárias (COUTO 2006; SARTORETTO et al., 2012).

Diante disso, o objetivo desse estudo foi relatar o tratamento, com o uso da placa neuromiorrelaxante, de uma paciente que apresentou comprometimento pulpar devido ao hábito parafuncional.

## 2– Relato de caso

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. O responsável pela paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Uma adolescente de 16 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu ao consultório odontológico para restaurar o dente tratado endodonticamente devido ao trauma.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Ao exame clínico, a paciente com ausência de cálculo supragengival, lesões cariosas e dos dentes 18, 28, 38, 48 e apresentou restauração provisória no dente 11, desgaste na cúspide do dente 43, dor na região massetéica após palpação (Figura 1A - B).



Fotografia inicial em oclusão. Fonte: Autoria própria.

e que o incisivo central superior direito apresentava  
anumerários. (Figura 2).



Figura 2: Radiografia inicial, mostrando o dente com tratamento endodôntico realizado e os dentes extranumerários. Fonte: Autoria própria.

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos chegou-se ao diagnóstico de hábito parafuncional noturno com comprometimento do dente 11 devido ao trauma por contato prematuro.

### Intervenção terapêutica

Para a confecção da placa neuromiorrelaxante, foram feitas 2 moldagens totais do arco dental superior e uma do inferior com moldeira individualizada com cera periférica (Lysanda, São Paulo-SP, Brasil) e alginato Hydrogum 5 (Zhermack, Badia Polesine, Itália) (Figura 3A) e os modelos foram vazados com gesso especial Durone tipo IV Salmon (Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil) (Figura 3B), Um registro com arco facial e garfo de mordida foi realizado com **Godiva Exata Bastão Verde** (Figura 3C), **para a montagem dos modelos no articulador semi-ajustável Bioart.**



com arco facial e garfo de

de flon e posteriormente  
crítica vermelha Dencôr  
da paciente (Figura 4A).  
antendo-o com 1mm de

espessura, para confirmar onde estava o contato prematuro e realizar o registro de mordida com uma lâmina de cera nº 9 (Newwax, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) plastificada e adaptada sobre a superfície oclusal dos dentes posteriores até o resfriamento da cera (Figura 4B).



ida em relação cêntrica. Fonte: Autoria própria.

-se o modelo de gesso superior no articulador semi-ajustável tipo IV Salmon, posteriormente a presa do gesso, a lâmina de cera sobre a dos dentes superiores posteriores e o modelo inferior com o registro de mordida em cera, para reproduzir no articulador a

posição da oclusão em RC da paciente (Figura 5).



Figura 5: Modelos montados no ASA. Fonte: Autoria própria.

Após a presa do gesso, enviou o ASA para o laboratório de prótese dentária, juntamente com o outro modelo de gesso da arcada superior, e solicitou a confecção da placa neuromiorrelaxante de resina acrílica, para a arcada superior com 2mm de espessura.

Posteriormente ao recebimento da placa, ela foi higienizada, adaptada na boca da paciente e ajustada de acordo com a retenção e estabilidade, além das guias anterior, de lateralidade e oclusão em relação cêntrica. Em seguida, entregou-se a placa neuromiorrelaxante, juntamente com as devidas orientações (Figura 6A - B).



Figura 6A - B: Placa neuromiorrelaxante em oclusão. Fonte: Autoria própria.

Propomos a investigar se o uso da placa de resina acrílica neuromiorrelaxante seria eficaz no tratamento de pessoas com hábito parafuncional noturno. O objetivo foi promover a proteção dos dentes e os principais achados foram reduzir o apertamento noturno, aliviando a dor facial e proporcionando qualidade do sono.

Tão importante quanto a proteção dos dentes com a placa oclusal em resina acrílica para tratamento do apertamento dentário, as questões atuais relacionadas ao bruxismo do sono, devem levar em consideração o tratamento psicológico visando controlar a ansiedade (THOMPSON, 1994; KATO, 2001; MACEDO, 2008).

No caso clínico apresentado, a paciente tinha 16 anos de idade e queixava-se de “dor na face”, além da necessidade de realizar uma restauração definitiva do elemento tratado endodonticamente devido ao trauma. A conduta clínica foi realizada levando em consideração não somente a necessidade do tratamento restaurador, mas também a sintomatologia dolorosa e a causa do trauma sofrido. Para Caelsson (2006), o melhor tratamento é a conscientização do hábito, mas com o bruxismo do sono é quase impossível este ato, sendo considerada mais efetiva as placas interoclusais.

O estudo de Camparis & Siqueira (2012) relatam o uso da toxina botulínica para interromper temporariamente a atividade dos músculos mastigatórios, porém existe risco no uso nos músculos pterigoideos e precisa de monitoramento. Kün-Darboi et al. (2015) também cita algumas reações sistêmicas raras como dor, vermelhidão, edema ou sensibilidade e discreto sangramento.

Encontramos na literatura outros tipos de tratamentos como o controle da ansiedade, através de técnicas de relaxamento, terapia cognitivo-comportamental com psicólogos ou psiquiatras, mas sempre associadas aos dispositivos oclusais (VALLE et al., 2019).

Acreditamos, portanto, que apesar da eficácia da placa oclusal em resina acrílica na proteção dos dentes e na estabilização do sistema estomatognático através do reposicionamento do côndilo, ela não deve ser o tratamento de única escolha para as atividades parafuncionais, devido sua relação direta com estresse e ansiedade do paciente. Neste estudo atingimos um resultado satisfatório utilizando a placa neuromiorrelaxante com 2mm de espessura na arcada superior durante a noite e em períodos de maior estresse durante o dia. A paciente foi orientada a acompanhamento de controle da ansiedade com psicólogo ou GAPP (Grupo de Apoio Psicopedagógico) de sua instituição de ensino. Devido as diversas linhas de tratamento, sugerimos novos estudos com um acompanhamento de um grupo de pacientes que tratados somente com a placa neuromiorrelaxante e outro grupo com tratamento interdisciplinar.

#### 4- Conclusão

Conclui-se que o tratamento com a adaptação da placa neuromiorrelaxante parece ser eficaz, pois a mesma proporciona a proteção dos dentes, além de eliminar o gatilho doloroso, promovendo qualidade de sono para a paciente.

#### 5- Referências Bibliográficas:

1. BEZERRA J. R, SILVA A. M, HADDAD M. F. Avaliação da eficácia de tratamento de bruxismo com placa miorelaxante e aplicação de tens por meio de análise eletromiográfica. **Arch Health Invest.** Vol. 6 (8), p. 343-347, 2017.
2. CARDOSO A. C. Oclusão Para Você e Para Mim. São Paulo: **Santos**, p. 233, 2010.
3. CARLSSON G. E, MAGNUSSON T, GUIMARÃES A. S. Tratamento das Disfunções Temporomandibulares na Clínica Odontológica. São Paulo: **Quintessence**, p. 215, 2006.
4. COUTO M. I. R. S. Bruxismo: Relato de um caso clínico – Diagnóstico, tratamento e manutenção. 2016. 106f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada, 2016.
5. DINIZ, M. B; SILVA, R. C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras. **Paul Pediatr.** Vol. 27 (3), p.329-334, 2009.
6. GONÇALVES L. P. V, TOLEDO O. A, OTERO S. A. M. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. **Dental Press J. Orthod.** Vol. 15 (2), p. 97-104, 2010.
7. GREENE CS, MENCHEL HF. The use of oral appliances in the management of temporomandibular disorders. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am.** Vol. 30 (3), p. 265-277, 2018.
8. KATO T, THIE.N. M. R, MONTPLAISSIR J. Y, LAVIGNE G. J. Bruxism and orofacial movements during sleep. **Dental Clinics Of North America**, Montreal, Canadá, Vol. 45 (4), p.657-684, 2001.
9. KÜN-DARBOIS J. D, LIBOUBAN H, CHAPPARD D. Botulinum toxin in masticatory muscles of the adult rat induces bone loss at the condyle and alveolar regions of the mandible associated with a bone proliferation at a muscle entheses. **Bone.** Vol.77, p. 75-82, 2015.

10. MACEDO, C. R. Bruxismo do sono. **Revista Dental PressOrtodonOrtop Facial**. Vol. 13 (2), p. 18-22, 2008.
11. PEREIRA R. P. A, NEGREIROS W. A, SCARPARO H. C, PIGOZZO M. N, CONSANI R. L. X, MESQUITA M. F. Bruxismo e qualidade de vida. **Revista Odonto Ciência – FAC**. Vol. 21 (52), p. 185-190, 2006.
12. RILEY DS, BARBER MS, KLENT GS, ARONSON JK, VON SCHOEN-ANGERER T, TUGWELL P, KIENE H, HEIFAND M, ALTMAN DG, SOX H, WERTHMANN PG, MOHER D, RISON RA, SHAMSEER L, KOCH CA, SUN GH, HANAWAY P, SUDAK NL, KASZKIN-BETTAG M, CARPENTER JE, GAGNIER JJ, CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemiol**. Sep; 89; p.218-235, 2017.
13. SARTORETTO S. C, BELLO Y. D, BONA A. D. Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a ortodontia. **RFO**. Passo Fundo. Vol. 17 (3), p. 352-359, 2012.
14. SIQUEIRA J. T, TEIXEIRA M. J. Dores Orofaciais Diagnóstico e tratamento. São Paulo: **Artes Médicas**. P. 816, 2012.
15. THOMPSON B.A, BLOUNT BW, KRUMHOLZ TS. Treatment Approaches to Bruxism. **Am Fam Physician**, Vol. 49, p.1617-1622, 1994.
16. VALLE R. T, GROSSMANN E. Disfunções temporomandibulares novas perspectivas. Ribeirão Preto: **Livraria e Editora Tota**, p. 504, 2019.

## CIMENTAÇÃO DE PINO DE FIBRA DE VIDRO ANATOMIZADO E CONFEÇÃO DE COROA DE PORCELANA NO DENTE 23 – RELATO DE CASO CLÍNICO

CinthyA Aparecida Rangel LACERDA<sup>1</sup>, Yara Cardoso MORAIS<sup>1</sup>, Annalee Nogueira Sá HOSKEN<sup>2</sup>, Bruno da Silva INÁCIO<sup>2</sup>, Claudio Vinícius PELEGRINI<sup>2</sup>, Hugo Cezar Nogueira ALVIM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência: cinthyaorto@gmail.com

### RESUMO

Pinos de fibra de vidro pré-fabricados apresentam propriedades mecânicas e estéticas satisfatórias. Entretanto quando se trata de canais amplos, existe uma probabilidade de não se adaptar completamente ao conduto radicular. Uma opção para casos como este é a realização da técnica do pino de fibra de vidro anatomizado, apresentando uma solução rápida, dispensando a etapa laboratorial, sem apresentar custo elevado. O objetivo do relato de caso foi descrever a técnica de anatomização do pino com resina composta direta em dente anterior com excessivo alargamento do canal e pouco remanescente coronário, além de gerar retenção ao material restaurador definitivo reforçando a porção coronária remanescente do elemento dentário, reduzindo, assim, a incidência de fratura. A paciente, 42 anos, apresentou-se na Clínica de Odontologia da Unig, queixando-se da aparência estética do seu sorriso. Após o tratamento endodôntico previamente realizado, foi confeccionado um pino de fibra de vidro anatomizado e feita provisoriamente a reconstrução do remanescente dentário com resina composta. Após o preparo, foi realizada a moldagem para a confecção da coroa de cerâmica reforçada por dissilicato de lítio (IPS Emax, Ivoclar Vivadent) no dente 23. Portanto, conclui-se que a reabilitação de dentes anteriores com a técnica de pino de fibra de vidro anatomizado parece viável, pois apresenta resultados satisfatórios e longevidade do trabalho.

**Palavras Chave:** Terapia por Exercício; Técnica para Retentor Intrarradicular; Cerâmica.

### Abstract

Prefabricated glass fiber post has satisfactory mechanical and aesthetic properties. However when dealing with broad canals, there is a likelihood of not fully adapting to the root canal. An option for such cases is to perform the anatomized glass fiber post technique, presenting a quick solution, eliminating the laboratory step, without presenting high cost. The objective of the case report was to describe the technique of anatomization the glass fiber post with direct composite resin in the anterior tooth with excessive canal widening and little coronary remnant, besides generating retention to the definitive restorative material reinforcing the remaining coronary portion of the dental element, reducing, thus, the incidence of fracture. The 42-year-old patient introduced herself at the Unig Dentistry Clinic complaining about the aesthetic appearance of her smile. After the previously performed endodontic treatment, an anatomized glass fiber post was made and provisionally reconstructed the dental remnant with composite resin. After preparation, the impression was made to make the lithium disilicate-reinforced ceramic crown (IPS Emax, Ivoclar Vivadent) on tooth 23. Therefore, it is concluded that the rehabilitation of anterior teeth with the anatomized glass fiber post technique seems feasible, as it presents satisfactory results and longevity of work.

**KeyWords:** Exercise Therapy; Post and Core Technique; Ceramics.

## 1 – Introdução

A transmissão da força muscular é uma das funções dos dentes. Porém, quando se perde grande estrutura atingindo níveis mais críticos, resulta na necessidade de tratamento endodôntico (TANTBIROJN et al., 2006). Tradicionalmente, eram muito utilizados os pinos metálicos fundidos, em dentes tratados endodonticamente com reduzida estrutura coronária, por apresentarem resistência maior ao serem comparados a pinos não metálicos (RIPPE, et al., 2014; MAROULAKOS et al., 2015).

Nos últimos anos, pesquisas têm mostrado a busca da evolução e desenvolvimento de pinos intrarradiculares que possuem propriedades mecânicas similares às da dentina, módulo de elasticidade, adesão e estética, surgindo então os pinos de fibra de vidro pré-fabricados (SANTOS et al., 2010; VERÍSSIMO et al., 2014). Porém, dentes severamente destruídos com perda de estrutura coronária e radicular, o desafio é mais complexo (GRANDINI et al., 2005). Para cada caso, deve ser escolhido o melhor retentor, avaliando a anatomia do canal radicular e a resistência da estrutura dental do remanescente (SOARES et al., 2012).

A utilização de pinos de fibra anatômicos, através da modelagem do conduto radicular com a utilização de resina composta direta associada aos pinos intrarradiculares pré-fabricados, é uma técnica viável e proposta para reabilitar dentes tratados endodonticamente e canal amplo (CLAVIJO et al., 2006; GOMES et al., 2016). A redução da linha de cimentação auxilia na manutenção do pino de fibra no ambiente radicular, além de ser de fácil procedimento, já que utiliza materiais disponíveis na clínica odontológica (SOUZA-JÚNIOR et al., 2012).

Neste contexto, o objetivo do presente relato de caso foi descrever a técnica de obtenção do pino de fibra de vidro anatomizado para restaurar o dente 23 e posterior confecção e instalação de coroa de Emax.

## 2– Relato de caso

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico.

### *Informações do paciente*

Paciente de 42 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu a Clínica Integrada da UNIG, queixando-se da insatisfação estética do seu sorriso e histórico médico sem relevância.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Ao exame clínico, a paciente apresentou dentição permanente, com perda dentária de 3 dentes, onde utiliza PPR provisória superior com os dentes 12,13 e 21. Possui destruição coronária severa nos dentes 11, 23. E acúmulo de placa e cálculo em todos os outros remanescentes.

No exame radiográfico periapical observou-se que o dente 23 já tinha sido submetido ao tratamento endodôntico e que o mesmo se encontrava satisfatório (Figura 1).



Figura 1: Fotografia inicial mostrando o dente 23 com canal tratado. Fonte: Autoria própria.

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos, optou-se como plano de tratamento a confecção e cimentação de pino de fibra de vidro anatomizado, utilizando resina composta para reembasamento e confecção de coroa unitária de Emex (Ivoclar Vivadent, Baurueri, SP, Brasil).

### Intervenção terapêutica

Foi realizado a anestesia com Lidocaína 2% - Epinefrina: 1:100.000 e em seguida o isolamento absoluto com lençol de borracha (Madeitex, São José dos Campos, SP, Brasil) e grampo nº 212 modificado (SSWhiteDuflex, Brasil) (Figura 2A). A restauração provisória foi removida e devido à pequena quantidade de remanescente dental, foi indicado o uso de Top Dan (FGM, Joinville, SC, Brasil) (Figura 2B). Foram utilizadas brocas de Gates #3 e Largo #2, #3 e #4 para desobstrução e alargamento do canal, conservando o remanescente de guta percha de 4mm na região apical do conduto radicular (Figura 2C). A seleção do pino de fibra de vidro foi através da avaliação clínica do canal quanto a sua adaptação em comprimento e largura (#1 White Post DC; FGM, Joinville, SC, Brasil) (Figura 2D). O canal foi lubrificado com gel a base de água (KY, Johnson & Johnson, Nova Jersey, EUA). Para limpeza do pino, foi realizada a desinfecção com álcool 70%, condicionamento com ácido fosfórico a 37% (Condac 37; FGM, Joinville, SC, Brasil) por 15 segundos, lavado com spray ar/água por 30 segundos e seco com jatos de ar. Foi feita a aplicação do Silano (Angelus, Londrina, PR, Brasil) por 2 minutos e sistema adesivo (Ambar; Universal FGM, Joinville, Brasil) com aplicador descartável (Cavibrush; FGM, Joinville, SC, Brasil) com leves jatos de ar para remover os excessos e fotoativação (BioArt, São Carlos, SP, Brasil) realizada por 30 segundos em cada lado. Um incremento de resina composta (Natural Shade, #A2, Taquara, RJ, Brasil) foi colocada na região apical do pino (Figura 2E) e levado ao canal com finalidade de reembasar o pino e realizada a fotoativação por aproximadamente 5 segundos. Em seguida foi removido e realizada fotoativação por mais 40 segundos em todas as faces do reembasamento (Figura 2F). Ao final, foi feita a observação clínica para verificar a adaptação no canal.

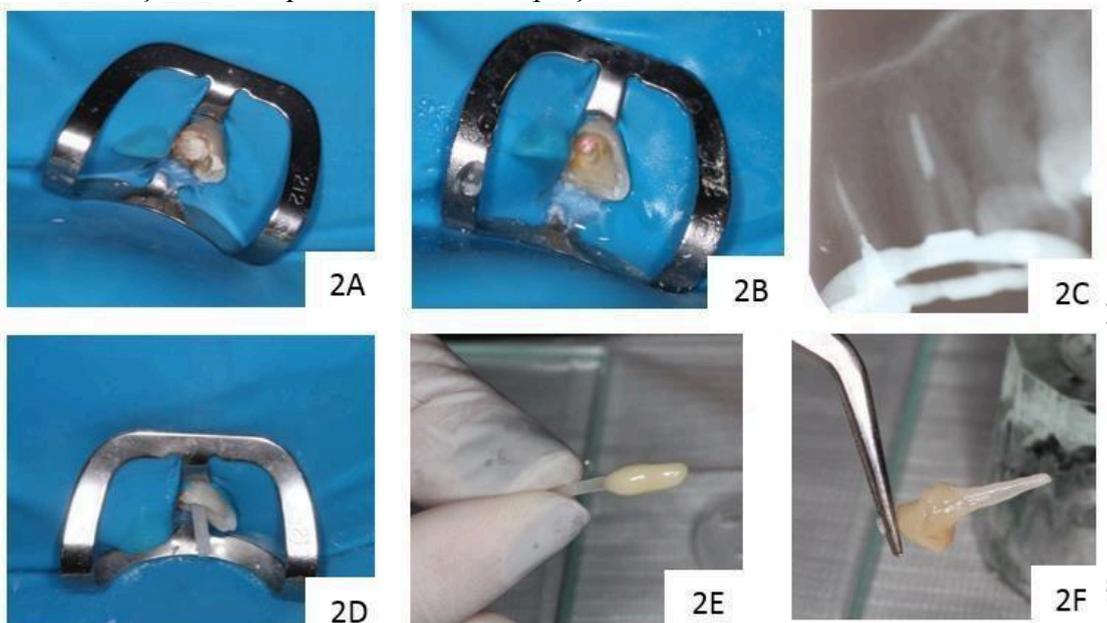


Figura 2A: Aspecto inicial do caso. Observa-se que o elemento dental não possuía muito remanescente coronário; B- Acesso sendo realizado e remoção da guta percha até o limite determinado; C- Radiografia periapical do material obturador que deve permanecer no conduto; D- Pino fibra de vidro pré-fabricado posicionado no canal radicular; E- Acomodação da resina composta no pino para posterior modelagem do conduto; F- Modelagem do pino anatomizado concluído. Fonte: Autoria própria.

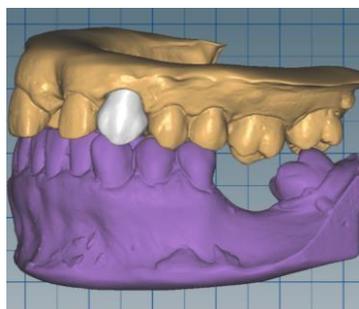
Na dentina foi feita aplicação do sistema adesivo (Ambar; FGM, Joinville, SC, Brasil) por 20 segundos (Figura 3A) spray com jatos de ar para remover excessos e secagem com cones de papel absorvente. A cimentação foi realizada com cimento (Relyx ARC, Sumaré, SP, Brasil) (Figura 3B) que foi

levado ao canal utilizando uma broca lântulo (Dentsply, Catanduva, SP, Brasil) e ainda aplicado na superfície do pino que foi inserido no interior do canal e após aguardar 5 minutos para remoção dos excessos, foi fotoativado por 60 minutos em cada face. O pino foi cortado na altura desejável utilizando uma ponta diamantada (#2200; Fava, Pirituba, SP, Brasil) em alta rotação. Após esta etapa, foi confeccionado uma reconstrução provisória do elemento com resina composta (Natural Shade, Taquara, RJ, Brasil) em pequenas camadas incrementais e fotopolimerização (Figura 3C).



bsorvente. B- Pino  
2 correspondente à

Posteriormente, foi confeccionado o preparo com ponta diamantada esférica (#1014, Fava, Pirituba, SP, Brasil) foi feito o sulco de orientação no terço cervical, tanto na face vestibular quanto na face palatina. Em seguida, foram realizadas canaletas na face vestibular, incisal e palatina-cervical com pontas diamantadas tronco-cônicas (#2135, Fava, Pirituba, SP, Brasil). As canaletas foram confeccionadas respeitando as inclinações do elemento e posteriormente foram unidas utilizando a mesma ponta diamantada. O preparo das faces proximais foi realizado com uma ponta diamantada (#2200 Fava, Pirituba, SP, Brasil) e feita a proteção dos dentes vizinhos com matriz de aço. O preparo da face palatina foi confeccionado com uma ponta diamantada em forma de chama (#3118, Fava, Pirituba, SP, Brasil) seguindo a anatomia dessa região. Para esse preparo foi confeccionado o término cervical em ombro com ângulos internos arredondados (Figura 4A). Foi obtida a moldagem da arcada superior com silicone de condensação (Speedex, Coltene, Bonsucesso, RJ, Brasil) associada com a técnica de afastamento gengival do fio, utilizando fio #000 (Ultrapack, Ultradent, USA). O fio foi mantido dentro do sulco gengival na moldagem do silicone pesado e foi removido no momento da 2ª moldagem, com a pasta leve e catalizador. Já na arcada inferior foi feita a moldagem com alginato (Hydrogum, Zhermack, Itália) para obtenção de modelo antagonista. Em seguida foi realizado um provisório com a técnica de dente de estoque. A coroa foi confeccionada pelo sistema IPS e-max CAD (IPS e-max CAD, Ivoclar Vivadent) em que blocos de cerâmica vítrea de dissilicato de lítio são fresados por fresadora específica dando origem a coroa (Figura 4B). Após essa etapa, foi realizada a remoção do provisório e limpeza do preparo com pedra pomes e água. A peça foi analisada ainda no modelo quanto à sua forma, textura e adaptação. Em seguida foi realizada a prova da peça, por meio da qual foi possível verificar a adaptação, os pontos de contato e a estética do conjunto das peças cerâmicas em boca. O preparo foi condicionado por ácido fosfórico 37% (Condac 37, FGM, Joinville, SC, Brasil) durante 15 segundos e em seguida lavados por 30 segundos. Com o auxílio de microbrush (KG Sorensen, Brasil) foi aplicada uma camada de adesivo (Ambar, Universal FGM, Joinville, Brasil) em esmalte e dentina, seguido de secagem por 5 segundos. Para o preparo interno da peça foi realizado condicionamento com ácido fluorídrico 10% (Biodinâmica, Ibiporã, Paraná, Brasil) por 20 segundos, seguido de lavagem e secagem. Condicionamento com fosfórico 37% durante 10 segundos, seguido de lavagem e secagem para aplicação do Silano (Angelus, Londrina, PR, Brasil). Em seguida foi aplicada uma camada de adesivo (Ambar, Universal FGM, Joinville, Brasil) na superfície interna da peça, o qual foi seco posteriormente por 5 segundos. Por fim foi aplicado o Cimento (Relyx ARC, Sumaré, SP, Brasil). Os excessos de cimento foram sendo removidos das margens. Em seguida realizou-se fotopolimerização por 60 segundos em cada face. Como resultado final, obteve-se um sorriso harmônico, com adequada estética e função suprimindo a queixa principal da paciente (Figura 4C).



A

B

Preparado; B- Confecção de coroa Em paciente. Fonte: Autoria p



C

ax feita no CAD/CA própria.

M; C- Aspecto final da

Baseados em estudo de Ferrari et al., (2000) nos propomos a investigar a preparação de um pilar anatômico direto. O dente apresentava o conduto amplo sendo o retentor intrarradicular anatomizado o mais indicado para associação com cerâmica pura. Estudos clínicos evidenciam a diminuição do número de fraturas em elementos restaurados com pinos de fibra de vidro e carbono (NAUNANN et al., 2005). Outro ponto a ser observado é a maior ocorrência de fratura relatada em dentes com restauração com pino metálico (BARJAU-ESCRIBANO et al., 2006).

Zogheib et al., 2008 recomenda a restauração de condutos radiculares amplamente alargados utilizando a resina composta para ajudar na diminuição da largura do canal. Essa técnica além de permitir a utilização de pino de fibra de vidro anatomizado, reembasados com resina composta em um único atendimento, se diferenciando dos sistemas metálicos que requerem a necessidade de laboratório, tem se mostrado uma boa alternativa, com satisfatória longevidade clínica, o que corrobora com o estudo relatado.

No caso clínico apresentado, a paciente tinha 42 anos de idade e queixava-se da estética do seu sorriso. A conduta clínica foi realizada levando em consideração não somente a extensão e gravidade do caso, mas também o bem-estar e a autoestima da paciente. A técnica de anatomização do pino de fibra de vidro com resina composta é uma indicação precisa para a reabilitação deste caso. Costa et al., (2011) descreveram 3 casos clínicos de sucesso com acompanhamento durante 3 anos, utilizando pino de fibra de vidro customizado com compósito.

Encontramos na literatura outro tipo de conduta que sugere um protocolo de tratamento da superfície do pino de fibra de vidro com peróxido de hidrogênio, com o objetivo de aprimorar a adesão entre pino e sistema de cimentação (Menezes et al., 2011). Porém, neste caso não foi realizado esse protocolo de tratamento do pino, no entanto, acredita-se que o protocolo tradicional de pino anatomizado que foi executado também dispõe resultados cientificamente comprovados no que se diz respeito à durabilidade da resistência adesiva ao conduto radicular (CECCHIN et al., 2011). Dessa forma, deve-se procurar realizar os protocolos de tratamento dos pinos de fibra de vidro com embasamento científico.

Acreditamos, portanto, que apesar da eficácia clínica de outros tipos de retentores intracanaís, neste estudo atingimos um resultado satisfatório utilizando a técnica de anatomização do pino de fibra de vidro. Deste modo, consideramos que acompanhamentos clínicos de casos com pinos anatomizados são demasiadamente indicados, porém sugerimos estudos clínicos randomizados comparando com outras técnicas.

#### 4- Conclusão

Conclui-se que com base no caso apresentado e nos achados da literatura a utilização do pino de fibra de vidro anatomizado é uma boa opção no tratamento de dentes com pouca estrutura dentária e com canal amplo. A anatomização com resina composta promove maior longevidade do trabalho, além de devolver função e estética.

## Referências Bibliográficas:

1. CECCHIN D., ALMEIDA JF. A., GOMES B. P. F.A., ZAIA AA., FERRAZ CC. R. Influence of Chlorhexidine and Ethanol on the Bond Strength and Durability of the Adhesion of the Fiber Posts to Root Dentin Using a Total Etching Adhesive System. **Journal of Endodontics**. Vol. 37(9), p. 1310-1315, 2011.
2. CLAVIJO V.G.R., SOUZA N. C., ANDRADE M. F., SUSIN A. H. Anatomic post: the new clinical perspective. **Rev dental press estét**. Vol 3(3), p.100-121, 2006.
3. COSTA R. G., MORAIS E. C. C., LEÃO M. P., BINDO M. J. F., CAMPOS E. A., CORRER G. M. Three-Years Follow Up of Customized Glass Fiber Esthetic Post. **Eur J Dent**. Vol. 5(1), p. 107-112, 2011.
4. ESCRIBANO A. B., BRU JL. S., NAVARRO L. F., CERVANTES PJ. R. GONZÁLEZ A. P., MARIN FT. S. Influence of Prefabricated Post Material on Restored Teeth: Fracture Strength and Stress Distribution. **Operative Dentistry**. Vol. 31(1), p. 47-54, 2006.
5. FERRARI M., VICHI A., MANNOCCI F., MASON P. N. Retrospective study of the clinical performance of fiber posts. **American Journal of Dentistry**. Vol. 13 (specialissue), p.10b-13b, 2000.
6. GOMES G. M., MONTE-ALTO R. V., SANTOS G. O., FAI C. K., LOGUERCIO A. D., GOMES O. M., GOMES J. C., REIS A. Use of a direct anatomic post in a flared root canal: a three-year follow-up. **Oper Dent**. Vol. 41(1), p.23-28, 2016.
7. GRANDINI S., GORACCI C., MONTECELLI F., BORRACCHINI A., FERRARI M. SEM evolution of the cement ayer think ness after luting two diferente posts. **J Adhes Dent**. Vol. 7(3), p.235-240, 2005.
8. MAROULAKOS G. NAGY W.W, KONTOGIORGOS E.D. Fracture resistance of compromised endodontically treated teeth restored with bonded post and cores: an in vitro study. **J Prosthet Dent**. Vol. 114(3), p.390-397, 2015.
9. MENEZES M. S., QUEIROZ E. C., SOARES PV., FARIA-E-SILVA AL., SOARES CJ., MARTINS LR. M. Fiber Post Etching With Hydrogen Peroxide: Effect of Concentration and Application Time. **Journal of Endodontics**. Vol. 37(3), p. 398-402, 2011.
10. NAUMANN M., BLANKENSTEIN F., DIETRICH T. Survival of glass fiber reinforced composite post restorations after 2 years – an observational clinical study. **Journal of Dentistry**. Vol. 33(4), p. 305-312, 2005.
11. RIPPE M. P., SANTINI M. F., BIER C. A., BALDISSARA P., VALANDRO L. F. Effect of root canal preparation, type of endodontic post and mechanical cycling on root fracture strength. **J Appl Oral Sci**. Vol. 22(3), p.165-173, 2014.
12. SANTOS A.F., MEIRA J. B., TANAKA C. B., XAVIER T. A., BALESTER R. Y., LIMA R. G., PFEITER C. S., VERLUIIS A Can fiber posts increase root stresses and reduce fracture? **J Dent Res**. Vol 89(6), p.587-591, 2010.
13. SOARES C.J., VALDIVIA A. D. C, M., SILVA G. R., SANTANA F. R., MENEZES M. S. Longitudinal clinical avoluation of post systems: a literature review. **Braz Dent J**. Vol 23(2), p.135-140, 2012.
14. SOUZA-JÚNIOR E., SILVA E. J. N. L., MORANTE D. M., SINHORETI M. A. C. Pino anatômico com resina composta: relato de caso. **Ver Odontol Bras Central**. Vol 21(58), p.534- 537, 2012.
15. TANTBIROJN D., FEIGAL R. J., KO C.C., VERSLUIS A. Remineralized dentin lesions induced by glass ionomer demonstrate increase dresistanceto subsequente acid challenge. **Quintessence Int**. Vol.37(4), p.273-281, 2006.

16. VERÍSSIMO C., SIMAMOTO JÚNIOR P. C., SOARES C. J., NORITOMI P. Y., SANTOS-FILHO P. C. Effect of the crown, post, and remaining coronal dentin on the biomechanical behavior of endodontically treated maxillary central incisors. **J Prosthet Dent.** Vol. 111(3), p.234- 246, 2014.
17. ZOGHEIB L. V., PEREIRA JR., VALE A. L., OLIVEIRA J. A., PEGORARO LF. Fracture resistance of weakened roots restored with composites resin and glass fiber post. **Braz. Dente. J.** Vol. 19(4), p.329-333, 2008.

## REABILITAÇÃO DO DENTE 26 COM PINO DE FIBRA DE VIDRO- RELATO DE CASO CLÍNICO

Débora C. SOBREIRA <sup>1</sup>, Annalee S. HOSKEN<sup>2</sup>, Hugo Cezar N. ALVIM<sup>2</sup>, Diogo Elias MIQUILITO<sup>2</sup>, Claudio V. PELLEGRINI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. [deh.mpi@gmail.com](mailto:deh.mpi@gmail.com)

### RESUMO

Os dentes tratados endodônticamente principalmente quando são posteriores, tem como indicação a cimentação de pinos de fibra de vidro devido a resistência que o mesmo oferece a este dente que perdeu grandes estruturas. O objetivo deste trabalho foi relatar as etapas do procedimento e os resultados favoráveis que o pino de fibra de vidro pode oferecer, sendo assim ressaltando as qualidades do mesmo, tendo como principal objetivo a satisfação e conforto do paciente. Uma senhora de 65 anos, sexo feminino, caucasiana, compareceu a clínica odontológica queixando-se de incômodo no dente por perda parcial da coroa. A mesma reclamava por ao se alimentar entrar alimento na cavidade e ser de difícil escovação, assim então desenvolvendo cárie no restante de coroa que havia no dente. Após realizado exame clínico e radiográfico, visualizamos a necessidade de efetuar o tratamento por conta de grande perda da estrutura do dente. Diante disso, o tratamento com pino de fibra de vidro parece ser eficaz devido sua favorável adaptação as estruturas do dente, oferecendo uma boa resistência e auxiliando nas próximas etapas de reconstrução da coroa do dente para devolver suas funções iniciais de mastigação e dando satisfação a paciente.

**Palavras Chave:** Cimentação; Endodontia; Técnica para Retentor Intrarradicular

### Abstract

The teeth treated endodontically, especially when they are posterior, are indicated by the cementation of fiberglass pins due to the resistance it offers to this tooth that has lost its root structures. The objective of this study was to report the steps of the procedure and the favorable results that the fiberglass pin can offer, thus highlighting its qualities, having as its main objective the satisfaction and comfort of the patient. A 65-year-old female Caucasian woman attended the dental clinic complaining of tooth discomfort due to partial loss of the crown. She complained that when she fed, food entered the cavity and was difficult to brush, thus developing caries in the remaining crown that was in the tooth. After a clinical and radiographic examination, we saw the need to perform the treatment due to the great loss of tooth structure. However, fiberglass pin treatment appears to be effective due to its favorable adaptation to tooth structures, providing good strength and assisting in the next steps of tooth crown reconstruction to restore its initial chewing functions and giving patient satisfaction.

**Key words:** Cementation; Endodontics; Post and Core Technique

### 1- Introdução

A técnica de reabilitação de dentes tratados endodônticamente com pino de fibra de vidro vem sendo bastante usada ultimamente, já que este responde a ótimos resultados quando se trata de função e estética, também ajudando na retenção do material restaurador coronário. A perda de estrutura hígida desses elementos pode trazer diversas consequências, como a diminuição de capacidade mastigatória, instalação de hábitos bucais nocivos, e podendo comprometer até a estética. Podendo ser indicado para reabilitação de dentes anteriores ou posteriores com grande destruição. (OLIVEIRA et al., 2010).

Um dente tratado endodônticamente tende a perder resistência e para evitar consequências utilizamos o pino de fibra de vidro e como neste caso também confeccionamos uma coroa metalocerâmica para o elemento tratado. Ao reabilitar um dente com pino de fibra de vidro evita-se fratura do mesmo,

devolvendo suas funções e estrutura. Devemos observar qual foi o motivo da perda de estrutura dentária, que pode ser por razões de trauma, cárie e entre outros. (MAZARO et al., 2006). Dando atenção as medidas que serão tomadas para esse procedimento e se o paciente está de acordo com tudo que será feito.

Devemos oferecer sucesso em todo o procedimento para satisfação do paciente, para que isso ocorra nós devemos selecionar os materiais utilizados e seguir adequadamente toda a técnica, avaliando as propriedades do pino como: que tenha uma ótima retenção, compatibilidade a estética, resistência e entre outros. E também devemos sempre preservar o máximo de estrutura hígida do dente, preservar o conduto radicular, fazer um bom selamento apical. (MAZARO et al., 2006).

Diante disso, o objetivo desse estudo foi descrever a reabilitação com o pino de fibra de vidro e as condições favoráveis que o mesmo pode oferecer quando a técnica e os materiais adequados são corretamente utilizados.

## 2- Relato de caso

### *Considerações Éticas*

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Uma senhora de 65 anos, sexo feminino, caucasiana, compareceu a clínica odontológica queixando-se de incomodo no dente por perda parcial da coroa.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Ao exame clínico, a paciente apresentou perda de alguns elementos, necessidade de extração do dente 28; lesão cariosa no dente 36; necessidade de pino de fibra de vidro e confecção de uma coroa para o dente 26.

No exame radiográfico periapical observou-se tratamento endodôntico satisfatório (Figura 1).



*Figura 1-Fotografia inicial mostrando o tratamento endodôntico satisfatório do dente 26.*

Observando os aspectos clínicos e radiográficos, observou-se que houve a necessidade de cimentação de pino de fibra de vidro no dente 26 para resistência do mesmo.

### *Intervenção terapêutica*

Foi realizada o preparo da mesa clínica para dar início ao tratamento (Figura 2), foi feito isolamento absoluto com lençol de borracha e grampo 200 e feita a desobstrução (Figura 3 A) dos canais

palatino e disto vestibular com broca de Largo nº2, sendo o canal palatino desobstruído 13 mm (Figura 3 B) e o disto vestibular 10 mm (Figura 3C).



Figura 2-Mesa Clínica com materiais para desobstrução dos canais, silanização e condicionamento, e cimentação do pino. Fonte: Autoria Própria



Figura 3:A- Desobstruindo o canal B-C - Raio-x de canais desobstruídos

Em seguida, foi realizada a escolha do pino que melhor se ajustava aos condutos radiculares que neste caso foi usado o 0,5. Foi realizado o condicionamento ácido dos pinos (Figura 4 A) e dos condutos com ácido fosfórico a 37% (Figura 4B). Os cones de papel foram colocados nos condutos até saírem secos e em seguida colocamos o adesivo sem fotopolimerizar. Foi feita a silanização dos pinos com silano (Figura 4 C) e também aplicação de adesivo nos pinos (Figura 4 D).



Figura 4: A- Condicionamento ácido dos pinos B- Condicionamento ácido dos condutos C- Silanização dos pinos D- Adesivo nos pinos

Na cimentação dos pinos foi utilizado cimento resinoso Allcem A2, primeiramente foi feita a inserção do cimento nos condutos e depois foi passado cimento nos pinos e feita a inserção dos pinos nos condutos (Figura 5-A), fotopolimerizando cada um por 60 segundos (Figura 5-B).

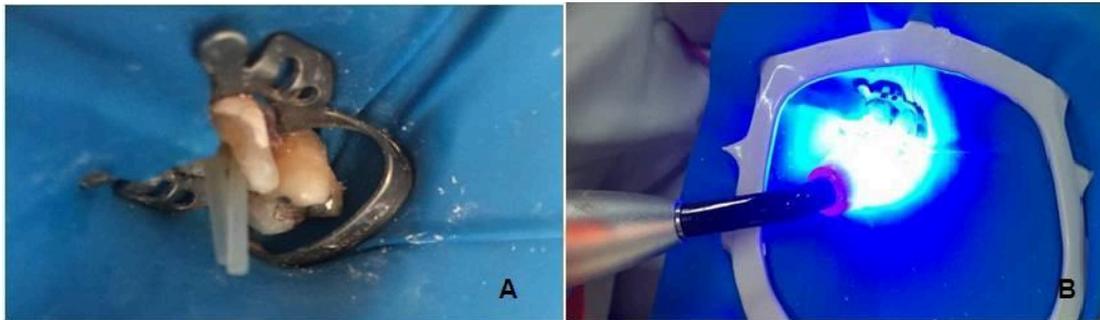


Figura 5:A- Pinos cimentados nos condutos; B- Fotopolimerização dos pinos.

Após a cimentação dos pinos, foi feita um preenchimento com resina composta dentina A2 até que desse estabilidade ao pino para poder corta-lo, e dar escultura ao dente com resina composta esmalte A2 (Figura 6).



Figura 6- Coroa provisória feita com resina composta

#### *Seguimento clínico e resultados*

A paciente continua sendo acompanhada, foi realizada uma coroa provisória com resina acrílica pela técnica da bolinha para ser feita uma coroa metalocerâmica definitiva.

### **3- Discussão**

Baseado nos estudos de Carvalho et al., (2019) nos propomos a pesquisar a resistência que o pino de fibra de vidro oferece ao dente após o tratamento. O principal achado foi que dentes tratados com pino de fibra de vidro, tem maior resistência a fraturas.

No tratamento de dentes tratados endodônticamente com pinos de fibra de vidro, o pino deve ser introduzido até a altura do terço cervical da raiz e tendo boa adaptação ao núcleo de preenchimento que no caso deste caso clinico utilizamos resina composta. Para isto, devemos avaliar todas as características do pino, como: o diâmetro, marca, comprimento e linha de cimentação (CARVALHO et al., 2019). O pino de fibra de vidro apresenta uma elasticidade parecida com a da dentina, fazendo com que diminua o estresse das paredes dos canais radiculares (BUSATO et al., 2014).

No caso clinico apresentado, a paciente tinha 65 anos de idade e se queixava de incômodo no dente 26 por conta de uma cavidade extensa da coroa. Foi realizada uma conduta clinica considerando todos os parâmetros da situação, a paciente já havia realizado tratamento endodôntico no dente e havia feito apenas uma restauração curativa com cotozol, e o mesmo teria saído por diversas vezes. A quantidade e a qualidade do remanescente dentário após o tratamento endodôntico é questionável devido o tempo em que o dente resistirá a fratura, não por muitas vezes ter grande perda coronária, mas sim pelo acometimento das raízes (BISPO et al., 2008).

A técnica utilizada e proposta vem sendo bastante usada devido as propriedades que o pino de fibra de vidro oferece, além de ser fácil de executa-la. A biocompatibilidade do pino ao dente é satisfatória, como também a resistência que o mesmo oferece, amenizando risco de fraturas (SILVA et al., 2009),

auxiliando na estética e conforto do paciente. Já que o dente 26 exerce grande papel na função mastigatória, com este tratamento ele fica mais resistente para receber essas forças mastigatórias, também dando suporte para coroa metalocerâmica que foi cimentada a este preparo após a cimentação do pino e confecção do núcleo de preenchimento.

Para o uso desta técnica é necessário o uso de isolamento absoluto para não entrar fluidos salivares no conduto contaminando-os, também para facilitar a visualização e o mais importante que é a segurança do paciente para não engolir os instrumentais pequenos utilizados. Selecionamos também os melhores materiais que se adapta ao pino e ao condutos radiculares.

Acreditamos, que apesar da eficácia do pino de fibra de vidro (fonte), neste estudo conseguimos um resultado satisfatório utilizando esse material para reforçar a estrutura do dente e devolver suas funções de forma satisfatória e eficaz.

#### 4- Conclusão

Conclui-se que dentes tratados endodônticamente e com pino de fibra de vidro devidamente confeccionado apresentam maior longevidade e maior resistência a fraturas.

#### Referências Bibliográficas

1. BUSATO PMR, PAVELSKI MD, BUSATO MCA, UEDA JK, MENDONÇA MJ, CAMIOTTI V. Influência da técnica de inserção do cimento resinoso na resistência de união de pinos de fibra de vidro/dentina. **Rev Dental Press Estét.** Vol. 11(4). p.93-9,2014.
2. CARVALHO TF, FRAZAO AR, DIAS JUNIOR LCL, CASTRO RF, KLAUTAU EB, SILVA JM. Fracture resistance of endodontically treated teeth reinforced with customized glass and carbon fiber posts. **Dental Press Endod.** Vol. 9(1). p.26-30, 2019.
3. GERSON BONFANTE; LUIZ F. PEGORARO; OSVALDO BAZZAN KAIZER; KATIA R. REIS; ROSANE DE OLIVEIRA F. Influência do grau de adaptação de pinos de fibra de vidro ao canal radicular na resistência á remoção por tração. **RFO.** Vol. 13(1), p. 48-54,2008.
4. LUCIANA BUTINI OLIVEIRA; LUCIANA FARIA SANGIARD PEIXOTO; CRISTINA G. D. CONTE; MARIA SALETE NAHÁS P.; MARCIA TUROLLA. Reabilitação de dentes decíduos anteriores com o uso de pinos de fibra de vidro. **J HEALTH SCI INST.** Vol. 28(1), p. 89-93,2010.
5. LUCIANO BONATELLI BISPO.Reconstrução de dentes tratados endodônticamente: retentores intraradiculares. **RGO- Porto Alegre.** Vol. 56 (1), p.81-84,2008.
6. MAZARO JVQ, ASSUNÇÃO WG, ROCHA EP, ZUIM PRJ, GENNARI FILHO H. Factors determining of intraradicular post selection. **Rev Odontol UNESP.** Vol. 35(4). p, 223-231,2006.
7. OLIMPIA CRISPIM SILVEIRA, RODIVAN BRÁS DA SILVA, FÁBIO ROBERTO DAMETTO, CLÁUDIA TAVARES MACHADO, ALEX JOSÉ SOUZA DOS SANTOS, ALESSANDRO LEITE CAVALCANTI. Efeito do tipo de cimento sobre a resistência à extrusão de pino de fibra de vidro. **Rev Eletrônica de Materiais e Processos,** Vol. 6(1) , p 28-34,2011.
8. RAMALHO, A. C. D., MARIZ, A. L. DE A., BEATRICE, L. C. DE S., SILVA, C. H. V., & MENEZES FILHO, P. F. Estudo comparativo da resistência radicular à fratura em função do comprimento e da composição do pino. **Revista Da Faculdade De Odontologia -UPF.**Vol13(3). <https://doi.org/10.5335/rfo.v13i3.658>
9. RINALDO ABREU ; MAURÍCIO SCHNEIDER GUILHERME; ANZILIERO AROSSI.Reconstrução anterior em resina composta associada a pino de fibra de vidro. **Rev. Bras. Odontol.** Vol.70 (2), 2013.
10. SILVA, RICARDO VIRGOLINO CARVALHO DA, et al. Comparação da resistência à tração entre pinos metálicos (Ni/Cr) e de fibra de vidro cimentados com cimento resinoso. **Salusvita-Bauru,** Vol. 28(1), p.41-51, 2009.

## **TRATAMENTO ENDODÔNTICO E CLAREAMENTO INTERNO EM DENTE TRAUMATIZADO COM NECROSE PULPAR: RELATO DE CASO**

**Eduardo ABDO<sup>1</sup>, Ana Paula DORNELLAS<sup>2</sup>, Lucílio Marcos da SILVA<sup>2</sup>, Kênia Chiarelo TINOCO<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. eduardo\_abdo@hotmail.com

### **RESUMO**

Os traumas dentários ocorrem em uma parcela significativa da população, destacando-se as crianças e os jovens. Podem ocasionar danos pulpare e dos tecidos periodontais. Tais traumas podem afetar também a cor natural da dentina devido à necrose pulpar sendo indicado, nestes casos, o tratamento endodôntico e clareamento interno devido ao escurecimento coronário. Os profissionais da área se veem desafiados frente a um prognóstico duvidoso. A literatura tem demonstrado a necessidade de atenção especial quando o tecido pulpar sofre qualquer forma de agressão traumática, ainda que de leve intensidade. O hidróxido de cálcio possui propriedades antimicrobianas, sendo empregado nestes casos de necrose pulpar. O estudo teve como base o relato de caso feito na clínica de Odontologia da UNIG – Campus V, Itaperuna-RJ. O objetivo do presente estudo foi relatar o tratamento endodôntico do dente traumatizado, com necrose pulpar e lesão perirradicular, promovendo assim o restabelecimento da função e da estética através da realização do clareamento interno. Concluiu-se após a realização do tratamento endodôntico e clareamento interno no dente 21 que o tratamento proposto foi satisfatório, suprimindo as necessidades e expectativas em relação a estética e a função do paciente. A escolha da técnica adequada atingiu o resultado previsto, conforme radiografia de proervação que demonstra o início do reparo da lesão.

Palavras Chave: Trauma, Necrose, Endodontia, Clareamento.

### **Abstract**

Dental trauma occurs in a significant portion of the population, especially children and young people. They may cause pulp and periodontal tissue damage. Such traumas can also affect the natural color of dentin due to pulp necrosis. In these cases, endodontic treatment and internal whitening due to coronary darkening are indicated. professionals in the field are challenged by a dubious prognosis. The literature has shown the need for special attention when the pulp tissue suffers any form of traumatic aggression, even if mild. Calcium hydroxide has antimicrobial properties and is used in these cases of pulp necrosis. The study was based on the case report made at the Dental Clinic of UNIG - Campus V, Itaperuna-RJ. The aim of the

present study was to report the endodontic treatment of the traumatized tooth, with pulp necrosis and periradicular lesion, thus promoting the restoration of function and aesthetics through internal whitening. It was concluded after the endodontic treatment and internal whitening on tooth 21 that the proposed treatment was satisfactory, meeting the needs and expectations regarding the aesthetics and the function of the patient. The choice of the appropriate technique reached the expected result, according to the preservation radiograph showing the beginning of the lesion repair..

KeyWords: Trauma, Necrosis, Endodontics, Whitening.

## **1 – Introdução**

Os traumas dentários ocorrem em uma parcela significativa da população, destacando-se as crianças e os jovens. Podem ocasionar danos pulpares e dos tecidos periodontais. Tais traumas podem afetar também a cor natural da dentina devido à necrose pulpar sendo indicado, nestes casos, o tratamento endodôntico e clareamento interno devido ao escurecimento coronário (ASTOLFI et al., 2016).

Dependendo do tipo de trauma dentário sofrido os danos podem ser irreversíveis dada sua intensidade e histórico. Diante de tais estatísticas os profissionais da área se veem desafiados frente a um prognóstico duvidoso. A literatura tem demonstrado a necessidade de atenção especial quando o tecido pulpar sofre qualquer forma de agressão traumática, ainda que de leve intensidade (MORELLO et al., 2011).

É essencial durante o tratamento endodôntico o uso de substância química que ofereça uma efetiva ação antimicrobiana e o aumento da permeabilidade do sistema de canais radiculares, pois é mensurado em vários estudos que mesmo quando a terapia endodôntica é feita de forma correta e precisa, o fracasso pode acontecer devido à persistência de bactérias potencialmente patogênicas em sítios no interior dos canais. Estudos relatam a grande indicação do Hidróxido de Cálcio como medicação intracanal. O hidróxido de cálcio possui propriedades antimicrobianas, sendo empregado nestes casos de necrose pulpar, reabsorção radicular inflamatória, lesão perirradicular, apicificação, apicigênese (SANABE et al., 2009; BORTOLATTO et al., 2012).

O objetivo do presente estudo foi relatar o tratamento endodôntico do dente traumatizado, com necrose pulpar e lesão perirradicular, promovendo assim o restabelecimento da função e da estética através da realização do clareamento interno.

## **2– Relato de caso**

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Uma jovem de vinte e um anos de idade, sexo feminino, melanoderma, compareceu à Clínica Integrada da UNIG queixando-se da estética do seu sorriso, devido a presença de um dente escurecido (Figura 1).



Figura 1: Registro inicial da cor do dente.. Fonte: Autoria própria.

### *Achados clínicos e radiográficos*

No exame clínico verificou-se a presença de uma restauração em resina composta classe IV, faces incisal e mesial do elemento 21, também apresentava uma leve extrusão desse elemento, além do escurecimento coronário. Foi realizado o teste de sensibilidade pulpar com Endo Ice e a resposta foi negativa. No exame radiográfico observou-se uma lesão radiolúcida perirradicular (Figura 2).



Figura 2: Radiografia inicial. Fonte: Autoria própria.

### Intervenção terapêutica

Na primeira sessão foi realizada a radiografia inicial para se obter o comprimento aparente do dente (CAD). Após a realização do isolamento absoluto (Madeitex), grampo 212 (Golgran) foi realizado o acesso com brocas 1014 haste longa (Fava) e tronco-cônica de ponta inativa (Fava). Deu-se início ao preparo químico mecânico (PQM) com a lima kerr (Dentstply), cursor em 13 mm e calibre 50, irrigando, aspirando, irrigando com Hipoclorito de Sódio a 2% (ABC Comércios e Representações LTDA) e recapitulando com a lima de série especial número 10 (Dentstply) para limpeza do milímetro final do canal (patência), após cada movimento de alargamento e limagem. A sequência foi seguida aumentando o comprimento de 2 mm em 2 mm e diminuindo o calibre da lima até chegar na odontometria provisória (OP). Foi utilizado localizador apical (Novapex) e confirmou-se que a lima Kerr 30 (Dentstply) estava a 1 mm aquém do ápice (Figura 3), definindo assim o comprimento de trabalho em 22 mm e comprimento de patência em 23 mm.

Foi utilizada a medicação intra-canal Tricresol Formalina (AAF do Brasil), com bolinha de algodão e curativo provisório (Villevie).



Figura 3A: Utilização de localizador apical. B: Definição do comprimento de trabalho (CT). Fonte: Autoria própria.

Após uma semana demos início à segunda sessão, iniciando a confecção do batente com lima kerr (Dentstply) de calibre 30 e no comprimento de 22 mm fazendo movimentos de alargamento e limagem, irrigando, aspirando, irrigando e recapitulando, com lima de série especial número 10 (Dentstply), com o cursor no mesmo comprimento e aumentando o calibre da lima até o número 40. Foi feita a manipulação do Hidróxido de Cálcio (AAF do Brasil) com o Propilenoglicol (Drogadamas) e inserida no canal com lima e selamento coronário com curativo provisório (Villevie).

Na terceira sessão, após realização de radiografia da prova do cone principal (Figura 4), foi feito o uso de EDTA (AAF do Brasil) no conduto radicular por três minutos. Aspirou, irrigou com Hipoclorito de Sódio e secou com papel absorvente (Dentstply). Para darmos início a obturação foi realizada a manipulação do cimento endodôntico (Endoffil).



Figura 4: Radiografia do cone principal. Fonte: Autoria própria.

Feita a desinfecção dos cones de guta percha principal e acessórios (FF) (Dentstply), começou-se a inserção cone/cimento no conduto, com auxílio do espaçador digital para a inserção de mais cones, até que ocorra todo o preenchimento do canal radicular. Realizou-se radiografia da prova de qualidade e verificou-se que o conduto estava completamente preenchido. Então deu início ao corte da guta-percha com Calcador de Paiva (Golgran) aquecido, e limpeza da região coronária com bolinha de algodão e álcool, e inserção de selamento coronário provisório.



Figura 5A: Radiografia da prova de qualidade. B: Radiografia final. Fonte: Autoria própria.

A quarta sessão ocorreu após 1 mês, com finalidade estética. Nesta sessão foi dado início ao clareamento interno, através da Técnica Mediata. A confecção do tampão cervical (Figura 6) deu-se através da inserção do Cimento Fosfato de Zinco (Maquira), com a broca Lentulo (Mani).



Figura 6A: Inserção do Cimento Fosfato de Zinco com broca Lentulo.

Figura 6B: Tampão cervical. Fonte: Autoria própria.

Na quinta sessão foi realizada a primeira sessão de clareamento interno, com as substâncias clareadoras Perborato de Sódio + Peróxido de Hidrogênio 35% (Aequilibrium Farmácia de Manipulação). Foi realizado o fechamento com restaurador provisório IRM (Dentply).

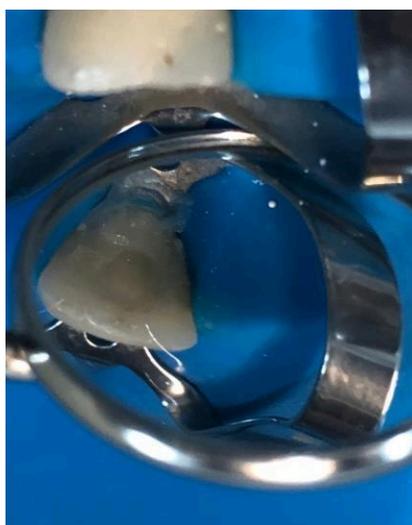


Figura 7: Inserção da substância clareadora. Fonte: Autoria própria.

Na sexta sessão, equivalente à segunda sessão do clareamento interno realizou-se a troca da substância clareadora e restauração com o IRM.

Na sétima sessão houve a remoção da substância clareadora e inserção da pasta de Hidróxido de Cálcio (AAF do Brasil) com objetivo de neutralizar o PH ácido que pode ocorrer na junção amelocementária após a aplicação de agentes clareadores.

Na oitava e última sessão foi feita a confecção do pino de fibra de vidro (FGM) para reforço da estrutura dentária e restauração com resina composta Natural Shade (Figura 8).



Figura 8: Radiografia após cimentação de pino de fibra de vidro e resina composta. Fonte: Autoria própria.

#### *Seguimento clínico e resultados*

Três meses depois foi realizado novo exame clínico e radiográfico. Clinicamente a restauração não apresentava falha. Além disso, paciente relatou estar satisfeita com o resultado obtido.



Figura 9: Registro final da cor. Fonte: Autoria própria.

### **3- Discussão**

Os traumatismos dentários representam um problema de saúde pública entre crianças e adolescentes devido à sua alta prevalência. Apesar de conhecermos a etiologia dos traumatismos dentários, os programas de prevenção e controle ainda são realizados de forma isolada e não causam o impacto necessário para a real solução do problema (BASTOS & CÔRTEZ, 2011). O objetivo desse caso clínico foi

detalhar as

etapas do tratamento endodôntico e restaurador, minimizando os danos causados, tanto funcional como estético.

Consolaro et al. (2007) afirmam que necrose pulpar asséptica pode evoluir gradativamente para o escurecimento dentário e este sinal clínico é a indicação para o profissional da área de que algo está ocorrendo com o dente portador. Este sinal clínico muitas vezes é notado primeiro pelo paciente, como no caso em questão ou pelo paciente em avaliação junto ao profissional.

De acordo com Siqueira-Jr et al. (2012) as três condições clínicas que o profissional lida cotidianamente e que requerem intervenção incluem dentes com pulpíte irreversível (biopulpectomia), com necrose e infecção pulpar (necropulpectomia) e casos de retratamento. O sucesso do tratamento endodôntico depende do reconhecimento de cada uma destas três condições e do protocolo traçado para a eficiência no tratamento proposto, através das etapas clínicas onde corrobamos com

CHAVES et al. (2018) que o Hidróxido de Cálcio é o medicamento de escolha mais utilizado na endodontia. Ele apresenta os requisitos necessários para procedimentos intracanal visto que possui efeitos antimicrobianos e biológicos. Graças à sua biocompatibilidade tecidual, as pastas à base de hidróxido de cálcio têm sido as de escolha para a medicação intracanal em dentes permanentes, sendo o material de escolha para a medicação intracanal do caso, associado ao Propilenoglicol.

VAZ et al. (2011) afirmam que em termos de tratamento estético, o tecido pulpar necrosado é a principal causa para a descoloração dentária e a sua remoção é fundamental para que resultem, nestes casos, os procedimentos atuais de clareamento que segundo BARBOSA et al. (2015) o processo de clareamento consiste na aplicação de um gel clareador, à base de peróxido de carbamida ou peróxido de hidrogênio, sobre os dentes a serem submetidos ao processo. No caso clínico realizado, a Técnica de clareamento de escolha foi a Mediata, utilizando como substância clareadora o Peróxido de Hidrogênio associado ao Perborato de Sódio, onde o efeito é potencializado e são obtidos melhores resultados.

Segundo DAHL et al. (2003) a técnica mediata ou walking bleach, hoje é considerada a mais eficiente em menor tempo clínico, pois o agente clareador fica na parte coronária fazendo efeito de três a sete dias e deve ser trocada regularmente. Oferece também menores riscos a reabsorção cervical externa e reações adversas nos tecidos perirradiculares, juntamente com um canal hermeticamente obturado e tampão cervical.

#### **4- Conclusão**

Concluiu-se após a realização do tratamento endodôntico e clareamento interno no dente 21 que o tratamento proposto foi satisfatório, suprimindo as necessidades e expectativas em relação a estética e a

função do paciente. A escolha da técnica adequada atingiu o resultado previsto, conforme radiografia de preservação que demonstra o início do reparo da lesão.

### Referências Bibliográficas:

1. AMATO, M. et al. Bleaching teeth treated endodontically: long-term evaluation of a case series. *J. Endod.*, Baltimore, v.32, n.4, p.376- 378, 2006.
2. ASTOLFI GG, CREMA MM, SIMOES PW, CERETTA RA. Tratamento endodôntico em dente desvitalizado por trauma: relato de caso clínico. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo** jan-abr 2016; 29(1): 90-9.
3. BARBOSA DC, DE'STEFANI TP, CERETTA LB, CERETTA RA, SIMOES PW, D'ALTOÉ LF. Estudo comparativo entre as técnicas de clareamento dental em consultório e clareamento dental caseiro supervisionado em dentes vitais: uma revisão de literatura. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo** 2015; 27(3): 244-52.
4. BASTOS JV, CÔRTEZ MIS. Traumatismo dentário. **Arq Odontol**, Belo Horizonte 2011, 47(Supl 2): 80-85.
5. BORTOLATTO JF, CORSI CE, PRESOTO CD, CIOFFI SS, OLIVEIRA-JUNIOR OB. Clareamento interno em dentes despolpados como alternativa a procedimentos invasivos: relato de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo** maio-ago 2012; 24(2): 142- 52.
6. CHAVES AP, FERNANDES SL, OGATA M. Uso do Hidróxido de Cálcio como medicação intracanal. **Arch Health Invest** 2018; 7(4).
7. CONSOLARO A, SANT'ANA E, CONSOLARO MFMO. Escurecimento dentário e necrose pulpar após cirurgia ortognática: o laringoscópio e o traumatismo dentário. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** Maringá, 2007; 12(5): 16-19.
8. DAHL, J.E.; PALLESEN, U. Tooth bleaching: a critical review of the biological aspects. *Crit. Rev. Oral Biol. Med.*, Alexandria, v.14, n.4, p.292-304, 2003.
9. LEONARDI DP, GIOVANINI AF, ALMEIDA S, SCHRAMM CA, BARATTO-FILHO F. Alterações pulpares e periapicais. *RSBO*. 2011 Oct-Dec; 8(4): 47-61.
10. MENDES BMS, ALBINO LGB, RODRIGUES JÁ. Clareamento externo de dente não vital. **Revista Saúde UNG – SER** 2011; 5(2).
11. MORELLO J, RIBEIRO FC, ROLDI A, PEREIRA RS, BARROSO JM, INTRA JBG. Sequelas subsequentes aos traumatismos dentários com envolvimento endodôntico. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** 2011; 13(2): 68-73.
12. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, Kiene H, Helfand M, Altman DG, Sox H, Werthmann PG, Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch CA, Sun GH, Hanaway P, Sudak NL, Kaszkin-Bettag M, Carpenter JE, Gagnier JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemiol**. 2017 Sep; 89: 218-235.

13. SANABE ME, CAVALCANTE LB, COLDEBELLA CR, ABREU-E-LIMA FCB. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. **Rev Paul Pediatr** 2009; 27(4): 447-51.
14. SIQUEIRA-JR JF, RÔÇAS IN, LOPES HP, ALVES FRF, OLIVEIRA JCM, ARMADA L, PROVENZANO JC. Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. *Rev. bras. odontol.*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 8-14, jan./jun. 2012.
15. SOARES AJ. Análise clínica e radiográfica de dentes traumatizados submetidos a um protocolo de medicação intracanal com a associação Hidróxido de Cálcio, Clorexidina Gel 2% e Óxido de Zinco, sem trocas periódicas. **Tese** – Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas – SP, 2007, 152f.
16. VAZ IP, NOITES R, FERREIRA JC, PIRES P, BARROS J, CARVALHO MF. Tratamento em incisivos centrais superiores após traumatismo dental. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, abr/jun. 2011; 59(2): 305-311.

## EXODONTIA DO TERCEIRO MOLAR INFERIOR – RELATO DE CASO CLÍNICO

Emily Campos ALMEIDA<sup>1</sup>, Elias Daruis Assad NETO<sup>2</sup> Ana Paula DORNELLAS<sup>2</sup> José Alberto Chiarello TINOCO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência: emilycamalmeida29@gmail.com.

### RESUMO

A cirurgia de terceiros molares inclusos é realizada com grande frequência, porém possui certo grau de dificuldade que pode levar a sérias complicações. Os cuidados desde o planejamento, biossegurança até a realização das cirurgias para a remoção de terceiros molares inclusos é indispensável. O objetivo deste trabalho foi apresentar o relato de caso clínico realizando a exodontia do terceiro molar inferior, ocorrido com paciente do sexo feminino, 18 anos na Clínica Odontológica da UNIG – RJ, onde após os exames iniciais, fez-se a escolha da técnica e seguiu-se as condutas necessárias para realização do procedimento buscando a segurança e bom estar do paciente. Nesse sentido a cirurgia de terceiros molares inclusos parece ser eficaz para extração do mesmo.

**Palavras chave:** Exodontia; Terceiro Molar; Cirurgia.

### ABSTRACT

Third-party surgery is often performed, but has some degree of difficulty that can lead to serious complications. Care from planning, biosafety to surgeries for removal of included third molars is indispensable. The aim of this study was to present the case report of the lower third molar extraction performed with a 18-year-old female patient at U MIG - RJ Dental Clinic, where after the initial exams, the choice of technique was made. and followed the necessary conducts to perform the procedure seeking the safety and well being of the patient. In this sense, surgery of the included third molars seems to be effective for its extraction.

**Keywords:** Extraction; Third molar; Surgery.

### 1 – Introdução

É notória a crescente mudança no padrão de vida da sociedade no decorrer das últimas décadas com mudanças significativas na saúde e qualidade de vida, o que tem levado os indivíduos a se preocuparem mais com a sua saúde. Neste sentido, a busca pelo serviço odontológico segue proporcionalmente este crescimento, assim como a necessidade da formação de profissionais da área (ANDRADE, 2016). Diversos são os problemas odontológicos que levam as pessoas a buscarem o tratamento adequado e eficiente, onde podemos destacar a cirurgia de terceiro molares inclusos, como um dos principais casos, também chamados de retidos e/ou impactados, que são aqueles que, chegada a época de erupção, não irrompem, podendo ou não manter a comunicação com a cavidade bucal (ALVARES & TAVANO, 1993).

A cirurgia de terceiros molares inclusos é realizada com grande frequência, porém possui certo grau de dificuldade que pode levar a sérias complicações. Os cuidados desde o planejamento, biossegurança até a realização das cirurgias para a remoção de terceiros molares inclusos é indispensável, podendo se evitar

uma série de complicações e intercorrências cirúrgicas (SEGURO & OLIVEIRA, 2018). Andrade (2016) aponta que o principal fator etiológico é a falta de espaço no arco dental, porém a hereditariedade, tendência evolutiva, alterações patológicas, traumatismos e alterações sistêmicas e algumas síndromes podem estar associadas.

Mediante ao exposto, o objetivo deste trabalho foi apresentar o relato de caso clínico realizando a exodontia do terceiro molar inferior, ocorrido com paciente do sexo feminino, 18 anos na Clínica Odontológica da U MIG – RJ, onde após os exames iniciais, fez-se a escolha da técnica e seguiu-se as condutas necessárias para realização do procedimento buscando a segurança e bom estar do paciente.

## **2– Relato de caso**

### *Considerações Éticas*

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY *et al.*, 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Paciente adulto, sexo feminino, 18 anos, compareceu a clínica da UNIG com a queixa principal de dor de dente no terceiro molar inferior.

### *Achados clínicos e radiográficos*

O paciente compareceu a clínica odontológica da UNIG queixando-se de dor na região do terceiro molar inferior. Ao exame radiográfico (Figura 1) foi possível observar o terceiro molar inferior incluído. Foi indicada a exodontia do dente.



Figura 1: Exame Radiográfico. Autoria própria.

A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico sob anestesia local com a substância lidocaína e fenilefrina, onde foram anestesiados o nervo alveolar inferior e nervo bucal (figura 2) para extração do dente 48 que se encontrava na posição 2B, segundo Pell e Gregory. O acesso cirúrgico foi realizado através de uma incisão do tipo retilínea envelope (figura 3) e por ostectomia com broca esférica cirúrgica número 4 (figura 5).



Figura 2: Anestesia de nervo alveolar inferior. Autoria própria.



Figura 3: Realização da incisão retilínea envelope. Autoria própria.

Figura 4: Deslocamento muco-periostal. Autoria própria.



Figura 5: Osteotomia com broca esférica cirúrgica número 4. Autoria própria.

A figura 4 mostra a canaleta da região vestibular do dente em questão para favorecer um apoio para alavancas.



Figura 6: Exérese do elemento 48. Autoria própria.



Figura 7: Realização da sutura. Autoria própria.

### *Seguimento clínico e resultados*

A paciente foi orientada quanto à medicação pós-operatória e quanto à dieta líquida e pastosa por um período mínimo de 72 horas.

### **3- Discussão**

O terceiro molar incluso inferior constitui o elemento dentário com maior prevalência de impação e necessidade de exodontia (NETO e IZOLANI, 2012). Com isso, a remoção de terceiros molares inferiores é um dos procedimentos mais comuns e realizados de cirurgia oral (DANTAS et al., 2010).

Como mencionado por Araújo et al., (2011) e seguido também neste caso clínico, quando indicado a exodontia, é necessário o planejamento cirúrgico baseado nos exames clínicos e radiográficos objetivando prevenir qualquer tipo de complicação objetivando verificar o grau de impação e avaliar o nível de dificuldade.

Neto e Izolani (2012) abordam em seu trabalho também de caso clínico, que a indicação para a exodontia de terceiros molares inferiores inclusos é uma medida profilática que vem sendo adotada por muitos cirurgiões bucomaxilofaciais devido aos problemas associados à impação desses dentes. Porém, deve-se ressaltar que os procedimentos a serem seguidos em relação a estes dentes devem levar em consideração o exame clínico, histórico e idade do paciente, a posição do dente e a antecipação das possíveis dificuldades durante o processo cirúrgico e riscos pós-cirúrgico.

Em grande parte dos casos os dentes terceiros molares inclusos, causam considerável dor, edema, desconforto e disfunção (OLIVEIRA et al., 2006). A falta de espaço no arco dental é o principal fator etiológico, mas outros fatores podem influenciar como a hereditariedade, tendência evolutiva, alterações patológicas, traumatismos, alterações sistêmicas e algumas síndromes podem estar associadas (ANDRADE et al., 2012)

Durante a realização desta cirurgia deve haver muita atenção, pois segundo Andrade et al., (2012) a prevenção das complicações deve ser o principal objetivo dos cirurgiões onde o planejamento associado ao conhecimento e técnica do profissional são pontos importantes para o sucesso da cirurgia. Vale ressaltar que quanto mais complexa a técnica cirúrgica em que haja, por exemplo, a necessidade de osteotomia, maior será a chance de complicações pós-operatórias, como alveolites, trismo e parestesia, sendo necessária tal cautela e atenção do cirurgião (ANDRADE, et al., 2012).

#### 4 – Conclusão

Conclui-se que a exodontia de terceiros molares inferiores parecer ser viável para melhoria da qualidade de vida, saúde bucal e diminuição de dor dos pacientes, desde que seja realizada com cautela, atenção e profissionalismo durante a cirurgia e no pós-operatório.

#### Referências Bibliográficas:

1. ALVARES LC, TAVANO O. **Curso de radiologia em odontologia**. São Paulo: Livraria Santana Editora, 3 ed. 1993.
2. ANDRADE, Valdir Cabral et al. Complicações e Acidentes em Cirurgias de Terceiros Molares– **Revisão de Literatura. Saber Científico**, v. 2, n. 1, p. 27-44, 2016.
3. ANDRADE, Valdir Cabral et al. Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares– revisão de literatura. **Saber Científico**, v. 2, n. 1, p. 27-44, 2012.
4. ARAÚJO OC, Agostinho CNL, Marinho LMRF, Rabêlo LRS, Bastos EG, Silva VC. Incidência dos acidentes e complicações em cirurgias de terceiros molares **Rev Odontol UNESP**, Araraquara. nov./dez., 2011; 40(6): 290-295
5. DANTAS RMX, Serrano LAF, Sobreira T, Terceiro molar em fratura mandibular: relato de caso. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** vol.10 no.4 Camaragibe Set./Dez. 2010.
6. NETO, Oteciano Carvalheira; IZOLANI, Orlando. Exodontia de terceiro molar incluso inferior: relato de caso. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 3, n. 3, p. 12-12, 2012.
7. OLIVEIRA, Camila Carla Maria Ximens et al. Fratura de mandíbula durante exodontia de terceiro molar incluso: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 13, n. 4, p. 15-20, 2013.
8. RIEDEL, R. A.; LITTLE, R. M.; BUY, T. D. Mandibular incisor extraction: post retention evaluation of stability and relapse. **Angle Orthod**, Appleton, v. 62, p. 103-116, 1991.
9. SEGURO, DAIANA; OLIVEIRA, RENATO VICTOR. Complicações pós-cirúrgicas na remoção de terceiros molares inclusos. **Revista UNINGÁ Review**, v. 20, n. 1, 2018.

10. ZORZETTO, Daniel Luiz Gaertner et al. Cirurgia de terceiros molares inferiores retidos: complicações pós-operatórias (observações clínicas). **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 48, n. 2, 2000.

## AUMENTO DE COROA CLÍNICA PARA RESTABELECIMENTO DO ESPAÇO BIOLÓGICO COM FINALIDADE PROTÉTICA : RELATO DE CASO

Gabrielle BOARETTO<sup>1</sup>, Cláudio V. PELLEGRINI<sup>2</sup>, Sarah Saraiva SORRENTINO<sup>3</sup>, Diogo Elias MIQUILITO<sup>2</sup>, Aline Manhães PESSANHA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. gabrielleboaretto@hotmail.com

### RESUMO

O espaço biológico compreende do ápice da crista óssea até o sulco gengival . Quando há perda desse espaço , por meio do acúmulo de placa , há necessidade de intervenção cirúrgica . O objetivo desse trabalho foi relatar a cirurgia de aumento de coroa clínica no dente 36 para restabelecer o espaço biológico , afim de confecção de um preparo protético ideal . Paciente , 70 anos , compareceu a clínica da UNIG queixando –se da aparência estética do seu dente . Foi constatado que o elemento possuía pouca margem protética , sendo necessário um aumento de coroa clínica . Foi observado que após o procedimento foi restabelecido a distancia biológica de 3 mm , possibilitando um preparo ideal e confecção de coroa . Diante disso , podemos concluir que a cirurgia parece ser eficaz para o restabelecimento do espaço biológico com finalidade protética .

**Palavras chave :** periodontia , espaço biológico , sulco gengival

### Abstract

The biological space comprises from the apex of the bone crest to the gingival sulcus. When this space is lost through plaque buildup, there is need for surgical intervention. The objective of this study was to report the clinical crown augmentation surgery on tooth 36 to restore the biological space, in order to make an ideal prosthetic preparation. A 70-year-old patient attended the UNIG clinic complaining about the aesthetic appearance of his tooth. It was found that the element had little prosthetic margin, requiring an increase in clinical crown. It was observed that after the procedure the biological distance of 3 mm was restored, allowing an ideal preparation and crown making. Therefore, we can conclude that the surgery seems to be effective for the restoration of the biological space for prosthetic purposes.

**Keywords:** periodontics, periodontium , gingiva

### 1 – Introdução

O espaço biológico tem por função proteger os tecidos de sustentação do elemento dentário da agressão bacteriana e suas toxinas, pois existe uma luta do organismo em manter sua integridade física. Por isso quando ocorre a invasão do espaço biológico ocorre uma migração e reorganização mais apical dessas estruturas. (RISSATO TRENTIN , 2012).

A integridade do espaço biológico é de suma importância para a manutenção da saúde gengival , uma vez que sua existência é fundamental para a aderência do epitélio juncional e da inserção conjuntiva á estrutura dentária .(BARBOZA et al., 2008)

Quando identificado precocemente, o cirurgião-dentista têm a oportunidade de minimizar a extensão dos problemas bucais futuros derivados do aumento da papila gengival . Nesses casos ,a falta de superfície dentária para a realização dos procedimentos restauradores é recuperada por meio de cirurgia, de tracionamento ou de ambos os processos. (FLÔRES £ TRAMONTINA , 1996)

Diante disso, o objetivo desse estudo foi descrever o tratamento adotado para um primeiro molar inferior , o qual não possuía condições adequadas para a realização de um preparo protético ideal , com margens gengivais bem definidas , onde a cirurgia de aumento de coroa clínica foi a mais indicada para este caso.

## 2– Relato de caso

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Paciente , 70 anos , sexo feminino , caucasiana , compareceu a clínica odontológica da UNIG , queixando-se da função do dente 36 . Sua história médica não apresentava nenhuma limitação para esse caso

### *Achados clínicos e radiográficos*

Ao exame clínico e radiográfico, o dente 36 apresentava coroa clínica pouco aparente , onde a gengiva marginal havia invadido o espaço biológico. Foi observado tratamento endodôntico satisfatório , e pouca margem para realização de um preparo protético ideal (Figura 1 ).

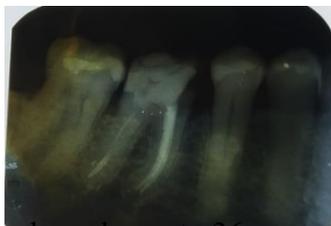


Figura 1: Fotografia inicial, mostrando o elemento 36 com necessidade de um preparo protético

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos , foi optado por uma cirurgia de aumento de coroa clínica com osteotomia .

### *Intervenção terapêutica*

Mesa clínica composta com os materiais utilizados para a realização da cirurgia .(Figura 2).



Figura 2: Mesa clínica para realização da cirurgia de aumento de coroa clínica

Foi realizado anestesia infiltrativa local com lidocaína a 2% em toda a gengiva marginal (Figura 3).



Figura 3 : realização da anestesia

Após a gengiva anestesiada , com uma lâmina de bisturi 15c , foi realizada técnica de bisel invertido , para delimitar a gengiva que havia invadido o espaço biológico(Figura 4).



Figura 4: Realização das incisões

Com uma cureta periodontal afiada , foi removida a gengiva onde foi realizada a incisão tornando a coroa clínica aparente e o espaço biológico restabelecido (Figura 5).



Figura 5: Remoção da gengiva na face vestibular

Fizemos o afastamento dos retalhos com descolador de Free , e com uma broca esférica de haste longa 1014 foi realizado a osteotomia , mantendo 3mm de distancia do rebordo ósseo até o término do preparo protético, restabelecendo contorno fisiológico (Figura 6).



Figura 6 : afastamento dos tecidos para realizar osteotomia

Utilizamos a sutura simples na mesial e distal para coaptar as bordas do retalho (Figura 7-A) e não foi utilizado cimento cirúrgico , sendo irrigado com solução fisiológica a 0,9% ( Figura 7-B)

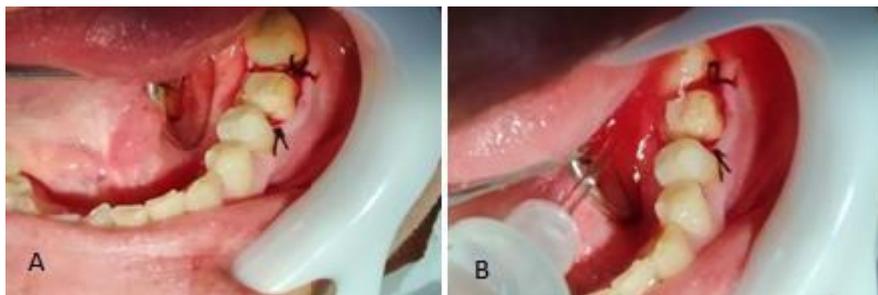


Figura 7 A : Aspecto final do preparo ; 7B: irrigação com soro fisiológico

Coroa provisória devidamente reembasada com resina acrílica e cimentada com hidróxido de cálcio (Figura 8) .



Figura 8 : aspecto final com coroa provisória

#### *Seguimento clínico e resultados*

Após 15 dias , remoção de sutura ,onde podemos ver clinicamente o tecido gengival saudável, programando no tempo devido a moldagem para confecção de prótese definitiva (Figura 9).



Figura 9 : aspecto após 15 dias

### **3- Discussão**

Baseado nas distâncias biológicas descritas por Garguiulo (1961) e Tristão (1992) se faz necessário a manutenção do espaço biológico afim de preservar e recuperar a estrutura dentária e os contornos subgengivais . Este relato de caso teve sua indicação em recuperar o espaço biológico perdido , afim de um preparo protético ideal .

O espaço biológico , recebe diferentes nomenclaturas , como , distância biológica , largura biológica ou tecidos supracrestais . Se localiza no ápice da crista óssea até a base do sulco gengival , onde há união do tecido gengival com a superfície dentária . Quando sua integridade é comprometida , há uma invasão de bactérias e um acúmulo de placa , ocorrendo a perda da integridade da relação fisiológica pré estabelecida.(3mm) (STOLL, 1997)

A cirurgia de aumento de coroa clínica é uma via para que possa ocorrer a realização de processos restauradores de regiões interproximais com excelência , gerando um contorno ideal e retenção adequada para a realização de preparos com terminos subgingivais (ANDRADE , 2002)

Para este caso , foi utilizada a técnica de retalho convencional , preservando o contorno da papila, com incisão em bisel interno , com a lâmina 15c , iniciando na margem gengival e terminando na crista óssea .De acordo com Tristão (1992) , essa técnica permite uma preservação maior da papila interdental , com isso gera menos desconforto ao paciente e melhor tempo de recuperação

A realização da osteotomia permite que o osso exposto pelo retalho seja remodelado dando estrutura óssea positiva para a gengiva (BORGHETT , 2011)

Ressaltamos que assim que foi concluída a osteotomia , foi reposicionado o retalho e suturado .

Acreditamos que a cirurgia de aumento de coroa clínica neste caso foi satisfatória , pois restabeleceu a distancia biológica de 3 mm, necessária para união dento gengival.

#### 4- Conclusão

Conclui-se que a cirurgia de aumento de coroa clínica foi eficaz no restabelecimento do espaço biológico , possibilitando um bom término gengival para a confecção do preparo protético e adaptação da coroa .

Referências Bibliográficas:

1. ANDRADE C.M , VIEIRA D. **Sorriso gengival: diagnóstico e possibilidades de tratamento. Só Técnicas Estéticas.** Vol 1 (2), p. 57-60, 2004.
2. BARBOZA ESP, MONTEALTO RF, FERREIRA VF, CARVALHO WR. Supracrestal gingival tissue measurements in healthy human periodontium.**Rev Int J Periodont Restor Dent.**Vol 2 (1) , pag 3-9 , 2008
3. CARRARO EAS. Procedimentos básicos em periodontia. **Rev Dental Press Periodontia Implantol** , Vol 2 (2) , pag . 41 – 53 , 2008 2008.
4. CHAMBRONE LA. Prevalência da doença periodontal no Brasil: um alerta aos cirurgiões-dentista. **Rev Odonto** , Vol 2 (5) , pag 339 -34 , 1993
5. DONOVAN TE , CHEE WW . Current concepts in gingival displacement. **rev Dent Clin North Am** . vol 2 (2) , pag 433-444 , 2004.
6. GUENES GMT, GUSMAO ES, LORETTO SC, BRAZ R, DANTAS EM, LYRA AMVC. Cirurgias periodontais aplicadas à dentística. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**Vol 2 (6) , pag 9-16 , 2006.
7. RISSATO M, TRENTIN MS. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora. **rev,RFO Passo Fundo** . Vol 2 (17) , pag . 234-239 , 2012
8. STOLL LB, NOVAES AB. Importância, indicações e técnicas do aumento de coroa clínica. **Rev Assoc Paul Cir Dent** . Vol 2(3) , p 269-73 , 2007
9. SUZUKI PH, VASCONCELOS AML, SEGUNDO AS, OLIVEIRA ACG, NEVES ANP, RASLAN SA. Valorizando o sorriso gengival: Relato de caso clínico. **Rev Inpeo de Odontologia.** Vol 2 (2) , p 41-56 , 2008
10. TRISTÃO GC. Espaço biológico: estudo histométrico em periodonto clinicamente normal em humanos. Tese (Doutorado) **Faculdade de Odontologia USP**, Vol 2 , p .362- 366 , 1992

## EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR SUPERIOR INCLUSO – RELATO DE CASO CLÍNICO

Gérya ROCHA<sup>1</sup>, Leonardo PEIXOTO<sup>2</sup>, Ana Paula DORNELLAS<sup>2</sup>, Elias Daruis Assad NETO<sup>2</sup> José Alberto Chiarelo TINOCO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. Gerya.rocha18@outlook.com

### RESUMO

Prevenção de saúde bucal, que é a base da odontologia moderna, também é a principal indicação para remoção dos elementos dentários inclusos, pois estes são as principais causas de patologias bucais, como pericoronarite, doença periodontal, carie e o desenvolvimento de cistos e tumores odontogênicos. A remoção dos terceiros molares é uma das práticas mais comuns realizadas nos consultórios dos cirurgiões bucomaxilofaciais, e a comunicação entre os profissionais, assim como prevenir possíveis acidentes trans e pós-operatório, que normalmente estão relacionados com as posições dentárias, foram criadas diversas classificações de dentes inclusos. As mais utilizadas entre os cirurgiões são as propostas por Winter e por Pell e Gregory. Neste estudo, nosso objetivo foi relatar a sequência cirúrgica utilizada para extração do terceiro molar superior incluso em uma paciente de 19 anos de idade, sexo feminino com finalidade ortodôntica. Após exame clínico e radiográfico, constatou a presença de todos os elementos dentários permanentes, não havendo nenhuma contra indicação sistêmica ou local. Foi realizada a cirurgia, e não houve nenhuma complicação pós-operatória. Diante disso, conclui-se que é indicada, a extração para evitar as complicações citadas anteriormente.

**Palavras Chave:** Dente Serotino; Dente Impactado; Cirurgia Bucal.

### Abstract

Prevention of oral health, which is the basis of modern dentistry, is also the main indication for the removal of the included dental elements, as these are the main causes of oral pathologies such as pericoronitis, periodontal disease, caries and the development of odontogenic cysts and tumors. The removal of third molars is one of the most common practices performed in the offices of oral and maxillofacial surgeons, and communication between professionals, as well as preventing possible trans and postoperative accidents, which are usually related to dental positions, have been created several classifications of teeth included. The most widely used among surgeons are those proposed by Winter and Pell and Gregory. In this study, our objective was to report the surgical sequence used for extraction of the included upper third molar in a 19-year-old female patient with orthodontic purpose. After clinical and radiographic examination, he found the presence of all permanent dental elements, with no contraindication to systemic or local indication. The surgery was performed, and there were no postoperative complications. Therefore, it is concluded that extraction is indicated to avoid the complications mentioned above.

**Key Words:** Molar, third, tooth, impacted, Surgery, Oral.

### 1- Introdução

Dente incluso ou retido é quando o órgão dentário que mesmo totalmente desenvolvido não erupcionou na cavidade oral, podendo se encontrar totalmente coberto por tecido ósseo e mucosa. (TRENTO et al., 2009).

A extração do terceiro molar incluso é uma técnica relativamente comum em pacientes jovens, podendo causar problemas a saúde bucal, riscos que indicam a extração. (SANTOS et al., 2005). Problemas no pós-operatórios como: dor, trismo, doenças periodontais, edemas, injúrias ao nervo alveolar inferior. (FLORES et al., 2007). Podem surgir de acordo com o grau de dificuldade.

Algumas variantes têm sido relacionadas às complicações, entre elas a idade do paciente (CAPUZZI et al., 1994; CHANG et al., 2007; HAUG et al., 2005), o uso de contraceptivos orais, a posição do dente, a experiência do cirurgião (CAPUZZI et al., 1994; JERJES et al., 2006), o tempo de cirurgia. Atenção aos detalhes cirúrgicos, incluindo o preparo do paciente, assepsia, manejo cuidadoso dos tecidos, controle da força aplicada com o instrumental, controle da hemostasia e adequadas instruções pós-operatórias reduzem o índice de complicações (MUÑOZ-GUERRA et al., 2006; SANTOS et al., 2005). Outras formas de prevenir ou reduzir complicações têm sido preconizadas como o uso de antibióticos, anti-inflamatórios e clorexidina. Considera-se que a melhor maneira de tratar uma complicação é prevenir que ela aconteça, no entanto, uma vez identificada, esta deverá ser efetivamente tratada. (JUNIOR et al., 2008).

O objetivo desse estudo foi descrever a sequência cirúrgica utilizada para extração do terceiro molar superior, trazendo conforto e saúde bucal ao paciente.

## 2 – Relato de caso

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Uma jovem de 19 anos de idade, sexo feminino, leucoderma, compareceu ao consultório odontológico para extração do terceiro molar incluso superior com finalidade ortodôntica.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Após anamnese e exame físico, verificou-se que a paciente não apresentava contra indicações locais ou sistêmicas para o procedimento, com a presença da dentição permanente completa.



Figura 1: Radiografia inicial, mostrando o elemento 28 incluso. Fonte: Autoria própria.

### *Intervenção terapêutica*

Como terapia pré-operatória foi administrada amoxicilina 1g e dexametasona 4mg 1 hora antes da cirurgia. No ato cirúrgico foi realizado antissepsia intra-bucal com solução de clorexidina 0,12% e extra oral solução de clorexidina 0,2%. Em seguida, a mesa clinica foi organizada (figura 2).



Figura 2: Mesa clínica para realização da técnica exodontica. Fonte: Autoria própria.



por posterior (figura 3A) e  
lina 2% com epinefrina

**A**

**B**

Figura 3A: Bloqueio do nervo alveolar superior posterior. Figura 3B: Bloqueio do nervo palatino maior.

A incisão foi do tipo envelope utilizando bisturi e lamina 12C (figura 4A) , deslocamento mucoperiosteio com o descolador de free (figura 4B).



Figura 4A: Incisão. Figura 4B: Descolamento.

Luxação foi feita através da alavanca seldin (bandeirinha) e posteriormente remoção do elemento dentario com forceps 18L (figura 5A-B). Foi feito a curetagem e irrigação com soro fisiologico do alveolo.



Figura 5A: Luxação. Figura 5B: Deslocamento do elemento dentário do alveolo com a própria alavanca.

Reposição dos tecidos através da sutura com dois pontos simples, utilizando fio de seda 3-0 (figura 6A-B) No pós-operatório foram prescritos: Amoxicilina 500mg 8/8 horas por 7 dias, nimesulida 100mg 12/12 horas por 3 dias e diporona 500mg 6/6 horas por 2 dias, em caso de dor.

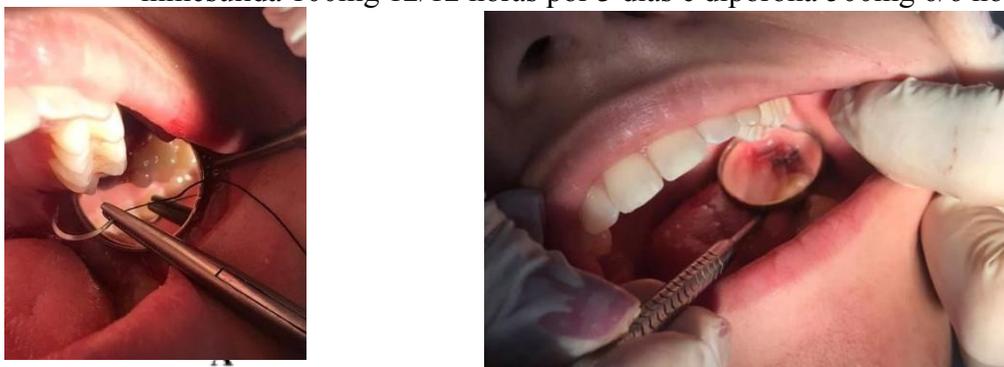


Figura 6A: Sutura com fio de seda 3-0.

A sutura foi removida 7 dias após a cirurgia, não havendo nenhuma complicação pós-operatória. (figura 7)



Figura 7: Remoção de sutura

### 3- Discussão

O objetivo desse estudo foi descrever a sequência cirúrgica utilizada para extração do terceiro molar superior, trazendo conforto e saúde bucal do paciente. O cuidado com a saúde bucal, que é o suporte da odontologia moderna, é fundamental a indicação da extração dos sisos retidos, pois estes poderão ser fatores causais de doenças bucais. (SANTOS et al., 2008).

Extração profilática destes elementos previne futuras complicações como: lesões periodontias, pericoronarites, tumores odontogênicos. (MATOS et al., 2007). Prevenir também reabsorções radiculares, cáries de segundos molares, cistos (NORMANDO et al., 2015).

O pré-operatório com corticosteroide é um tratamento com fármacos que é usado para reduzir edema, dor e trismo após exodontia de terceiros molares. Sua utilização no pré-operatório é uma forma para proporcionar maior conforto ao paciente. (VICENTE et al., 2013).

Terceiro molar presente pode promover a formação de cistos, associação com neoplasias (ameloblastomas e carcinomas), apinhamento dental e dor idiopática. (MARTINS et al., 2009). E o profissional ainda traria malefícios para o paciente se não indicasse a exérese do terceiro molar incluso, e se este fosse sujeito de um trauma que atingisse a mandíbula, onde já existe estudos que confirmam que a presença de terceiros molares aumenta a chance do paciente ter uma fatura de ângulo da mandíbula. Onde um dos argumentos para este quadro é a existência do dente incluso na mandíbula que ocupa o espaço do osso sadio, tornando-a mais delicado. (PORTO et al., 2008).

Portanto, a eficácia clínica da exodontia neste estudo mostrou-se satisfatório. Indica-se assim, tratamento em dentes inclusos pela técnica cirúrgica de forma profilática.

#### 4- Conclusão

Conclui-se, que a técnica cirúrgica se mostrou satisfatória e muito eficaz para tratar ou solucionar problemas inerentes ao dente incluso.

#### Referências Bibliográficas:

1. CAPUZZI P; MONTEBUGNOLI L; VACCARO MA. Extraction of impacted third molars. **Surg Oral Med Oral Pathol**. Vol. 77(4) p. 341-3, 1994.
2. CHANG SK; PERROTT DH; SUSARLA SM; DODSON TB. Age as a risk factor for third molar surgery complications. **J Oral Maxillofac Surg**. Vol. 65(9), p. 1685- 92, 2007.
3. FLORES J.A, MACHADO E, MACHADO P, FLORES F.W, MEZOMO M.B. Avaliação da prevalência de trismo em pacientes submetidos a exodontia de terceiros molares. **RGO**, Porto Alegre, vol. 55(1), p. 17-22, 2007.
4. HAUG RH; PERROT DH; GONZALES ML; TALWAR R. The American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Age-Related Third Molar Study. **J Oral Maxillofac Surg**. Vol 63(8), p. 1106-14, 2005.
5. JUNIOR W.P, NETO L.S.C, LEPORACE A.A, REPOPOAT A. Complicações associadas a cirurgia de terceiros molares: revisao de literatura. **Revista de Odontologia da Univesidade de São Paulo**, vol. 20(2) p. 181-5, 2008.
6. JERJES W; EL-MAAYTAH M; SWINSON B; BANU B; UPILE T; D'SAS; AL-KHAWALDE M; CHAIB B; HOPPER C. Experience versus complication rate in third molar surgery. **Head Face Med**. vol. 2(14), 2006.
7. MATOS A.F.S, VIEIRA L.E. Terceiros molares inclusos: revisão de literatura. **Rev. Psicol saúde e debate**, vol. 3(1) p. 34-49, 2017.
8. MARTINS M, GARCIA M.A.P, FERNANDES M.V, REIS E.M.F, VILELA R.R, AZEVEDO T.S, NETO J.E.R, KURIHARA W. Principais complicações clinicas odontológicas pós-operatórias da cirurgia de terceiro molar incluso/impactado. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, vol .9(2), p. 278- 284, 2010.

9. MUÑOZ-GUERRA MF, GONZÁLEZ-GARCIA R, CAPOTE AL, ESCORIAL V, GÍAS LN. Subperiosteal abscess of the orbit: an unusual complication of the third molar surgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** Vol. 102(5), p. 9-15, 2006.
10. NORMANDO D, Terceiros molares: extrair ou não extrair?. **Dental Press J Orthod.** Vol.20(4) p.17-8, 2015.
11. PORTOL G.G, VASCONCELOS B.C.A.E, CARNEIRO S.C.A.S, VASCONCELOS C.F.M, Princípios bioéticos na cirurgia de terceiro molar incluso em adolescentes e adultos jovens. **Revista Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac,** Camaragibe vol. 9(1), p. 103 - 114, 2009.
12. SANTOS D.R, QUESADA G.A.T. Prevalência de terceiros molares e suas respectivas posições segundo as classificações de Winter e de Pell e Gregory. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo- facial,** Camaragibe, vol. 9(1), p. 83-92, 2009.
13. SANTOS T.L, SANTOS W.J.L, LINS R.B.E, ARAÚJO L.F, MESQUITA B.S, SOBREIRA T. Qualidade de vida de pacientes submetidos a exodontia de terceiros molares, **Rev. Odontologica UNESP,** Araraquara, vol. 44(1), p. 1-8, 2015.
14. TRENTO C.L, ZINI M.M, MORESCHI E, ZAMPONI M, GOTTARDO V.D, CARIANI JP. Localização e classificação de terceiros molares: Análise radiográfica, **Interbio,** vol. 3(2), p. 18-26, 2009.
15. VICENTE A, NESI H, LOFFI A.O, Uso de corticosteroide no pré-operatório em cirurgia de terceiros molares. **Rev. bras. Odontol.** Rio de Janeiro, vol.70(1), p. 22-7, 2013.

## FECHAMENTO DE DIASTEMA COM RESINA COMPOSTA – RELATO DE CASO CLÍNICO

**Irnna DAUMAS<sup>1</sup>, Valber BENEVIDES<sup>1</sup>, Aron LUGON<sup>2</sup>, Elissa ROCHA<sup>3</sup>, Vanessa Ferreira da SILVA<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Acadêmico em Medicina Universidade Redentor – Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>3</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. irnna.lugon@hotmail.com

### RESUMO

A aparência tem forte influência na autoestima, sendo crescente a procura por um padrão facial estético e diante desses padrões a presença de diastema é considerada um problema comum e frequente. Os diastemas são espaços ou ausência de contato entre os dentes e são as queixas estéticas mais comuns. O presente trabalho relata um caso clínico utilizando a técnica restauradora direta com a utilização de resina composta para o fechamento de diastemas. Conclui-se que as restaurações diretas em resina composta se tornaram uma das opções principais para o fechamento de diastema de dente anterior reabilitando e reproduzindo a forma, tamanho e cor do dente de forma vantajosa e atingindo o objetivo funcional e estético da paciente.

**Palavras Chave:** Diastema; Estética; Restauração.

### ABSTRACT

Appearance has a strong influence on self-esteem, and the search for an aesthetic facial pattern is increasing, and in view of these patterns, the presence of diastema is considered a common and frequent problem. Diastemas are spaces or lack of contact between teeth and are the most common aesthetic complaints. This paper reports a case report using the direct restorative technique using composite resin for closure of diastema. It can be concluded that direct composite resin restorations have become one of the main options for closing anterior tooth diastema by rehabilitating and reproducing the shape, size and color of the tooth to an advantage and achieving the functional and aesthetic objective of the patient.

**Key Words:** Diastema, Esthetics, Dental Restoration.

### 1 – Introdução

A aparência tem forte influência na autoestima, sendo crescente a procura por um padrão facial estético e o principal meio pelo qual os indivíduos procuram o tratamento (GOYATÁ et al., 2017). Deste modo, novas técnicas e procedimentos vem sendo estudadas com o objetivo de atender as necessidades dos pacientes (CHIMELI et al., 2011).

Diante dos padrões estéticos a presença de diastema é considerada um problema comum e frequente. Diastema é classificado como “espaços interdentais que ocorrem nos arcos superior e inferior, tanto em dentes anteriores como em dentes posteriores, sendo mais frequentes em dentes anterossuperiores”, sendo fundamental uma boa avaliação acerca da origem da alteração para que se

planeje o melhor método de tratamento (GUERRA et al., 2017). Sabe-se que problemas oclusais como o

diastema estão intimamente relacionados com aspectos estruturais ósseos que fogem do padrão de normalidade, hábitos parafuncionais, entretanto, diastemas com origem genética ou étnica, caso não interfiram esteticamente e não gere incomodo ao paciente, não precisam de tratamento ortodôntico (CHIMELI et al., 2011).

Os sistemas de resinas compostas se apresentam como um bom método para atender as exigências estéticas desses pacientes, uma vez que possui uma diversidade de cores e translucidez, propiciando bons resultados no reestabelecimento estético em tempo hábil e com um baixo custo (GOYATÁ et al., 2017).

As resinas compostas permitem que o profissional escolha no momento da realização da restauração estética o melhor tipo de resinas composta, se adaptando a complexidade, cor e forma da dentição natural, favorecendo então o sucesso do tratamento e a satisfação do paciente (BERWANGER et al., 2016).

Portando, o presente trabalho tem como objetivo relatar através de um caso clínico a utilização de restaurações dentais em resina composta para o fechamento de diastema na região anterossuperior.

## 2– Relato de caso

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O Comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual a paciente foi atendida, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

*Informações do paciente:* Paciente, sexo feminino, 20 anos, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Nova Iguazu – campus V, em Itaperuna, relatando insatisfação com seus dentes alegando um “espaço entre seus dentes da frente e cor amarelada” com insegurança ao sorrir. Foram realizados exames clínico e radiográfico, onde constatou-se a presença de diastema entre os incisivos centrais superiores (11 e 21) (Fig. 1).



**Fig. 1:** Aspecto inicial do sorriso; presença de diastema entre os dentes 11 e 21. Fonte: Arquivo pessoal. Foi proposto o clareamento dental com a técnica associada seguido com fechamento do diastema dos incisivos centrais. Para isso inicialmente a paciente foi moldada com alginato (Jeltrate Plus, Dentsplay) e um modelo foi confeccionado com gesso pedra tipo IV (DentMix, Asfer) e tipo III (Herodent, Coltene) o

qual foi utilizado para a confecção de uma placa para clareamento caseiro que posteriormente foi usada com o peróxido de carbamida a 16% (Whiteness Perfect, FGM) . Foram realizadas também quatro sessões de clareamento de consultório com peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP 35%, FGM) associando a técnica de clareamento com o clareamento caseiro que foi utilizado por três semanas (Fig. 2), obtendo como resultado o padrão B1 (escala Vita Classical).



*Figura A*

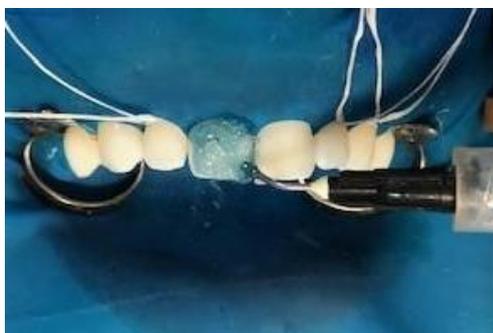


*Figura B*

**Fig.2:** Registro do padrão de cor dos dentes com escala Vita Classical): A) aspecto prévio ao clareamento (A3). B) aspecto ao final após as sessões de clareamento externo (B1). (Arquivo pessoal).

Quinze dias após o final do tratamento de clareamento externo, foi realizada a troca das restaurações e o fechamento do diastema. Foi realizado profilaxia dos elementos a serem restaurados utilizando taça de borracha e pedra pomes em baixa rotação. Em seguida foi feita a seleção da cor das resinas compostas através da inserção de um pequeno incremento de resina no dente sem condicionamento prévio, fotopolimerizado e observado em luz natural.

Sob isolamento absoluto, e sem nenhuma remoção de tecido hígido dentário os dentes 11 e 21 foram condicionados com ácido fosfórico 37% (Condac37, FGM) por 30 segundos (Fig.3A), lavados abundantemente e secados com leves jatos de ar. Seguiu-se com a aplicação do adesivo (Adper Single Bond, 3M), e fotopolimerização por 20 segundos (Fig.3B).



*Figura A*



*Figura B*

**Fig. 3: A:** Condicionamento com ácido fosfórico a 37% (Condac, FGM) **B:** Aplicação do sistema adesivo (Adper Single Bond, 3M) com auxílio do microbrush.

A inserção da resina foi realizada de forma incremental, onde uma fina camada da resina FORMA cor A1B (Ultradent) foi aplicada, por meio de espátulas, para reconstruir o esmalte palatino, possibilitando uma adequada anatomia palatina e foi realizada a polimerização por 20 segundos. Após uma segunda camada da mesma resina foi inserida para reconstituir a dentina artificial, sendo fotopolimerizada 40 segundos e a proteção dos dentes vizinhos assim como a confecção do ponto de contato foi realizada com fita matriz de poliéster (TDV). As últimas camadas de resina foram inseridas e texturizadas com auxílio de um pincel, a fim de reproduzir a superfície do esmalte vestibular e a lisura de superfície (Fig. 4).



**Fig. 4:** Inserção da resina FORMA A1B (Ultradent) com auxílio da espátula para resina e tira de poliéster (TDV).

Finalizada a restauração, o acabamento superficial foi realizado com pontas diamantadas de granulagem fina e extra-fina em alta rotação e pontas siliconadas (Enhance, Dentsply). A relação oclusal do dente reconstruído foi avaliada utilizando uma tira de carbono (Accufilm, Parkell) durante a oclusão cêntrica e movimentos látero-protusivos.

Em sessão seguinte, foi efetuado o polimento com discos de lixa (Diamond Pro, FGM), discos de feltro (Diamond Flex, FGM) e pasta de polimento diamantada (Diamond Excel, FGM). Ao final do procedimento obteve-se uma restauração da harmonia do sorriso do paciente (Fig. 5).



**Fig. 5:** Aspecto final dos incisivos centrais superiores após fechamento do diastema com resina composta direta.

### **3- Discussão**

As anomalias dentais mais comuns que podem interferir na harmonia do sorriso estão relacionadas com alterações na forma, tamanho, posição, cor e textura em dentes ântero-superiores (LOURO et al., 2009), como por exemplo os diastemas.

Na maioria das vezes os diastemas exigem uma abordagem multidisciplinar e o plano de tratamento deve ser traçado de acordo com a etiologia do problema de cada paciente para obter o bem estar estético e social (TOSTES, 2011).

As técnicas para reparar os diastemas devem ser escolhidas criteriosamente de acordo com o caso. A intervenção pode ser feita através da ortodontia, da prótese fixa e da resina composta direta. A primeira opção requer um tratamento a longo prazo, a segunda é um procedimento mais agressivo, sendo a terceira opção, com a resina composta a técnica mais conservadora e que tem evoluído muito na odontologia, apresentando vantagens como baixo custo e a reversibilidade (MENEZES et al., 2013) e por esse motivo foi a escolhida para este caso clínico.

Devido aos avanços da odontologia em relação ao seus conceitos, a procura por procedimentos menos invasivo cresceu e as resinas compostas evoluíram muito, por este motivo, esse material tomou lugar e passou a ser a primeira opção quando se trata de restauração direta, pois essa, apresenta muitas características satisfatórias como os diferentes graus de translucidez, opacidade e cor o que possibilita resultados estéticos muito bons (SILVA et al., 2008).

Além disso com um mínimo desgaste das estruturas, é possível a execução de restaurações que satisfaçam as necessidades estéticas dos pacientes, resgatando sua autoestima e devolvendo seu bem-estar (BUSATO et al., 2006). Porém nosso trabalho mostrou-se ainda com outra grande vantagem optando pela restauração em resina composta, pois nenhum desgaste precisou ser realizado na estrutura dentária e reestabeleceu a forma, função e a estética dental, contribuem para o sucesso clínico.

### **4- Conclusão**

As restaurações diretas em resina composta, associado com a evolução do sistema adesivo e dos materiais restauradores, se tornou uma das opções principais para o fechamento de diastema de dente anterior, reabilitando e reproduzindo a forma, tamanho e cor do dente de forma vantajosa pois apresenta baixo custo, técnica simples, podendo ser feita em única sessão, e especificamente nesse caso apresentou

grande vantagem uma vez que através da técnica utilizada não houve nenhum desgaste dental, atingindo o objetivo funcional e estético da paciente.

## 5- Referências Bibliográficas

- 1 - BERWANGER, Carolina, RODRIGUES, Roger Borges, EV, Laís Daniela, YAMITH, Angel, DENADAI, Guilherme de Andrade, ERHARDT, Maria Carolina Guilherme, COELHO-DE-SOUZA, Fábio Herrmann; Fechamento de diastema com resina composta direta - relato de caso clínico; **Rev Assoc Paul Cir Dent**, Vol. 70, nº 3, p. 317-22, 2016.
- 2 - BUSATO, A. L. S., MADECO, R. P., RESTON, E. G., BARBOSA, A. N., DO CARMO, M., DA COSTA, C. S., AROSSI, G.A.; Redução ou fechamento de espaços interdentários. **Stomatós**, v. 12, n. 22, 2006.
- 3 - CHIMELI, Talita Baumgratz Cachapuz, PEDREIRA, Ana Paula Ribeiro do Vale, SOUZA, Thais Carolini Ponsiano, MACIEL, Márcia, PAULA, Lílian Marly, GARCIA, Fernanda Cristina Pimentel; Tratamento restaurador de diastemas anteriores com restaurações diretas em resina composta: relato de caso; **Revista Dentística on line**; Vol. 10, nº 20, 2011.  
GOYATÁ, Frederico dos Reis, COSTA, Hoany Vieira, MARQUES, Luís Henrique Garcia, BARREIROS, Ivan Doche, LANZA, Célia Regina Moreira, NOVAES JÚNIOR, João Batista, MORENO, Amália; Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento dental em paciente jovem: relato de caso; **Arch Health Invest**; Vol. 6, nº, p. 408-413, 2017.
- 4 - GUERRA, Micaela Lorena Raposo Seixas, VENÂNCIO, Gisely Naura, AUGUSTO, Carolina Rocha; Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso; **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**; Vol. 27, nº 1, p. 63-68, 2017.
- 5 - LOURO, Renata Loureiro; GALAZI, Daniele Ribon; MOSCON, Rodrigo Malbar. Proporção áurea no restabelecimento de um sorriso harmonioso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, 2009.
- 6 - MENEZES, M.S.; DOS REIS, G.R.; BORGES, M.G.; RAPOSO, L. H. A. Transformação do sorriso por meio de fechamento de diastema utilizando resina composta nanoparticulada- relato de caso. **Full Dent. Sci**, v. 5, n. 17, p. 163-170, 2013.
- 7 - SILVA, J.M.F.; DA ROCHA, D.M.; KIMPORA.E.T.; UEMURA, E. S. Resinas compostas: estágio atual e perspectivas. **Revista Odonto**, v. 16, n. 32, p. 98-104, 2008.
- 8 - TOSTES, B. O., LIMA, A., BOSCO, Y.; Fechamento de diastema pela técnica indireta: caso clínico. **Revista Saúde-UNG**, v. 5, n. 2, p. 23-30, 2011.
- 9 - DE ARAUJO, Éder Paulino, et al. Fechamento de diastemas com restaurações diretas de resina composta – relato de caso clínico. 2009.
- 10 - MACIEL, Lílian Marly de Paula; GARCIA, Fernanda Cristina Pimentel. Tratamento restaurador de diastemas anteriores com restaurações diretas em resina composta: relato de caso. 2011.

## GENGIVOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL – RELATO DE CASO CLÍNICO

Isabella Barbosa Gomes COELHO<sup>1</sup>, José Alberto Chiarelo TINOCO<sup>2</sup>, Ana Paula DORNELLAS<sup>2</sup>, Vanessa Ferreira da SILVA<sup>2</sup>, Sarah Saraiva SORRENTINO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência: [isabellabarbosac@hotmail.com](mailto:isabellabarbosac@hotmail.com)

### Resumo

A Odontologia busca suprir as necessidades apresentando novos materiais e técnicas, como alternativas para o tratamento odontológico com finalidade estética. O desconforto pelo tamanho da gengiva em relação aos dentes tem levado pacientes a buscar alternativas para um sorriso bonito e harmonioso. O equilíbrio da relação dentogengival é fator de elevada importância na constituição de um sorriso estético e pode estar relacionado com a extensão do tecido gengival exposto. A gengivoplastia é um procedimento cirúrgico de remodelamento plástico da gengiva para restabelecer uma forma anatômica e contorno fisiológico adequados, visando facilitar os procedimentos de higiene bucal, bem como a obtenção de uma melhor estética. Neste sentido, este relato de caso busca apresentar a técnica de gengivoplastia realizada com paciente do sexo feminino, vinte e cinco (25) anos, descontente com o tamanho da gengiva e que procurou a Clínica Odontológica da UNIG em Itaperuna. O resultado foi satisfatório não só quanto a estética, mas também outros benefícios referentes a eliminação de margens espessas e remoção de crescimento gengival causado por processos inflamatórios, hormonais, congênitos ou induzidos por medicamentos.

**Palavras chave:** Gengivoplastia; Periodontia; Estética.

### Abstract

Dentistry seeks to meet the needs by presenting new materials and techniques as alternatives for dental treatment for aesthetic purposes. The discomfort with the size of the gum in relation to the teeth has led patients to look for alternatives for a beautiful and harmonious smile. The balance of the gingival relationship is a factor of great importance in the constitution of an aesthetic smile and may be related to the extent of exposed gingival tissue. Gingivoplasty is a surgical procedure of plastic remodeling of the gum to reestablish an appropriate anatomical shape and physiological contour, aiming to facilitate oral hygiene procedures, as well as to obtain better aesthetics. In this sense, this case report seeks to present the technique of gingivoplasty performed with a twenty-five (25) year-old female patient, unhappy with the size of the gum and who sought the UNIG Dental Clinic in Itaperuna. The result was satisfactory not only in terms of aesthetics, but also other benefits regarding the elimination of thick margins and the removal of gingival growth caused by inflammatory, hormonal, congenital or drug-induced processes.

**Keywords:** Gingivoplasty; Periodontics; Aesthetics.

### 1 – Introdução

A busca pelo sorriso bonito e harmonioso tem crescido muito nos últimos anos, onde pacientes tem percebido que a proporção dos dentes em relação à gengiva não são simétricos, ocasionando um certo desconforto. Por esse motivo, a busca por soluções que visam melhorar e corrigir as imperfeições dentárias tem se tornado tendência, onde tal objetivo pode também ser alcançado através de cirurgias plásticas periodontais (MARTINS, 2014).

A Odontologia busca suprir as necessidades apresentando novos materiais e técnicas, como alternativas para o tratamento odontológico com finalidade estética. Na Periodontia, técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas como alternativas para este tipo de terapia, pois um sorriso agradável é parte fundamental e indispensável na composição do aspecto geral do indivíduo. O equilíbrio da relação dentogengival é fator de elevada importância na constituição de um sorriso estético e pode estar relacionado com a extensão do tecido gengival exposto (SOUSA *et al.*, 2010).

Segundo Duarte *et al.*, (2015) a gengivoplastia é um procedimento cirúrgico de remodelamento plástico da gengiva para restabelecer uma forma anatômica e contorno fisiológico adequados, visando facilitar os procedimentos de higiene bucal, bem como a obtenção de uma melhor estética. Sousa *et al.*, (2010) retrata que a gengivoplastia tem sido uma alternativa às terapias estéticas, para os casos de excesso do tecido gengival em que não há presença de doença periodontal.

O objetivo do presente estudo foi descrever o tratamento da realização da gengivoplastia para a correção do sorriso gengival em paciente do sexo feminino com idade de 25 anos.

## **2– Relato de caso**

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY *et al.*, 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Paciente adulto, sexo feminino, 25 anos, compareceu a clínica da UNIG com a queixa principal de excesso de gengiva.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Durante a anamnese, a paciente relatou grande descontentamento com relação ao seu sorriso gengival e ao comprometimento estético que o mesmo lhe causava (figura 1).



Figura 1: A e B: Fotografias iniciais da paciente para a técnica de gengivoplastia na Clínica Odontológica da UNIG, em Itaperuna – RJ. Autoria própria.

Ao exame periodontal, foi constatada a presença de coroas curtas com excessivo tecido gengival na região anterior da maxila (elementos 12 ao 22), não apresentando placa visível e sangramento marginal e a sondagem.

Devido às características clínicas e anatômicas do contorno gengival, foi indicada a técnica da gengivoplastia, levando em conta que a paciente se apresentava com saúde periodontal, profundidade de sondagem e nível de inserção adequados para a realização de tal procedimento cirúrgico (figura 2).



Figura 2: Exame periodontal, profundidade de sondagem e nível de inserção adequados. Autoria própria.

### *Intervenção terapêutica*

Após anestesia da região, foi realizada a demarcação da profundidade de sondagem com sonda periodontal milimetrada, que possui por objetivo marcar no epitélio externo gengival os pontos sangrantes que irão orientar a linha da incisão (figura 3).



**D**

Figura 3: Demarcação dos pontos sangrantes para orientação da linha de incisão. Autoria própria.

Em seguida, com cabo de bisturi acoplado a uma lâmina 15C (figura 3), foram realizadas as incisões (figura 4). Após as incisões (figura 5), o tecido gengival foi removido com auxílio de uma cureta de McCall 13/14. Posteriormente, para o controle do sangramento foi efetuada uma compressão com gaze e solução de cloreto de sódio 0,9% estéreis.



Figura 4: Mesa clínica para a realização da técnica. Autoria própria.



Figura 5: Sequência de incisões dos elementos A = 21, B = 22, C = 11 e D = 12. Autoria própria.



Figura 6: Finalização das incisões nos elementos descritos. Autoria própria.

### 3- Discussão

O emprego de técnicas cirúrgicas periodontais com a finalidade estética vem crescendo muito nos últimos anos, pois garante qualidade de vida e bem-estar ao paciente, além da melhoria da autoestima (SOUSA et al., 2010). O que vem potencializado a odontologia a desenvolver e apresentar novos procedimentos, buscando principalmente a melhoria da estética dentofacial.

Morley e Eubank (2001) apontam alguns aspectos fundamentais para o exame completo e adequado do lábio na avaliação estética do paciente periodontal, como a simetria facial, linha do sorriso alta e baixa, simetria dos lábios/face e exposição gengival quando sorrindo, altura e harmonia das margens gengivais, tamanho e proporção dos dentes, dentre outros, também devem ser registrados.

Caudill (2001) dispõe que durante o sorriso, as coroas destes dentes e 1 a 3 milímetros de gengiva inserida, ressaltando a gengiva interdental, assim como a borda da gengiva livre ao redor da margem cervical dos dentes, devem ficar evidentes. Porém, em alguns casos, situações clínicas apresentam paciente com um sorriso alto, expondo o tecido gengival pela presença de grande porção de gengiva, o que caracteriza o “sorriso gengival” (CAUDILL, 2001).

A escolha da técnica ou do tratamento para diminuir a quantidade de gengiva exposta e melhorar a forma e o contorno dos dentes anteriores, vai de acordo com as características anatômicas do paciente, pois grande quantidade de tecido gengival exposto pode ser decorrente de proeminência maxilar (SOUSA et al., 2010). Mediante ao exposto por Caranza (1997) a técnica de gengivoplastia constitui em um procedimento cirúrgico de modificação do contorno gengival, usado em caso de ausência de bolsa periodontal. Onde a gengivoplastia visa a diminuir a margem gengival, criando contorno gengival recortado, afinando a gengiva inserida, criando sulcos interdentais verticais e remodelando a papila interdentária para criar

espaço para a passagem de alimentos. Além disso, melhora a estética, motivo principal da procura por estas cirurgias.

Outros autores corroboram com a importância deste tratamento, não só para fins estéticos, mas também tem indicação para eliminação de bolsas supra-ósseas ou falsas bolsas, crateras interproximais gengivais, aumento de coroa clínica, eliminação de margens espessas e remoção de crescimento gengival causado por processos inflamatórios, hormonais, congênitos ou induzidos por medicamentos (RAMFJORD, ASH, 1982; TOWNSEND, 1993).

No presente caso clínico, o descontentamento da paciente era em relação a estética quanto ao tamanho da gengiva. O botox não seria uma boa opção pois havia desnivelamento da arquitetura gengival. Durante o exame periodontal, foi constatada a possibilidade de execução da técnica da gengivoplastia que tem como vantagens melhorar a estética, remodelar a arquitetura gengival, devolver proporção áurea a coroa clínica dos elementos envolvidos, resultando em um sorriso harmonioso.

#### 4. Conclusão

Mediante ao exposto e a realização da gengivoplastia, podemos inferir que esta técnica parece ser eficiente não só para a melhoria da estética do paciente, mas também para trazer outros benefícios, como a eliminação de bolsas supra-ósseas ou falsas bolsas, crateras interproximais gengivais, eliminação de margens espessas e remoção de crescimento gengival causado por processos inflamatórios, hormonais, congênitos ou induzidos por medicamentos.

#### Referências Bibliográficas:

1. AMORIM LOPES JC, LOPES RR, SANTOS SC. **Cirurgia plástica periodontal empregada na correção do sorriso gengival. Relato de casos.** J Bras Odontol Clin 1999.
2. CARRANZA FA, TAKEI HH. **Cirurgia mucogengival.** In: Carranza FA, Newman MG. Periodontia clínica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
3. CAUDILL RE. **Periodontia estética (cirurgia plástica periodontal)** In: Wilson TG, Kornman KS. Fundamentos de periodontia. 1ª ed. São Paulo: [s.n.]; 2001
4. DUARTE, Cesário Antonio; PEREIRA, Carlos Augusto; CASTRO, Marcos Vinícius Moreira de. **Gengivectomia e gengivoplastia.** In: *Cirurgia periodontal*[S.l: s.n.], 2015.
5. GRANT DA, Stern IB, Everett FG. Gengivectomy and gengivoplasty. In: Periodontics: a concepttheory and practice. 4ª ed. St Louis: C.V. Mosby; 1979. Cap.28. p.446-72.
6. MARTINS, Sâmela. **Gengivectomia e gengivoplastia: relato de caso.** XXIV Mostra de Iniciação Científica. Universidade Passo Fundo. 2014.
7. MORLEY J, EUBANK J. **Macroesthetic elements of smile design.** J Am Dent Assoc 2001.
8. RAMFJORD SP, ASH MM. **Gingivectomia.** In: Periodontologia y periodoncia. 1ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1982.
9. SOUSA, Clíciane Portela; GARZON, Ana Carolina da Mata; SAMPAIO, José Eduardo César. **Estética periodontal: relato de um caso. Revista Internacional de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial**, v. 1, n. 4, 2010.

10. SOUSA, Silas Junior Boaventura et al. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso gengival associada a restaurações em resina composta: Relato de caso clínico. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 19, n. 51, 2011.

## FRENECTOMIA LINGUAL – RELATO DE CASO CLÍNICO

Izabella Maria Castilho MATTOS<sup>1</sup>, Ana Paula DORNELLAS<sup>2</sup>, Leonardo Tavares PEIXOTO<sup>2</sup>, Elias Daruis Assad NETO<sup>2</sup>, José Alberto Chiarelo TINOCO<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. izabella-mattos@hotmail.com

### RESUMO

O freio da língua é uma pequena prega de mucosa mediana que conecta metade da face sublingual ao assoalho da boca, afetando os movimentos e funções da língua. As alterações orofaciais variam de acordo com o grau de alteração do freio lingual. O objetivo desse estudo foi relatar um caso de anquiloglossia em um paciente jovem, sendo tratado com a cirurgia de frenectomia, onde foi removido tecido mucoso e tecido conjuntivo fibroso e fibras, liberando a língua para realizar seus movimentos. Paciente de 20 anos de idade, sexo masculino, compareceu a Clínica Odontológica da Unig – Campus V, Itaperuna RJ, queixando-se de língua presa, dificuldade na pronúncia de alguns fonemas, mobilidade da língua e mastigação, sendo diagnosticado com anquiloglossia, freio lingual curto, inserido no meio da face lingual. Quando modificado pode ser composto por mucosa, tecido conjuntivo fibroso denso e fibras superiores do músculo genioglosso. Pode ser classificado como curto, com inserção anteriorizada, ou curto e com inserção anteriorizada. Foi realizada neste paciente a cirurgia de frenectomia, sendo um procedimento seguro, eficaz e com poucas complicações, sendo recomendada sua indicação, logo assim que for diagnosticado. Portanto conclui-se que a cirurgia de frenectomia parece ser o mais eficaz para o tratamento de pacientes com anquiloglossia. Melhorando mobilidade e postura da língua, bem como suas funções e produção da fala.

**Palavras Chave:** Anquiloglossia; Freio Lingual; Procedimentos Cirúrgicos Menores

### Abstract

The tongue bridle is a small fold of the median mucosa that connects half of the sublingual face to the mouth floor affecting the tongue movement and functions. The orofacial modifications vary according to the degree of change of the tongue bridle. The aim of this study was to report a case of ankyloglossia in a young patient being treated with frenectomy surgery where mucous tissue, fibrous connective tissue and fibers were removed, freeing the tongue to perform its movements. 20-year-old male patient attended to Dental Clinic of Unig - Campus V, Itaperuna RJ, complaining of "stuck tongue". difficulty in pronouncing some phonemes, poor mobility of the tongue and chewing, being diagnosed with ankyloglossia, short lingual brake inserted in the middle of the lingual face. When modified it may consist of mucosa, dense fibrous connective tissue and superior fibers of the genioglossus muscle. It can be classified as short, with anterior insertion or as short and with anterior insertion. Frenectomy surgery was performed on the patient for being a safe, effective procedure with little chance of complication, and its indication is recommended as soon as it is diagnosed. Therefore, it can be concluded that frenectomy surgery seems to be the most effective for the treatment of patients with ankyloglossia. Improving tongue mobility and posture as well as its functions and speech production.

**Key Words:** Ankyloglossia; Lingual Frenum; Minor Surgical Procedures

## 1 – Introdução

O frênulo ou freio lingual, é uma estrutura anatômica, que se apresenta alongada no assoalho da boca quando a ponta da língua é elevada ao palato. Quando modificado, pode ser composto por mucosa, tecido conjuntivo fibroso denso e fibras superiores do músculo genioglosso (DE OLIVEIRA et al., 2017). Essa alteração é denominada clinicamente pelo termo anquiloglossia e vulgarmente por língua-presa. Quando não tratada pode gerar problemas na fala, preservação da higiene oral, problemas de comportamento causando constrangimento social durante a infância e adolescência (VIEIRA, 2012) e também dificuldade na mastigação e movimentação da língua (RIBEIRO et al., 2016).

Grande parte dos cirurgiões-dentistas prefere por realizar a frenectomia com objetivo de resolver os impactos da anquiloglossia, cirurgia onde se faz a incisão do freio lingual. (RIBEIRO et al., 2016). Com a incisão da inserção do tecido conjuntivo fibroso na base da língua de forma transversa, acompanhada de um fechamento em sentido linear, o que libera totalmente a porção anterior da língua (HUPP et al., 2015).

A frenectomia é o procedimento mais comum e efetivo para melhorar a mobilidade e a postura da língua, assim como suas funções, incluindo a produção da fala, postura dos lábios (MARCHESAN et al., 2012).

Diante disso, o objetivo desse estudo foi relatar a execução da cirurgia de frenectomia, com finalidade de solucionar danos gerados pela anquiloglossia, com a remoção do tecido mucoso que compõem o freio, o que libera a língua para realizar todos os movimentos representativos.

## 2– Relato de caso

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Paciente de 20 anos de idade, sexo masculino, caucasiano, compareceu a Clínica Odontológica da UNIG - Campus V em Itaperuna – RJ, queixando-se de “língua presa”.

### *Achados clínicos*

Ao exame clínico intraoral, constatou-se que a anatomia do freio lingual limitava os movimentos da língua, dificultava a sua protrusão ao palato e atrapalhava a pronuncia de alguns fonemas, o mesmo foi classificado como curto, inserido no meio da face sublingual (Figura 1). Não foi relatada nenhuma doença sistêmica, que contra indicasse a cirurgia, então se optou pela frenectomia lingual.



Figura 1: Foto inicial, aspecto da língua antes da cirurgia. Fonte: Autoria própria.

Considerando os aspectos clínicos chegou-se ao diagnóstico de anquiloglossia.

### Intervenção terapêutica

Inicialmente aplicou-se anestésico tópico sublingual (Benzocaína) com auxílio de um cotonete (Figura 2-A), por 3 minutos, seguido de anestesia local, sendo realizada a técnica infiltrativa regional do nervo lingual, bilateralmente (Figura 2-B). Foram utilizados 2 tubetes de anestésico, lidocaína à 2% mais epinefrina 1:1000.000 (Alphacaine 100-DFL), acompanhada de infiltrações locais para atingir a hemostasia da região. Foram utilizadas duas pinças hemostáticas Kelly para segurar o freio lingual (Figura 2-C).



Figura 2: A- Aplicação de anestésico tópico; B- Anestesia do nervo lingual, bilateral; C- Freio lingual sendo segurado por duas pinças hemostáticas. Fonte: Autoria própria.

Enquanto se realizava uma incisão paralela a ele, executada com uma lâmina de bisturi número 15 (Figura 3-A), seguida de divulsão do tecido fibroso, até ligar as incisões, com muita cautela para não afetar nenhum vaso sanguíneo e preservar a integridade dos ductos de Warton (Figura 3-B). As partes mais laterais das incisões foram também divulsionadas a fim de permitir a ligação das extremidades com a sutura. Foi realizada a sutura, em ponto simples (Figura 3-C), foi utilizado fio de seda 3.0 (Technew agulha ½ CT 1,7cm). Recomendou-se ao paciente repouso, dar preferência por alimentos líquidos e/ou pastosos e em baixa temperatura. Para controle da dor e inflamação foi receitado Nimesulida 100mg de 12 em 12 horas.



Figura 3: A- Incisão do freio lingual com um bisturi e lâmina 15; B- Freio lingual após divulsão do tecido fibroso; C- Aspecto da língua após sutura. Fonte: Autoria própria.

### Seguimento clínico e resultados

Após sete dias, o paciente voltou para remoção da sutura, onde podemos avaliar o processo de cicatrização dentro dos princípios de normalidade (Figura 4-A). A língua obteve plena capacidade de movimentar-se, não estando mais limitada pelo freio lingual ao assoalho da boca. O paciente relatou que o pós-operatório não apresentou nenhuma complicação ou intercorrências devido ao procedimento cirúrgico. O paciente retornou um mês após a cirurgia para acompanhamento (Figura 4-B).



Figura 4: Pós-operatório. A- Processo de cicatrização, com sete dias pós-operatório; B- Aspecto da língua com trinta dias pós-operatório. Fonte: Autoria própria.

### 3- Discussão

Baseados em estudos de Marchesan et al., (2012) nos propomos a investigar se a frenectomia seria realmente eficaz para resolver os problemas na mobilidade e postura da língua, assim como suas funções, fala, fonação e deglutição. E o principal achado foi que após a cirurgia todos os indivíduos se mostraram com a ponta da língua de forma modificada, e assim com os tais movimentos restabelecidos, de acordo com a normalidade.

No caso clínico apresentado, o paciente tinha 20 anos de idade e queixava-se de “língua presa”. A conduta clínica foi realizada levando em consideração não somente a autoestima do paciente, mas também visando melhoria em suas funções orofaciais. Melo et al., (2010) relataram ótimos resultados após a frenectomia lingual, onde adquiriu a devolução das funções da língua ao sistema estomatognático, a língua foi avaliada e observou melhora em sua movimentação, o que sugeriu um excelente prognóstico para o caso avaliado.

Encontramos na literatura diferentes tipos de diagnósticos, os médicos, constantemente, costumam a indicar o tratamento de um freio lingual com inserção curta a menos que exista complicações óbvias na fala ou na amamentação (MARCHESAN 2004). Encontra-se importante contradição entre os profissionais da saúde em relação a que maneira classificar um freio como normal ou alterado da mesma maneira em relação à indicação ou não de cirurgia (BRITO et al., 2008).

Ressaltamos que com um diagnóstico precoce da anquiloglossia, o paciente teria passado por uma cirurgia mais simples, conhecida como frenulotomia. Martinelli et al., (2013) relata sobre o Teste da Linguinha, inscrito na Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014, que obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em bebês, a fim de realizar um diagnóstico precoce de anquiloglossia em bebês e uma adequada indicação de tratamento quando necessário. O teste pode ser executado por profissionais qualificados da área da saúde, como pediatras, fonoaudiólogos e cirurgiões-dentistas.

Kotlow (1999) propôs uma avaliação quantitativa para anquiloglossia com base no comprimento da língua em milímetros, utilizou-se a medida de Boley, medindo seu comprimento desde a inserção do freio em sua base, até a ponta da mesma. O autor, conceitua uma língua com mobilidade normal, aquela que no valor da medição for maior ou igual a 16mm, considerando classe I como anquiloglossia suave, com medidas de 12 a 16mm, classe II como moderada, com medidas de 8 a 11mm, classe III como severa, com medidas de 3 a 7mm e classe IV como anquiloglossia completa, com medidas menores que 3mm. Na classificação de Coryllos et al., (2004), é também medido o comprimento desde a inserção do freio em sua base, até a ponta da mesma, porém ele diferencia a anquiloglossia em quatro tipos de gravidade, tipo I como ligeira, tipo II como moderada, tipo III como grave e tipo IV como completa. Ele afirma que o tipo I e II são as mais comuns, e de maiores incidências, já a III e IV, são mais raras e de diagnóstico mais difícil. Não se encontram normas universais para estipular quando a intervenção cirúrgica deve ser realizada, e sim um aconselhamento que seja feito ainda quando bebê. A cirurgia conseguiu devolver a este paciente grande parte das funções normais da língua, pois o mesmo possuía freio lingual curto. A cirurgia foi realizada com bisturi, mas sugerimos estudos com a frenectomia sendo realizada a laser, no qual é

possível obter melhores resultados no trans e pós-operatório, onde normalmente os sintomas pós-operatórios e de reicidiva, são quase ausentes.

#### 4- Conclusão

Conclui-se que a cirurgia de frenectomia foi capaz de devolver parte das funções, movimentos e postura da língua, assim como a comunicação verbal.

#### Referências Bibliográficas:

1. BRITO, S. F, MARCHESAN I. Q, BOSCO C. M, CARRILHO A. C. A, REHDER MI. Frênulo Lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudióloga, odontológica e otorrinolaringológica. **Rev CEFAC**, Vol.10(3) p.343-351, 2008.
2. CORYLLOS, E., GENNA, C., SALLOUM, A. Congenital Tongue-Tie and its Impact on Breastfeeding. **American Academy of Pediatrics Sections Breastfeeding**. Best for baby and mother. Vol.6(1), 2004.
3. DE OLIVEIRA, D.V, ALBUQUERQUE G.C, MARTINS V.B, GONÇALVES F.C, ARANTES PH, Anquiloglossia, tratamento cirúrgico: Relato de caso clínico. **Revista de Ciências da Saúde da Amazônia**. (1), p.76-82, maio 2017.
4. HUPP J. R, EDWARD E.III, MYRON R.T. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. Editora Elsevier. Vol.6, p.2-274, abril de 2015.
5. KOTLOW, L.A. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. **Quintessence Int**. Vol.30(4), p.259-62, 1999.
6. MARCHESAN, IQ. Lingual frenulum: classification and speech interference. **Int J Orofacial Myology**. Vol.8, p.30-31, 2004.
7. MARCHESAN I.Q, MARTINELLI R.L.C, GUSMÃO R.J. Frênulo lingual: modificações após frenectomia. **J Soc Bras Fonoaudiol**. Vol.24(4), p.409-12, 2012.
8. MARTINELLI R. L. C, MARCHESAN IQ, BERRETIN-FELIX G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. **Rev Cefac**. Vol.15(3), p.599-610, 2013.
9. MELO NS. F. O, LIMA AA. S, FERNANDERS A, SILVA RP. G. V. C, Anquiloglossia: relato de caso. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**. Vol.8(1), p.102-107, 2011.
10. RIBEIRO F.P, SIMONETTI ZP. R.C, SANTOS A.S, BELÉM L.C, RESENDE G.B. Frenectomia lingual em paciente pediátrico: Relato de caso clínico. **Revista da Academia Brasileira de Odontologia**. Vol.5(1), p.370, julho de 2016.
11. VIEIRA JI.M.P. Tecnologia Laser em Medicina Dentária - Frenectomia em Foco. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, 2012.

## FRENECTOMIA LINGUAL – RELATO DE CASO CLÍNICO

**João Antônio B. LIMA<sup>1</sup>, Silmar ANTUNES<sup>2</sup>, Ana Paula DORNELLAS<sup>2</sup>, José Alberto C. TINOCO<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Odontologia. Universidade Iguazu Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. joaoantoniiiio@hotmail.com

### RESUMO

A anquiloglossia, popularmente conhecida como língua presa, é constituída por um tecido conjuntivo fibroso e muitas vezes por fibras superiores do músculo genioglosso, que forma uma prega mucosa curta que conecta a língua ao soalho de boca. Essa alteração faz com que os indivíduos apresentem dificuldades ao realizarem movimentos com a língua, como a elevação, dificuldade na fonética, sucção e muitas vezes também podem interferir no posicionamento dos dentes anteriores inferiores, daí a necessidade de correção que é realizada por meio de uma cirurgia denominada de frenectomia lingual cujo objetivo é fazer com que a língua tenha uma movimentação adequada, uma fonética correta e evitar que ela interfira no posicionamento dos dentes anteriores inferiores. O objetivo deste trabalho é apresentar através de um relato de caso a frenectomia lingual de uma adolescente de 17 anos, que compareceu a clínica da Universidade Iguazu – campus V, contendo língua presa como é popularmente chamada a anquiloglossia.

**Palavras Chave:** Anquiloglossia, Língua Presa, Frenectomia

### ABSTRACT.

Ankyloglossia, popularly known as the stuck tongue, is made up of a connective fiber and often superior fibers of the genioglossus muscle, which forms a short mucosa that connects the tongue to the floor of the mouth. This makes the tongue has a tongue, such as up the tasks are the tongue, suction and many lies may be may are interfering the correct the down the dispensers of the previous dispensing the dispensation of current surgery called lingual frenectomy whose purpose is to do ensure that the tongue has a proper situation, correct phonetic and prevent it from interfering. The present paper is presented through a case report of lingual frenectomy of a 17 - year - old adolescent who compares a clinic at the University Iguazu - campus V, which is already a popular form of ankyloglossia.

**Key Words:** Ankyloglossia, Tongue Stuck, Phrenectomy

### 1 – INTRODUÇÃO

O freio lingual, ou frênulo da língua trata-se de uma prega de túnica mucosa que passa da gengiva para a face pósterio-inferior da língua e recobre a face lingual da crista alveolar anterior, constituída basicamente de um tecido conjuntivo fibroso e também por algumas fibras superiores do músculo genioglosso, é esse freio que conecta a face inferior da língua ao assoalho de boca permitindo assim a movimentação da mesma e por não se tratar de um músculo não possui origem e inserção. À medida que vai acontecendo o crescimento ósseo, esse freio migra da posição que ocupava quando o indivíduo era

recém-nascido que era do ápice da língua até a base do processo mandibular alveolar e vai para a posição central, que corresponde a sua posição definitiva. (BRAGA et al., 2009; BRITO et al., 2008).

Alguns indivíduos possuem esse freio lingual curto e grosso, o que denominamos de anquiloglossia ou vulgarmente chamado de língua presa. A anquiloglossia nada mais é do que uma anomalia congênita, que pode causar dificuldades ao realizarem movimentos com a língua, como a elevação da mesma, dificuldade na fonética, as alterações mais comumente encontradas na fonética são distorções dos fonos [s] e [z], sucção e muitas vezes podem interferir no posicionamento dos dentes anteriores inferiores. Ainda não se sabe o fator etiológico exato da anquiloglossia, mas estudos apontam que há indícios de fatores hereditários por parte parentes próximos como mãe e pai. Sabe-se que estudos apontam predisposição maior em meninos do que em meninas e mães que são usuárias de cocaína possuem a possibilidade três vezes maior de gerarem filhos com anquiloglossia (XAVIER, 2014; BRAGA et al., 2009).

A necessidade cirúrgica da remoção do freio lingual tornou-se um procedimento muito comum. Com esse método podemos desenvolver no paciente uma possível melhoria na fala, movimentação, sucção entre outros, sendo permitida em qualquer idade desde o nascimento. Sendo ainda de extrema importância para o recém-nascido para que seja possível a movimentação da língua para o desenvolvimento do sistema estomatognático. (MARTINS et al., 2016; POMPÉIA et al., 2017).

Contudo, o objetivo desse estudo é descrever através de relato de caso a técnica escolhida para a remoção do freio lingual diagnosticado tardiamente e a possibilidade da utilização de outras técnicas alternativas para este procedimento, proporcionando assim um melhor conforto ao paciente.

## **2– RELATO DE CASO**

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do *CARE guideline* (RILEY et al., 2017). O Comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A responsável assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Uma adolescente de 17 anos de idade, do sexo feminino, melanoderma, compareceu a clínica de odontologia da Universidade Iguazu – Campus V para um exame de rotina, diante da anamnese foi relatada pela mesma que ela apresentava uma dificuldade na fonética e também movimentação da língua. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Ao exame clínico foi observado que a paciente não conseguia uma total protrusão da língua para fora da cavidade oral, e pode-se observar também um freio lingual bem inserido ao assoalho de boca. (Figura 1A - B).

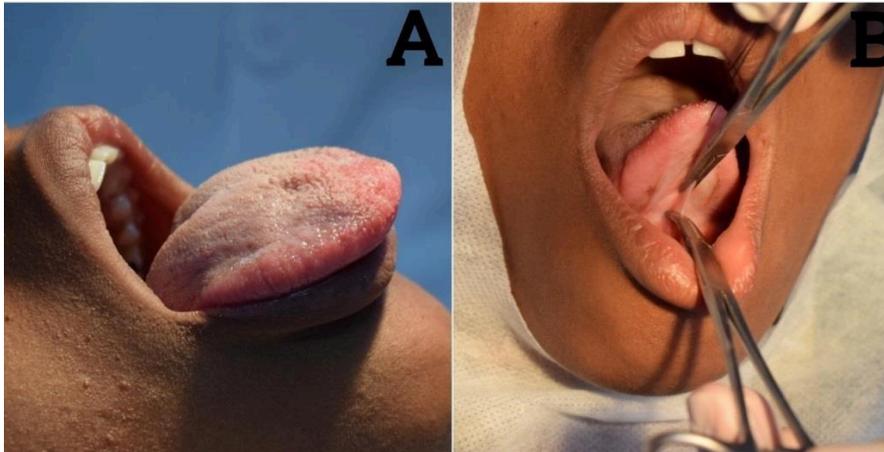


Figura 3A: Fotografia inicial mostrando a paciente protruído a língua. B: imagem do freio lingual da mesma, pinçado. Considerando os aspectos clínicos pode-se chegar à conclusão do diagnóstico de anquiloglossia.

### *Intervenções terapêuticas*

Antes da intervenção cirúrgica, foi feita uma raspagem dos dentes de ambas as arcadas e uma profilaxia com pedra polmes. Feito isso realizamos a anestesia local da paciente e o transpasse de um fio de seda 3.0 no ápice da língua para que obtivéssemos um maior controle sobre a língua para posterior realização da incisão. (Figura 2A -B).

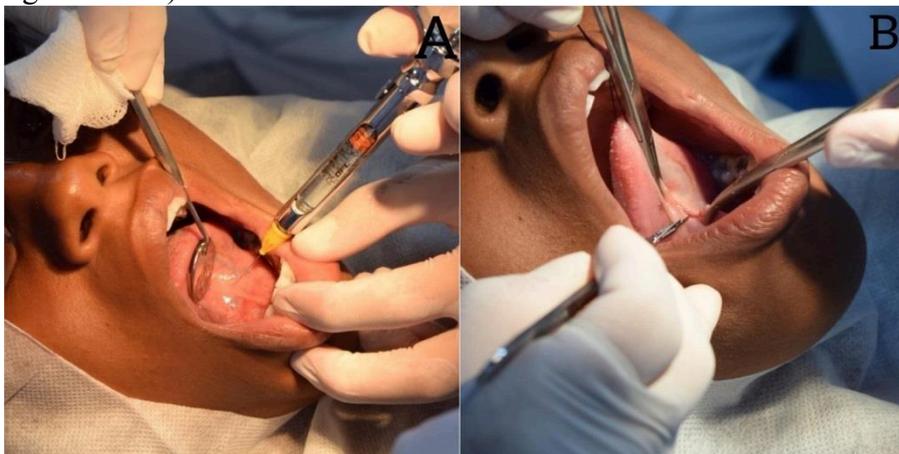


Figura 4A: Realização da anestesia próximo ao freio. B: Pode-se observar o fio já transpassado no ápice da língua e a realização da incisão do freio com a lâmina de bisturi 15C.

Após a incisão foi observado que o freio que era curto estava incisado e consequentemente de certa forma estava removido, e após isso foi realizada a sutura com o fio de seda 3.0.

Figura 5A: Imagem após a incisão. B: Após o procedimento foi feita a sutura com fio de seda 3.0

*Seguimento  
clínico e  
resultados*

Decorreu  
feita a



ente retornou para que fosse

Figura 6: Resultado final

### 3- Discussão

Baseados em estudo de (Martins et al., 2016) podemos perceber que o procedimento cirúrgico realizado em uma só consulta tem sido simples e eficaz, e com a colaboração no pós-operatório, logo podemos perceber uma melhoria na fala. O principal achado após uma semana de acompanhamento foi no desenvolvimento da fala que posteriormente também contribuiu para outras funções do sistema estomatognático. (CIELO et al., 2016).

No caso descrito, a paciente de apenas 17 anos relatava muito incomodo na fonética e diante de um exame de rotina no cirurgião-dentista pode-se observar a etiologia dessa fonética deficiente para posterior tratamento. Para melhores resultado poderíamos com o auxilio de fonoaudiólogo, o que demandaria mais tempo e um tratamento mais longo. Diante disso optou-se pelo tratamento cirúrgico convencional, com

bisturi simples, mesmo sabendo que hodiernamente existem os bisturis elétricos, ate mesmo os lasers o que proporcionaria um melhor pós-operatório aos pacientes (CARDOSO et al., 2016).

Diante do descrito sabemos que a técnica utilizando apenas a lâmina de bisturi simples é eficaz como todas as outras e com ela conseguimos chegar a um resultado satisfatório. Sabemos também que ela se torna acessível a todas as classes sociais, visto que a técnica com laser e bisturi elétrico demanda um maior custo tanto para o profissional tanto para o paciente, e que o laser mesmo tendo boas indicações não tem um alto índice de acesso por ser mais utilizado em grandes centros e sendo necessário um maior cuidado com os tecidos duros. (KARAM, 2016).

Creemos, portanto, que apesar dos novos métodos utilizando laser e bisturi elétrico que tendem a reduzir o tempo cirúrgico e aumentar a facilidade clinica do procedimento, a técnica mais simples utilizando somente o bisturi simples também tem se mostrado muito eficaz no tratamento para anquiloglossia.

#### 4- Conclusão

Concluimos então, diante do descrito, que a técnica utilizando apenas o bisturi simples se faz tão eficaz quanto as técnica de maior complexidade, atingindo os resultados esperados como a melhora na fonação e um pós operatório confortável, indolor e para o paciente.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRAGA, L. A. S., SILVA J., PANTUZZO C. L., MOTTA A. R. Prevalência de alteração no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. **Rev. CEFAC**, São Paulo, vol. 11, p. 378-390, 2009.
2. BRITO. S. F., MARCHESAN I. Q., BOSCO C. M., CARRILHO A. C. A., REHDER M. I. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. **Rev. CEFAC**, São Paulo, vol. 10 (3), p. 343-351, 2008.
3. XAVIER. M.M.A.P.C. Anquiloglossia em pacientes pediátricos. **Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária**, 2014.
4. CARDOSO. M. V. C., KARAM, P. S. B. H., ZANGRANDO. M. S. R., GREGHI. S. L. A., REZENDE. M. L. R., SANT'ANA, A. C. P., DAMANTE. C. A. Vantagens da frenectomia labial por laser diodo de alta intensidade. **INPerio** vol. 1(3), p. 564-70, 2016.
5. KARAM, PAULA STEPHANIA BRANDÃO HAGE. Vantagens da frenectomia labial por laser diodo de alta intensidade. **INPerio**. Vol 1(3), pag. 564-70, 2016.

6. CARDOSO, MATHEUS VOLZ CARDOSO. Vantagens da frenectomia labial por laser diodo de alta intensidade. **INPerio** vol. 1(3), pag 564-70, 2016.
7. CIELO, CARLA APARECIDA. Alterações de sistema estomatognático em indivíduos disfônicos. **Rev. CEFAC** vol 18(3), pag 613-625, maio-jun 2016.
8. SILVA, JAIRSON JOSÉ. Frenectomia: Revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. **Salusvita**, Bauru, v.37, n.1, p.139-150, 2019.
9. ROSA, P. M. M., ROSA, P. S. M., LEVI, YL. A. S., NOGUEIRA, M. C., VIEIRA, F. F. S. L., SILVEIRA, EM. V., MAIA, L. P. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial com inserção marginal: Relato de caso. **Braz J. Periodontol.** Vol 28. Pag. 56-60. 2019
10. BISTAFFA, AG. I., GIFFONI, TC. R., FRANZIN, L. C. S. Frenectomia lingual em bebê. **Rev UNINGÁ Review.** Vol 29, n 2. P. 18-22. Jan-mar 2017.

## EXODONTIA DE SISO SEMI-INCLUSO– RELATO DE CASO CLÍNICO

Jouberth Silva FONTOURA<sup>1</sup>, Elias Daruis Assad NETO<sup>2</sup>, Ana Paula Dornellas Da SILVA<sup>2</sup>, Silmar Antunes PEREIRA<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. joubberthfontouraipa@gmail.com

### RESUMO

Em consequência de ser o último dente a erupcionar na cavidade oral, pode que por ficar sem espaço, permanecendo retido sub-mucoso ou sub-periosteal, as vezes sem levar danos aos dentes adjacentes e por outras levando ao comprometimento, seja empurrando-os, ou fazendo com que apareça cárie na distal de segundo molar.

O objetivo deste trabalho foi evidenciar a técnica de escolha, retalho em “Envelope” para exodontia do dente 38 com queixas algicas da paciente citada, onde no decorrer de uma semana, vimos uma cicatrização adequada e uniforme após a remoção dos pontos.

Paciente de 19 anos, branca, do sexo feminino compareceu a clínica da UNIG queixando-se de dor e limitação na abertura de boca, onde foi feito exame de radiografia panorâmica e verificou a necessidade de extração do dente 38, iniciando-se com profilaxia antibiótica uma hora antes do procedimento e estendeu-se após sete dias de cirurgia, durante a cirurgia foi feito retalho em “Envelope”, descolamento do periosteal, osteotomia e terminou com uso da sutura contínua festonada, sendo eleita a melhor escolha para tal situação. Diante disso, conclui-se que parece ser possível uma boa exodontia usando o método descrito para acesso ao dente 38, usando lâmina de bisturi nº3, realizando retalho em forma de envelope.

**Palavras Chave:** Dente serotino, pericoronarite, alveolite, clorexidina

### Abstract

As a result of being the last tooth to erupt in the oral cavity, it may be that by running out of space, remaining retained sub-mucous or subperiosteal, sometimes without causing damage to adjacent teeth and sometimes leading to compromise, either pushing, or causing caries to appear on the distal second molar. The goal of this study was to highlight the technique of choice, “Envelope” flap for tooth extraction 38 with pain complaints of the patient mentioned, where over the course of a week, we saw an adequate and uniform healing after the removal of the stitches.

A 19-year-old white female patient attended the UNIG clinic complaining of pain and limitation in the mouth opening, where a panoramic radiograph was performed and verified the need for tooth extraction 38, starting with antibiotic prophylaxis. One hour before the procedure and extended after seven days of surgery, during surgery, an “Envelope” flap, periosteum detachment, osteotomy was completed, and the continuous scalloped suture was used. The best choice for this situation was chosen. Therefore, it is concluded that a good extraction seems to be possible using the method described for access to tooth 38, using scalpel blade No. 3, performing an envelope-shaped flap.

**Key Words:** third, molar, pericoronitis, alveolitis, chlorhexidine

### 1 – Introdução

Molar incluso, fenômeno comum em terceiros molares, geralmente os últimos dentes a erupcionarem, sendo assim os elementos mais encontrados em posição de inclusão (VICENTINI &

PÁDUA JM et al., 2008). Em consequência disso pode gerar má oclusão, cárie, pericoronarite, devido à dificuldade de higienização naquele local, gerando inflamação do capuz mucoso (RAJUSUO & JOUSIMIES-SOMER et al., 1996) e por conta disso, impactar de maneira negativa na vida do paciente.

Diversos estudos verificam a associação entre pericoronarite e a impactação dos terceiros molares impactados (SANTOSH 2015). Observa-se também que esta impactação está associada a carie dentária, seja no próprio molar impactado, seja do segundo molar adjacente, presente geralmente na face distal desse último (SANTOSH 2015), onde NORDENRAM et al., (1987) relacionam a carie dentária a cerca de 15% das extrações de terceiro molar.

Além da prescrição pós cirúrgico de antibiótico, foi prescrito antisséptico na forma preventiva, onde diversos estudos tem mostrado a efetividade da clorexidina 0,12% desde o pré-operatório e até sete dias após a cirurgia reduz a incidência de alveolite após exodontia de terceiros molares (BONINE 1995).

O objetivo deste trabalho foi evidenciar a técnica de escolha de sutura, retalho “Envelope” para exodontia do dente 38 com queixas álgicas, da paciente citada.

## 2– Relato de caso

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Paciente de 19 anos de idade, sexo feminino, branca, compareceu a Clínica Odontológica da Unig queixando-se de dor e limitação na abertura de boca.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Ao exame clínico, paciente apresentou dentição hígida e livre de carie, sendo que na região posterior inferior, mais exato no dente 38, inflamação da gengiva devido a semi-erupção dentária

No exame radiográfico, observou a falta de espaço para erupção total do dente, visto que se encontrava no ângulo da mandíbula, e um pouco distalizado. (Figura 1).



Figura 1: Radiografia Panorâmica inicial.

Procedimento adotado em toda primeira consulta na Clínica Odontológica da Unig, mostrando a posição do dente 38 no arco. Fonte: Radiologia Unig.

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos, chegou-se ao diagnóstico de dente distalizado e em posição onde não seria possível seu aproveitamento.

### *Intervenção terapêutica*

No pré-operatório desta paciente, foi prescrito para que fosse feito a indução de um grama de Amoxicilina, oito miligramas de Dexametasona, uma hora antes do procedimento, e realizado assepsia e antisepsia do rosto com gaze contendo Clorexidina 2% e bochecho com clorexidina 0,12% sendo 10ml por 1 minuto respectivamente.



Figura 2: Anestesia bloqueio nervo alveolar inferior e bucal. Técnica BNAI. Fonte: Autoria própria.

A anestesia foi feita por meio de bloqueio regional dos nervos alveolar inferior, bucal e lingual, completada por anestesia infiltrativa terminal no fundo de vestibulo à distal do dente 37, usando anestésico a base de lidocaína contendo adrenalina na proporção de 1:100.000. Após ser feito o bloqueio dos nervos sensitivos, iniciou a cirurgia com incisão em retalho envelope, onde teve acesso a toda coroa do dente, podendo em seguida iniciar o processo de osteotomia com broca e micromotor de alta velocidade.



Figura 3: Incisão e abertura de retalho em forma de envelope utilizando cabo de bisturi n03 e lâmina 15C. Fonte: Autoria própria.



Figura 4: Descolamento do periósteo usando Descolador de Molt. Fonte: Autoria própria.



Figura 5: Osteotomia e criação de canaleta com broca CARBIDE. Fonte: Autoria própria.



Figura 6: Luxação usando alavanca Seldin Reta. Fonte: Autoria própria.



Figura 7: Irrigação com solução de Soro Fisiológico 0,9%. Fonte: Autoria própria.

Feito a luxação e avulsão dentária, fez-se irrigação com 20 ml de soro fisiológico para evitar futura complicação e prevenção de alveolite.



Figura 8: Início da sutura com fio de Seda 3.0. Fonte: Autoria própria.



Figura 9: Aspecto final da sutura contínua festonada. Fonte: Autoria própria.

Após realizado o ato de exodontia, hemostasia e síntese, foi prescrito a paciente antibiótico Amoxicilina 500mg, um comprimido de oito em oito horas por sete dias, anti-inflamatório Nimesulida 100mg sendo um comprimido de 12 em 12 horas por um período de três dias, Dexametasona 4mg, 12 em 12 horas por três dias e analgésico Dipirona Sódica 500mg, um comprimido de seis em seis horas por dois dias. Passado os sete dias, paciente retornou para retirada da sutura, onde constatou cicatrização satisfatória além do agradecimento do paciente, em não relatar sintomatologia dolorosa nos dias após a remoção dental.

### 3- Discussão

Com base nos estudos de (BAQUAIN et al., 2012; CHEN et al., 2016; KIRK et al., 2007) sobre o retalho em envelope básico que começa pelo triângulo retromolar, com uma incisão linear desde o bordo anterior do ramo da mandíbula até a face distal do segundo molar, que em seguida contornado com uma incisão intrasulcular até a face mesial de primeiro molar.

Nos propomos a investigar se seria possível a remoção do dente usando essa técnica seria possível, visto que o dente apresentava-se em Classe II, em que a distância entre a distal de segundo molar e o bordo anterior do ramo ascendente da mandíbula é menor que o diâmetro méso-distal da coroa de terceiro molar (MEARA., 2012; TRENTO et al., 2009). No caso clínico apresentado, a paciente apresentava 19 anos de idade e queixava-se de dor e limitação na abertura de boca, onde LASKIN 1971 já recomendava a extração profilática desses dentes em pacientes com idades entre 16 e 17 anos, uma vez que nesta idade geralmente não há nenhum envolvimento com patologias e o procedimento é muito menos complicado do que em uma pessoa mais idosa.

A presença de terceiros molares retidos em radiografias panorâmicas é um achado frequente (MARINHO et al., 2005). Por ser um exame de fácil execução, de baixo custo para o paciente e por proporcionar uma ampla visão das arcadas dentárias e estruturas adjacentes, a radiografia panorâmica é um dos exames radiográficos mais utilizados no mundo. Essa imagem radiográfica pode servir de parâmetro inicial para averiguar o grau de dificuldade da cirurgia de remoção de terceiros molares, baseado na morfologia e posição do dente em relação às estruturas anatômicas adjacentes (DUDHIA et al., 2011).

Acreditamos que pôr as bordas da ferida terem ficado bem cooptadas favoreceu a cicatrização, onde (WRAY et al., 2003) diz que quando os bordos se encontram regulares e bem cooptados depois de suturados, há pouco espaço remanescente e, portanto, a cicatrização, quando não complicada, ocorre rapidamente, havendo um crescimento acelerado de células epiteliais (macrófagos, fibroblastos, osteoblastos, etc.) e, por sua vez, a reparação do espaço vazio, formando-se uma pequena quantidade de tecido cicatricial. Este processo dura cerca de 2 semanas e o tecido cicatricial denso fica restabelecido em aproximadamente 1 mês.

O tratamento de escolha para acesso ao dente foi de suma importância e relevância, visto que atendeu a necessidade do caso, mostrando-se positiva para o tratamento da paciente em questão, onde obteve-se uma excelente recuperação sem complicações pós-cirúrgicas. Também achou necessidade de uma futura cirurgia para remoção do dente 48, que se encontra em posição horizontal no ângulo da

mandíbula, sendo indicado que a paciente seja atendida por um profissional da área de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-Facial.

#### 4- Conclusão

Concluimos que através da técnica de retalho “Envelope” tem-se um melhor campo de visão cirúrgico, permitindo livre acesso ao dente sem comprometer estruturas importantes, como nervo lingual, nervo bucal e nervo alveolar inferior, obtendo também um bom reposicionamento tecidual.

#### Referências Bibliográficas:

1. BAQAIN, Z. H., AL-SHAFII, A., HAMDAN, A. A., & SAWAIR, F. A. Flap design and mandibular third molar surgery: **A split mouth randomized clinical study**, Vol.41(8), p.1020–1024, 2012.
2. BONINE FL. Effect of chlorhexidine rinse on the incidence of dry socket in impacted mandibular third molar extraction sites. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 79(2):154-7, 1995.
3. CHEN, Y. W., LEE, C. T., HUM, L., & CHUANG, S. K. Effect of flap design on periodontal healing after impacted third molar extraction: a systematic review and Bibliografia 55 meta-analysis. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Vol. 46(3), p. 363–372, 2016.
4. DIAS. E. R. et al. Avaliação das posições de terceiros molares retidos em relação à classificação de Winter. **Revista de Odontologia da UNESP**, Vol. 37(3), p. 203-209, 2008.
5. DUDHIA, R. et al. Accuracy of angular measurements and assessment of distortion in the mandibular third molar region on panoramic radiographs. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, v.111(4), p. 508-516, 2011.
6. KIRK, D. G., LISTON, P. N., TONG, D. C., & LOVE, R. M. Influence of two diferente flap designs on incidence of pain, swelling, trismus, and alveolar osteitis in the week following third molar surgery. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, Vol. 104(1), 2007.
7. MARINHO, S.A. et al. Avaliação da posição dos terceiros molares inferiores retidos em radiografias panorâmicas. **Robrac**, Vol. 14(37), p. 65-68, 2005.
8. MEARA, D. J. Evaluation of Third Molars: Clinical Examination and Imaging Techniques. Estudo da prevalência dos terceiros molares inferiores inclusos e da relação entre a posição e a indicação para extração. **Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**. Vol. 20(2), 163–168, 2012.
9. NORDENRAM A., HULTIN M., KJELLMAN O., e RAMSTRÖM G. Indications for surgical removal of the mandibular third molar. Study of 2,630 cases. **Swedish Dental Journal**, Vol. 11(1-2), p. 23–9,1987.

10. PETERSON L. J. Princípios da abordagem e prevenção das infecções odontogênicas. In: PETERSON L.J; ELLIS, III E.; HUPP, J. R; TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**, 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. 16, p. 406, 2000.
11. RAJASUO A, JOUSEMIES-SOMER H., SAVOLAINEN S., LEPPANEN J., MURTOMAA H., MEUMANN JH. Bacteriologic finding in tonsillitis and pericoronitis. **Clin Infect Dis**, Vol. 23(1), p. 51-60,1996.
12. RAJASUO A., NYFORS A., JOUSIMIES-SOMER H., LINDQVIST R., SUURONEN R. Bacteremia after plate removal and tooth extraction. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Vol. 33(4), p. 356-60, 2004.
13. SANTOSH P. Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. **Annals of Medical and Health Sciences Research**, Vol. 5(4), p. 229–234, 2015.
14. TRENTO, C. L., ZINI, M. M., MORESCHI, E., ZAMPONI, M., GOTTARDO, D. V., & CARIANI, J. P. **Localization and classification of third molars: radiographic analisys**, 2009.
15. VICENTINI EL., PÁDUA JM., FREITAS KV. Análise de 290 prontuários de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares inferiores sem irrompidos e não irrompidos. **Rev AORP**, Vol. 1(3), p. 5-8, 2008.
16. WRAY, D., STENHOUSE, D., LEE, D., & CLARK, A. **Textbook of General and Oral Surgery**, 2003.

## RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM UM INCISIVO LATERAL SUPERIOR ESQUERDO COM LESÃO PERIRRADICULAR – RELATO DE CASO CLÍNICO

Leonardo Leal Garcia da CONCEIÇÃO<sup>1</sup>, Ana Paula DORNELLAS<sup>2</sup>, Kênia Chiarelo TINOCO<sup>2</sup>, Rossana dos Santos INÁCIO<sup>2</sup>, Lucílio Marcos da SILVA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. leonardogarcialeal11@gmail.com

### RESUMO

As infecções endodônticas surgirem após o tratamento endodôntico não é comum, porém, por negligências durante a realização da técnica resultam no insucesso. O objetivo desse trabalho foi relatar um retratamento endodôntico por meio da técnica de instrumentação manual. Paciente de 53 anos, sexo masculino, compareceu a clínica de odontologia da UNIG, queixando-se de falta de estética no dente 22. Após aos exames clínico e radiográfico, constatou-se que havia a presença de um tratamento endodôntico insatisfatório e a existência de uma área radiolúcida ao redor do ápice radicular. Em seguida, foi realizado o retratamento endodôntico utilizando o hidróxido de cálcio como medicação após a instrumentação do canal. A obturação do canal, foi realizada com guta-percha e cimento endodôntico. Ao final do retratamento, realizou-se a radiografia final e foi constatado que o preenchimento do canal foi realizado corretamente. Portanto, o retratamento endodôntico com uso de limas manuais mostrou-se eficaz para remoção do material obturador e instrumentação do canal radicular, permitindo, assim, a correta desinfecção e obturação de todo o sistema de canais.

**Palavras chave:** Endodontia, Retratamento, Técnica manual

### Abstract

Endodontic infections that appear after endodontic treatment are not common, but negligence during the technique results in failure. The aim of this study was to report endodontic retreatment using the manual instrumentation technique. A 53-year-old male patient attended the dental clinic of UNIG, complaining of lack of aesthetics in tooth 22. After clinical and radiographic examinations, it was found that there was an unsatisfactory endodontic treatment and the existence of a radiolucent area around the root apex. Then, endodontic retreatment was performed using calcium hydroxide as medication after canal instrumentation. Canal obturation was performed with gutta-percha and endodontic cement. At the end of retreatment, the final radiograph was performed and it was found that the filling of the canal was performed correctly. Therefore, endodontic retreatment using manual files proved to be effective for removing the obturator material and root canal instrumentation, thus allowing the correct disinfection and obturation of the entire canal system.

**Keywords:** Endodontics, Retreatment, Manual technique

### 1-Introdução

Na terapia endodôntica, apesar dos avanços e das técnicas mais inovadoras, ainda acontece o insucesso do tratamento. A presença de bactérias no interior do canal, após a realização do tratamento endodôntico, é a principal causa do mesmo. O principal objetivo do retratamento é recuperar o acesso ao forame apical por meio da remoção completa do material obturador existente, para que a limpeza e modelagem do canal, sejam realizadas de uma maneira mais fácil, para que se elimine a inflamação periapical existente. (GULABIVALA et al., 2011)

Vários estudos têm procurado relatar a diferença entre as formas de remoção do material obturador. Os instrumentos rotatórios, demonstraram uma boa funcionalidade, capacidade de esvaziamento e uma forma confortável durante sua utilização, apresentando segurança. (FERREIRA et al., 2001). Outros estudos não mostraram diferenças nos resultados da desobstrução, entre as técnicas manuais e rotatórias (ZMENER et al., 2006)

Durante o retratamento endodôntico, muitas vezes se faz necessária a utilização de solventes químicos, para que se remova o material obturador mais facilmente. O solvente faz com que a guta-percha se torne amolecida. Desde 1850 os solventes de guta-percha clorofórmio e eucaliptol tem sido utilizado. (WOURMS et al., 1990). O clorofórmio é uma excelente substância, devido a sua rapidez em dissolver o material obturador no interior do canal; entretanto, após constatarem sua alta toxicidade e seu poder carcinogênico, o mesmo, se tornou contra-indicado. (GORDON, 2005).

O objetivo do presente estudo, foi relatar um retratamento endodôntico por meio da técnica manual, de forma confortável e segura ao paciente, concedendo um tratamento de uma lesão periapical existente em um incisivo lateral superior.

## 2– Relato de caso

Considerações Éticas: Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Informações do paciente

Um paciente adulto de 53 anos de idade, sexo masculino, compareceu a clínica de integrada da UNIG, queixando-se de falta de estética do dente 22.

### Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, foi diagnosticado a ausência de alguns dentes (27,28,36,37,38,46,48).

No exame radiográfico periapical, observou-se no dente 22 a presença de uma lesão radiolúcida ao redor do ápice radicular, e a presença de um tratamento endodôntico insatisfatório. (figura 1)



Figura 1: Fotografia inicial, mostrando o dente 22, com o tratamento endodôntico insatisfatório, e lesão radiolúcida ao redor do ápice radicular. Fonte: Autoria própria.

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos, chegou-se a conclusão que a lesão apical se originou devido ao insucesso do tratamento endodôntico presente, optando-se pelo retratamento.

### Intervenção terapêutica

Na primeira sessão, foi realizado a montagem da mesa para a realização da anestesia, isolamento absoluto, acesso endodôntico e instrumentação (figura 2). Para a anestesia foi utilizada a técnica infiltrativa, com lidocaína 2% (figura 3A), em seguida, foi realizado o isolamento absoluto com o arco de Ostby, lençol de borracha e grampo 211 (figura 3B), o acesso foi realizado com uma ponta diamantada esférica 1013 HL (FAVA - BRASIL), (figura 3C). O CAD (comprimento aparente do dente) foi de 24mm, o OP (odontometria provisória), conseqüentemente, foi de 22mm e o CIL (comprimento inicial de limpeza) 13mm. A desobstrução ocorreu juntamente com o PQM (preparo químico-mecânico), através da instrumentação manual (figura 3D). A lima inicial foi a do tipo kerr 45, branca (DENTSPLY MAILLEFER - SUIÇA), justa no canal, em 13 mm, após os movimentos de alargamento e limagem, realizou-se irrigação com hipoclorito de sódio 2,5% e a recapitulação com a lima de série especial 10, roxa (DENTSPLY MAILLEFER - SUIÇA) a 2º lima foi a do tipo flexofile 40, preta (Maillefer) em 15 mm, sempre realizando a irrigação com hipoclorito de sódio 2,5% nos intervalos das trocas das limas, que são trocadas de 2 em 2 mm até o OP em ordem decrescente juntamente com a recapitulação com a lima de série especial, até chegar na última q foi a lima 25, vermelha, que foi inserida na medida do OP 22mm sem realizar os movimentos de alargamento e limagem e foi realizado a radiografia de odontometria para verificar se a lima se encontrava 1 mm aquém do ápice (figura 3E). Foi constatado que a lima estava apenas 0,5 mm aquém, com isso retrocedeu-se mais 0,5 mm, e ficou determinado em 21,5 mm o CT (comprimento de trabalho) e 22,5 o CP (comprimento final). Foi realizado a instrumentação do batente com as 3 últimas limas utilizadas no PQM, a inicial foi a lima flexofile 25 ,vermelha, em 21,5 mm , irrigando, aspirando e irrigando com o hipoclorito de sódio 2,5%, fazendo patência com a lima de série especial 10, roxa em 22,5 mm, em seguida utilizou-se as limas na ordem crescente, utilizando o mesmo processo, para finalizar a primeira sessão foi feito a inserção do hidróxido de cálcio PA (ULTRACAL XS,ULTRADENT), no conduto radicular (figura 3F), em seguida , foi realizado o selamento com obturador provisório (DENTAL VILLE DO BRASIL LTDA), (figura 3G).



Figura 2: Mesa clínica para a realização da técnica de instrumentação. Fonte: Autoria própria

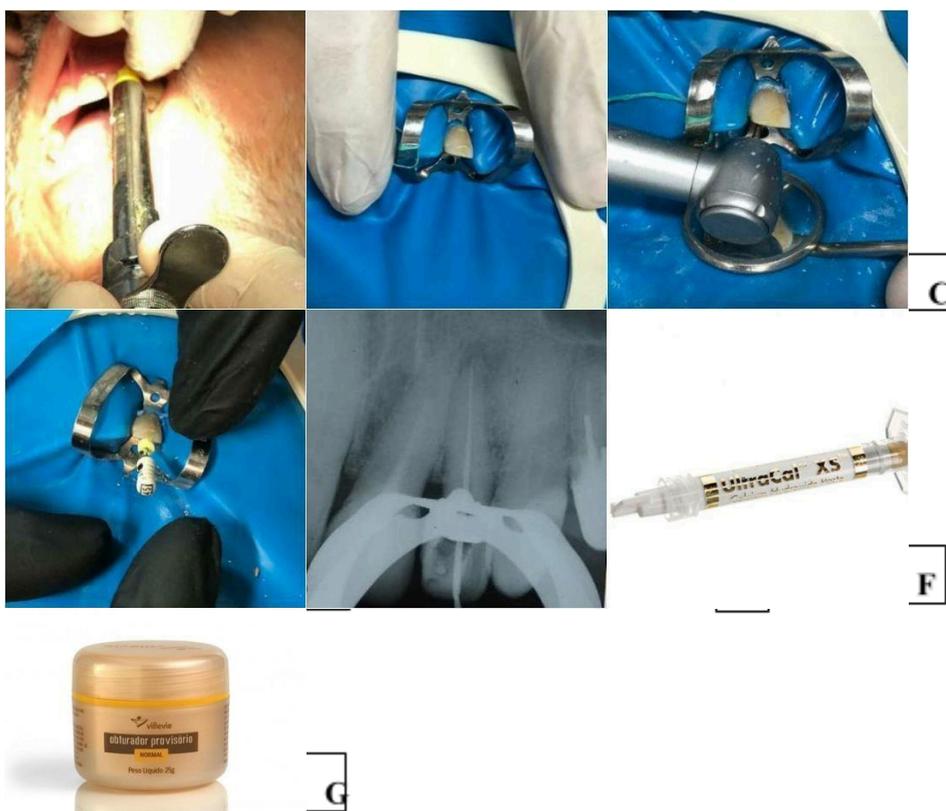


Figura 3: Sequência inicial do retratamento endodôntico. A- Anestesia infiltrativa; B- Isolamento absoluto; C- Acesso sendo realizado; D- Instrumentação manual; E- Radiografia de odontometria F- Hidróxido de cálcio utilizado; G- Material obturador provisório utilizado. Fonte: Autoria própria, exceto as imagens F (Dental product shopper) e G (Xara users).

Na segunda sessão, foi realizado a irrigação com EDTA (AAF DO BRASIL), sendo utilizado o cimento endodôntico, endofill (DENTSPLY MAILLEFER - SUIÇA) para a cimentação dos cones de guta-percha, sendo manipulado em uma placa de vidro (Figura 4 A-B). Foi realizado a inserção do cone principal 35 (DENTSPLY MAILLEFER - SUIÇA), (Figura 4C), e foi realizada uma tomada radiográfica para verificação de sua adaptação (Figura 4D), em seguida, foi feito a instalação dos cones acessórios FF (DENTSPLY MAILLEFER - SUIÇA), (Figura 4E), sendo realizado a radiografia de prova de qualidade (Figura 4F). Visto que estavam bem adaptados, foi realizado a remoção do excesso com o calcador de paiva (GOLGRAN INDÚSTRIA E COMÉRCIO) em alta temperatura (Figura 4G), após a remoção, utilizou-se uma pinça clínica para verificar a remoção dos cones da porção coronária (Figura 4H), após, foi feito a limpeza da coroa com bolinha de algodão estéril, umedecido em álcool (Figura 4I), para a finalização do caso, foi realizado a radiografia final (Figura 4J).



Figura 5: Sequência final, da obturação do canal radicular. A- Separação dos materiais de cimentação; B- Manipulação do cimento endodôntico; C- Inserção do cone principal; D- Radiografia de prova do cone principal; E- Inserção dos cones acessórios; F- Radiografia de prova de qualidade; G- Corte dos cones; H- Verificação da remoção do material obturador da porção coronária; I- Limpeza da câmara pulpar; J- Radiografia final. Fonte: Autoria própria.

### 3- Discussão

Baseado em estudo de Schirrmeister et al., (2006) nos propomos a observar se seria possível obtermos sucesso ao remover todo material de preenchimento preexistente no canal radicular, sendo esse, um dos principais pré-requisitos para obtermos o sucesso do retratamento endodôntico. A remoção do material obturador foi realizado com instrumentação manual.

No caso clínico apresentado, o paciente tinha 53 anos de idade, e queixava-se de falta de estética, mas, após análise radiográfica constatou-se lesão radiolúcida no ápice radicular e tratamento endodôntico insatisfatório. A conduta clínica foi realizada levando em conta este fator, além da praticidade da técnica e da presença de vários estudos comprovando a eficácia do tratamento (SYDNEY et al., 2008; SCHIRRMEISTER et al., 2006).

Encontramos na literatura, outros meios de realizar o esvaziamento do conduto radicular, como por exemplo, a instrumentação mecânica, através do uso de instrumentos rotatórios (GU LS et al., 2008), além do uso de solventes como eucaliptol e clorofórmio (WOURMS et al., 1990). A técnica aqui descrita apresentou ser eficaz, e de fácil realização pelo cirurgião dentista, com isso obtemos êxito durante o retratamento.

Para a medicação intra radicular foi utilizado o hidróxido de cálcio, por apresentar ação antimicrobiana e agir por contato (BARRETO et al., 2005). Além de oferecer o fechamento apical de dentes não vitais, sendo utilizado também no tratamento de reabsorções inflamatórias internas e externas e perfuração radicular, estimulando a reparação (FOREMAN et al., 1990).

Especulamos que a utilização da instrumentação manual tenha sido eficaz, por termos obtido sucesso tanto para a remoção do material obturador presente, quanto para a realização do preparo químico-mecânico e do batente, respeitando todo o limite apical, sem rompimento das paredes radiculares e

consequente extravasamento do novo material obturador. Por termos utilizado apenas instrumentação manual, não sabemos se obteríamos o mesmo resultado através do uso de instrumentos rotatórios.

Acreditamos que, apesar do sucesso da técnica manual e da sua praticidade (SYDNEY et al., 2008), obtivemos maior êxito devido ao longo tempo fornecido para a realização de toda técnica. Devido a esse fator, sugerimos aperfeiçoamento e busca constante para estudos que visam diminuir o tempo desse retratamento, para que possa ser realizado em sessão única.

#### 4- Conclusão

De acordo com este trabalho, o retratamento endodôntico com uso de limas manuais mostrou-se eficaz para remoção do material obturador e instrumentação do canal radicular, permitindo, assim, a correta desinfecção e obturação de todo o sistema de canais.

#### Referências Bibliográficas:

- 1- BARRETO SS, LUISI SB, FACHIN EVF. Importância da dissociação dos íons cálcio e hidroxila de pastas de hidróxido de cálcio. **Rev Clín Pesq Odontol** 1(4):37-46, 2005.
- 2- BARRIESHI-NUSAIR KM. Gutta-Percha retreatment: effectiveness of nickeltitanium rotary instruments versus stainless steel hand files. **J Endod**. 28(6):454-6, 2002.
- 3- FERREIRA JJ, RHODES JS, FORD TR. The efficacy of gutta-percha removal using ProFile. **Int Endod J**. 34(4):267-74, 2001.
- 4- FOREMAN PC, BARNES IE. A review of calcium hydroxide. **Int Endod J** 23(6):283-97,1990
- 5- GORDON, MPJ. The removal of gutta-percha and root canal sealers from root canals. **New Zealand Dental Journal** 101(2): 44-52, 2005.
- 6- GU LS, LING JQ, WEI X, HUANG XY. Efficacy of ProTaper Universal rotary retreatment system for gutta-percha removal from root canals. **Int Endod J**.41(4):288-95, 2008.
- 7- NG YL, MANN V, GULABIVALA K. A prospective study of the factors affecting outcomes of non-surgical root canal treatment: part 2: tooth survival. **Int Endod J** 44:610-625, 2011.
- 8- SCHIRRMEISTER JF, HERMANN S, MEYER KM, GOETZ F, HELLWIG E. Detectabilidade da epifania residual e guta-percha após retratamento do canal radicular usando um microscópio cirúrgico e radiografias - um estudo ex vivo. **Int Endod J** 39: 558-565, 2006.
- 9- SCHIRRMEISTER JF, WRBAS KT, SCHNEIDER FH, ALTENBURGER MJ, HELLWIG E. Effectiveness of a hand file and three nickel-titanium rotary instruments for removing gutta-percha in curved root canals during retreatment. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 101(4):542-7, 2006.
- 10- SYDNEY GB, KOWALCZUCK A, DEONIZIO MD, BATISTA A, RAMOS JMO, TRAVASSOS R. Retratamento: Protaper para retratamento X técnica híbrida manual. **Robrac**. 17(44):166-73, 2008.
- 11- WOURMS, DJ; CAMPBELL, AD; HICKS, ML; PELLEU JR, GB. **J Endod** 16: 224-6, 1990.

12- ZMENER O, PAMEIJER CH, BANEGAS G. Retreatment efficacy of hand versus automated instrumentation in oval-shaped root canals: an ex vivo study. **Int Endod J.** 39(7):521-6, 2006.

## REABILITAÇÃO UTILIZANDO A TÉCNICA DA RÉPLICA OCLUSAL: RELATO DE CASO

Letícia Fonseca ROCHA <sup>1</sup>, Elias Daruis ASSAD NETO<sup>2</sup>, Ana Paula DORNELLAS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. leticia.delogo@hotmail.com

### RESUMO

A Odontologia passa por um momento de crescente valorização dos procedimentos estéticos, inclusive no segmento posterior da boca o que fomenta ainda mais o mercado e a demanda por resultados estéticos quase que perfeitos. A técnica da réplica oclusal é uma das técnicas oferecidas que apresentam inúmeras vantagens tais como a facilidade de execução, simplificação de passos restauradores e uma considerável redução do tempo clínico, além de preservar a estrutura original, com reprodução fiel da anatomia e minimização dos desgastes acidentais do esmalte. Algumas regiões, principalmente a posterior da boca são locais onde os materiais restauradores são mais difíceis de serem implantadas, ocasionando o não restabelecimento das funções mastigatórias, falta de estética e redução na longevidade da restauração. Em razão dessa anatomia complexa o objetivo desse estudo foi relatar a técnica da réplica oclusal realizada em uma criança 12 anos atendida na clínica de Odontologia da UNIG – Campus V. Concluímos que a técnica proposta parece ter devolvido a função e estética do dente, além de possibilitar o restabelecimento da anatomia oclusal. Concluímos também que o resultado foi satisfatório e o paciente apresentou melhora da autoestima e qualidade de vida.

**Palavras Chave: Restauração, Reabilitação, Técnica, Réplica, Oclusal.**

### Abstract

Dentistry is undergoing a moment of increasing appreciation of aesthetic procedures, including in the posterior segment of the mouth, which further fosters the market and the demand for almost perfect aesthetic results. The occlusal replica technique is one of the offered techniques that has numerous advantages such as ease of execution, simplified restorative steps and a considerable reduction in clinical time, while preserving the original structure with faithful anatomy reproduction and minimizing accidental wear. of the enamel. Some regions, especially the posterior of the mouth, are places where restorative materials are more difficult to implant, causing non-restoration of masticatory functions, lack of aesthetics and reduction of restoration longevity. Due to this complex anatomy, the objective of this study was to report the technique of occlusal replica performed in a 12-year- old child attended at the UNIG - Campus V Dental Clinic. We conclude that the proposed technique seems to have returned the function and aesthetics of the tooth. enable the restoration of the occlusal anatomy. We also concluded that the result was satisfactory and the patient had improved self-esteem and quality of life.

**KeyWords: Restoration, Rehabilitation, Technique, Replica, Occlusal.**

### 1 – Introdução

Existe uma vasta diversidade nos meios e técnicas utilizados por profissionais da área odontológica visando restabelecer a anatomia perdida dos dentes. Na atualidade, a odontologia passa por um momento de crescente valorização dos procedimentos estéticos, inclusive no segmento posterior da boca o que fomenta ainda mais o mercado e a demanda por resultados estéticos quase que perfeitos (CHAVES et al., 2011).

A técnica da réplica oclusal oferece vantagens como a facilidade de execução, simplificação de passos restauradores e uma considerável redução do tempo clínico, além de conseguir manter a estrutura original, com reprodução fiel da anatomia e minimização dos desgastes acidentais do esmalte (CAMPOS et al., 2014).

É preciso mencionar que a superfície oclusal é a mais susceptível para o desenvolvimento de lesões de cárie devido a sua complexa morfologia. Algumas regiões, principalmente a posterior da boca são locais onde os materiais restauradores são mais difíceis de serem implantadas, ocasionando o não restabelecimento das funções mastigatórias, falta de estética e redução na longevidade da restauração. Em razão dessa anatomia complexa desenvolveram a técnica da réplica oclusal. Ela possibilita restabelecimento da anatomia oclusal (PERETTI et al., 2018; SUSIN et al., 2008).

O estudo objetiva detalhar a restauração do dente 37 do paciente em questão com auxílio da técnica de réplica oclusal no intuito de devolver a função e a estética do dente.

## **2– Relato de caso**

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Paciente melanoderma, 12 anos de idade, sexo masculino, procurou a clínica da Universidade Iguazu (UNIG) para tratamento odontológico. Ao exame clínico, o elemento dentário 37 apresentava escurecimento das cicatrículas e fissuras e sombreamento na superfície oclusal.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Durante a anamnese o paciente não relatou sintomatologia dolorosa. Após a realização do exame radiográfico foi diagnosticada a presença de lesão de carie oculta (score 4). Para o tratamento optou-se por restauração em resina composta utilizando a técnica da réplica oclusal, devido a eficácia em restituir a anatomia oclusal praticamente idêntica à anterior ao preparo.

### *Intervenção terapêutica*

Inicialmente realizou-se profilaxia com pedra-pomes e escova de Robson, feita anestesia e isolamento absoluto a superfície oclusal foi lubrificada com vaselina para confecção da matriz oclusal, foi

inserida resina fotopolimerizável Fill Magic Tempo (COLTENE, SUIÇA) com o auxílio de um microbrush para facilitar a inserção, remoção e fixação, após sua polimerização a matriz foi retirada e as bordas vestibular e palatina marcadas com retroprojeto para orientação no reposicionamento.

Com broca diamantada esférica em alta rotação foi feita abertura coronária (fig. 1) e posterior remoção do tecido cariado com auxílio de colher de dentina, preservando ao máximo a estrutura (fig. 2), em seguida o condicionamento ácido da superfície de esmalte e dentina com ácido fosfórico a 37% por 15 segundos (fig. 3), lavagem abundante por 30 segundos e secagem da cavidade. Na sequência a aplicação do adesivo Single-Bond (3M, Saint Paul, MN, EUA.) como recomendação dos fabricantes.



Figura 1: Remoção da lesão de cárie com caneta de alta rotação e broca esférica. Fonte: Autoria própria.



Figura 2: Preparo realizado. Fonte: Autoria própria.



Figura 3: Condicionamento ácido. Fonte: Autoria própria.

Foi inserida resina composta Natural Shade (DFL, BRASIL) em pequenos incrementos e fotopolimerizando cada camada. Foi inserida a última camada de resina e sobre ela a matriz vaselinada foi reposicionada sob leve pressão digital (fig. 4) para a posterior fotopolimerização (fig. 5).



Figura 4: Reposicionamento da matriz. Fonte: Autoria própria.



Figura 5: Confeção da matriz oclusal. Fonte: Autoria Própria.



Figura 6: Após fotopolimerização, restauração finalizada. Fonte: Autoria própria.

### *Seguimento clínico e resultados*

Após remoção do isolamento absoluto e verificação da oclusão com papel de carbono, a restauração não apresentava excessos, não sendo necessários ajustes oclusais.

### **3- Discussão**

O diagnóstico da lesão de cárie oclusal consiste na aplicação sistemática de testes capazes de informar ao clínico, com precisão, a presença ou ausência da doença (CUNHA, 2005). No presente estudo utilizamos exame clínico e radiológico para precisão do diagnóstico.

Pereira et al. (2008) afirmam que apesar de ser uma técnica de fácil e rápida execução, o clínico deve atentar para o correto posicionamento da matriz. Isto evitará distorção da morfologia do dente a ser restaurado e propiciará que o objetivo da técnica seja plenamente alcançado.

Pandolfi et al. (2003) relata que uma das dificuldades neste procedimento é restabelecer as cristas marginais, que normalmente são esculpidas de forma deficiente. No presente estudo a restauração não apresentou excessos por isso não houve necessidade de ajustes oclusais.

Para as lesões de cárie já estabelecidas é indicado o tratamento restaurador. A cárie oculta tem a mesma indicação, já que, invariavelmente, apresenta a desmineralização da dentina de maneira significativa. Por este motivo, no caso apresentado o tratamento indicado foi o restaurador (CORBELLINI et al., 2009; OLIVEIRA & RODRIGUES, 2017).

Existe ainda a necessidade de se testar novos materiais, ou de se ajustar o tempo de presa dos mesmos, porém, o que fica claro e que justifica a aplicabilidade da réplica, uma vez que o seu uso possibilita uma nova metodologia de avaliação in vivo (BASTOS, 2004; DELGADO & MORENO, 2015).

### **4- Conclusão**

Foi possível concluir que a técnica da réplica oclusal alcançou o resultado esperado. A restauração não apresentou excessos e por isso não foi necessário nenhum ajuste. O resultado foi satisfatório e o paciente apresentou melhora da autoestima e qualidade de vida.

### Referências Bibliográficas:

1. BASTOS FS. Avaliação da textura superficial e comportamento ao desgaste do esmalte dentário. **Dissertação** – Mestrado – UFMG, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2004, 95f.
2. CAMPOS PH, GUARÉ RO, DINIZ MB. Reabilitação dentária pela técnica da réplica oclusal em odontopediatria: relato de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo** 2014; 26(2): 161- 9.
3. CHAVES AA, ANTUNES S, ROCHA C, GUIMARÃES R. Restauração com resina composta pela técnica do índice oclusal – relato de caso clínico. **Revista Dentística on line** abr/jun 2011; 10(21): 11-15.
4. CORBELLINI C, CARVALHO AS, LIMA-ARSATI YBO. Diagnóstico e tratamento da cárie oculta: relato de caso clínico. **Revista Saúde UNG – SER** 2009; 3(3): 1-7.
5. CUNHA ARCC. Efeito do modo de carregamento oclusal na distribuição de tensões em dentes pré-molares com lesões cervicais de abfração analisados através do método de elementos finitos. **Tese** – Mestrado, UFRJ, Rio de Janeiro – RJ, 2005, 77f.
6. DELGADO SAH, MORENO MEB. Terapia Restauradora Adhesiva Directa: Parte 1. Fundamentos y técnicas de réplica Anatómica con Matriz Oclusal y técnica de estratificación anatómica. **IMORA** – Instituto Mexicano de Odontologia Restauradora Avanzada, Julho, 2015: 1-10.
7. GOMES VP, AMORIM CJ, ALMEIDA MLPW, CASTRO RAL, VIANNA RBC, ANTONIO AG. Cárie oculta: Diagnóstico e alternativa para tratamento – Relato de Casos Clínicos. **Odonto** 2013; 21(41-42): 31-38.
8. OLIVEIRA RM, RODRIGUES JÁ. Variações das técnicas restauradoras utilizadas para resinas Bulk-Fill. **Revista Saúde** 2017; 11(2): 86.
9. PANDOLFI M, TORRES LTP, IMPARATO JCP. Matriz ocluso-proximal: alternativa para restaurações de dentes decíduos posteriores com resinas compostas. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória 2003; 5(3): 53-59.
10. PEREIRA RF, GOMES RH, VOLPATO LER. Lesão de cárie oculta: restauração utilizando a técnica da matriz oclusal. **Rev INPEO de Odontologia** Cuiabá – MT 2008; 2(1): 25-32.
11. PERETTI JAP, CAMPOS KSM, TERRA DP, PERREIRA KF, SANABE ME, COLDEBELLA CR. **Rev. UNINGÁ**, Maringá jul/set. 2018; 55(3): 14-23.

12. RIBEIRO MDF, PAZINATTO FB. Critérios clínicos para decisão entre substituição ou reparo de restaurações em resina composta – revisão de literatura. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro 2016; 73(3): 223-30.
13. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, Kiene H, Helfand M, Altman DG, Sox H, Werthmann PG, Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch CA, Sun GH, Hanaway P, Sudak NL, Kaszkin-Bettag M, Carpenter JE, Gagnier JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemiol.** 2017 Sep; 89: 218-235.
14. SUSIN AH, POZZOBON RT, SKUPIEN JÁ, PACHALY R. Técnica da réplica oclusal x restauração direta convencional com resina composta – relato de caso. **Int J Dent**, Recife 2008; 7(4): 250-254.

## EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR SEMI INCLUSO – RELATO DE CASO CLÍNICO

Lohanna Souza MOL<sup>1</sup>, Silmar Antunes PEREIRA<sup>2</sup>, Elias Daruis Assad NETO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência: [lohannamol@yahoo.com.br](mailto:lohannamol@yahoo.com.br)

### RESUMO

A extração dos dentes terceiros molares inclusos é um dos procedimentos mais comuns na odontologia, que pode causar dor, edema e outras complicações no pós-operatório. Este relato de caso clínico teve como objetivo realizar a exodontia de terceiro molar semi incluído realizado com paciente de 21 anos, sexo feminino, na Clínica Odontológica da UNIG, em Itaperuna-RJ que obteve resultado satisfatório durante e no pós operatório, mostrando que é uma técnica viável e eficiente.

**Palavras chave:** Dente Serotino; Cirurgia Bucal; Mandíbula.

### ABSTRACT

Extraction of third molar teeth includes one of the most common dental procedures that can cause pain, edema, and other postoperative complications. This case report aimed to perform a semi-included third molar extraction performed with a 21-year-old female patient at the UNIG Dental Clinic in Itaperuna-RJ, which had satisfactory results during and postoperatively, showing that it is a viable and efficient technique.

**Keywords:** Serotine Tooth; Oral Surgery; Jaw.

### 1 – Introdução

O osso facial mais acometido por fraturas devido a sua posição anatômica, é a mandíbula, proeminente em relação ao esqueleto facial, e por ser o único osso móvel da face. O ângulo mandibular tem sido descrito como uma área frágil e com a presença do terceiro molar incluído, a mandíbula perde parte de sua estrutura para abrigar tecidos que não contribuem para sua resistência (OLIVEIRA et al., 2013).

A extração cirúrgica dos dentes terceiros molares impactados é um dos procedimentos mais comuns realizados por cirurgiões dentistas, que em grande parte dos casos, ocasiona considerável dor, edema, desconforto e disfunção que podem ser transitórios ou permanentes (OLIVEIRA et al., 2006). A falta de espaço no arco dental é o principal fator etiológico, mas outros fatores podem influenciar como a hereditariedade, tendência evolutiva, alterações patológicas, traumatismos, alterações sistêmicas e algumas síndromes podem estar associadas (ANDRADE et al., 2012).

O dente incluído é aquele que estiver totalmente encoberto por tecido ósseo e/ou mucoso, podendo ser visualizado somente através de meios auxiliares de diagnóstico, como radiografias ou tomografias e são os terceiros molares que apresentam maiores prevalências de inclusão e onde se planeja cirurgias que normalmente são indicadas como uma maneira de prevenção de patologias (SANTOS et al., 2008).

Mediante a esses fatos, é de suma importância que os profissionais da área, cirurgiões dentistas, saibam as características do dente incluso, para buscar o diagnóstico e potencializar o planejamento da cirurgia bem como o bem-estar e a satisfação do paciente. Portanto, o objetivo do presente estudo foi descrever o caso clínico de exodontia do terceiro molar, em paciente do sexo feminino, 21 anos, realizado na Clínica Odontológica da UNIG.

## 2– Relato de caso

### *Considerações Éticas*

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico.

### *Informações do paciente*

Paciente do sexo feminino, caucasiana, 21 anos, compareceu a clínica da UNIG com queixa de dificuldade de higienização do dente 48.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Após anamnese, exame clínico e radiográfico (figura 1), constatou-se a necessidade de exodontia do dente com objetivo de evitar danos maiores ao paciente, como a cárie, devido ao acúmulo de alimentos naquele local influenciado pela posição do dente.

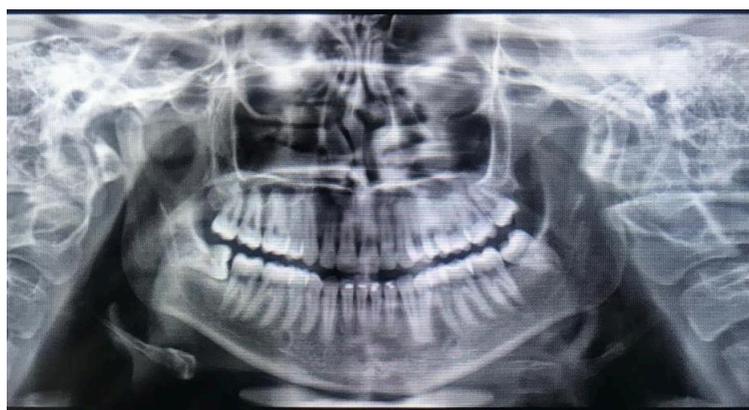


Figura 1: Exame radiográfico da paciente realizado na Clínica Odontológica da UNIG. Autoria própria.

### *Intervenção terapêutica*

Foi feita a anti-sepsia do paciente com clorexidina 0,12% para a intra-oral e 0,2% para a extra oral, em seguida foi colocado o campo cirúrgico no paciente.

Para anestesia foi utilizado o anestésico lidocaína 2% + epinefrina 1:100.000 (DFL, Brasil) e agulha longa, para a realização da técnica do bloqueio do nervo alveolar inferior e infiltrativa terminal para o nervo bucal (figura 2).



Figura 2: Realização da anestesia (BNAI). Autoria própria.

Posteriormente foi realizada uma incisão com lamina de bisturi N°15 para abertura de retalho tipo envelope (figura 3 A-B) com intuito de melhor visualização do dente.

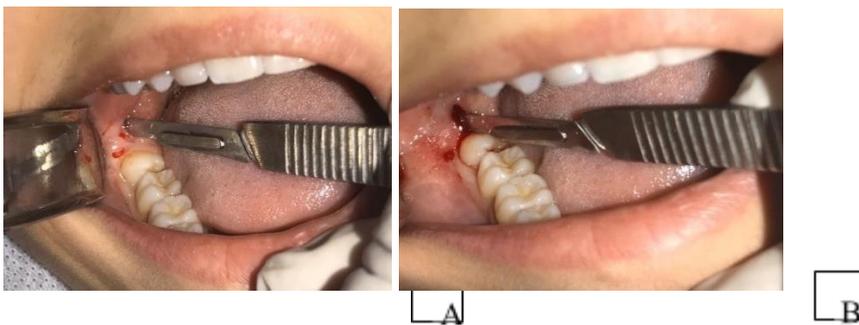


Figura 3 A-B: Realização do processo de Incisão. Autoria própria.

Fez-se o descolamento do tecido com o descolador de Molt (figura 4).



Figura 4: Abertura do retalho e descolamento do tecido. Autoria própria.

Foi realizada a osteotomia com a broca cirúrgica Zekrya seguida de odontosecção (figura 5 A-B).

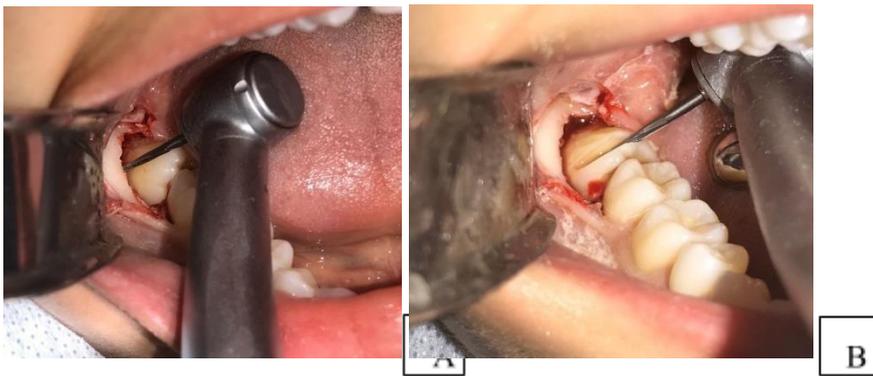


Figura 5 A-B: realização da osteotomia e odontosecção. Autoria própria.

Com a alavanca Seldin reta foi feita a avulsão da coroa do dente e com a alavanca Bandeirinha removeu-se o restante dos fragmentos dentários (Figura 6 A-B).

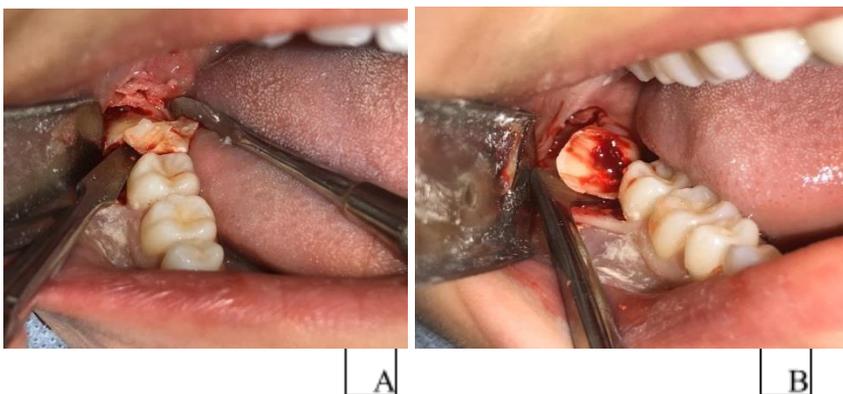


Figura 6 A-B: Avulsão da coroa e remoção do fragmento dentário. Autoria própria.

Logo após, foi feita irrigação com soro fisiológico e a sutura realizada com pontos contínuo festonado, utilizando fio de sutura de seda 3-0 e porta agulha Mayo (figura 7 A-B).

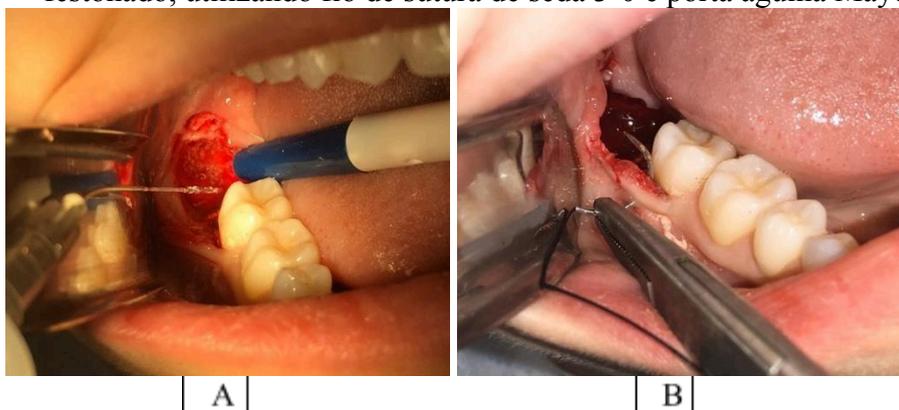


Figura 7 A-B: Irrigação com soro fisiológico e início da sutura. Autoria própria.



Figura 8: Sutura contínua festonada finalizada. Autoria própria.



Figura 9: Fragmentos Dentários Removidos. Autoria Própria.

Após a cirurgia foi prescrito ao paciente Amoxicilina 500mg de 8/8h por 7 dias, Dexametasona 4mg de 12/12 horas por 3 dias, Ibuprofeno 600 mg de 8/8 horas por 3 dias e Dipirona 500mg em caso de dor.

#### *Seguimento clínico e resultados:*

Após uma semana a paciente retornou para a remoção da sutura e constatou-se que o tecido estava saudável e houve a devolução anatomo-fisiológica do tecido local.

### **3- Discussão**

A Cirurgia Bucal contempla vasta área de ação do Cirurgião Buco-Maxilo-Facial, e os dentes retidos constituem um capítulo muito importante da ação operatória, sendo os terceiros molares inferiores um permanente desafio à grande maioria dos profissionais (ZORZETTO, 2000).

A exodontia de terceiros molares invariavelmente envolve trauma aos ossos e tecidos moles. A face é intensamente vascularizada, e os tecidos moles constituídos predominantemente por tecido conjuntivo

frouxo, por isso há grande propensão de formação de edema e, por consequência, o aparecimento de outras manifestações pós-operatórias indesejáveis, como o trismo e a dor (MALUF et al., 2006).

Quanto ao pós-operatório a dimensão do quadro inflamatório dependerá basicamente da extensão da cirurgia, da manipulação dos tecidos moles e a resposta tecidual ao trauma de cada indivíduo. Neste sentido, mesmo seguindo uma técnica cirúrgica adequada e uma manipulação tecidual cuidadosa nem sempre conseguimos bloquear totalmente as manifestações pós-operatórias.

Estudos realizados por Zorzetto (2000) com o tratamento de exodontia do terceiro molar incluso, em 94 pacientes utilizando diversas técnicas, trouxeram resultados significativos para este tipo de tratamento, incluindo o pós-operatório. Onde demonstrou que quando realizada a técnica adequada e bem executada promoveu um pós-operatório bastante satisfatório. A técnica utilizada não influenciou neste processo de pós-operatório, porém vale ressaltar a realização correta de qualquer técnica, para o que os mesmos resultados sejam satisfatórios nas cirurgias. Neste caso clínico, a cirurgia foi realizada com cautela e atenção para que não houvesse complicações no pós operatório, o garante maior conforto ao paciente.

Em trabalho realizado por Oliveira *et al.*, (2006) relatou que edema, dor e trismo são aquelas complicações mais comuns, após cirurgias dos terceiros molares inferiores retidos. Entretanto, são aquelas de resoluções mais simples. Além disso, esses resultados mostraram que não foram registradas complicações do tipo: fraturas, alveolite e osteomielite e hemorragias não tiveram uma incidência significativa o mesmo ocorrendo com lesões do nervo alveolar inferior.

Trabalhos como este corroboram com a correta realização da exodontia de terceiros molares, mostrando que independente da técnica, a conduta do cirurgião é de extrema importância para o sucesso da cirurgia e do pós-operatório de cada paciente, e além do mais foi possível comprovar que o uso da medicação no pós-operatório imediato é indispensável, para prevenir infecções e inflamações, assim como também abordado por Zorzetto (2000); Barros (2007).

#### 4- Conclusão

Conclui-se que a técnica exodontia de terceiro molar inferior parece ser viável e quando realizada de forma adequada e bem executada promove um pós-operatório bastante satisfatório.

#### Referências Bibliográficas:

1. ANDRADE, Valdir Cabral et al. Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares– revisão de literatura. **Saber Científico**, v. 2, n. 1, p. 27-44, 2012.
2. BARROS, Tarley Eloy Pessoa de. **Estudo eletromiográfico do músculo masseter em indivíduos submetidos à cirurgia de terceiros molares inferiores**. 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

3. DOS SANTOSI, Diego Rodrigues; QUESADAI, Gustavo Adolfo Terra. Prevalência de terceiros molares e suas respectivas posições se-gundo as classificações de Winter e de Pell e Gregory. **Rev Cir Traum Bucomaxilofac**, v. 9, n. 1, p. 83-92, 2009.
4. DOS SANTOS BARBOSA, Rodrigo Edson. Anais da XV Jornada Acadêmica de Odontologia da Católica–JAOC. **Oral Sciences**, v. 8, n. 1, p. 55-76, 2019.
5. MALUF, Alexandre Pozo et al. Utilização de laser terapêutico em exodontia de terceiros molares inferiores. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 54, n. 2, 2006.
6. OLIVEIRA, Camila Carla Maria Ximens et al. Fratura de mandíbula durante exodontia de terceiro molar inferior incluso: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 13, n. 4, p. 15-20, 2013.
7. OLIVEIRA LB, SCHMIDT DB, ASSIS AF, GABRIELLI MAC, HOCHULI-VIEIRA E, PEREIRA FILHO VA. Avaliação dos acidentes e complicações associados à cirurgia dos 3º molares. **Rev. Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac** 2006; 6(2):51-6.
8. RIEDEL, R. A.; LITTLE, R. M.; BUY, T. D. Mandibular incisor extraction: post retention evaluation of stability and relapse. *Angle Orthod*, Appleton, v. 62, p. 103-116, 1991.
9. RILEY, David S. et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **Journal of clinical epidemiology**, v. 89, p. 218-235, 2017.
10. ZORZETTO, Daniel Luiz Gaertner et al. Cirurgia de terceiros molares inferiores retidos: complicações pós-operatórias (observações clínicas). **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 48, n. 2, 2000.

## PRIMEIRO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Lorena Barreto MARTINS<sup>1</sup>, Yara Cardoso MORAIS<sup>1</sup>, Márcia Costa Louvain MACEDO<sup>2</sup>, Maria Lúcia Venâncio PETRUCCI<sup>2</sup>, Ana Paula DORNELLAS<sup>2</sup>, Ângela BICALHO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – *Campus V*. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – *Campus V*. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. lorenabarreto2010@hotmail.com

### Resumo

O tratamento odontológico em pacientes autistas em grande parte dos casos é considerado desafiador tanto para os pais, quanto para os profissionais pois o transtorno do espectro autista (TEA) caracteriza uma desordem complexa, incapacitante, que altera o comportamento relacionado ao convívio social, linguagem e limitações motoras. Esse relato de caso teve como objetivo apresentar dois tratamentos odontológico com crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro autista (TAE), bem como as condutas utilizadas para esses pacientes. Foi possível perceber as dificuldades enfrentadas por estas famílias e a importância da anamnese para o tratamento destes pacientes. É possível e necessário realizar medidas de prevenção, visando à diminuição de tratamentos mais radicais. Torna-se de suma importância a conduta do cirurgião dentista, o qual deve observar e garantir ao paciente segurança e bem estar.

**Palavras chave:** Autismo; Transtorno do Espectro; Odontologia.

### Abstract

Dental treatment in autistic patients is considered challenging for both parents and professionals, as autistic spectrum disorder (ASD) presents a complex, disabling disorder that alters social behavior, language and limitations. motor. This case aimed to present two dental treatments with children diagnosed with Automatic Spectrum Disorder (AED), as well as the conducts used for these patients. It was possible to realize the difficulties faced by these families and the importance of anamnesis for the treatment of these patients. It is possible and necessary to carry out preventive treatment with these patients who suffer less from radicals observed in behavioral problems and become of paramount importance to the conduct of the dentist who must observe and ensure safety and well being.

**Keywords:** Autism; Spectrum Disorder; Dental.

### 1- Introdução

O autismo é definido pela Organização Mundial de Saúde - OMS, como um transtorno que está presente desde o nascimento e se manifesta antes dos trinta meses, na qual existe deficiência nas respostas aos estímulos visuais, auditivos, fala ausente ou deficiente e caracterizado por comportamento emocional e social alterados, bem como déficit cognitivo (OMS, 1994).

O transtorno do espectro autista (TEA) consiste em uma desordem complexa, incapacitante, caracterizada por alterações do comportamento relacionadas ao convívio social, linguagem e limitações motoras. Em relação às características odontológicas, muitas crianças têm pouco tônus muscular, má

coordenação e babam. Por causa da pouca coordenação da língua, tendem a armazenar o alimento na boca ao invés de engolir (SOUZA et al., 2017).

O tratamento odontológico em pacientes autistas em grande parte dos casos é considerado desafiador tanto para os pais, quanto para os profissionais, mediante as dificuldades de abordagem, comportamento repetitivo e limitado e recusa para responder aos comandos são alguns dos desafios encontrados (FONSECA *et al.*, 2010). Sendo assim, são muitas as dificuldades enfrentadas e conseqüentemente as limitações que a patologia acarreta para suas famílias, o que pressupõe um acompanhamento frequente pelos profissionais de saúde, bem como as atividades comuns da vida diária, que ficam muito comprometidas em qualidade e quantidade (CAMPOS & HADDAD, 2007).

A influência de diversos fatores na prevalência de cárie tem sido, a cada ano, analisada, atrelando os indicadores socioeconômicos e ambientais, como renda *per capita*, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Gini, acesso aos serviços de saúde e disponibilidade de água de abastecimento fluoretada, como os principais aspectos que ocasionam este problema. No Brasil, dados nacionais de saúde bucal mostram diferenças na distribuição da cárie, com elevação e destaque nas regiões e nos grupos populacionais menos favorecidos economicamente (NARVAI, 2006). Outros fatores podem influenciar no desenvolvimento da cárie, bem como dificultar o tratamento e o combate a este problema. Algumas doenças, anomalias, patologias e transtornos podem ser fatores que causam alguma dificuldade para o tratamento.

O Manual do Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial, aborda que os autistas apresentam alta prevalência de cárie e doença periodontal, provavelmente pela dieta cariogênica e dificuldades na higiene bucal, comuns em pacientes especiais (AMARAL, 2013). De Palma e Raposa (2007), destacam que para um profissional, é necessário e de grande importância para o sucesso do tratamento que o mesmo, entenda o cuidado para além do autista, incluindo toda sua família. É através da construção e do estabelecimento do vínculo de confiança que atendimentos mais eficazes e amplos poderão ser realizados.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi apresentar um relato de caso realizado na clínica Da Universidade de Iguazu – UNIG, no mês de outubro de 2019, com uma paciente de 11 anos, natural de Itaperuna-RJ, diagnosticado com autismo.

## 2 - Relato de caso

*Considerações Éticas:* Toda a descrição destes relatos de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY *et al.*, 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual os pacientes foram atendidos, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico.

Os responsáveis pelos pacientes assinaram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Caso 1: Uma criança de onze anos de idade, sexo feminino, com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, apresentou-se à Clínica Materno Infantil da Universidade Iguazu – Campus V, Itaperuna – RJ, no dia 22 de outubro de 2019, para tratamento, com a finalidade avaliativa e preventiva.

Caso 2: Uma criança. Sexo masculino, 9 anos, com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, apresentou-se à Clínica Materno Infantil da Universidade Iguazu – Campus V, Itaperuna – RJ, no dia 22 de outubro de 2019, para tratamento, com a finalidade avaliativa e preventiva

### *Achados clínicos e radiográficos*

Foi realizada inicialmente a anamnese em ambos os casos, exame clínico com preenchimento da ficha do ICDAS e elaboração do plano de tratamento.

### *Intervenção*

#### *terapêutica Caso 1:*

Os instrumentos utilizados para realização do exame clínico foram preparados com uma bandeja: gaze, um espelho, sonda da OMS, pasta dental com flúor, escova dental, fio dental e flúor.

Inicialmente foi realizado uma dessensibilização do paciente empregando a técnica dizer/ mostrar/ fazer para ajudar no condicionamento deste paciente.

Foi passada a gaze em toda superfície do dente com o objetivo de desorganizar o biofilme dental (Figura 1: A-C), logo após este procedimento, foi utilizado o fio dental e foi feita uma profilaxia com pasta e escova dental em todos os dentes.

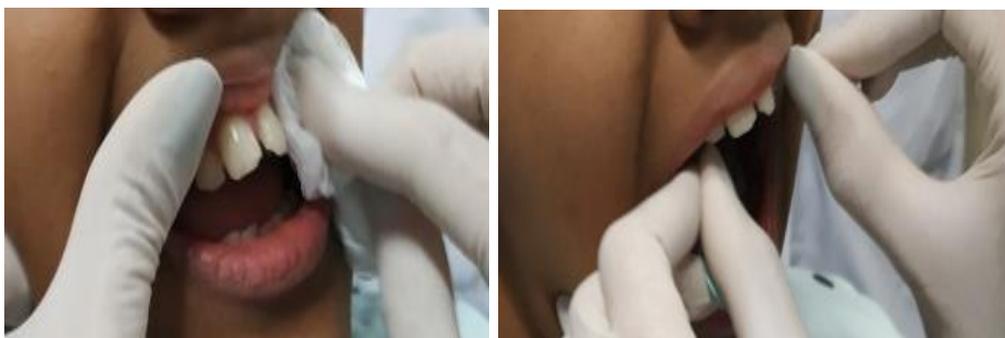


Figura 1: A - Profilaxia com gaze. Autoria Própria. B - Utilização do fio dental. Autoria própria.



C - Profilaxia com pasta e escova dental em todos os dentes. Autoria Própria.

Em seguida deu início ao processo de aplicação de flúor gel (gel de flúor – fosfato acidulado com concentração de 1,23% de fluoreto) em todos os dentes de ambas as arcadas para promover a remineralização do esmalte dental (Figura 2).



Figura 2: Aplicação tópica do flúor. Autoria própria.

#### Caso 2:

O Paciente compareceu à Clínica Materno Infantil da Universidade Iguazu V, Itaperuna - RJ, em horário pré-estabelecido para atendimento de pacientes com necessidades especiais para avaliação e prevenção bucal. Os materiais utilizados para este caso clínico foram: kit clínico utilizado com espelho, sonda periodontal, sonda OMS, pinça clínica, abridor de boca, espátula plástica para fazer a manipulação e espátula de resina para restauração da cavidade (Figura 1).



Figura 1: Kit clínico com espelho, sonda OMS, sonda periodontal, pinça clínica, abridor de boca, espátula plástica para fazer a manipulação do material e espátula de resina para restauração da cavidade. Autoria própria.

Inicialmente foi feito o condicionamento deste paciente com a técnica dizer/mostrar /fazer pois o mesmo apresentava-se com medo e relutante ao exame clínico, precisando ser utilizada a imobilização médica ativa para conseguir examiná-lo (Figura 2: A), notou-se que o dente 65 estava com a doença cárie e necessitava ser restaurado.

Posteriormente com o paciente já condicionado e colaborando com a consulta, foi utilizada a imobilização médica passiva com o auxílio do abridor de boca. Foi realizada remoção seletiva da cárie com colher de dentina (Figura 2: B), com auxílio do abridor de boca, foi colocado o ionômero de vidro fotopolimerizável Riva Light Cure, com espátula de resina para restaurar a cavidade (Figura 2: D), foi fotopolimerizado por 40 segundos, devolvendo a saúde e estética do dente (Figura 3: A-B).

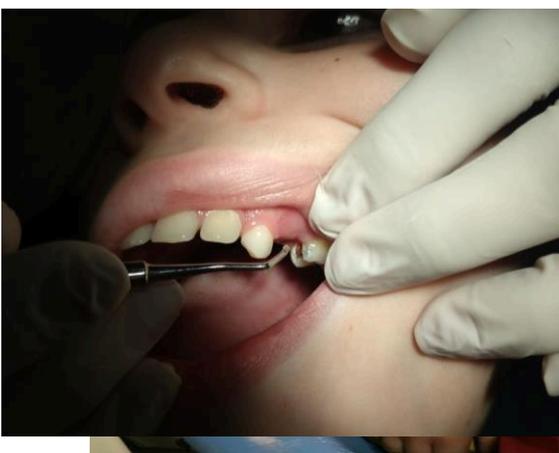
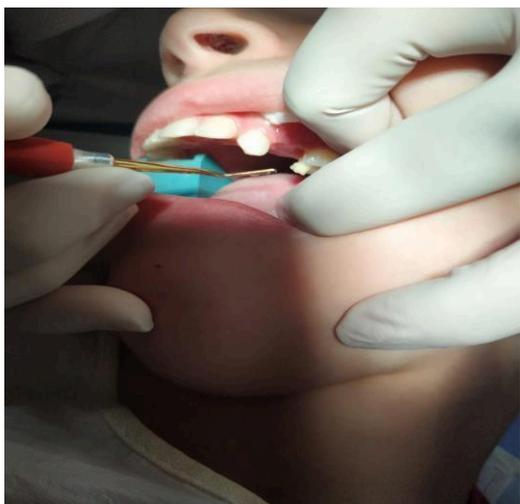


Figura 2: A - Imobilização médica ativa com o auxílio do pai. B - Remoção seletiva da cárie no dente 65. Autoria própria.



**C**

**D**

C - Manipulação com ionômero de vidro fotopolimerizável. D -Aplicação do ionômero na cavidade. Autoria própria.



Figura 3: A - Fotopolimerização. Autoria Própria. B - Resultado final. Autoria própria.

### **3 - Discussão**

Segundo Campos et al. (2009), para se realizar o atendimento odontológico do paciente autista, deve-se seguir os seguintes critérios: Realizar uma anamnese minuciosa, conhecendo as peculiaridades das ações e comunicação dos autistas; Deve-se questionar as aplicações anteriores de métodos de condicionamento aos responsáveis; Averiguar experiências anteriores de sedação; Evitar espera na recepção e palavras que provoquem medo; O tratamento odontológico deve também ser curto e organizado.

Outro fato a se observar, é que alguns pacientes portadores de autismo têm fascinação por movimentos giratórios, gostam de ficar olhando para cuspideira e ventiladores (Silk et al 2006). Segundo Amaral (2012) o controle do comportamento pode ser realizado por meio da aplicação de diversos métodos. Existem os métodos de restrição física, que têm o objetivo de proteger e dar segurança para a criança, pois o cirurgião-dentista utiliza materiais cortantes podendo causar injúria no paciente em caso de movimentos rápidos e inesperados. Amaral (2012) ainda dispõe que a principal emoção do autista é o medo, por isso o ambiente deve ser tranquilo; isso facilita as consultas, apesar de ser um grande desafio.

O tratamento da criança e do adulto autista deve procurar não a sua normalização, mas sim a atenuação, no que seja possível, dos prejuízos apresentados (SCHWARTZMAN, 1994). As formas de abordagens psicológicas do paciente autistas são as mesmas usadas em odontopediatria como: dizer-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, controle de voz, reforço positivo ou recompensa e modelação. Também é possível usar a linguagem corporal, de modo que o profissional, por meio de suas expressões faciais, consiga transmitir para a criança sua satisfação pelo bom comportamento, ou não (JOSGRILBERG *et al.*, 2005).

Kessamiguiemon *et al.*, (2017) atendendo paciente autista criança, relatou a importância da anamnese para as informações iniciais e apontou as dificuldades de comunicação do paciente, após os procedimentos o autor relata que a presença humana, interessada, incentivadora, do profissional é fundamental para que o atendimento à criança autista em odontologia transcorra com naturalidade e eficiência. Não existem fórmulas ou manuais. Neste sentido, é importante conhecer o paciente, deixá-lo à vontade, agindo naturalmente mediante o comportamento do paciente autista.

Pires (2000) atendendo paciente autista de cinco anos, descreveu as dificuldades iniciais, tanto relatadas pela família, quanto observado durante o tratamento, onde no primeiro dia de atendimento, a criança se mostrava muito agitada e com medo, porém, no decorrer do tratamento, a paciente demonstrou melhora no comportamento, devido a confiança adquirida no dentista.

Souza et al., (2017) relataram o tratamento odontológico com paciente criança diagnosticado com TEA e também apresentou as dificuldades encontradas. A anamnese e a conversa inicial com os pais demonstrou grande importância para os procedimentos, onde foi necessário anestesia geral. A observação do comportamento do paciente pelo cirurgião é de grande relevância, pois define a conduta do mesmo.

Mediante ao exposto e o quadro clínico de um paciente portador de TEA, as dificuldades encontradas devem ser consideradas de modo que o dentista, como um profissional pertencente à equipe interdisciplinar, deve esclarecer às famílias a importância da prevenção em relação às doenças bucais buscando sempre uma melhor qualidade de vida para essas famílias.

#### **4 - Conclusão**

Observado os relatos de pacientes diagnosticados com TEA, foi possível perceber as dificuldades enfrentadas por estas famílias e a importância da anamnese para o tratamento destes pacientes. É possível e necessário realizar medidas de prevenção, visando à diminuição de tratamentos mais radicais. Torna-se de suma importância a conduta do cirurgião dentista, o qual deve garantir ao paciente segurança e bem estar.

#### **Referências Bibliográficas:**

1. AMARAL, Lais David. Comportamento de profissionais de saúde e familiares na abordagem integral das necessidades da saúde bucal de autistas em São José do Rio Preto. 2013.

2. AMARAL, Cristhiane Olivia Ferreira et al. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. **Archives of Oral Research**, v. 8, n. 2, 2012.
3. CAMPOS CC, HADDAD AS. Transtornos de comportamento e tratamento odontológico. In: Haddad AS. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos; 2007. p. 229-239.
4. CAMPOS CC, FRAZÃO BB, SADDI GL, MORAIS LA, FERREIRA MG, SETÚBAL PCO, et al. **Manual prático para o atendimento odontológico dos pacientes com necessidades especiais** [Manual online]. 2009. [acesso 23 out. 2019]. Disponível em: [http://www.odonto.ufg.br/uploads/133/original\\_Manual\\_corrigido-.pdf](http://www.odonto.ufg.br/uploads/133/original_Manual_corrigido-.pdf).
5. DE PALMA AM, RAPOSA KA. Building Bridges: dental care for patients with autism. 2010. [acesso em setembro de 2019]. Disponível em: [http://www.ineedce.com/coursereview.aspx?url=2037%2FPDF%2F1103cei\\_aut.pdf&scid=14486](http://www.ineedce.com/coursereview.aspx?url=2037%2FPDF%2F1103cei_aut.pdf&scid=14486).
6. FONSECA ALA, AZZALIS LA, FONSECA FLA, BOTAZZO C. Análise Qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.** 2010; 20(2): 208-216.
7. JOSGRILBERG EB, CORDEIRO RCL. Aspectos psicológicos do paciente infantil no atendimento de urgência Odontologia. *Odontol Clín Cient.* 2005;
8. KESSAMIGUIEMON, Valdir Gustavo Gonçalves; OLIVEIRA, Kaiqui Dal Cool; BRUM, Sileno Corrêa. TEA-Atendimento odontológico: relato de caso. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 8, n. 2, p. 67-71, 2017.
9. NARVAI PC, FRAZÃO P, RONCALLI AG, ANTUNES JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica** . 2006.
10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - CID 10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Coord. Organiz. Mundial de Saúde; Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
11. PIRES, Regina Coeli Cançado Peixoto et al. Tratamento endodôntico radical na dentição decídua em portador de autismo infantil: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 5, n. 1, 2000.
12. SCHWARTZMAN JS. Autismo infantil. Brasília: CORDE Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; 1994.
13. SILK T, RINEHART N, BRADSHAW J, TONGE B, EGAN G, CUNNINGTON R, et al. Visuospatial processing and the function of prefrontal-parietal networks in autism spectrum disorders: a functional MRI study. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):1440-43.

## GENGIVECTOMIA

Luana Fonseca Cunha de OLIVEIRA<sup>1</sup>, Sarah Saraiva SORRENTINO<sup>2</sup>, Aline Manhães PESSANHA<sup>2</sup> Diogo Elias MIQUILITO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. luanafonsecca@hotmail.com

### RESUMO

O sorriso gengival é um dos principais motivos que levam o paciente a procurar tratamento odontológico para correção do sorriso, torná-lo mais harmônico. Para obtenção de sucesso deve-se utilizar uma correta técnica, com plano de tratamento adequado para cada paciente. Paciente do gênero feminino J.M.M, 28 anos de idade compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Nova Iguazu – campus V Itaperuna com queixa principal de excesso de gengiva, motivo que levou a recorrer ao tratamento. A paciente se encontrava com saúde periodontal, sem perda de inserção e motivada com a higiene. Foi indicada a técnica de gengivectomia com osteotomia para correção do sorriso.

**Palavras Chave:** Gengivectomia; Gengivoplastia; Estética Dentária.

### Abstract

The smile gingival it is a of the main motives that lead the patient search for treatment dental for correction smile become more harmonic. For obtaining of success must correct technique with treatment plan for each patient. Female patient J.M.M 28 years old showed up the UNIG - Campus V Dentistry Clinic with main complaint of excess gingival reason that led to resorting to treatment. The patient was with periodontal health no insertion loss and motivated by hygiene. The technique of gingivectomy with osteotomy for smile correction was indicated.

**KeyWords:** Gingivectomy, Gingivoplasty, Dental Aesthetics.

### 1 – Introdução

As cirurgias plásticas periodontais são muito frequentes na prática clínica e visam restituir a forma e a função do tecido gengival alterado. A gengivoplastia é um procedimento realizado cirurgicamente, onde é promovido o remodelamento plástico da gengiva para restabelecer e tornar simétrico uma forma anatômica assim como os contornos gengivais. Isto objetiva facilitar a prática de higiene bucal e uma melhor estética bucal (PIRES, 2010; SOUSA et al., 2010).

A constante procura por um belo sorriso tem sido fator progressivo e estimulante para os consultórios odontológicos, tanto por parte dos pacientes que desejam resultados estéticos favoráveis como

para os profissionais que vislumbram seus trabalhos com resultados satisfatórios e que auxiliam na melhora da qualidade de vida e autoestima dos seus pacientes (SOUSA et al., 2003).

Os padrões estéticos se correlacionam a vários fatores e deve sempre levar em consideração as características individuais do paciente. Partindo desta vertente é que o tema em questão deve ser tratado de forma minuciosa e cautelosa pelo cirurgião-dentista levando em consideração sempre as expectativas do paciente (PINTO, 2016; BERTOLINI et al., 2011).

O presente trabalho tem o objetivo de relatar por meio de um caso clínico, o procedimento de gengivectomia demonstrando sua atuação na correção da linha de sorriso e gerando resultado estético satisfatório.

## 2– Relato de caso

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente:*

Paciente J.M.M, sexo feminino, 28 anos, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Nova Iguazu – campus V Itaperuna, durante a anamnese relatou insatisfação com relação ao seu sorriso, sua queixa principal era "excesso de gengiva" motivo que a levou a procurar tratamento odontológico.

Durante o exame clínico, foi observado que a paciente em questão, se encontrava com saúde periodontal, sem perda de inserção e motivada com a higiene. Devido as características clínicas a anatômicas (fig1) optou-se por utilizar a técnica de gengivectomia.



Figura 1: Aspecto inicial. Fonte: Autoria própria.

Após ser feito o preparo da mesa operatória (fig 2), isolamento do campo operatório, anestesia local infiltrativa na região de canino a canino (fig 3), foi realizada a demarcação da profundidade de sondagem

(zênites nos centrais e caninos são distalizados e nos laterais centralizados) (fig 4). Está tem como objetivo marcar no epitélio externo gengival os pontos sangrantes correspondentes a profundidade das bolsas, que irão orientar a linha de incisão inicial (Isemberg, Shuman, 1983).



Figura 2: Mesa operatória. Fonte: Autoria própria.



Figura 3: Anestesia de canino a canino. Fonte: Autoria própria.



Figura 4: Demarcação da profundidade de sondagem. Fonte: Autoria própria.

A incisão primária com bisel interno foi realizada utilizando uma lâmina 15c acoplada a um cabo de bisturi (fig 5), seguindo os pontos marcados como referência. Após a incisão o tecido gengival foi removido (fig 6) com o auxílio de uma cureta Mc Call 13-14, assim como o tecido interproximal remanescente.



Figura 5: Bisel interno. Fonte: Autoria própria.



Figura 6: Retalho total rebatido antes da osteotomia. Fonte: Autoria própria.

Em seguida foi feito o descolamento da gengiva com descolador de Molt 2-4 (fig 7). Com broca de haste longa 1014 foi realizada a osteotomia. (fig 8).



Figura 7: Descolamento da gengiva. Fonte: Autoria própria.



Figura 8: Osteotomia realizada devolvendo espaço para a conformação das distâncias biológicas. Finalizamos o procedimento com sutura suspensória com fio de seda 4.0 (fig 9).



Figura 9: Sutura suspensória. Fonte: Autoria própria.



Figura 10: Pós-operatório imediato. Fonte: Autoria própria.

### **3- Discussão**

O planejamento de uma reabilitação estética que envolve a questão restauradora deve ser iniciado pela análise da linha do sorriso do paciente. Um erro mencionado por autores e que segundo eles ocorre com bastante frequência é que muitos profissionais focam somente no elemento dental, esquecendo-se dos componentes do sorriso do paciente (BERTOLINI et al., 2011; OLIVEIRA & VENTURIM, 2012).

Os tratamentos que envolvem a correção do sorriso gengival, realizados na área da Odontologia, baseiam-se, na maioria das vezes, em correções cirúrgicas, com condutas invasivas. (BERTOLINI et al., 2011). Existem várias de opções de tratamento para a correção desta característica do sorriso, sendo escolhida para o presente a gengivectomia estética.

Autores preconizam a necessidade de uma terapia periodontal básica, previamente à cirurgia de correção do sorriso gengival, para que se consiga um melhor resultado mediante o procedimento usado (PIRES et al, 2010; TREVISAN & MEUSEL, 2014).

Tais tratamentos com finalidade estética produzem um grande efeito na autoestima do paciente. A mudança é óbvia e imediata logo após a cirurgia, resultando numa diferença por vezes bastante acentuada no sorriso e estética facial (LIMA et al, 2016; BARROS-SILVA et al., 2010).

### **4- Conclusão**

O correto diagnóstico e a adequada seleção da técnica cirúrgica para a correção do sorriso gengival são de extrema importância para se obter sucesso no tratamento.

### **Referências Bibliográficas:**

1. RILEY DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, Kiene H, Helfand M, Altman DG, Sox H, Werthmann PG, Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch CA, Sun GH, Hanaway P, Sudak NL, Kaszkin-Bettag M, Carpenter JE, Gagnier JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemiol**. 2017 Sep; 89: 218-235.
2. BARROS-SILVA D, ZAFFALON GT, CORAZZA PFL, BACC, JE, STEINER-OLIVEIRA C, MAGALHÃES JCA. Cirurgia plástica periodontal para otimização da harmonia dentogengival – relato de caso clínico. **Braz J Health** 2010; 1(1): 31-36.
3. BERTOLINI PRF, BIONDI FILHO O, KIYAN VH, SARACENI CHC. Recuperação da estética do sorriso: cirurgia plástica periodontal e reabilitação protética. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas 2011; 20(5-6): 137-143.
4. LIMA KRS, NICOLAU RA, MATUDA FS. Aumento de coroa clínica no sorriso gengival – revisão de literatura. **XX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VI Encontro de Iniciação à Docência** – Universidade do Vale do Paraíba, 2016.
5. OLIVEIRA SAR & VENTURIM RTZ. Cirurgia Periodontal Ressectiva valorizando o sorriso gengival: relato de caso clínico. **Colloquium Vitae** 2012; 4(2): 118 – 128.
6. PINTO TB. Técnicas de correção do sorriso gengival. **Dissertação** – Mestrado integrado em medicina dentária – Universidade de Lisboa, 2016, 51 f.
7. PIRES CV, DE SOUZA CGLG, MENEZES SAF. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival – relato de caso. **R. Periodontia** 2010; 20(1): 48-53.
8. SOUSA CP, GARZON ACM, SAMPAIO JEC. Estética periodontal: Relato de um Caso. **Revista Brasileira de Cirurgia e Periodontia** 2003; 1(4): 262-7.
9. SOUSA SJB, MAGALHÃES D, SILVA GR, SOARES CJ, SOARES PFB, SANTOS-FILHO PCF. Cirurgia Plástica Periodontal Para Correção de Sorriso Gengival associada à Restaurações em Resina Composta: Relato de Caso Clínico. **Rev Odontol Bras Central** 2010; 19(51): 362-366.
10. TREVISANI RS, MEUSEL DRDV. Aumento de coroa clínica em dentes anteriores – relato de caso clínico. **J Oral Invest**, v. 3, n. 2: p. 19-24, 2014.
11. SOUSA CP, GARZON AC, SAMPAIO JEC. Estética periodontal: relato de um caso. **Rev Bras Cir Periodontia** 2003; 1(4): 262-7.

## EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR SEMI INCLUSO – RELATO DE CASO CLÍNICO

**Luana Teixeira Costa Leite<sup>1</sup>, José Alberto Tinoco<sup>2</sup>, Leonardo Peixoto<sup>2</sup>, Elias Darius Assad Neto<sup>2</sup>, Silmar Antunes Pereira<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Acadêmico em Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

\*Autor para correspondência. luanateixeira0@hotmail.com

**RESUMO:** Os terceiros molares têm a maior taxa de indicação de exodontia de todos os dentes. Vários fatores e patologias estão relacionadas com o grande número de terceiros molares extraídos. O objetivo desse trabalho foi relatar a exodontia de um terceiro molar semi incluído apresentando um quadro doloroso, paciente do sexo feminino, caucasiana, 23 anos, compareceu a clínica da UNIG com queixa de dor durante a mastigação devido a posição do dente 48. Após exame radiográfico periapical foi indicada exodontia do mesmo. Diante disso, conclui-se que apesar de um procedimento cirúrgico, a avulsão do dente não causa nenhum malefício ao paciente e auxilia no restabelecimento da saúde bucal.

**Palavras Chave:** Dente serotino, dente impactado, cirurgia bucal

**ABSTRACT:** The third molars have the highest extraction rates of all teeth. Several factors and pathologies are related to the large number of extra third molars. The aim of this study was to report a semi-included third molar extraction, presenting a painful condition, a 23-year-old Caucasian female patient, compared to a UNIG clinic complaining of chewing pain due to a dental injury. 48. Periapical radiographic extraction was indicated. Therefore, it is concluded that, despite a surgical procedure, a dental impulse does not cause any harm to the patient and to assist in the restoration of oral health.

**Key Words:** Molar, Third, Tooth, Impacted, Surgery, Oral

### 1 – Introdução

A exodontia está dentre as atividades mais executadas pelo cirurgião dentista, representa uma prática invasiva, de alta complexibilidade técnico-científica e de alta ocorrência (AMARAL et al., 2005).

Cirurgias para a extração de terceiros molares vem se tornando um procedimento comum na Odontologia. Isso acontece devido a uma série de fatores, dentre os quais, por exemplo, a falta de espaço para esse elemento dentário, fazendo com que não haja sua erupção espontânea na cavidade oral (retenção dentária) (LOPES et al., 2013).

Algumas variantes têm sido relacionadas às complicações pós cirúrgicos de exodontias de terceiros molares, entre elas a idade do paciente, o uso de contraceptivos orais, a posição do dente, a experiência do cirurgião, o tempo de cirurgia. Atenção aos detalhes cirúrgicos, incluindo o preparo do paciente, assepsia, manejo cuidadoso dos tecidos, controle da força aplicada com o instrumental, controle da hemostasia e adequadas instruções pós-operatórias reduzem o índice de complicações (JUNIOR et al., 2008).

Diante disso, o objetivo desse relato de caso é demonstrar a importância da execução correta da técnica cirúrgica, desde o preparo do paciente até às orientações pós cirúrgicas para o sucesso do pós operatório.

## 2– Relato de caso

*Considerações Éticas:* Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### *Informações do paciente*

Paciente do sexo feminino, caucasiana, 23 anos, compareceu a clínica da UNIG com queixa de dor durante a mastigação devido a posição do elemento 48.

### *Achados clínicos e radiográficos*

Ao exame clínico, paciente apresentou dente 48 parcialmente erupcionado. Exame radiográfico periapical (Figura 1).



Figura 1- Dente 48 com inclinação mesial.

### *Intervenção cirúrgica*

Após desinfecção com clorexidina 0,12% extra oral e clorexidina 0,02% intra oral.

Foi realizada anestesia local com a técnica de bloqueio do nervo alveolar inferior e bloqueio do bucal com lidocaína 2% + com epinefrina 1:100.00 (DFL, Brasil) (Figura 2)



Figura 2: Anestesia local (BNAI).

Retalho tipo envelope foi realizado através de incisão com lâmina de bisturi número 15 em região de crista do rebordo posterior a parte erupcionada da coroa do elemento (Figura 3).



Figura 3: Abertura do retalho tipo envelope.

Após descolamento total com descolador do tipo Molt, foi possível melhor visualização da coroa do terceiro molar (Figura 4).

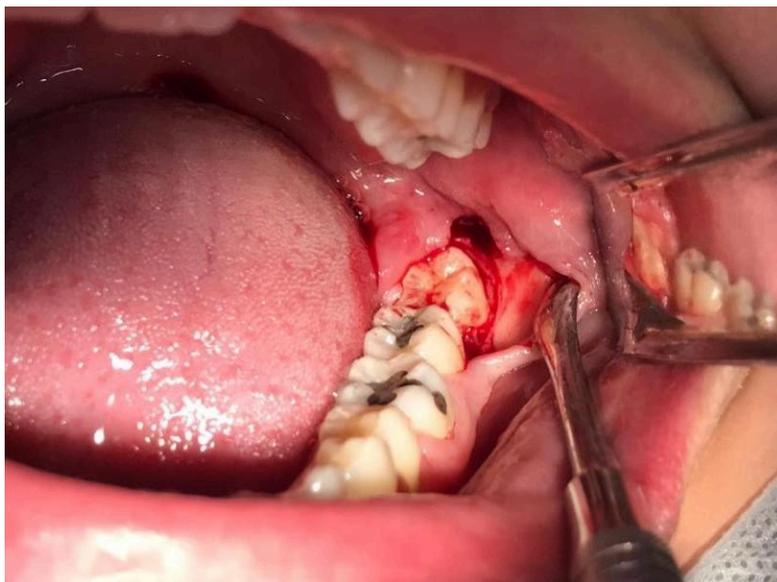


Figura 4: Descolamento do tecido.

Foi realizada osteotomia ao redor da coroa com broca carbide esférica (Figura 5)



Figura 5: Osteotomia

Após exposição total da coroa e encontro do ponto de apoio foi feita luxação do elemento com alavanca Seldin do tipo reta (Figura 6) e a avulsão do mesmo (Figura 7).



Figura 6: Luxação e avulsão do elemento

Após a retirada do elemento foi feita irrigação abundante com soro fisiológico (Figura 7),



Figura 7: Irrigação com soro fisiológico

Foi realizada sutura com porta agulha do tipo Mayo em ponto festonado contínuo com fio de seda 5-0 (Figura 8).



Figura 8: Sutura contínua festonada finalizada

Ao final da cirurgia foi prescrito ao paciente Amoxicilina 500 mg (21 comprimidos) por sete dias, Nimesulida 100mg (6 comprimidos) por 3 dias e Dipirona 500 mg em caso de dor.

### **3- DISCUSSÃO**

Baseados em estudos (BORGES et al., 2014) nos propomos a investigar se a execução correta da técnica de exodontia de terceiros molares semi inclusos inferiores poderia causar algum malefício ao paciente. O objetivo da cirurgia foi possibilitar uma boa higienização da cavidade oral, eliminando assim um possível foco infeccioso.

Tão importante quanto a execução correta da técnica a antissepsia pré-operatória e profilaxia antibiótica pós-operatória são de suma importância para o sucesso da cirurgia. A escolha pelo tratamento cirúrgico ou conservador dependerá da sintomatologia do paciente e a presença de patologias associadas. (CARVALHO 2017)

No caso clínico apresentado, a paciente queixava-se de dificuldade para escovação do elemento, além da grande retenção de alimento no local. A conduta clínica foi realizada levando em consideração a possibilidade desse dente se tornar um ponto infeccioso podendo causar uma pericoronarite ou cárie. Segundo Silva et al., 2016 durante a cirurgia de remoção, ocorrem injúrias aos tecidos orais, provocando sintomatologia dolorosa e edema. Para o combate destes, faz-se necessária a utilização de fármacos que controlam a inflamação e infecção, como os prescritos nesse caso.

Encontramos na literatura outros tipos de tratamentos, desde os mais conservadores, como o acompanhamento clínico e radiográfico sem intervenção, ortodontia, autotransplante de terceiros molares em caso de elementos vizinhos perdidos (PINTO JÚNIOR et al., 2018) até a exodontias que requerem abertura de grandes retalhos e o uso da técnica de odontosecção. A técnica aqui descrita mostrou se eficaz e de pequeno impacto para a vida cotidiana da paciente.

O tratamento cirúrgico deve ser muito bem planejado, com avaliação radiográfica prévia antes do ato cirúrgico, o conhecimento da técnica pelo cirurgião dentista faz toda a diferença, pois possibilita o mesmo saber quando escolher pelo tratamento conservador associado a abordagem intraoral o mais indicado na maioria dos casos. A anatomia local e sua relação com as estruturas nobres devem ser levadas em consideração, optando-se sempre pela técnica que promova a menor morbidade cirúrgica, com osteotomia conservadora e a tentativa de menor dano cirúrgico (SOL et al., 2019). Acreditamos, portanto, que a execução correta da técnica de exodontia, desde a antissepsia até a síntese do tecido é de suma importância para o sucesso da cirurgia, possibilitando assim o restabelecimento da saúde bucal do paciente sem nenhum malefício.

### **4- Conclusão**

Conclui-se que o diagnóstico foi realizado através de exames radiográficos diante da queixa da paciente. A indicação da exodontia ou não dos terceiros molares vai depender de cada caso em particular e da avaliação

do custo-benefício pelo profissional além da execução correta da técnica. O tratamento proposto foi adequado para a resolução do caso.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. AMARAL, M. A. Exodontia e a manutenção de um ambiente biologicamente seguro, Dissertação de mestrado- Escola de Enfermagem De Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo 2005. 96p
2. LOPES, B, G.Parestesia do nervo alveolar inferior após exodontia de terceiros molares. Arquivo Brasileiro de Odontologia v.9 n.2 2013
3. Paulesini Junior W, Caixeta Neto LS, Leporace AA, Rapoport A. Complicações associadas à cirurgia de terceiros molares: revisão de literatura. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2008 maio-ago; 20(2): 181-5
4. Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson - 3ª Ed. 2016
5. Avaliação radiográfica da prevalência de terceiros molares retidos: um estudo observacional em João Pessoa-PB, Brasil Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep • 27(2) 5-15 • jul.-dez. 2017
6. MATOS, Rev.Psicol Saúde e Debate. TERCEIROS MOLARES INCLUSOS: revisão de literatura Jan., 2017:3(1):34-49.
7. Estudo comparativo entre dois protocolos anestésicos envolvendo bloqueio do nervo alveolar inferior convencional e de Vazirani-Akinosi para exodontia de terceiro molar inferior Rev Odontol UNESP. 2014 Jan-Feb; 43(1): 24-29
8. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR INVERTIDO - RELATO DE CASO Revista Odontológica de Araçatuba, v.40, n.2, p. 39-42, Maio/Agosto, 2019
9. ESTELITA, Sérgio; CHIQUETO, Kelly; JANSON, Guilherme; JANSON, Marcos; HOFFELDER, Luciana. Influência da Classe II, subdivisão, tipo 1, e das extrações assimétricas no posicionamento dos terceiros molares inferiores: relato de caso. *Ortho Science: Orthodontics Science and Practice*, São José dos Pinhais, v. 9, n. 35, p. 83-92, 2016.

10. ZAMPIERI, C. R.; MICHIELIN NETO, L.; DUARTE, B. G.; GONÇALVES, E. S.; FERREIRA JÚNIOR, Osny. Deslocamento de raiz de terceiro molar inferior para o espaço submandibular: relato de caso clínico. *Journal of Ap*, 2014
11. PINTO JUNIOR, Aécio Abner Campos et al. Técnica de dois estágios no autotransplante de terceiros molares: relato de caso. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.** , Campinas, v. 66, n. 1, p. 96-100, janeiro de 2018.
12. CARVALHO: Dano ao nervo alveolar inferior em extração de terceiros molares inferiores: Revisão de literatura, Brasília 2017.
13. Fonseca Silva, Garcia Pereira O USO DE ANTIINFLAMATÓRIOS ESTEROIDAIIS E NÃO ESTERIODAIIS NO CONTROLE DA DOR E DO EDEMA EM CIRURGIA DE TERCEIROS MOLARES, · Revista Bahiana de Odontologia. 2016 Mar;7(1):31-39 ·
14. CINCURÁ SILVA SANTOS, LUCIANO et al. TRANSPLANTE DENTAL AUTÓGENO COMO ALTERNATIVA PARA REABILITAÇÃO ORAL: RELATO DE CASO. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 10, out. 2017.
15. QUEIROZ, Thallita Pereira et al . Dipirona versus paracetamol no controle da dor pós-operatória. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara , v. 42, n. 2, p. 78-82, Apr. 2013 .