

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 Simple 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

GENGIVOPLASTIA JUNTO À OSTEOTOMIA EM CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL: RELATO DE CASO	6
REABILITAÇÃO PROTÉTICA EM IDOSO COM PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL SUPERIOR E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL INFERIOR: RELATO DE CASO CLÍNICO	13
REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA ATIVA EM DENTES DECÍDUOS: RELATO DE CASO	20
DOZE MESES DE ACOMPANHAMENTO DE UM AUMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO TRATADO COM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL ATRAVÉS DA TÉCNICA DE OVERLAY COM RESINA COMPOSTA – RELATO DE CASO CLÍNICO	26
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA DEVOLVENDO ESTÉTICA E FUNÇÃO DO PACIENTE – RELATO DE CASO	34
HIPOMINERALIZAÇÃO DE MOLARES E INCISIVOS ASSOCIADA COM A PRESENÇA DA HIPOMINERALIZAÇÃO DE MOLARES DECÍDUOS – RELATO DE CASO	40
REABILITAÇÃO ORAL ATRAVÉS DE PRÓTESES TOTAIS REMOVÍVEIS EM PACIENTE IDOSO, COM SEVERA REABSORÇÃO ÓSSEA - RELATO DE CASO	47
GENGIVOPLASTIA VOLTADA PARA ESTÉTICA E BEM ESTAR DO PACIENTE – RELATO DE CASO	57
FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR: RELATO DE CASO CLÍNICO	65
EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR ERUPCIONADO COM LESÃO CARIOSA COM SINTOMA ÁLGICO – RELATO DE CASO CLÍNICO	74
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DO PRÉ MOLAR INFERIOR ESQUERDO, ATRAVÉS DA TÉCNICA DE INSTRUMENTAÇÃO MANUAL CROWN DOWN (COROA ÁPICE) – RELATO DE CASO CLÍNICO	81

GENGIVOPLASTIA JUNTO À OSTEOTOMIA EM CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL: RELATO DE CASO

Caio Rodrigues de OLIVEIRA¹, Aline MANHÃES², Sarah S. SORRENTINO², Diogo Elias MIQUILITO², Elias Daruis ASSAD NETO².

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

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

*Autor para correspondência. rodriguesdeoliveiracaio@gmail.com

RESUMO

O crescimento de gengiva sobre a coroa dos dentes, mais conhecida como hiperplasia gengival pode ser resultado de inflamação por biofilme dental e calculo. Desencadeando a hiperplasia gengival que é mais comum nos dentes superiores e face vestibular, podendo acometer também outras faces e outros dentes. Há pessoas que apresentam o chamado “Sorriso Gengival” em que possuem um excesso de gengiva cobrindo os dentes anteriores expondo uma grande faixa gengival que cobre parcialmente a coroa dos dentes prejudicando a estética do sorriso. A gengivoplastia é considerada um procedimento cirúrgico que possibilita o contorno gengival além de corrigir deformidades antiestéticas, visando criar contorno gengival harmônico para correção estética e remodelamento das papilas interdetais, tendo como principal objetivo estabelecer relação adequada na posição da margem gengival com o lábio e aumentar coroa dos dentes. O estudo de caso ocorreu na Clínica de Odontologia da UNIG-Campus V. O objetivo deste trabalho é expor após o procedimento cirúrgico, a mudança da dimensão dos dentes anteriores e otimização dos resultados estéticos proporcionando uma melhor harmonia entre dente e gengiva, uma estética satisfatória no sorriso e preservando o espaço biológico. Foi possível concluir que a técnica utilizada alcançou o resultado esperado proporcionando melhoria da qualidade de vida da paciente, elevação da autoestima e correção do sorriso gengival e maximizando a estética facial.

Palavras Chave: Sorriso Gengival, Gengivoplastia, Correção, Osteotomia, Estética.

Abstract

Gum growth on the crown of the teeth, better known as gingival hyperplasia, may be the result of dental biofilm and stone inflammation. Triggering the gingival hyperplasia that is more common in the upper teeth and buccal face, may also affect other faces and other teeth. There are people who present the so-called "Gingival Smile" where they have an excess of gum covering the anterior teeth exposing a large gingival band that partially covers the crown of the teeth impairing the aesthetics of the smile. Gingivoplasty is considered a surgical procedure that enables gingival contouring and corrects antesthetic deformities, aiming to create harmonic gingival contour for aesthetic correction and remodeling of interdental papillae, having as main objective to establish an appropriate relationship in the position of the gingival margin with the lip and to increase the crown. of the teeth. The case study took place at the Dental Clinic of

UNIG-Campus V. The objective of this paper is to expose after the surgical procedure, the change of the anterior teeth dimension and optimization of the aesthetic results providing a better harmony between tooth and gum, a satisfactory aesthetic. in the smile and preserving the biological space. It was concluded that the technique used achieved the expected result providing improvement of the patient's quality of life, increased self-esteem and correction of gingival smile and maximizing facial aesthetics.

KeyWords: Gingival Smile, Gingivoplasty, Correction, Osteotomy, Aesthetics.

1 – Introdução

O crescimento de gengiva sobre a coroa dos dentes, mais conhecida como hiperplasia gengival pode ser resultado de inflamação por biofilme dental e cálculo. Desencadeando a hiperplasia gengival que é mais comum nos dentes superiores e face vestibular, podendo acometer também outras faces e outros dentes. Há pessoas que apresentam o chamado “Sorriso Gengival” em que possuem um excesso de gengiva cobrindo os dentes anteriores expondo uma grande faixa gengival que cobre parcialmente a coroa dos dentes prejudicando a estética do sorriso, sendo assim indicada a cirurgia periodontal respectiva de gengivoplastia (SOUZA et al, 2003).

Torna-se cada vez mais frequente as queixas de pacientes relativas à estética de seus sorrisos, fazendo com que a cirurgia periodontal seja tão procurada para correção do sorriso gengival e se torne cada vez mais frequente no cotidiano do cirurgião dentista (TREVISANI & MEUSEL, 2014).

A gengivoplastia é considerada um procedimento cirúrgico que possibilita o contorno gengival além de corrigir deformidades antiestéticas, visando criar contorno gengival harmônico para correção estética e remodelamento das papilas interdentais, tendo como principal objetivo estabelecer relação adequada na posição da margem gengival com o lábio e aumentar coroa dos dentes (SANTOS et al., 2016).

O objetivo deste trabalho é expor após o procedimento cirúrgico, a mudança da dimensão dos dentes anteriores e otimização dos resultados estéticos proporcionando uma melhor harmonia entre dente e gengiva, uma estética satisfatória no sorriso e preservando o espaço biológico.

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 de 31 anos de idade, sexo feminino, compareceu a clinica odontológica da UNIG queixando-se da estética do seu sorriso gengival. Em seu relato, a paciente fala sobre o tamanho de seus dentes, queixando-se da aparência de uma faixa grande de gengiva ao sorrir e conversar (Figura 1).



Figura 1: Aspecto clínico inicial. Fonte: Autoria própria.

Achados clínicos e radiográficos

Com uma anamnese bem detalhada, não foi relatado nenhuma doença sistêmica a ponto de impedir o procedimento. No exame clínico apresentava bolsa de 3mm na sondagem e uma vasta área de gengiva inserida, com uma boa higienização, sem presença de biofilme e cálculo. Foi proposta uma cirurgia de gengivoplastia, associada a osteotomia, para a correção e harmonização de seu sorriso.

Intervenção terapêutica

Após a montagem da mesa cirúrgica, foi realizado o bloqueio do nervo alveolar superior anterior bilateral (Figura 2).



Figura 2: Anestesia do nervo alveolar superior anterior bilateral. Fonte: Autoria própria.

Com o auxílio de uma sonda milimetrada foi realizada a marcação dos pontos sangrantes na profundidade desejada nos elementos superiores anteriores (Figura 3). A incisão é feita com o cabo de bisturi e lamina 15c nos pontos sangrantes marcados com a sonda.



Figura 3: Marcação dos pontos com sonda milimetrada. Fonte: Autoria própria.



Figura 4: Pontos sangrantes marcados. Fonte: Autoria própria.

A remoção da faixa de gengiva foi feita com curetas McCall. Para que a superfície óssea fique visível, realizou-se o descolamento da mesma e em seguida uma

osteotomia com caneta de alta rotação e brocas para devolver o espaço biológico necessário da paciente.



Figura 5: Incisão com cabo de bisturi ligando os pontos sangrantes. Fonte: Autoria própria.



Figura 6: Descolamento do tecido gengival. Fonte: Autoria própria.



Figura 7: Osteotomia feita do lado direito mostrando a distância da junção amelocementária até a crista óssea de 3mm. Fonte: Autoria própria.

Com a osteotomia finalizada, recolocamos a gengiva no lugar para receber a sutura colchoeiro com fio de sutura 0,5, dando o nó na palatina para fins estéticos.



Figura 8: Sutura realizada com fio 0,5. Fonte: Autoria própria.

3- Discussão

Os padrões estéticos podem estar relacionados a múltiplos fatores e tem características individuais do paciente, portanto este tema deve ser tratado com cuidado pelo cirurgião-dentista levando em consideração sempre as expectativas individuais do paciente (SOUSA et al., 2010).

Os tratamentos para o sorriso gengival, realizados em Odontologia, baseiam-se em correções cirúrgicas, na maioria das vezes, invasivas (PINTO, 2016). Pires et al (2010) mostra que existem outros meios aplicados fora da área de atuação do cirurgião-dentista também são levados em consideração e podem mudar a rotina na Clínica Odontológica.

Devido ao desenvolvimento socioeconômico, a procura de tratamentos estéticos tem vindo a aumentar nos últimos anos, tornando-se um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde, em especial, devido às expectativas criadas pelos padrões estéticos das celebridades. Relativamente à estética facial, o sorriso revela ser um elemento com grande impacto social. Os princípios estéticos seguem não só parâmetros dentários, como também parâmetros gengivais (PINTO, 2016). A questão estética foi uma das queixas da paciente ao procurar o atendimento.

Martins et al (2019) menciona que a evolução tecnológica no âmbito odontológico, com intuito de melhorar resultados pós- operatórios trouxe técnicas que incluem a osteotomia, onde se destaca o procedimento da piezocirurgia.

Quando comparamos à duração do procedimento realizado com brocas, o piezoelétrico apresenta maior tempo cirúrgico, entretanto, favorece a cicatrização do tecido ósseo, apresentando osteoblastos vivos na região, reduzindo o tempo de reparo e a dor pós- operatória (MARTINS et al., 2019).

A saúde periodontal e a relação dentogengival são fatores essenciais na construção de um sorriso estético, com isso, o aumento de coroa clínica dos dentes anteriores, muda a dimensão dos dentes através da associação das técnicas, tanto de gengivectomia como a de gengivoplastia. Elas podem ser indicadas quando esses dentes são curtos ou tem exposição excessiva de tecido gengival e há um contorno irregular desse tecido e principalmente quando não há presença de doença periodontal (PENTEADO, 2015; OLIVEIRA & VENTURIM, 2012). No presente caso não havia presença de afecção alguma e a gengivoplastia foi indicada, com o aumento da coroa clínica.

4- Conclusão

Foi possível concluir que a técnica utilizada alcançou o resultado esperado proporcionando melhoria da qualidade de vida da paciente, elevação da autoestima e correção do sorriso gengival e maximizando a estética facial.

Referências Bibliográficas:

1. DUTRA, M. B.; RITTER, D. E.; BORGATTO, A.; DERECH, C. D.; ROCHA, R. Influência da exposição gengival na estética do sorriso. **Dental Press J Orthod**. V.16, n.5, p.111-118, 2011.
2. GUSMÃO, E. S.; COELHO, R. S.; CEDRO, I. R.; SANTOS, R. L. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso. **Odontologia Cientif**. V.5, n.4, p.345-8, 2006.
3. LOURENÇO, A. H. T.; LOURENÇO JR.; E. T., VITRAL; R. W. F. Cirurgia plástica periodontal: uma abordagem para Ortodontia. **Rev Dental Press Periodontia Implantol**. V.1, n.2, p.44-58, 2007.
4. MARTINS, J. S., BARRADAS, N. P. A., PFAU, V. J. M., PFAU, E. A. Correção do sorriso através de osteotomia realizada com aparelho piezoelétrico: relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. V.26, n.1, p.28-34, 2019.
5. OLIVEIRA, S. A. R. & VENTURIM, R. T. Z. Cirurgia periodontal ressectiva valorizando o sorriso gengival: relato de caso clínico. **Colloquium Vitae**. V.4, n.2, p.118-128, 2012

6. PENTEADO, L. A. M. Gengivectomia e Gengivoplastia na Estética do Sorriso – Relato de caso. **RevCesmac**. V.5, n.1, 2015.
7. PINTO, T. B. Técnicas de correção do sorriso gengival. **Dissertação Mestrado** – Faculdade de Medicina Dentária – Universidade de Lisboa, 2016.
8. Riley D. S.; Barber M. S.; Kienle G. S; Aronson J. K.; VonSchoen-Angerer T.; Tugwell P.; Kiene H.; Helfand M.; Altman D. G.; Sox H.; Werthmann P. G.; Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch CA, Sun GH, Hanaway P, Sudak NL, Kaszkin-Bettag M.; Carpenter J. E.; Gagnier J. J.; CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClinEpidemiol**. 89: 218-235, 2017.
9. PIRES, C. V.; SOUZA, C. G. L. G.; MENEZES, S. A. F. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival – Relato de caso. **R. Periodontia**. V.20, n.1, p.48-53, 2010.
10. SANTOS, F. G.; COUTINHO, E. F. S.; DINIZ, M. F.; SOARES, C. E. O.; FEITOSA, D. A. S. Reabilitação Estética em Dentes Anteriores Permanentes Traumatizados. **J Health Sci**. V.18, n.3, p. 195-200, 2016.
11. SOUSA, S. J. B.; MAGALHÃES, D.; SILVA, G. R.; SOARES, C. J.; SOARES, P. F. B.; SANTOS-FILHO, P. C. F. Cirurgia Plástica Periodontal Para Correção de Sorriso Gengival Associada à Restaurações em Resina Composta: Relato de Caso Clínico. **RevOdontolBras Central**. V.19, n.51, p.362-366, 2010.
12. SOUZA, C. P.; GARZON, A. C. M.; SAMPAIO, J. E. C. Estética Periodontal: Relato de um Caso. **RevBrasCir Periodontia**. V.1, n.4, p.262-267, 2003.
13. TREVISANI, R. S.; MEUSEL, D. R. D. Z. V. Aumento de coroa clínica em dentes anteriores – relato de caso clínico. **J Oral Invest**, V.3, n.2, p.19-24, 2014.

REABILITAÇÃO PROTÉTICA EM IDOSO COM PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL SUPERIOR E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL INFERIOR - RELATO DE CASO CLÍNICO

Clése Garcia Lemos BOSCHETTI¹, Michaela Cabral Moura CORRÊA¹, Bruno da Silva INÁCIO², Ana Paula DORNELLAS², Annalee N. Sá HOSKEN².

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

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

*Autor para correspondência. cleselemos688@gmail.com

RESUMO

As implicações das perdas dentárias refletem diretamente nas funções estomatognáticas. O tratamento adotado foi a confecção de Prótese Total Removível Superior e Prótese Parcial Removível Inferior. O objetivo deste trabalho foi melhorar a mastigação, fonação, deglutição e autoestima. Paciente de 90 anos de idade, do sexo feminino, compareceu à Clínica Integrada da UNIG, queixando-se das próteses antigas que estavam com os dentes artificiais desgastados e fazendo “barulho” ao mastigar. Após diagnóstico de necessidade da troca das próteses, foi realizado a confecção das mesmas, diante disso concluímos que os procedimentos foram eficazes para a paciente, uma vez que devolvemos suas funções e estética, melhorando sua qualidade de vida.

Palavras Chave: Prótese Total, Prótese Parcial Removível, Estética.

ABSTRACT

The implications of tooth loss reflect directly on stomatognathic functions. The treatment adopted was the manufacture of Superior Removable Total Prosthesis and Lower Removable Partial Prosthesis. The objective of this study was to improve chewing, phonation, swallowing and self-esteem. A 90-year-old female patient attended the UNIG Integrated Clinic, complaining about old prostheses that had worn artificial teeth and making "noise" while chewing. After diagnosing the need for replacement of the prostheses, we made the prosthesis, and we concluded that the procedures were effective for the patient, once we returned their functions and aesthetics, improving their quality of life.

Key Words: Denture Complete, Denture Partial Removable, Esthetics.

1 – Introdução

A ausência dentária denota a falta de zelo com a saúde bucal na trajetória da vida, sabendo identificar dentre os diversos fatores que levam a perda dentaria como, a cárie e as doenças periodontais, permitindo identificar condições normativas e subjetivas que podem estar associadas, além disso, envolve outros fatores como, relações dos princípios socioeconômicos e nível de educação em saúde (GERRITSEN et al., 2010). A prótese parcial removível, abrange uma trajetória de êxito na reabilitação protética (RAMCHANDRAN et al., 2016).

Preconizando a qualidade de vida, remodelando as funções e a estética, é um projeto alentado na reabilitação de um paciente de prótese, principalmente em idosos, classe, genética, situações sistêmicas, série de perda dentária, período de edentulismos e diversos fatores desconhecidos que insinuam a remodelação/reabsorção crônica da mandíbula desdentada (PIETROKOVSKI et al., 2007), a fim de proporcionar ao usuário uma acomodação mais ágil e eficaz, e que traga somente satisfação a sua via (OLCHIK et al., 2013).

A escolha pelo procedimento com prótese dentária é derivado dos fatores pessoais, econômicos ou simplesmente do uso da mesma, a qual é um recurso capaz de melhorar a mastigação, fonação, deglutição e autoestima (FAJARDO et al., 2002), além de retratar a possibilidade de melhora na realização de suas funções e do restabelecimento da estética (CALDAS JÚNIOR et al., 2005). A técnica de confecção é executada com passos clínicos e laboratoriais, os quais podem ser elaborados sem dificuldades, produzindo resultados adequados, melhora de retenção e estabilidade do aparelho protético, facilitando a adaptação devido as melhorias nas funções, especialmente em pacientes idosos com rebordos alveolares desfavoráveis (BREDA et al., 2006).

Diante disso, o objetivo do atual estudo foi de descrever o tratamento adotado na confecção de Prótese Total Removível Superior (PTS) em conjunto com Prótese Parcial Removível (PPR) Inferior em paciente idoso, e verificar o impacto do uso de tais próteses, na qualidade de vida.

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

Idosa de 90 anos de idade, sexo feminino, parda, compareceu à Clínica Integrada da UNIG, queixando-se das próteses antigas, que estavam com os dentes artificiais desgastados e fazendo “barulho” ao mastigar.

Sua história médica apresenta alterações sistêmicas, mas não possui relevância para este relato.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, constatou-se que a paciente utilizava prótese total superior há pelo menos 15 anos, porém exibindo rebordo alveolar satisfatório, e apresentando dentes inferiores anteriores e ausência bilateral de posteriores (classe I de Kennedy), fazendo o uso de PPR pelo mesmo período, observou-se perda óssea na região posterior (Figuras 1 A – B).



Figura 1A: Exame Físico Intra-Oral



Figura 1B: Sorriso com as
Próteses Antigas.

O exame radiográfico panorâmico confirmou a perda óssea inferior e nos dentes remanescentes boa inserção óssea.

Considerando os aspectos clínico e radiográficos, chegou-se ao diagnóstico da necessidade da troca das próteses, por funções mastigatórias estéticas, devido ao desgaste dos dentes artificiais.

Intervenção terapêutica

O primeiro passo clínico foi a profilaxia dentária profissional em seguida a moldagem inicial da arcada superior e inferior com Alginato Jeltrat Dustless (DENTSPLY SIRONA, Brasil), foi obtido o modelo de estudo (Figura 2).



Figura 2: Moldagem inicial

Com a moldeira individual, foi realizado moldagem funcional com godiva de baixa fusão nas bordas fazendo a moldagem do selado periférico, onde a paciente realiza as funções e em seguida a moldagem corretiva com a pasta Zinco-Eugenólica (Lysanda, Brasil) fazendo uma cópia fiel de toda a extensão da área chapável, levando à boca do paciente, fazendo a compressão bilateral simultânea, e em seguida, na arcada inferior foram realizados nichos e a moldagem de trabalho com Silicone de Condensação Speedex (Coltene, Brasil), e a confecção dos modelos de gesso Tipo IV Herostone (Coltene, Brasil) (Figuras 3: A – B).



Figura 3A: Molde
Funcional e Corretivo
Superior.



Figura 3B: Molde de Trabalho
Inferior.

Os dois modelos foram enviados ao laboratório de prótese, retornando para a prova do plano de orientação superior e estrutura metálica com registro em cera da PPR inferior, utilizamos o Compasso de Willis para medir a DVO (Dimensão Vertical de Oclusão), e com o auxílio do fio dental foi registrada a linha média dos caninos e altura do sorriso (Figuras 4 A – B), foram escolhidas a forma, tamanho e cor dos dentes, utilizando a escala Trilux, enviando novamente para o laboratório, a fim de que pudesse montar os dentes em cera.

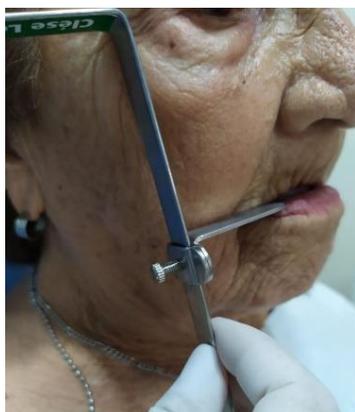


Figura 4A: Compasso de Willis

Figura 4B: Linhas de orientação

Costello
Company



ISSN:
2447-9721

Após o retorno foi realizada a prova dos dentes montados em cera, escolha da cor gengival, através do sistema Thomaz Gomes, e ainda a aprovação do paciente (Figuras 5 A - B).



Figura 5A: Próteses Montadas em Cera



Figura 5B: Seleção da Cor de Genviva

Retornando do laboratório as próteses acrilizadas com gengivas caracterizadas pelo sistema Thomaz Gomes. Após a entrega e a execução correta dos ajustes finais, promovemos o conforto e a satisfação da paciente, e em seguida realizamos as orientações referentes aos protocolos de higienização (Figura 6).



Figura 6: Sorriso da Paciente com as Próteses Novas.

3- Discussão

Baseado em (BARBOSA et al., 2006), o comprimento do lábio superior aumenta com a idade, assim, a realização de novas próteses melhora o contorno e a altura dos lábios. A estética de uma prótese deve manter os traços faciais, o perfil, a forma dos lábios e a harmonia já existente no paciente, e para ter um tratamento ideal, reabilitador, de forma a reestabelecer as funções fonética, mastigatória e de deglutição.

No caso clínico apresentado, a paciente tinha 90 anos de idade e queixava-se das próteses antigas e de “barulho” ao mastigar. A conduta clínica foi realizada levando em consideração a necessidade da troca das próteses (BELONI et al., 2013) relatam melhoria das funções devolvidas no tratamento reabilitador, como imagem pessoal, social e na qualidade de vida.

Encontramos na literatura outros tipos de tratamentos, desde os mais conservadores, como as próteses removíveis ou as próteses implantosuportadas (GONÇALVES et al., 2010). A técnica aqui descrita mostrou-se eficaz e é de fácil realização pelo cirurgião dentista, dispensando materiais complexos. Com isso preservamos os dentes remanescentes e a satisfação de um belo trabalho.

O sucesso de um trabalho de qualidade depende, entre outros fatores, de um excelente plano de tratamento. Segundo (BARBOSA et al: 2018) as prótese confeccionadas com câmara de sucção geravam lesões, problemas periodontais, traumas, irritação crônica dentre outras patologias, por este motiva tal

técnica foi proibida, por apresentar erros de planejamento e falhas de execução. Por estes motivos, tal autor destaca a necessidade do conhecimento dos tipos de patologia para o êxito do trabalho a ser desenvolvido.

Salienta-se que a partir do caso clínico descrito nesse trabalho, o planejamento correto em que a anamnese, o exame clínico e complementares são de fundamental importância, pois cada paciente tem suas condições clínicas. Neste estudo atingimos um resultado satisfatório utilizando a reabilitação oral total e parcial removíveis. Tomando total cuidado com a oclusão e com a estabilidade das próteses para que não haja problemas futuros.

4 – Conclusão

Conclui-se com base nos resultados obtidos que a técnica convencional da confecção das próteses Total e Parcial Removíveis foi eficaz no tratamento relatado neste trabalho, onde percebemos a melhora da estética, das funções dentárias e principalmente da autoestima da paciente.

Referências Bibliográficas:

1. BARBOSA DB, BARÃO VAR, ASSUNÇÃO WG, FILHO HG, GOIATO MC. Instalação de prótese total: uma revisão. **Revista de Odontologia da UNESP**. p.53-60, 2006.
2. BARBOSA, MARIANA TEIXEIRA; NETO, ORLANDO IZOLANI; RODRIGUES, CARLOS ROBERTO TEIXEIRA; LAPORT, LARISSA BOM ROCCA; OLIVEIRA, WILLIAN SIMÕES DE; OLIVEIRA, THAIS BASTOS DE SOUZA. **Lesões bucais provocadas pelo uso de próteses removíveis**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol.22,n.2, p.62-66,2018.
3. BELONI WB, VALE HF, TAKAHASHI JMF. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. **RFO** p.160-164, 2013.
4. BREDI RA, SICOLI EA, MENDONÇA MJ, PEZZINI RP. Prótese total pela técnica da zona neutra. **RGO**:274-279, 2006.
5. CALDAS JR. AF. Primary reason for tooth extraction in a Brazilian adult population. **Oral Health Prev Dent**, 2005.
6. FAJARDO RS, SUNDEFELD MLMM, CAÇÃO FM, NEPOMUCENO GC, AMARAL TC, GOIATO MC, MARFINATI SMAP. Análise das condições funcionais e psicológicas em pacientes edêntulos portadores de próteses totais. **Arq Odontol**: p.87-94,2002.
7. GERRITSEN AE. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Health Qual Life Outcomes**, p. 126-136, 2010.
8. GONÇALVES LM, FROTA PHDB, COSTA LA, SANTANA IL. Prótese parcial removível com duplo eixo de inserção e remoção em reabilitação estético-funcional relato de caso. **Odontol. Clín.-Clent**. p.373-376, 2010.
9. OLCHEIK, MAIRA ROZENFELD; ANNELEISE AYRES; MONIA PRESOTTO; RUTE LOPES BALTEZAN; ANDREA KRUGER GONÇALVES. O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, p.107-121, 2013.

10. PIETROKOVSKI JAIME. Morphologic Characteristics of Bony Edentulous Jaws; The American College of Prosthodontists, p.141-147, 2007.
11. RAMCHANDRAN, ARUN; KAUSHAL KISHOR AGRAWAL; POORAN CHAND; RAMASHANKER; RAGHUWAR DAYAL SINGH; ANUSAR GUPTA. Implant-assisted removable partial denture: An approach to switch Kennedy Class I to Kennedy Class III, p.408-410, 2016.

REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA ATIVA EM DENTES DECIDUOS – RELATO DE CASO CLÍNICO

Gabriella V. SGULMERO¹, Gabriella C. ROSA¹, Maria Lúcia V. PETRUCCI², Ângela BICALHO², Ana Paula DORNELLAS², Márcia C. LOUVAIN²

¹Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

²Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência. . gabriellavguini98@gmail.com

RESUMO

A cárie dentária é uma das doenças mais prevalentes em crianças e adolescentes, com possibilidade de transtornos biopsicossociais. A prevenção e tratamento precoce são as melhores formas para se fazer uma mínima intervenção, protegendo a criança de procedimentos mais invasivos. A cárie é considerada açúcar dependente, sendo fundamental a sua presença para o desenvolvimento da doença. Ao consumir a sacarose inicia-se um processo químico que diminui o pH da cavidade bucal causando a desmineralização, porém se houver uma concentração de flúor adequada pode haver a remineralização do esmalte dental. Baseando-se nestas considerações, o tratamento com verniz fluoretado em lesões iniciais da cárie apresenta grandes benefícios para o tratamento conservador, aumentando a concentração de flúor na boca e remineralizando à região afetada. Entretanto, apenas o tratamento em nível de consultório não terá resultados satisfatórios, se não houver uma mudança comportamental como dieta menos criogênica e uma escovação adequada. Assim, o objetivo desse estudo é descrever um tratamento precoce por meio da mínima intervenção com modificação comportamental e terapia do verniz fluoretado, ajudando a restabelecer a saúde oral de forma mais conservadora.

Palavras-chave: Cárie dentária; Remineralização; Dente decíduo; Odontopediatria

Abstract

Dental caries is one of the most prevalent diseases in children and adolescents, with the possibility of biopsychosocial disorders. Prevention and early treatment are the best ways to do minimal intervention, protecting children from more invasive procedures. Caries is considered sugar dependent, and its presence is essential for the development of the disease. Consuming sucrose initiates a chemical process that lowers the pH of the oral cavity causing demineralization, but if there is an adequate fluoride concentration there may be remineralization of the dental enamel. Based on these considerations, treatment with fluoride varnish in initial lesions Caries disease has great benefits for conservative treatment, increasing the concentration of fluoride in the mouth and remineralizing the affected region. However, only office-level treatment will not have satisfactory results if there is no behavioral change such as a less cryogenic diet and proper brushing. Thus, the aim of this study is to describe early treatment through minimal behavioral commodity intervention and fluoride varnish therapy, helping to restore oral health more conservatively.

Key words: Dental caries; Tooth remineralization; Tooth deciduous; Pediatric dentistry

1 – Introdução

A mínima intervenção da lesão cárie uma ótima opção de tratamento por ser um procedimento não cirúrgico preservando assim o tecido dental, mas é necessário um diagnóstico precoce e uma modificação comportamental geral na saúde bucal. (AMAECHEI, 2017). Devem-se distinguir por meio do exame visual os tecidos com doença cárie do tecido saudável, isso pode ser feito observando a superfície do dente limpo, fatores como a coloração e textura podendo diagnosticar e realizar o diagnóstico da doença (NEUHAUS et al., 2015).

A cárie é uma doença considerada açúcar dependente, tendo sua origem do desequilíbrio entre o substrato e o biofilme que se forma na superfície dental causando assim uma destruição no tecido. Um fator determinante para essa interação é a dieta rica em sacarose e uma escovação deficiente causando assim o acúmulo do biofilme que em presença de um pH crítico (abaixo de 5,5) por um maior período de tempo causa as lesões iniciais as quais podem evoluir se não ocorrer a remineralização (MASKE et al., 2017).

Habilitar o paciente a incorporar no seu dia a dia um comportamento saudável é fundamental para o plano de tratamento, encorajando o controle de placa e redução de alimentos com alto teor de açúcar. A

modificação comportamental é o início para restaurar o equilíbrio no ambiente oral (LUNDAHL & BURKE 2009).

A regularidade de aplicação do verniz teve resultados significativos para a incorporação do fluoreto, formando um depósito de glóbulos de fluoreto de cálcio que aumentam os níveis do pH na boca ajudando a deter a progressão da lesão causando a remineralização da camada mais superficial. Este efeito pode ser mais duradouro combinando em casa com o uso diário de um dentífrico com flúor (COCHRANE & REYNOLDS, 2012).

O objetivo desse estudo foi descrever um tratamento precoce por meio da mínima intervenção com uma modificação comportamental e terapia de verniz fluoretado ajudando a restabelecer uma saúde oral de forma mais conservadora.

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 criança de oito anos de idade, sexo masculino, caucasiana, compareceu ao consultório odontopediátrico acompanhada de sua avó para consulta de rotina.

Achados clínicos

Após o exame físico realizado com critério, pôde-se observar ao exame clínico, paciente com dentição mista e presença de mancha branca ativa na região vestibular do dente 53 (Figura1).

Fig. 1: Exame Clínico com diagnóstico de Mancha Branca Ativa – MBA Dente 53.



Fonte: autoria própria

Intervenção terapêutica

Para confirmar o diagnóstico da atividade de cárie, ativa ou inativa, foi realizada uma profilaxia com auxílio de uma escova Robinson e pasta profilática (Figura 2).



Fig 2: Profilaxia para realização do diagnóstico
Fonte: autoria própria.

Após esse procedimento o dente foi lavado abundantemente e seco com seringa tríplice.

Assim, diagnosticou-se a Mancha Branca Ativa e a opção de tratamento foi a aplicação do verniz fluoretado (Fluorniz[®]- SS White/Brasil), com uma fina camada na vestibular do dente 53 (Figuras 3A e 3B).



Fig4: Aplicação de uma gota de água sobre o verniz.

B Fonte: autoria própria.

Esse procedimento foi feito durante quatro semanas para uma remineralização do tecido cariado.



Fig5: Dente 53 com mancha branca remineralizada.

3- Discussão

Em três fases podemos dividir a prevenção e tratamento da cárie. Na prevenção primária é importante o conhecimento dos pais sobre a cárie, inserir uma alimentação limitando o consumo de açúcares e orientar sobre os benefícios do uso do flúor diário. A prevenção secundária é a atenção voltada para as lesões iniciais sem cavitação, tratadas com verniz fluoretado e outros tratamentos com mínima intervenção, promovendo sua remineralização. Prevenção terciária aborda as lesões já cavitadas, nessa fase é feita a paralisação das lesões e tratamento restaurador (PITTS et al., 2019).

Nenhum tratamento da doença cárie terá resultados satisfatórios com a presença de alimentos cariogênicos de forma desequilibrada, principalmente a sacarose (FARIA et al., 2016). Além disso, estudos demonstram que o biofilme dental presente na boca pode gerar uma perda na dureza de esmalte em apenas quatro dias e em dentina depois de sete dias. O biofilme é utilizado pelas bactérias em seu metabolismo energético liberando ácidos orgânicos que diminuem o pH oral atuando sobre os íons de cálcio nos cristais de hidroxiapatita causando assim a desmineralização dentária. (CARVALHO et al., 2018). Desta forma, no relato do caso proposto foi realizado de forma atuante o processo de orientação da diminuição do consumo da sacarose e escovação dental.

A presença de flúor na cavidade oral é um fator determinante para se evitar a progressão da carie e uma forma para manter essa concentração é a utilização de flúor tópico diariamente e outros tipos de aplicação em nível de consultório, para auxiliar na remineralização da estrutura dental, após mudanças de pH na boca. (SUDHANTHAR et al., 2019), conforme realizado com o tratamento da mancha branca ativa no relato do caso clínico.

Além disso, o diagnóstico diferencial de manchas no esmalte se torna imprescindível para não realizar sobretratamentos no paciente infantil. As hipomineralizações e manchas brancas cariosas inativas devem ter outro enfoque de tratamento, em comparação às manchas cariosas que necessitam de remineralização.

4- Conclusão:

Concluiu-se que a utilização do verniz fluoretado para o tratamento da mancha branca ativa resultou na remineralização da estrutura do esmalte dental, sendo uma opção viável nos pacientes infantis. Além disso, os trabalhos educativos foram associados ao tratamento da doença cárie para se conseguir o resultado desejado.

Referências Bibliográficas:

1. AMAECHI BT. Remineralisation- the buzzword for early MI caries management. **Rev. British Dental**. Vol. 223 (3), p.173-182, 2017.

2. CARVALHO T.P, MASKE T.T, SIGNORI C, BRAUNER K.V, OLIVEIRA E.F, CENCI MS. Desenvolvimento de lesões de cárie em dentina em um modelo de biofilme simplificado in vitro: um estudo piloto. *RevOdontol UNESP*. 2018 Jan-Feb; 47(1): 40-44 © 2018 - ISSN 1807-2577
3. COCHRANE NJ, REYNOLDS C. Calcium Phosphopeptides Mechanisms of Action and evidence of clinical efficacy. **AdvDent Res** 2012; 24: 41-47.
4. LUNDAHLAND B, BURKE B.L. The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Review-friendly Practice of four meta-analyses. **J ClinPsychol** 2009; 65: 1232-1245.
5. MASKE T.T, Maske T.T, SANDE H.V, ARTHUR R.A, HUYAMANS M.C.D.N.J.M, CENCI M. S. In vitro biofilm models to study dental caries: a systematic review, **Biofouling**, 33:8, 661-675 (2017), DOI: 10.1080/08927014.2017.1354248
6. NEUHAUS KW, JOST F, PERRIN P, LUSSI. Impact of different magnification levels on visual caries detection with ICDAS. **Journal of Dentistry**. Vol.43, p.1559–1564, 2015.
7. PEREIRA, A.C. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: **ARTMED**, 2003.
8. PITTS N, BAEZ R, DIAZ-GUALLORY C, et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. **Int J Paediatr Dent**. 2019; 29:384-386.
9. SCOTTI, Cassiana K.; LLERENA-ICOCHEA, Alfredo; MONDELLI, Rafael Francisco Lia; et al. Perda mineral do esmalte ao redor de um selante ionomérico e um verniz fluoretado. **Anais..** Bauru: FOB-USP, 2015.
10. SUDHANTHAR S, LAPINSKI J, TURNER J. A melhoria da saúde oral, por meio de aplicação de flúor verniz dentário numa prática pediátrica de cuidados primários. **BMJ Abrir Qualidade** 2019; 8: e000589. doi: 10.1136 / bmjoq-2018-000589

DOZE MESES DE ACOMPANHAMENTO DE UM AUMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO TRATADO COM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL ATRAVÉS DA TÉCNICA DE OVERLAY COM RESINA COMPOSTA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Iohanna Costa RANGEL¹, Iasmin da Silva OLIVEIRA¹, Ana Paula DORNELLAS², Annalee N. Sá HOSKEN²

¹Acadêmico em Odontologia da Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

²Curso de Odontologia da Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência: iohannacrangel@gmail.com

RESUMO

A ausência da dimensão vertical de oclusão (DVO) é consequência de um amplo desequilíbrio oclusal, apesar de não ser apenas a perda dos dentes pode ser o motivo responsável, como também as parafunções, dentre elas, o bruxismo. O desgaste dentário é frequentemente encontrado em muitos pacientes e pode ter origens fisiológicas ou patológicas. Situações em que o desgaste incisal/oclusal dos dentes são em excesso é preciso realizar a avaliação da dimensão vertical de oclusão (DVO). A DVO pode estar diminuída ou aumentada e isso pode trazer estragos passíveis ou permanentes de reabilitação ao paciente. A melhoria da relação maxilomandibular é condição necessária para que uma apropriada reabilitação oral seja realizada, devolvendo, assim, a função e a estética perdida. O presente estudo expõe uma situação de um paciente parcialmente edentado com uma acentuada perda da DVO. Depois dessa medida ter sido recuperada por meio de próteses parciais removíveis provisórias, foram feitas as restaurações, com aumento dos dentes com overlays diretos em resina composta. Além do mais, a execução de uma reabilitação permanente criteriosa e uma melhoria na sintomatologia exposta pelo paciente no início do tratamento também foram possíveis. A conclusão desse caso clínico comprovou a eficácia como método para reabilitação oral em casos de perdas de DVO severas.

Palavras Chave: Prótese parcial removível; Dimensão vertical; Reabilitação bucal.

ABSTRACT

The absence of vertical occlusion dimension (OVD) is a consequence of a wide occlusal imbalance, although not only the loss of teeth may be responsible for the problem, but also the parafunctions, these and

bruxism. Dental wear is often found in many patients and may have physiological or pathological origins. Situations in which the incisal / occlusal tooth wear is excessive requires the assessment of the vertical occlusion dimension (OVD). OVD may be decreased or increased and this may cause permanent or rehabilitative damage to the patient. Improvement of the maxillomandibular relationship is the necessary condition for an oral rehabilitation to be performed, thus returning a lost function and aesthetic. The present study exposes a situation of a patient who is associated with a marked loss of VOD. After this measurement was recovered by means of temporary removable partial dentures, they were made as restorations, with teeth augmented with direct overlaps in composite resin. In addition, an execution of a permanent recovery criterion and an improvement in symptomatology exposed by the patient at the beginning of treatment were also possible. The conclusion of this clinical case proved the oral rehabilitation method in cases of severs.

KeyWords: Denture Partial Removable; Vertical dimension; Mouth rehabilitation.

1 – Introdução

A redução da dimensão vertical de oclusão (DVO) é consequência de uma grande assimetria oclusal em que vários fatores podem ser causadores, dentre eles a perda dos dentes, bruxismos e outras parafunções. A recuperação da relação maxilomandibular é requisito necessário para uma reabilitação oral apropriada, ressarcindo assim a função perdida e a estética (MUKAI et al., 2010).

Como mencionado anteriormente, a diminuição da dimensão vertical é devido ao desgaste dentário acentuado, muitas das vezes causando uma má oclusão de pseudo classe III. Dentre os vários procedimentos existentes que podem resolver este problema as técnicas minimamente invasivas são mais vantajosas (MESKO et al., 2016).

De acordo com Bugiga & Colpo (2016), existem vários métodos para a correção da dimensão vertical como, por exemplo, o métrico, o fonético e o das proporções faciais, não sendo nenhum destes até hoje qualificado como mais eficazes. Diante disto uma reabilitação com resina composta direta tem suas vantagens e facilidades, assim obtendo sucesso no tratamento restaurador, deste modo restabelecendo a função, estética e fonética.

O presente estudo teve como objetivo reestabelecer a dimensão vertical de oclusão (DVO) perdida com a ausência e desgaste dos elementos através da confecção de próteses parciais removíveis, coligadas a *overlays* diretos com resina composta, permitindo que o tratamento restaurador seja 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.

Informações do paciente

Um paciente de 51 anos de idade, sexo masculino, bruxista, compareceu a clínica Integrada da UNIG *campus V* queixando-se de dente pequeno e ausência dentária. Na anamnese constatou-se que o paciente não apresenta nenhum tipo de patologia.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, o paciente apresentou dentição permanente incompleta, com presença de vários restos radiculares nos dentes 12, 15, 16, 22 e presença de lesões cariosas extensas nos dentes 13, 15, 34, 36, 37, 45, 46. Sendo que era um paciente classe III de Kennedy e com perda da dimensão vertical, devido ao bruxismo e perdas dentárias.

No exame radiográfico panorâmico (Figura 1) observou-se que o incisivo lateral esquerdo 22 precisava-se de tratamento endodôntico e colocação de um pino de fibra de vidro, evidenciado pela imagem radiolúcida na área de ápice, confirmando o comprometimento pulpar.



Figura 1: Radiografia panorâmica evidenciando comprometimento pulpar do elemento 22. Fonte: Autoria própria.

Intervenção terapêutica

Depois de realizadas as moldagens e obtidos os modelos de estudo (Figura 2 A-B), estes foram analisados de forma minuciosa para que fosse possível identificar as discrepâncias oclusais e a perda severa da DVO.



Figura 2: Modelos de estudo para avaliação da perda da DVO. A - Modelo superior. B - Modelo inferior. Fonte: Autoria própria.

Durante o estudo da DVO, realizou-se uma medição correspondente ao valor a ser corrigido (3,2cm) utilizando-se a técnica adequada, em que a cabeça do paciente é posicionada em estabilidade perfeita nos sentidos ântero-posterior e lateral, em virtude da contração dos músculos posteriores do pescoço. O terço médio mais o terço inferior da face é igual ao valor dividido por dois, menos três a quatro milímetros do espaço funcional livre (EFL), por meio do compasso de Willis. Calculando tal valor, foram elaborados os enceramentos superiores e inferiores na boca.

A montagem dos dentes em cera (Figura 3) foi plausível devido à seleção da cor dos dentes para nova prova da base superior e inferior, o que salientou a necessidade de se promover o aumento em resina composta dos seguintes dentes: 22, 23, 33, 43 e 44, procurando um equilíbrio de todo o conjunto.



Figura 3: Montagem dos dentes em cera. Fonte: Autoria própria.

Foi utilizada resina composta com o intuito de ajustar os dentes superiores anteriores, ou seja, os overlays, que graças a um sistema único possibilitou a visualização da exata quantidade de resina composta a ser usada no instante da restauração definitiva direta, além da verificação da nova DVO estabelecida.

Efetuada a acrilização das próteses parciais provisórias superiores e inferiores, a restauração dos dentes referidos foi feita em resina composta, de acordo com os critérios determinados anteriormente.



Figura 4: A - Escala da cor de gengiva. B - Acrilização da prótese parcial removível superior e inferior. C – Resultado final. Fonte: Autoria própria.

As etapas desse tratamento foram baseadas criteriosamente nos conceitos de elaboração de boca e biostático dos dentes de suporte para próteses parciais removíveis.

Foi imensamente satisfatório o resultado final, não apenas pela questão estética, assim como pelo ato do equilíbrio do sistema mastigatório que se encontrava colapsado ter sido restabelecido, o que claramente era preciso para que a reabilitação permanente pudesse ser feita com sucesso.

3 – Discussão

O grande objetivo desse estudo é reestabelecer a dimensão vertical de oclusão (DVO) perdida com a ausência e desgaste dos elementos através da confecção de próteses parciais removíveis, coligadas a *overlays* diretos com resina composta, permitindo que o tratamento restaurador seja satisfatório (LELES et al., 2017).

Esta afirmação condiz com o texto de Dantas (2012) que reconhece a grande importância do reestabelecimento da DVO através da reabilitação com prótese parcial removível e confirma, também, o texto de Costa et al. (2017) que, além desse fato, afirma que os *overlays* apresentam uma excelente e eficiente alternativa devido a agilidade nos procedimentos das relações maxilomandibulares e melhor estética.

Spazzin et al. (2013) acredita que a placa de reposicionamento mandibular apresenta-se como um método mais rápido, prático e eficiente, auxiliando na determinação da DVO e reabilitação com implante dentário, porém Amoroso et al. (2013), em seu trabalho nos apresenta que pacientes com parafunção severa devem apresentar uma reabilitação oral planejada, respeitando os aspectos funcionais e estéticos. Assim, o trabalho mostra que a resina composta é mais rápida e eficaz.

Diante do exposto no artigo de Melo et al. (2016) é certo afirmar que ao empregar uma prótese parcial removível é possível restaurar as funções estéticas e do sistema estomatognático. Já Ahmad (2008), em seu livro, afirma que é duvidosa a utilização de uma placa acrílica para confirmar de que o aumento referido da DVO pode ser transigido já que a algia que o paciente menciona costuma desaparecer após uma a duas semanas, a despeito do grau de elevação proposto.

O resultado da reabilitação também necessita do correto diagnóstico, análise e execução de todas as outras etapas que realizam a confecção dos overlays em resina composta. Exame clínico e um diagnóstico correto da causa da alteração da DVO, obtenção de modelos de estudos bem feitos e planos de orientação, ajuste dos planos de orientação, seleção de cor e montagem de dentes, prova de dentes, instalação e controle. A determinação de um protocolo de atuação é a melhor forma de desenvolver e chegar a um tratamento reabilitador com sucesso.

4 – Conclusão

Neste caso foi possível restabelecer corretamente a DVO perdida com a ausência e desgaste dos dentes através da confecção de próteses parciais removíveis associadas às overlays diretas feitas com resina composta. O resultado final obtido foi satisfatório, o que até mesmo motivou o paciente em relação à higienização, uma vez que a estética foi atingida.

5 – Referências Bibliográficas

- AHMAD, I. **Protocolos previsíveis para restaurações estéticas**. Porto Alegre: ArtMed; 2008.
- AMOROSO, A.P.; GENNARI FILHO, H.; ZUIM, P.R.J.; MAZARO, J.V.Q.; ZAVANELLI, A.C. Recuperação da dimensão vertical em paciente com parafunção severa. **Revista Odontológica de Araçatuba**. Araçatuba. v.34(2), p.09-13, jul/dez, 2013.
- BUGIGA, F.B.; COLPO, F.L.; ANZOLIN, D.; KREVE, S. Restabelecimento da dimensão vertical em paciente com desgastes dentais severos - Relato de caso clínico. **Oral Invest**. Cascavel. v.5(2), p.45-52, 2016.
- COSTA, M.M.; DE OLIVEIRA, J.E.C.; LIMA, J.H.F.; LIMA, J.B.G.; MOURA, G.F.; QUAGLIATTO, P.S. Reabilitação oral de paciente com redução de dimensão vertical de oclusão utilizando prótese parcial removível overlay - Relato de caso. **Rev Odontol Bras Central**. Ribeirão Preto. v.26(77), p.66-70, . 2017.
- DANTAS, E.M. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. **Odonto**. Júlio de Castilhos. v.20(40), p.41-48, 2012.

- LELES, S.; PERES, M.M.; VELOSO, A.L.S.; GÓES, R.W.L.; NASCIMENTO, F.; DIETRICH, L. Prótese overlay no paciente com perda de dimensão vertical causada pelo bruxismo: Experiência de estágio clínico. **Rev. Psicol Saúde e Debate**. v. 3(1), p. 12-21, jul, 2017.
- MELO, M.; BORGES, R.N.; FREITAS, G.C. Prótese parcial removível com macro-apoios, recompondo dimensão vertical em pacientes com desgastes severos de dentes - Relato De Caso. **Sci Invest Dent**. v.21(1), p.7-11, 2016.
- MESKO, M.E.; CENCI, M.S.; LOOMANS, B.; OPDAM, N.; PEREIRA-CENCI, T. Reabilitação oral do desgaste dentário severo com resina composta. **RFO UPF**. Passo Fundo. v.21(1), p.121-129, jan/abr, 2016.
- MUKAI, M.K.; GIL, C.; COSTA, B.; STEGUN, R.C.; GALHARDO, A.P.M.; CHACCUR, D.C.; FUKUDA, A.C.C.S.; KAMMERER, B.A. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. **RPG, Rev. pós-grad**. São Paulo. v.17(3), p.167-172, jul/set, 2010.
- RILEY, D.S.; BARBER, M.S.; KLENT, G.S.; ARONSON, J.K.; VON SCHOEN-ANGERER, T.; TUGWELL, P.; KIENE, H.; HEIFAND, M.; ALTMAN, D.G.; SOX H,WERTHMANN, P.G.; MOHER, D.; RISON, R.A.; SHAMSEER, L.; KOCH, C.A.; SUN, G.H.; HANAWAY, P.; SUDAK, N.L.; KASZKIN-BETTAG, M.; CARPENTER, J.E.; GAGNIER, J.J.; Care guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemiol**. v.89, p.218-235, set, 2017.
- SPAZZIN, A.O.; SCHUH, C.; FEDERIZZI, L.; ALESSANDRETTI, R.; QUEVEDO, F.A. Placa de reposicionamento mandibular para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão – Relato de caso. **Prosthes. Lab. Sci**. Passo Fundo. v.2(8), p.318-322, 2013.

PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA DEVOLVENDO ESTÉTICA E FUNÇÃO DO PACIENTE – RELATO DE CASO

Kamila AUGUSTA¹, Vanessa da Silva EVANGELISTA¹, Lucilio Marcos da SILVA², Elissa Almeida ROCHA ², Bruno da Silva INACIO ², Diogo MIQUILITO²

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

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

*Autor para correspondência. kamila-augusta@hotmail.com

RESUMO

A perda dentária devido a diversos fatores é muito comum, afetando a estética o emocional e a funcionalidade mastigatória, a prótese parcial removível tem a finalidade de substituir os elementos perdidos para devolver função e estética. O objetivo desse trabalho foi relatar a confecção de uma prótese parcial provisória para edentados parciais com o intuito de melhorar as funções em um espaço curto de tempo. Paciente de quarenta anos do sexo feminino procurou a clínica integrada com queixa de dentes cariados e ausência de alguns, que interferiam no seu emocional. Após o diagnóstico confirmado através de exame clínico e radiográfico, constatou-se que se tratava de classe III modificação I de Kenedy na arcada superior, presença de elementos com cáries profundas e restos radiculares. Em seguida, foi realizado a adequação bucal da paciente melhorando o meio através de profilaxia dentária profissional, tratamento endodôntico dos elementos com acometimento pulpar, remoção de tecido cariado seguido de restauração com resina e extrações de restos radiculares para em seguida iniciar confecção de uma prótese parcial provisória. Diante disso, conclui-se que parece ser possível a reabilitação em tempo curto de pacientes edentados parciais, para contribuir com a melhoria de sua qualidade de vida.

Palavras Chave: Prótese parcial; Estética; Qualidade de vida

Abstract

Tooth loss due to many factors is very common, affecting aesthetic or emotional and chewing, a removable partial denture has the possibility of replacing the lost elements with functions and return aesthetics. The aim of this study was to report a provisional partial prosthesis confection for partial edentate in order to improve the functions in a short time. Forty-year-old female patient sought an integrated clinic with decayed and missing teeth that interfered with her emotional. After the diagnosis confirmed by clinical and radiographic examination, it was found that treated class III, which was applied in Kenedy, presence of

deep-bottomed elements and root remnants. After that, the patient was adequately adapted to improve the professional dental prophylaxis, the endodontic treatment of elements with pulp follow-up, the removal of decayed tissue after resin restoration and extraction of root remnants to immediately start the inspection of the teeth. a provisional partial started prosthesis. Therefore, it can be concluded that the recovery of educational patients seems to be possible in a short time, to contribute to the improvement of their quality of life.

Key Words: Denture Partial; Esthetics; Quality of life

1 – Introdução

A prótese parcial removível tem como finalidade substituir os dentes perdidos, devolvendo a função e estética dos dentes naturais, tem como indicação reabilitar pacientes de extremidades livres uni ou bilaterais ou parcialmente desdentados em geral promovendo uma melhor qualidade de vida (SUGIO et al., 2019).

A perda dentária pode ser causada por vários fatores, dentre eles estão a má higienização, doença cárie que se estendeu até a raiz, evolução da doença periodontal, traumas e infecções, podendo alterar as condições de vida de um indivíduo. Sendo capaz de causar a perda da dimensão vertical do paciente que pode estar relacionada a quantidade de elementos na boca, (MUKAI et al., 2010) uma boa saúde bucal depende de nove ou mais dentes ocluindo posteriores e anteriores (KHAN et al.,2017).

Para realizar a reabilitação de um paciente que precise de uma adequação bucal anterior ao uso de um elemento definitivo é importante a utilização de uma prótese parcial provisória que ajuda restabelecer o equilíbrio bucal, melhorando a estética, estabilização e servindo de guia para a prótese definitiva (SIADAT et al.,2015).

O objetivo do presente estudo foi descrever a reabilitação oral do paciente através da confecção de uma prótese parcial removível provisória, além disso foi promovida a adequação bucal da mesma com realização de restaurações, extrações dentarias e tratamentos endodônticos.

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

Uma mulher de quarenta anos, sexo feminino, caucasiana, compareceu a clínica integrada queixando de dentes cariados e ausência de alguns.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, a paciente apresentou resto radicular dos elementos 12,13,14,15,22,23,27 e 36, cárie profunda no 11,21,24,25,33,34,43 e 44 (figura 1A e B).



tos radiculares e cárie profunda
onte: Autoria própria.
primeiro e segundo pré-molar
ento pulpar (figura 2A e B).



- Radiografia periapical com área
toria própria.
o diagnóstico de edentulismo parcial
reabilitação.

ção da arcada superior e inferior para
radiculares, remoção de tecido cariado
co nos elementos 24 e 25(figura 3B).



o em resina composta no 11,21 e
e 44. Fonte: Autoria própria.

r para confecção da prótese e guia de
oldeira odontológica, MAC,Brasil) e
ca,Lysanda,Brasil) e utilidades(Cera
e a manipulação do Alginato

(Alginato Jeltrate, Dentsply, Brasil) e colocação na moldeira na arcada superior e inferior (figura 4B e 4C), após a confecção do molde foi feita a manipulação do gesso tipo 3 (Gesso Pedra Amarelo Tipo

3, Coltène, Brasil)

na confecção do

o a ser enviado para

otético (figura

pa

model

o pr

4D).



na paciente para que todos os dentes oclusam corretamente, foi utilizada tampinha com rolo para amolecer a cera, logo após colocou-se na boca da paciente e pediu para ocluir até chegar na oclusão certa (figura 5B), depois realizou-se a seleção de cor dos dentes (1 A escala de cor trillux).



de oclusão dos roletes em cera. Fonte:

ra (figura 6), sendo observado disposição, se estava ajustado na boca paciente. Após sua aprovação e escolhido a cor de gengiva na. E enviado novamente ao protético para

Figura 6: Prova dos dentes em cera. Fonte: Autoria própria.

Foi recebido a prótese parcial removível provisória acrilizada (figura 7), sendo observado oclusão, foi necessário ajuste com broca maxicut (broca tungstênio, American burrs, Brasil) na região da gengiva pois a paciente relatou incomodo devido a uma parte cortante. Após os ajustes a prótese foi entregue a mesma.



Figura 7: Prótese parcial removível provisória acrilizada. Fonte: Autoria própria

3- Discussão

Baseado nos estudos de Todescan et al., (2001) nos propomos a investigar se seria possível a reabilitação parcial da paciente com ausência de elementos dentais superiores, classe III modificação I de Kenedy, através da reabilitação com prótese parcial removível provisória. E o principal achado foi a melhoria estética, emocional e funcional da mesma.

No caso clínico apresentado a paciente de 40 anos de idade se queixava das perdas dos elementos dentais que a impossibilitavam de comer alguns alimentos, e a carga emocional que englobava sobre ela, quando apareciam ao sorrir. A escolha da prótese parcial removível provisória foi devido a necessidade de suprir as expectativas da paciente, a funcionalidade e fazer a adequação do meio bucal da mesma, através de um procedimento com tempo mais curto e de custo acessível (AKINYAMOJU et al.,2019), melhorando sua qualidade de vida temporariamente até a realização da prótese definitiva (SEGAL et al.,2019). Pois a reabilitação feita com prótese pode ter um efeito muito positivo no comportamento e na autoimagem do paciente, uma vez que ao restabelecer de forma adequada as condições estéticas e mastigatórias contribui para uma melhoria na interação social (PROBST et al.,2016).

Encontramos na literatura outros tipos de tratamentos, desde os mais conservadores, como uma prótese parcial removível definitiva até tratamentos mais invasivos como implantes (ALI et al.,2019). A técnica aqui descrita mostrou-se eficaz tanto para reabilitação provisória de edentado parcial em um reduzido espaço de tempo, e é de fácil realização pelo cirurgião-dentista.

O baixo custo deste procedimento vem a complementar a sua indicação devido as condições financeiras de grande parte da população brasileira, estas podem oferecer algumas vantagens como completar a arcada dentária de pacientes que não podem ficar sem os elementos seja por necessidades estéticas ou por outro motivo (BISPO et al.,2010).

O estudo trata-se do relato de um caso clínico específico, embora eficaz, é indicado a realização de estudos com maior número de pacientes para ter uma maior base científica.

4- Conclusão

Conclui-se que a utilização de prótese parcial provisória foi uma boa opção para tratamento de edentado parcial em um pequeno tempo, devolvendo suas funções, ajudando também paciente que necessite ser reabilitado e tenha limitações em sua condição financeira.

Referências Bibliográficas:

1. ALI Z.,BAKER S.R., SHAHRBAF S., MARTIN N., VETTORE M.V., Oral health-related quality of life after prosthesis treatment for patients with partial edentulism: a systematic review review and meta-analysis. **The Journal of Prosthesis Dentistry**, Vol. 121(1),2019.
2. AKINYAMOJU C.A., DOSUMU O.O., TAIWO J.O., OGUNRINDE T.J. Oral health-related quality of life: acrylic versus flexible partial dentures. **Ghanamedj**, Vol.53 (2) ,2019.

- 3- BISPO CGC., TORTAMANO I.P., JUNIOR JC.B.S., MEDEIROS ACR.,ROCHA R.G, Estética imediata provisória em paciente idoso. **Odontologia Clínica Científica**,Vol 9(4),2010.
4. KHAN S., BCHD, CHIKTE U., FRACDS, FDSRCSED. Impact of Removable Partial Dental Prosthesis on the Oral Health-Related Quality of Life of a South African Cohort with Varied Distributions of Missing Posterior Teeth. **Journal of Prosthodontics**,p. 1- 6,2017.
- 5.MUKAI M.K., GIL C., COSTA B., STEGUN R.C., PUCCI A., GALHARDO M., CHACUR D.C., FUKUDA A.C.S., KAMMERER A. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. **Revista Pós-Graduação**, Vol. 17(3), p 167-72, 2010.
- 6.PROBST L.F, AMBROSANO G.M.B, CORTELLAZI KL, GUERRA L.M., SILVA M.R., TOMAR S, CIARANTOLA M., KONKOWSKIN I.P.S., POSSOBON R.F. Fatores associados aos sentimentos da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. **Caderno saúde coletiva**,Vol. 24(3),p 347-354,2016.
7. SEGAL A., YU H.W., ELKASSABY H., Using a Visible Light-Polymerized Resin to Fabricate an Interim Partial Removable Dental Prosthesis, **Journal of Prosthodontics**,p 1-4,2016.
8. SIADAT H, ALIKHASI M., BEYABANAKI E. Interim Prosthesis Options for Dental Implants. **Journal of Prosthodontics**,p 1-8,2015.
9. TODESCAN R., SILVA E.B., SILVA O.J. Atlas de prótese parcial removível. **Livraria santos editora ltda**,2º reimpressão 2001, capítulo 1, p. 1-9,2001.
10. SUGIO C.Y.C.,GOMES AC.G.,MACIEL J.G.,PROCÓPIO A.L.F, NEPELENBROEK K.H., Considerações sobre os tipos de próteses parciais removíveis e seu impacto na qualidade de vida. **Revista Odontológica de Araçatuba**,Vol.40 (2), p.15-21,2019.

HIPOMINERALIZAÇÃO DE MOLARES E INCISIVOS ASSOCIADA COM A PRESENÇA DA HIPOMINERALIZAÇÃO DE MOLARES DECÍDUOS – RELATO DE CASO

Leticia Ferreira Queiroz de ALMEIDA¹, Isabella Prevatto MONTEIRO¹, Ana Paula DORNELLAS², Maria Lúcia Venâncio PETRUCCI², Ângela BICALHO², Márcia Costa LOUVAIN²

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

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

*Autor para correspondência. leticiaferreira.1998@hotmail.com

RESUMO

As alterações qualitativas no esmalte dental denominadas Hipomineralização de Molares Decíduos (HMD) e Hipomineralização de Molares e Incisivos (HMI) são caracterizadas por apresentarem, opacidades bem delimitadas, variando da cor branca, creme, amarela ou amarronzada, com etiologias

complexas e multifatoriais, no qual podem apresentar hipersensibilidade nos dentes acometidos. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi alertar aos profissionais e a família que na presença do diagnóstico de HMD deve-se acompanhar a erupção do primeiro molar permanente, pois o mesmo poderá ser acometido pela HMI. Além disto, detalhamos o tratamento eleito para reabilitar o primeiro molar permanente com HMI, em uma criança de 6 anos de idade com queixa de sensibilidade e estética. Como opção de tratamento utilizamos o cimento de ionômero de vidro modificado por resina encapsulado (Riva Light Cure, SDI®, Austrália), a restauração foi realizada no dente acometido pela HMI em sessão única, com acompanhamento clínico e radiográfico por 5 meses. Desta forma, foi necessário orientar a higiene bucal e reforçar a necessidade das reavaliações periódicas. Ao final desse período, observamos que o dente estava com uma restauração íntegra e sem perda estrutural, além da ausência de sensibilidade. Concluiu-se que foi importante orientar a família quanto à presença de HMD e HMI e que parece ser eficaz tratar o dente permanente com cimento de ionômero de vidro modificado por resina encapsulado, impedindo perdas estruturais.

Palavras Chave: Odontopediatria; Tratamento conservador; Cimento de ionômero de vidro

Abstract

Qualitative changes in dental enamel called Decomolar Molar Hypomineralization (HMD) and Incisor Molar Hypomineralization (HMI) are characterized by their very limited opacities, ranging from white, cream, yellow or brownish, with complex and multifactorial etiologies, in the which may present hypersensitivity in the affected teeth. Thus, the aim of this study was to alert professionals and family that when the diagnosis of HMD is diagnosed, the eruption of the first permanent molar should be followed, as it may be affected by HMI. In addition, we detail the treatment chosen to rehabilitate the first permanent molar with HMI in a 6-year-old child complaining of sensitivity and aesthetics. As treatment option we used encapsulated resin modified glass ionomer cement (Riva Light Cure, SDI®, Australia), the restoration was performed on the tooth affected by HMI in a single session, with clinical and radiographic follow-up for 5 months. Thus, it was necessary to guide oral hygiene and reinforce the need for periodic reevaluations. At the end of this period, we observed that the tooth had a complete restoration and no structural loss, besides the absence of sensitivity. It was concluded, therefore, that it was important to guide the family regarding the presence of HMD and HMI and that it seems to be effective to treat the permanent tooth with encapsulated resin modified glass ionomer cement, preventing structural losses.

Key Words: Pediatric Dentistry; Conservative Treatment; Glass ionomer cement

1 – Introdução

Considerada como uma alteração qualitativa no desenvolvimento do esmalte, a Hipomineralização de Molares e Incisivos (HMI) acomete de forma heterogênea de 1 a 4 primeiros molares, e está associado com o envolvimento ou não dos incisivos permanentes (WEERHEIJM, 2003). Clinicamente é caracterizado pela presença de opacidade demarcada por uma coloração branca a amarelo-acastanhado, podendo estar acompanhado de lesão cariiosa ou perda de estrutura dentária (KILINÇ et al., 2019). Quando estas alterações acometem os molares decíduos são denominadas de Hipomineralização de Molares Decíduos (HMD), e sua presença pode dar indícios de uma manifestação futura da HMI (TEMILOLA et al., 2015).

Embora existam vários fatores envolvidos na etiologia da HMI, foram analisados pacientes com baixo peso ao nascer, febre alta, asma/bronquite e parto prematuro sendo os mais acometidos pela patologia (KILINÇ et al., 2019). Além desta condição possuir um severo impacto negativo na saúde oral do paciente (WU et al., 2018), gerando também um desconforto acentuado pela hipersensibilidade em que os

dentes acometidos apresentam (RAPOSO et al., 2019). Entretanto, existem estudos relatando uma associação genética entre a presença da HMD ao HMI (ELFRINK et al., 2012).

A anamnese e o diagnóstico da HMD são fatores importantes para identificar crianças potencialmente em risco para o desenvolvimento da HMI (KILINÇ et al., 2019). No entanto, existe a necessidade de mais estudos em diferentes populações para comprovar e acrescentar esta relação às pesquisas (SILVA et al., 2013). Em vista disso, o caso descrito foi reabilitado com cimento ionômero de vidro encapsulado fotopolimerizável, eleito neste caso por atender os requisitos necessários para uma adequada restauração.

Assim sendo, o objetivo deste estudo foi alertar aos profissionais e a família que na presença do diagnóstico da HMD deve-se acompanhar a erupção do primeiro molar permanente, pois o mesmo pode ser acometido pela HMI. Além disso, detalhar o tratamento eleito para reabilitar o primeiro molar permanente acometido por HMI, com o cimento de ionômero de vidro encapsulado fotopolimerizável.

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 seis anos de idade, sexo masculino, pardo, compareceu a Clínica de Odontopediatria acompanhado de sua mãe, queixando-se de mobilidade do dente 61, em que se apresentava escurecido, relatando também a presença de um “buraco amarronzado no dente de trás”. No decorrer da anamnese a mãe mencionou que a criança nasceu prematura, além de possuir bronquite quando bebê.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, o paciente apresentou-se com a dentição mista, presença de lesão cariosa severa no dente 36 (Figura 1A) e mobilidade nos dentes 61 e 71. Sendo que o dente 61 apresentava-se escurecido decorrente de um trauma. Além disso, observou-se a presença de manchas no dente 75.

No exame radiográfico periapical observou-se que o primeiro molar permanente esquerdo 36 apresentava uma imagem radiolúcida na região da coroa que envolvia esmalte e dentina, porém sem comprometimento pulpar (Figura 1B).



B

imagem inicial, dente 36 com HMI e lesão cariosa.
grafia periapical inicial. Fonte: Autoria própria.

panorâmica para complementar o diagnóstico. (Figura 2).

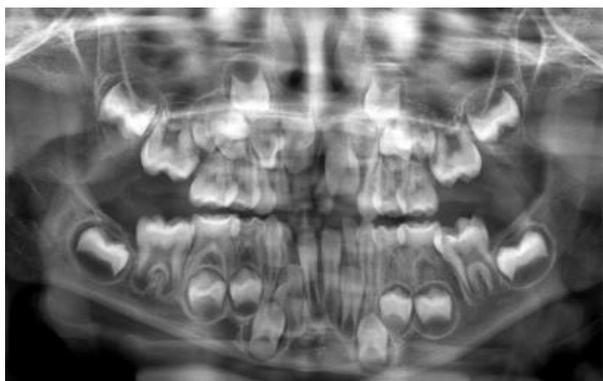


Figura 2: Radiografia panorâmica. Fonte: Autoria própria.

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos chegou-se ao diagnóstico de Hipomineralização de Molares Decíduos (HMD) no dente 75 e Hipomineralização de Molares e Incisivos (HMI) no dente 36.

Intervenção terapêutica

Após montagem da mesa clínica (Figura 3A), e feito o isolamento relativo, foi realizado o bloqueio do nervo alveolar inferior esquerdo para promover a anestesia do dente 36, utilizando Alphacaine 2% 1:100.000 (Nova DFL®). Posteriormente foi realizado a remoção seletiva do tecido cariado com o emprego de broca de aço esférica de baixa rotação e colher de dentina, em seguida efetuou-se o condicionamento com ácido poliacrílico (Riva Conditioner, SDI®, Australia) por 10s, após lavagem e secagem da cavidade, foi inserido o cimento de ionômero de vidro encapsulado fotopolimerizável (Riva Light Cure, SDI®, Austrália) com auxílio da espátula 1 até o recobrimento total da cavidade. Em seguida fotopolimerizamos o material, e aplicamos o Coat (Riva Coat, SDI®, Australia). Para a reabilitação neste caso escolhemos os materiais da Riva, SDI®, Australia, como material restaurador (Figura 3B).



Figura 3: A- Mesa clínica para realização do procedimento eleito para restauração do elemento. B- Materiais escolhidos para a restauração do dente 36. Fonte: Autoria própria.

Em seguida, realizou-se o acabamento e polimento da restauração (Figura 4A) e uma tomada radiográfica subsequente à restauração (Figura 4B).



B

Aspecto final da restauração, posterior ao acabamento.
do dente 36, logo após a restauração. Fonte: Autoria própria.



Realizado novo exame clínico, no qual observamos uma restauração livre de
defeitos. No entanto, foi executado um reparo oclusal com ponta diamantada 1111F

A

B

Figura 5: A- Aspecto clínico da restauração após 05 meses.
B- Após o reparo e manutenção da restauração. Fonte: Autoria própria.

3- Discussão

Com base no estudo de Kiliņ et al., (2019) averiguamos a possibilidade da restauração do dente com a HMI, por meio do tratamento restaurador com emprego de cimento de ionômero de vidro modificado por resina encapsulado. O principal achado após cinco meses de acompanhamento foi a boa adesão, além da resistência aos esforços mastigatórios bem como a conservação do esmalte mesmo que ele se apresente poroso e frágil.

No caso clínico apresentado, o paciente tinha 6 anos de idade e queixava-se de um “buraco amarronzado no dente”. A conduta clínica foi alcançada levando em consideração a HMI, lesão cariiosa associada e a HMD. Para um diagnóstico precoce da HMI é necessário a extrema atenção do cirurgião dentista quando já se tem o diagnóstico de HMD. Pois assim, o profissional ficará atento no momento da erupção do primeiro molar permanente, prevenindo-o ou melhorando as condições clínicas dele, caso tenha sido acometido pela HMI (NEGRE-BARBER et al., 2016).

Na literatura encontramos diversos tipos de tratamento, dentre os mais conservadores como aplicação de gel fluoretado nos casos de prevenção para lesão cariiosa (KILINC et al., 2019), a utilização de resinas infiltrantes de baixa viscosidade, (DENIS et al., 2013) e o emprego da cimentação de peças

protéticas (ALMUALLEM & BUSUTTIL-NAUDI, 2018). Contudo a técnica eleita e aqui descrita se destacou pela facilidade na sua aplicação e realização pelo profissional, dispensando o emprego de materiais complexos. Com isso, permitimos a conservação do esmalte e restabelecimento das funções.

Achamos nos dentes afetados pela HMI a hipersensibilidade dentinária, que por sua vez é consideravelmente maior do que nos dentes não afetados, entretanto é vista em diferentes intensidades nos dentes acometidos e está associada as várias formas da patologia, podendo ser intensificada pela presença da lesão cariada (RAPOSO et al., 2019). Desse modo os tratamentos restauradores e preventivos, além da função, devolverão a qualidade de vida ao paciente, conforme o caso clínico proposto em que o paciente relatou a diminuição de sensibilidade.

Presumimos então, que o emprego do cimento ionômico de vidro modificado por resina encapsulado foi uma escolha eficaz, proporcionando boa adesão e prevenção de fraturas dos tecidos dentários (SILVA et al., 2011). Segundo o resultado nos estudos de Molina et al., (2013), há aumento nas taxas de sobrevida das restaurações feitas com cimento de ionômico de vidro, pela contribuição do mesmo para o tratamento restaurador e preventivo das lesões nos dentes acometidos pela HMI. Desse modo, neste estudo obtivemos um resultado satisfatório, pois mesmo que a estrutura do dente não nos proporcione uma adequada adesão, o material teve uma boa adesividade, mas ainda assim é necessário que o paciente tenha retornos periódicos com frequência.

O diagnóstico precoce desta patologia, além de nos proporcionar um tratamento mais conservador, é uma importante forma para evitar danos futuros ao dente permanente, como fratura pós-eruptiva, perda precoce e dor decorrente de uma lesão cariada severa (RAPOSO et al., 2019), no entanto, para que não obtenhamos um diagnóstico errôneo, há uma necessidade em preconizar o diagnóstico diferencial, levando em consideração as condições que podem ter características semelhante as do HMI, tais como: fluorose, hipoplasia de esmalte, amelogenese imperfeita e lesão de mancha branca ativa (ALMUALLEM & BUSUTTIL-NAUDI, 2018). Assim, os estudos deverão continuar para tentarmos oferecer o melhor para o paciente com HMD e HMI.

4- Conclusão

Concluiu-se que a utilização de cimento de ionômico de vidro modificado por resina encapsulado, parece ser uma boa alternativa para a reabilitação provisória de dentes permanentes acometidos pela HMI. Além disso, com a presença da HMD, o primeiro molar permanente poderá apresentar HMI, servindo de alerta aos profissionais e responsáveis para uma atuação precoce no paciente infantil.

Referências Bibliográficas:

1. ALMUALLEM Z, BUSUTTIL-NAUDI A. Molar incisor hypomineralisation (MIH) – an overview. **British dental journal**. p. 1-9, 2018
2. DENIS M, ATLAN A, VENNAT E, TIRLET G, ATTAL J.P. White defects on enamel: diagnosis and anatomopathology: two essential factors for proper treatment (part 1). **International Orthodontics**. p. 139-165, 2013.
3. ELFRINK M. E C, CATE J. M. T, JADDOE V. W. W, HOFMAN A., MOLL H. A, VEERKAMP J. S. J. Deciduous Molar Hypomineralization and Molar Incisor Hypomineralization. **Journal of Dental Research**. p. 551-555, 2012.
4. KILINÇ G, CETIN M, KÖSE B, ELLIDOKUZ H. Prevalence, aetiology, and treatment of molar incisor hypomineralization in children living in Izmir City (Turkey). **International journal of pediatric dentistry**. p. 1-8, 2019.

5. MOLINA GF, CABRAL RJ, MAZZOLA I, BRAIN LASCANO L, FRENCKEN JE. Mechanical performance of encapsulated restorative glass-ionomer cements for use with Atraumatic Restorative Treatment (ART). **J Appl Oral Sci.** Vol. 21(3), p. 243-9, 2013.
6. NEGRE-BARBER A, MONTIEL-COMPANY J. M, BORONAT-CATALÁ M, CATALÁ-PIZARRO M, ALMERICH-SILLA J. M. Hypomineralized Second Primary Molars as Predictor of Molar Incisor Hypomineralization. **Scientific Reports.** p. 1-6, 2016.
7. RAPOSO F, RODRIGUES A. C, NEGRINI E, LEAL L. S. C. Prevalence of Hypersensitivity in Teeth Affected by Molar-Incisor Hypomineralization (MIH). **Karger AG, Basel.** p. 1-7, 2019.
8. 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. *J Clin Epidemiol.* 2017 Sep; 89; p.218-235.
9. SILVA CM. C, PAULA J. S, AMBROSANO GM. B, MIALHE FL. Influence of deciduous molar hypomineralization on the development of molar-incisor hypomineralization. **Braz J Oral Sci.** Vol. 12 (4), p. 335-338, 2013.
10. SILVA F.W.G.P., QUEIROZ A.M., FREITAS A.C., ASSED S. Utilização do ionômero de vidro em odontopediatria. **Odontol. Clín.-Cient.** Recife, Vol. 10 (1), p.13 - 17, 2011.
11. TEMILOLA O. D, FOLAYAN M. O, OYEDELE T. The prevalence and pattern of deciduous molar hypomineralization and molar-incisor hypomineralization in children from a suburban population in Nigeria. **BMC Oral Health.** p. 1-6, 2015.
12. WEERHEIJM K. Molar Incisor Hypomineralisation (MIH). **Europeia journal of pediatric dentistry.** p. 115-120, 2003.
13. WU X, WANG J, LI Y, YANG Z. Y., ZHOU Z. Association of molar incisor hypomineralization with premature birth or low birth weight: systematic review and meta-analysis. **The journal of maternal-fetal & neonatal medicine.** p. 1-9, 2018.

REABILITAÇÃO ORAL ATRAVÉS DE PRÓTESES TOTAIS REMOVÍVEIS EM PACIENTE IDOSO, COM SEVERA REABSORÇÃO ÓSSEA - RELATO DE CASO

Lucas Almeida ABREU¹, Vítor Ary Leal HUGUINIM¹, Ana Paula DORNELLAS² Annalee Nogueira Sá HOSKEN²

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

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

*Autor para correspondência. lucasfaculodonto@hotmail.com

RESUMO

Ainda nos dias atuais, com tantos tratamentos e materiais de última geração empregados na odontologia moderna, nos deparamos com pacientes desdentados totais. Neste relato de caso, vamos reabilitar através de próteses totais removíveis dupla, um paciente do sexo masculino, com 86 anos de idade. Na anamnese, a queixa principal foi dor na região do rebordo inferior e que usava as mesmas próteses havia cerca de 30 anos. Verificamos que as próteses estavam muito desgastadas e que a dimensão vertical do paciente estava diminuída. Durante o exame físico, observamos que os rebordos residuais apresentavam-se muito reabsorvido no lado esquerdo inferior, onde ele sentia dor, havia uma hiperplasia de tecido, devido a desadaptação da prótese. Foi indicado para este paciente reembasamentos semanais com resina soft, no intuito de melhorar a condição do tecido hiperplasiado. E logo assim, seguimos todas etapas para confecção das próteses, aumentando assim a dimensão vertical, devolvendo as funções mastigatórias, fonéticas e estética do paciente. Concluímos que vale muito à pena para uma melhora na qualidade de vida e autoestima dos pacientes desdentados totais, a reabilitação oral com próteses bem realizadas e um tratamento humanizado para estes pacientes especiais.

Palavras Chave: Prótese total; Reabilitação bucal; Arcada edêntula.

Abstract

Even today, with so many treatments and materials from the latest generation of modern dentistry, in cases with total toothless patients. In this case, we will rehabilitate through double removable full dentures, an 86-year-old male patient. In the Anamnesis, a major complaint was in the lower border region and used as existing prostheses for about 30 years. We found that the prostheses were very worn and that the vertical dimension of the patient was reduced. During the physical examination, we observed that the residual remains presented are very much reabsorbed on the lower left side, where he felt, there was a tissue hyperplasia due to maladaptation of the prosthesis. For this patient, semantic returns with soft resin were indicated, with the intention of improving the condition of the hyperplasiated tissue. And so, we follow all the steps for making the prostheses, thus changing the vertical dimension, returning as masticatory, phonetic and aesthetic functions of the patient. Conclude that it is very worthwhile for an improvement in the quality of life and self-esteem of the total edentulous patients, an oral rehabilitation with well executed prostheses and a humanized treatment for these special patients.

Key Words: Denture; Mouth rehabilitation; Edentulous

1- Introdução

O detrimento dentário é um notável problema de saúde pública em todo território brasileiro, em particular na população idosa, e se coloca como um grande obstáculo que deve ser honrado pelas políticas de saúde bucal, onde se estabeleçam medidas eficazes para minimizar ao máximo os danos provocados por tal agravo, portanto toda equipe de saúde bucal devem estar aptos para distinguir sinais durante sua rotina clínica, permitindo o tratamento correto de acordo com a capacidade funcional de cada indivíduo (TEIXEIRA et al., 2016).

No campo da saúde bucal, princípios como vida social, nutrição, atividades diárias e bem-estar do indivíduo, entre outros, podem ser influenciados por problemas de origem bucal (BARBIERI & RAPOPORT, 2009). Em pacientes geriátricos e desdentados sem reabilitação protética, a ausência geral dos elementos dentários revelou ser um problema agravante e muitas vezes complexo no que se refere a dificuldades destes pacientes quanto a alimentação (mastigação satisfatória), à estética, dor e convívio social (BITENCOURT et al., 2019).

A reestruturação da condição de saúde bucal do paciente, favorece a função de todo sistema estomatognático, melhorando a autoestima e bem-estar do mesmo, possibilitando um impacto positivo direto na qualidade de vida, ocasionando no reestabelecimento da saúde bucal onde inclui tratamento de patologias em atividade e a reabilitação estético-funcional nas sequelas aparentes (MORAES et al., 2017).

O objetivo deste presente estudo foi reabilitar através de próteses totais removíveis dupla, a fim de buscar funções mastigatórias, fonéticas e estética do paciente, possibilitando então um ganho na qualidade de vida do mesmo.

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

Um idoso com 87 anos de idade, sexo masculino, leucoderma, compareceu a clínica odontológica queixando-se de desconforto de sua prótese total.

Ao longo da anamnese, o paciente relata alguns problemas sistêmicos presentes, mas não possui relevância para este relato.

Achados clínicos e radiográficos

Durante o exame físico intra oral foi observado nos maxilares um rebordo reabsorvido, e um pequeno defeito ósseo do rebordo mandibular na região de lateral(32) a 1° PM(34). Já na análise física

extra oral, observa-se um suporte labial bem diminuído e perfil alterado, na prótese total que o paciente utilizava a cerca de 30 anos, foi detectado desgastes horizontais generalizados, fratura de alguns elementos, desgastes na cervical, e perda de dimensão vertical (Figura 1), que é um fator fundamental no tratamento reabilitador e deve ser restabelecido (CÉZAR & DA SILVA, 2019).

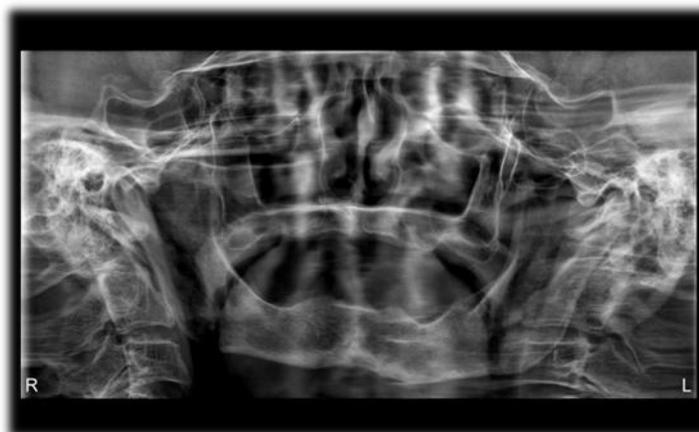


No exame radiográfico

Figura 1: Exame físico. A- Rebordo reabsorvido;
B- Perfil alterado; C- Prótese total
com desgastes generalizados.
Fonte: Autoria própria.

panorâmico, confirmou-se uma perda óssea severa, presente de maneira generalizada nas duas arcadas (Figura 2).

Após avaliarmos este paciente por completo, procuramos indicar o melhor tratamento. Neste caso optamos pela prótese total superior e inferior.



Intervenção terapêutica

Figura 2: Radiografia panorâmica mostrando a reabsorção óssea generalizada. Fonte: Autoria própria.

Primeiro passo antes de iniciarmos a primeira etapa da confecção da prótese, foi feito sobre as próteses antigas reembasamentos semanais com resina Soft Comfort® (Dencril, Brasil), no intuito de melhorar a condição do tecido hiperplasiado. Logo após, selecionamos a moldeira metálica perfurada, indicada para pacientes que possuem o rebordo alveolar muito reabsorvido. Nesta etapa, chamada de moldagem inicial (Figura 3), moldamos com o material Alginato Jeltrate® Dustless (DENTSPLY SIRONA, Brasil), seguindo as proporções do fabricante.



Após a confecção das

Figura 3:
Moldagem inicial.
Fonte: Autoria
própria.

moldeiras individuais, foi realizado a moldagem funcional com a Godiva de baixa fusão nas bordas das moldeiras, proporcionando então a moldagem do selado periférico, onde o paciente realizará movimentos funcionais, conseqüentemente será realizada a moldagem corretiva com a pasta Zinco-enólica (LYSANDA,

Brasil) em ambas arcadas e a confecção dos modelos de gesso em seguida, permitindo assim o envio dos materiais ao laboratório de prótese.

©Campus F

ISSN:
2447-9721

Na terceira etapa serão evidenciados os planos de orientação superior e inferior, com o compasso de Willis buscamos mensurar a dimensão vertical de oclusão deste paciente, onde também com o auxílio do

fio dental registramos a linha média, linha dos caninos e a alta do sorriso, além da forma, tamanho e cor dos dentes selecionados na escala Trilux que viriam na próxima etapa laboratorial.

Dando continuidade, nesta etapa avaliaremos as características dos elementos dentários que vieram montados em cera. Analisando a cor, tamanho e forma, sempre atento às marcações feitas anteriormente (linha média, linha dos caninos e altura do sorriso) se estão compatíveis esteticamente de acordo com o perfil e aprovação do paciente, também, nesta fase foi selecionado a caracterização gengival com resina acrílica utilizando o sistema Thomaz Gomes, onde trará uma gengiva artificial mais natural e semelhante a do paciente.

Finalmente ao longo de várias etapas, a fase laboratorial é finalizada com a fixação dos dentes e customização gengival (Figura 4), seguindo minuciosamente todo protocolo de confecção da prótese total. Neste passo verificaremos a estética, função mastigatória, fonação, guias dentários, dimensão vertical de oclusão, corredor bucal, suporte labial e oclusão dos dentes (Figura 5). Após toda essa checagem o paciente é instruído sobre os cuidados de higiene e durabilidade da peça. Os ajustes foram feitos após uma semana de uso e adaptação da prótese, sempre alerta quanto a oclusão bilateral balanceada, pois a mesma possuirá um importante papel na manutenção fisiológica da reabsorção do rebordo remanescente em pacientes usuários de prótese total, visto que esta oclusão resguarda o rebordo residual e intervém na estabilidade das próteses (ABDUO, 2013).



Figura 4: Prótese com dentes acrilizados e gengiva caracterizada. Fonte: Autoria própria.



B



C

Ao longo de uma semana foi recomendado ao paciente que

utilizasse as próteses para habituar a sua nova estética, mastigação e oclusão. Geralmente nesta fase alguns pacientes relatam incômodo, onde deve-se realizar o ajuste final para minimizar ou finalizar tal problema. Para este caso, foi proposto um método simples e eficaz para mostrar a região a qual estava o problema. Foi utilizado pasta leve de silicone de condensação Speedex (Coltene, Brasil) no interior da prótese superior, onde relatava dor, o mesmo ocluiu com a prótese total inferior até a presa do silicone. Logo após, verificamos áreas onde o material foi rasgado, nestes locais realizamos os ajustes com fresas de peça reta específicas para resina acrílica (Figura 6).

Figura 5: Paciente utilizando as novas Próteses totais superiores e inferiores. A – Estética adquirida; B – Aumento do suporte labial; C – Prova das Próteses no paciente. Dentes Trilux 2A e caracterização gengival Thomaz Gomes 14. Fonte: Autoria própria.

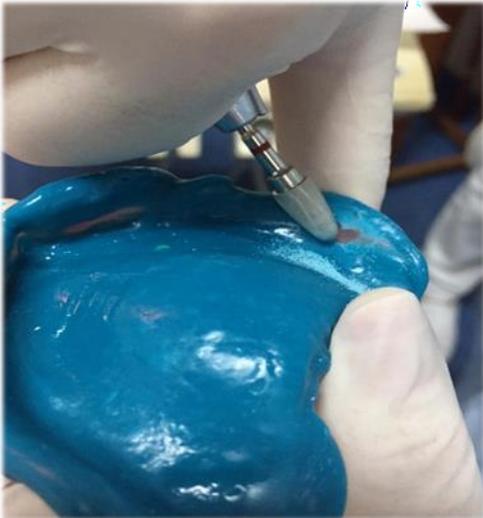


Figura 6: Ajuste das Próteses. Moldagem com silicone leve para marcação da área que será desgastada.
Fonte: Autoria própria.

Seguime nto

clínico e resultados

Após a execução correta dos ajustes finais, foi alcançado a adaptação do material protético, onde obtivemos sucesso devido a esta técnica minimamente invasiva, evitando o desgaste desnecessário, promovendo conforto e satisfação ao paciente. (Figura 7). Assim sendo, em todos casos devemos respeitar as técnicas de confecção da uma prótese total, avançando todas etapas necessárias, promovendo o restabelecimento da função e estética facial do paciente de forma satisfatória e eficaz (CONFORTE et al., 2019).

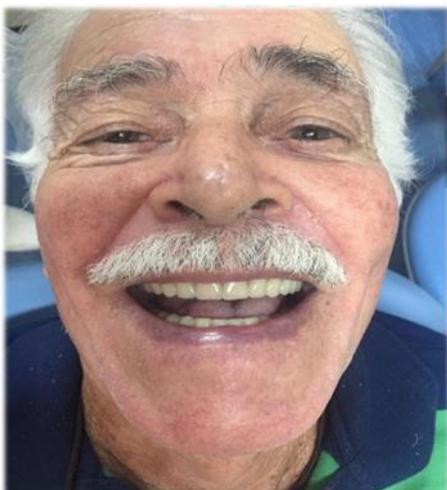


Figura 7: Sorriso do paciente ao final do tratamento, demonstrando satisfação total em receber suas novas Próteses. Fonte: Autoria própria.

Colômbio de Pesquisa
Campus F

3-
Disc ussã o

ISSN:
2447-9721

Baseados em estudo de Cavalcanti & Bianchini, (2008) pacientes desdentados totais são afetados os aspectos motores e sensoriais do processo mastigatório. A atrofia muscular, sobretudo dos músculos masséteres, apresenta unir-se a um decréscimo do feedback sensorial periodontal com envolvimento na capacidade mastigatória na população de usuários de próteses. Com isso, deve-se dar importância do tratamento protético para estes pacientes edêntulos totais buscarem uma melhoria não só em sua mastigação, mas devolver um pouco do que era o sistema estomatognático deste indivíduo, provocando um ganho na qualidade de vida.

O planejamento com implantes dentários pode ser confrontado caso haja ausência de suporte ósseo, doenças sistêmicas e até mesmo condições socioeconômicas baixas, uma vez que quando comparadas as próteses implanto-suportadas com próteses convencionais ou overdentures dentossuportadas, apresentam um gasto muito mais excessivo (VAN DER WIJK et al., 1998).

Diversos rumos na reabilitação oral têm sido explorados através de pesquisas ao longo dos anos, transmitindo ao paciente algumas opções de tratamento para ausência dentária, em especial as próteses totais mucosuportadas que apoiam no osso subjacente. Dentro dessa porção, temos as próteses do tipo overdenture e as próteses do tipo protocolo, ambas se apresentam como terapias sucessivas às próteses totais convencionais, entretanto apresentam suas particularidades e indicações diversificadas de acordo com a realidade de cada paciente (SILVA et al., 2018).

Ressaltamos que o ajuste da prótese é uma etapa de muitos cuidados peculiares e não desprezíveis, portanto, relatamos neste caso uma notável técnica de individualização do local utilizando a moldagem com a pasta leve do silicone de condensação, de maneira precisa guiará onde será feito o desgaste minimamente invasivo na peça protética, evitando assim qualquer desgaste em excesso que poderá provocar a desadaptação ou a perda da prótese.

Embora tenhamos relatado apenas um caso, a confecção deste tipo de prótese total convencional foi muito eficaz, atendendo todo objetivo traçado no plano de tratamento deste paciente, superando as expectativas. Sabemos que nas situações de ausências dentárias, o tratamento mais indicado para maioria dos casos será a implantodontia, entretanto, há alguns fatores que impedirão a seleção deste tratamento, devendo ficar atento no atual cenário do paciente.

4- Conclusão

Concluimos que vale muito à pena para uma melhora na qualidade de vida e autoestima dos pacientes desdentados totais, a reabilitação oral com próteses bem realizadas e um tratamento humanizado para estes pacientes especiais.

Referências bibliográficas:

1. TEIXEIRA D. S., FRAZÃO P., ALENCAR G. P., BAQUERO O. S., NARVAI P. C., LEBRÃO M. L., DUARTE Y. A. Estudo prospectivo da perda dentária em um corte de idosos dentados. **Cadernos de Saúde pública** – Rio de Janeiro. Vol. 32(8), p. 1-12, 2016
2. BARBIERI, C. H., RAPOPORT, A. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. **Rev bras cir cabeça pescoço**. Vol. 38(2), p. 84-87, 2009.
3. BITENCOURT F. V., CORRÊA H. W., TOASSI R. F. C. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 24(1), p. 169-180, 2019.
4. MORAES P. R., BERNARDES A. O., CODGNOLE S. D., PEÇANHA M., APARECIDA P. Influência da reabilitação protética imediata na saúde periodontal: relato de caso. **Braz J Periodontol**. Vol. 27, p. 59-64, 2017.
5. CÉZAR H. F., DA SILVA F. B. Recuperação da dimensão vertical de oclusão com prótese temporária overlay: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**. Vol. 8(6), p. 290-295, 2019.
6. ABDUO J. Occlusal schemes for complete dentures: a systematic review. **Int J Prosthodont**. Vol. 26(1), p. 26-33, 2013.
7. CONFORTE J. J., MACHADO T., DA SILVA R. C., HADAD H., SOUZA F. Á., ASSUNÇÃO W. G. Oclusão bilateral balanceada-um princípio básico de prótese total. Relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**. Vol. 7(12), p. 508-510, 2019.
8. CAVALCANTI R. V. A., BIANCHINI E. M. G. Verificação e análise morfofuncional das características da mastigação em usuários de prótese dentária removível. **Rev Cefac** – São Paulo. Vol. 10(4), p. 490-502, 2008.
9. VAN DER WIJK P., BOUMA J., VAN WAAS M. A. J., VAN OORT R. P.; RUTTEN F. F. H., The cost of dental implants as compared to that of conventional strategies. **International Journal of Oral and Maxillofacial Implants**. Vol. 13(4), p. 546-553, 1998.
10. DOS SANTOS M. C. V., VANDERLEI J. M. T. M., ARAÚJO A. L. M. S., PIRES M. P., RODRIGUES T. D. S. A., BRASILEIRO W. F. Alternativa para reabilitação protética em desdentados totais: Sobredentadura e prótese total fixa, quando indicar? – Revisão de literatura. **Revista Campo do Saber**. Vol. 4(5), p. 71-85, 2019.

GENGIVOPLASTIA VOLTADA PARA ESTÉTICA E BEM ESTAR DO PACIENTE – RELATO DE CASO

Mariany de Oliveira DUARTE¹, Bruna Zovico Moreira VICENTE¹, Raphaela dos Passos Coquito PIRES¹, Pedro Henrique Ferreira da FONSECA¹, Ana Paula DORNELLAS², Aline Manhães PESSANHA²

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

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

*Autor para correspondência. mari.anyduarte@hotmail.com

RESUMO

É cada vez maior a busca por um belo sorriso, que é determinado através da acomodação dos lábios. Sorrir, além de ser instrumento de comunicação e socialização, nos permite transmitir sentimentos. Baseado no exposto, o objetivo da pesquisa foi apresentar as etapas de uma gengivoplastia, buscando melhorar a estética, satisfazendo o bem estar do paciente. Paciente de vinte e dois anos, sexo feminino, compareceu a clínica integrada da Unig, queixando-se da estética do seu sorriso. Após o diagnóstico confirmado através de exame clínico e radiográfico, constatou-se sorriso gengival. Em seguida, foi realizado a gengivoplastia para correção do mesmo. Imediatamente após o procedimento, observamos o aumento da coroa clínica dos dentes anteriores e contorno gengival harmonioso. Diante disso, conclui-se que parece ser possível tratar sorriso gengival realizando a técnica da gengivoplastia.

Palavras Chave: Gengivoplastia, Estética dentária, Aumento da coroa clinica

Abstract

There is a growing search for a beautiful smile, which is determined by the accommodation of the lips. Smile, besides being an instrument of communication and socialization, allows us to share feelings. Based on the above, the objective of the research was to present the stages of a gingivoplasty, seeking to improve aesthetics, satisfying the patient's well-being. A twenty-two-year-old female attended Unig's integrated clinic complaining about the aesthetics of her smile. After the diagnosis, confirmed by clinical and

radiographic examination, a gingival smile was found. Then, gingivoplasty was performed to correct it. Immediately after the procedure, we observed the increase of the clinical crown of the anterior teeth and harmonious gingival contour. Therefore, it is concluded that it seems possible to treat gingival smile by performing the gingivoplasty technique.

Key Words: Gingivoplasty, Esthetics, Dental, Crown Lengthening

1 – Introdução

Um sorriso harmônico pode ser determinado através da acomodação dos lábios que se modifica conforme seu nível de contração muscular e perfil, na qual sua conformação também pode ser definida pela associação da linha mediana interincisiva, pela posição da borda incisal dos dentes e o paralelismo com a linha do sorriso, relacionando a originalidade da gengiva de cada indivíduo (AVARENGA et al., 2018). Sorrir transmite diversos sentimentos além de também ser uma ferramenta de comunicação, socialização e atração entre as pessoas (ARAÚJO, 2018). Com isso, a procura por um belo sorriso esta cada vez maior dentro dos consultórios odontológicos, em que os pacientes estão almejando uma estética favorável e também por uma saúde bucal satisfatória (OLIVEIRA et al., 2012).

E, uma vez que é valorizado um sorriso belo e harmônico, um tratamento estético que se tem como auxiliar para correção de imperfeições dentarias, é a cirurgia periodontal chamada de gengivoplastia (BARROS-SILVA et al., 2010). A gengivoplastia é uma técnica cirúrgica periodontal que melhora a estética do sorriso, através da correção ou eliminação das deformidades gengivais sobre a superfície da coroa, que é responsável pela forma de coroas clinicas pequenas (VIEIRA et al., 2018).

As cirurgias plásticas periodontais propiciam na atualidade excelentes resultados e asseguram o cirurgião dentista a fazê-la, porém se faz necessário um planejamento seguro, analisando tanto as condições sistêmicas do paciente, quanto outras condições para que se tenha êxito no final (CHUJFI et al., 2005).

Diante da incessante busca por procedimentos que tragam um sorriso harmônico, a presente pesquisa tem como objetivo apresentar as etapas de uma gengivoplastia, buscando melhorar a estética, satisfazendo o bem 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.

Informações do paciente

Paciente, 22 anos de idade, sexo feminino, compareceu a clinica integrada da Unig, queixando-se da estética do seu sorriso. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, a paciente apresentou saúde periodontal, sem sangramento a sondagem. No exame panorâmico, observou-se integridade óssea (Figura 1).



Figura 1: exame

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos foi constatado que os dentes superiores eram curtos e quadrados, suas coroas eram completamente visíveis e uma faixa contínua de gengiva era exposta ao sorrir, chegando ao diagnóstico de sorriso gengival (Figura 2).



Figura 2: Fotografia inicial, diagnosticando o sorriso gengival. Fonte: Autoria própria.

Intervenção terapêutica

Após a montagem da mesa cirúrgica (Figura 3), foi realizada a antissepsia intra e extra oral com clorexidina 0,12 e 0,2 respectivamente. Em seguida, realizou a anestesia infiltrativa (Figura 4).



*Figura 3: Mesa cirúrgica para realização da gengivoplastia.
Fonte: Autoria própria.*



*Figura 4: Técnica anestésica infiltrativa terminal. Fonte:
Autoria própria.*

A-Para fins de diagnóstico foi realizado um exame clínico que consistia em uma sondagem periodontal convencional com o intuito de localizar a junção cimento-esmalte (JCE); B- Pontos de referência marcados no tecido gengival para guiar a incisão; C- Com uma lâmina de bisturi 15C (Havel's®, Ohio, Estados Unidos) foi realizada uma incisão em uma angulação de 45° em relação ao longo eixo dos dentes. D- Aspecto gengival dos elementos 14-11 demonstrando melhora imediata do tamanho dos dentes e contorno gengival. E- Aspecto gengival após a incisão e remoção do colarinho tecidual. F- Quando necessário, uma tesoura do tipo castroviejo foi utilizada para complementar a remoção de tecido e melhorar o contorno gengival feito pela lâmina de bisturi.



Figura 5: Sequência da técnica. Fonte: Autoria própria.

Depois de alcançada a coroa clínica desejada, foi realizada com o auxílio de uma sonda milimetrada a sondagem para estabelecer se seria necessário ou não a osteoplastia. Todos os elementos já estavam com uma distância de 3,0 mm entre a crista óssea e a junção amelo-cementária, que é o necessário (Figura 6-A).

Exceto os elementos 14 e 24 (Figura -6B), sendo necessária a remoção de tecido ósseo com o auxílio de micro-cinzéis via sulco, sem elevação do retalho gengival, de maneira a estabelecer uma distância necessária onde a nova margem gengival deveria ficar posicionada (Figura 6-C).

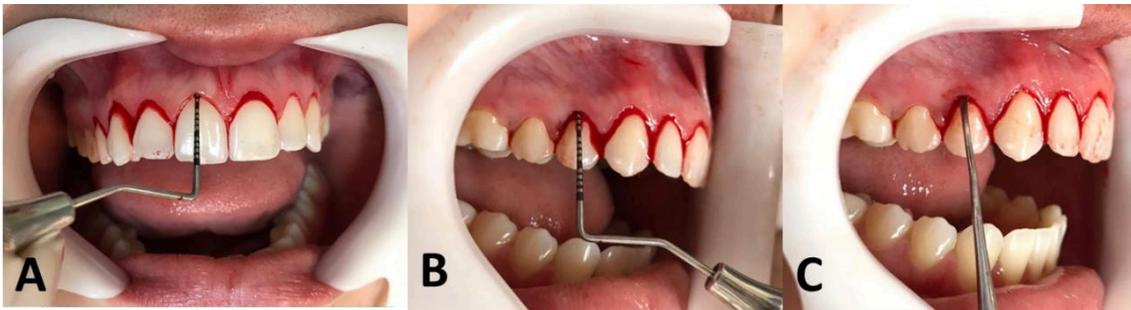


Figura 6: A- Sondagem para estabelecer se seria feito ou não a osteoplastia. B- confirmado que seria necessário a remoção de tecido ósseo. C- Uso de micro-cinzéis para remoção de tecido ósseo. Fonte: Autoria própria.

Por fim pós-operatório imediato, demonstrando o aumento da coroa clínica dos dentes anteriores e um contorno gengival mais harmonioso (Figura 7).



Figura 7: Pós-operatório imediato, demonstrando o aumento da coroa clínica dos dentes anteriores e contorno gengival harmonioso. Fonte: Autoria própria.

Seguimento clínico e resultados

Resultado final dois meses após a realização da gengivoplastia (Figura 8).



Figura 8: Resultado final. Fonte: Autoria própria.

3- Discussão

O sorriso gengival é uma frequente deformidade e que tem um impacto significativo na qualidade de vida, tendo a periodontia como coadjuvante na melhora de diversos casos (SOUZA et al., 2012; Lourenço et al., 2007), nos propomos a investigar se através dessa técnica, seria possível melhorar o bem estar do paciente. O principal achado foi a satisfação imediata do paciente.

No caso clínico apresentado, a paciente tinha 22 anos de idade e queixava-se de um extenso aparecimento da gengiva ao sorrir. E de acordo com Suzuki et al., (2008), o aumento de coroa estético é realizado quando existe exposição excessiva da gengiva ou “sorriso gengival”.

Encontramos na literatura outra forma de tratamento, como a toxina botulínica, porém, esse recurso é limitado, uma vez que a ação da toxina é temporária, havendo uma demanda maior de custo (MATOS et al., 2017). E por isso, optamos pelo tratamento cirúrgico.

Especulamos o diagnóstico de um sorriso para ser considerado gengival, e segundo Seixas et al. (2011), para ortodontistas, diagnostica sorriso gengival quando ocorre a visualização de 2 mm ao sorrir, e afirmam que para as pessoas em geral, que não entendem do assunto, que apenas com a exposição de 4 mm de gengiva que se incomodam e acham antiestético. Já de acordo com Castro et al. (2010) alegam que é considerado um belo sorriso, aquele que apresenta exposição de até 3mm de tecido gengival.

Acreditamos, portanto, que apesar a gengivoplastia proporcionar ao cirurgião dentista diversas vantagens, como realizar técnicas restauradoras, obter um contorno anatômico desejado, além de manter o espaço biológico periodontal e possibilitar que o próprio paciente realize o controle do biofilme para contribuir com a saúde bucal do mesmo (Pedron et al 2010), sugerimos aprimoramento de técnica para conforto do paciente, inclusive no pós operatório.

4- Conclusão

Pode-se concluir, enfim, que a gengivoplastia é uma cirurgia empregada dentro da periodontia para aumento de coroa clínica que parece ser eficaz para sorriso gengival, contribuindo para a estética dental.

Referências Bibliográficas:

1. ALVARENGA DB, SANTANA CLV, OLIVEIRA FRDTS, RODRIGUES RQF, RIBEIRO RA, SOUSA JNL. Inter-relação periodontia/dentística na correção de sorriso gengival: relato de caso clínico. **Braz J Periodontol-June**. Vol. 28, n. 02, 2018.
2. ARAÚJO AKC, BARROS, TKM. Sorriso gengival: etiologia, diagnóstico e tratamento por intermédio de gengivectomia e gengivoplastia. 2018.

3. CHUJFI ES, MARÃES GS, VIEIRA Jr JG, IDALGO FA, CICARELI AJ, PEREIRA SAS, CAMARGO Jr SF, TSUJIMURA RJ, MAGALHÃES JCA. Cirurgia plástica periodontal – técnica da tunelização associada ao deslocamento coronário. Relato de caso clínico. **Rev Int Periodontia Clin.** Vol. 2(5), p. 53-60, 2005.
4. DE CASTRO PHDF, LOPES LPB, CRISPIN M, SILVA SL, WESTPHAL MRA. Planejamento reverso na correção de sorriso gengival. 2010.
5. LOURENÇO AHT, JÚNIOR ETLJ, VITRAL RWF. Cirurgia plástica periodontal: uma abordagem para Ortodontia. **Rev. Dental Press Periodontia Implantology.** Vol. 1(2), p. 44-58, 2007.
6. MATOS MP, VALLE LSEMB, MOTA AR, NAVES RC. O uso da toxina botulínica na correção do sorriso gengival- revisão de literatura. **R Periodontia.** Vol. 27, p. 29-36, 2017.
7. OLIVEIRA SAR, VENTURIM, R. Cirurgia periodontal ressectiva valorizando o sorriso gengival: relato de caso clínico. In: **Colloquium vitae.** p. 118-128, 2012.
8. PEDRON IG, UTUMI ER, SILVA LPN, MORETTO LEML, LIMA TCF, RIBEIRO MA. Cirurgia Gengival Ressectiva no Tratamento da Desarmonia do Sorriso. **Rev Odontol Bras Central.** Vol.18(48), p.87-91, 2010.
9. 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. *J Clin Epidemiol.* 2017 Sep; 89; p.218-235.
10. SEIXAS MR, COSTA-PINTO RA, ARAÚJO TM. Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. **Dental Press J Orthod.** Vol. 16(2), p. 131-57, 2011.
11. SILVA DB, ZAFFALON GT, CORAZZA PFL, BACCI JE, OLIVEIRA CS, MAGALHÃES JCA. Cirurgia plástica periodontal para otimização da harmonia dentogengival-relato de caso clínico. **Brazilian Journal of Health.** Vol. 1, n. 1, 2010.
12. SOUZA LTH, RIBEIRO ÉDP. Sorriso gengival: Relato de caso clínico. P. 3-20, 2012.
13. SUZUKI PH, VASCONCELOS AML, SEGUNDO AS; OLIVEIRA ACG, NEVES ANP, RASLAN SA. Valorizando o sorriso gengival: Relato de caso. **Revista Inpeo de Odontologia.** Cuiabá|MT. Vol.2(2), p. 1-56, Ago·Dez 2008.
14. VIEIRA AC, OLIVEIRA MCS, ANDRADE ACV, GNOATTO N, SANTOS EF, NETTO MLPM. Abordagem Interdisciplinar Na Reabilitação Estética Do Sorriso. **Revista Odontológica de Araçatuba.** Vol.39(2), p. 54-59, 2018.

FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR: RELATO DE CASO CLÍNICO

Narayana LAUAR¹, Valeria Fernandes dos Santos ARIDE¹, Ana Paula DORNELLAS², José Alberto Chiarelo TINOCO²,
Ângela BICALHO², Márcia Costa LOUVAIN²

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

²Cursode Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência: anapauladornellas@hotmail.com

RESUMO

O freio labial é uma estrutura presente em todos os indivíduos e que em alguns casos pode apresentar mal posicionado, gerando efeitos adversos importantes, como formação de diastemas, mal adaptação de prótese, inibição dos movimentos dos lábios e língua, inflamação gengival, retração gengival e perda óssea. Desta forma, diante desta alteração, o método mais indicado é o cirúrgico. O trabalho teve por objetivo realizar um relato de caso sobre frenectomia labial superior, que consistiu em incisionar e remover o freio. Concluiu-se que, com um diagnóstico correto a frenectomia labial foi realizada de forma conservadora, resultando em condições adequadas para auxiliar no tratamento ortodôntico, com indicação para estabilizar espaços interincisivos, e melhorar a qualidade da gengiva inserida.

Palavras Chave: Freio labial, odontopediatria, Cirurgia, Retração gengival

Abstract

The lip brake is a structure present in all individuals that in some cases may be misplaced, generating important adverse effects such as diastema formation, prosthesis maladaptation, inhibition of lip and tongue movements, gingival inflammation, gingival retraction and bone loss. Thus, this problem the indicated method is the surgical one. The aim of this study was to make a case report about

frenectomy, which consisted of incision and removal of the brake, which is a thin "fold" of fibrous tissue present in the labial region. It was concluded that with a diagnosis and correct indication lip frenectomy was performed conservatively, resulting in adequate conditions to assist orthodontic treatment, with indication to stabilize interincisal spaces, and improve the quality of the inserted gingiva.

KeyWords: Lip brake, Pediatric dentistry, Surgery, Gingival retraction

1 – INTRODUÇÃO

De acordo com Araújo et al., (1983), o freio labial normal é descrito como um tecido fibroso de formato triangular originado na porção média vestibular do processo alveolar e inserido cerca de 4 milímetros acima da papila entre os incisivos centrais. Ao nascimento, a estrutura do freio labial pode estar inserida na papila palatina, porém com o desenvolvimento e concomitante crescimento vertical do processo alveolar e dos dentes para baixo e para frente, a sua posição pode variar, podendo atrofiar-se e assumir posição mais elevada (freio labial normal) ou manter-se inserida na papila palatina, freio labial hipertrófico (MACEDO et al. 2012) ou freio teto labial persistente (PURICELLI, 2011).

No entanto, no decorrer do período intertransitório da dentição mista e devido ao ganho de dimensão vertical gerada pela aposição óssea em toda extensão do rebordo alveolar, o freio labial deve migrar em direção apical de maneira gradual, assumindo uma nova inserção em direção a região vestibular (FONOFF et al., 2009; DUARTE et al., 2005). Mas, se eventualmente a inserção do freio se mantiver na posição palatina originária, topograficamente esse freio deve ser considerado um desvio do padrão de normalidade e denominado de freio teto labial persistente (DUARTE et al., 2005).

A decisão sobre o tratamento do freio labial deve ser tomada depois de avaliação criteriosa, a fim de determinar se o resultado será desfavorável no caso de a condição persistir (FONOFF et al., 2009). Sendo assim, Rosa et al., (2018) afirmam que as opções de tratamento cirúrgicas para freio labial são frenectomia e a frenotomia, e ambas têm o objetivo de corrigir ou eliminar a anomalia anatômica da gengiva e/ou da mucosa alveolar.

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso cirúrgico de paciente com a dentição mista e o diagnóstico de freio teto labial fibroso, para auxiliar no tratamento ortodôntico e melhorar a qualidade da gengiva inserida, sendo a melhor opção de tratamento realizar a cirurgia no paciente infantil.

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 pela paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informações do paciente

Uma criança de oito anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu ao consultório odontopediátrico acompanhada de sua mãe. O paciente estava em tratamento ortodôntico interceptativo há onze meses. O motivo para indicação cirúrgica foi presença de freio labial superior fibroso, pois, se não houvesse sua remoção, haveria uma instabilidade do caso clínico proposto pela ortodontia, não haveria o fechamento do espaço interincisivo. Na anamnese não houve relato de qualquer envolvimento sistêmico que contraindicasse o procedimento cirúrgico.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, a paciente apresentou um freio labial baixo em nível da papila interditar e ao ser pressionado, o freio labial produzia isquemia na papila palatina, sendo diagnosticado freio labial hipertrófico (Figura 1). A paciente encontrava-se na fase de dentadura mista.

Os responsáveis foram informados a respeito do tratamento e da possibilidade de publicação dos dados e, então, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).



Figura 1: Aspecto clínico - vista frontal.
Fonte: Clínica Odontopediatria.

Intervenção terapêutica

Para remoção do freio a técnica cirúrgica escolhida foi a frenectomia. iniciou-se com a antisepsia extrabucal com clorexidina 2,0% e intrabucal com clorexidina 0,12%, em seguida realizou-se anestesia por bloqueio regional dos nervos alveolar inferior anterior, bilateralmente, com articaína 4% com adrenalina 1:200.000 (Nova DFL® - Rio de Janeiro/RJ – Brasil). A deposição de anestésico foi realizada a distância (bloqueios regionais) para não alterar a estrutura do freio e prejudicar o procedimento cirúrgico. (Figura 2: A –C)



Figura 2: A – Anestésico tópico bilateral. B – Anestesiabilateralinfiltrativa no fundo de vestibulo. C – Anestesia infiltrativa na região do palato.
Fonte: Clínica Odontopediatria.

Iniciou-se a técnica pinçando o freio labial inferior com uma pinça hemostática Kelly, e foram realizadas duas incisões em direção ao rebordo alveolar com lâmina de bisturi 15C em forma de V, apoiando nas extremidades da pinça hemostática, uma no lado direito e outra do lado esquerdo, com o vértice na direção coronal (Figura 3).



Figura 3: Realização da primeira incisão, com lâmina 15c em cabo de bisturi.
Fonte: Clínica Odontopediatria.

A incisão ultrapassou a mucosa alveolar até tocar em periósteo, e em seguida foi realizada uma incisão horizontal na direção do lábio, removendo o freio. As fibras musculares remanescentes foram desinseridas com descolador de Molt. Foi realizada então a fenestração do periósteo com a lâmina de bisturi perpendicular ao osso. Finalmente, foi realizada sutura simples com fio de nylon 4-0, começando no vértice do V, no sentido ápico-coronal, com máxima coaptação das bordas para uma cicatrização por primeira intenção. (Figura 4: A –D)

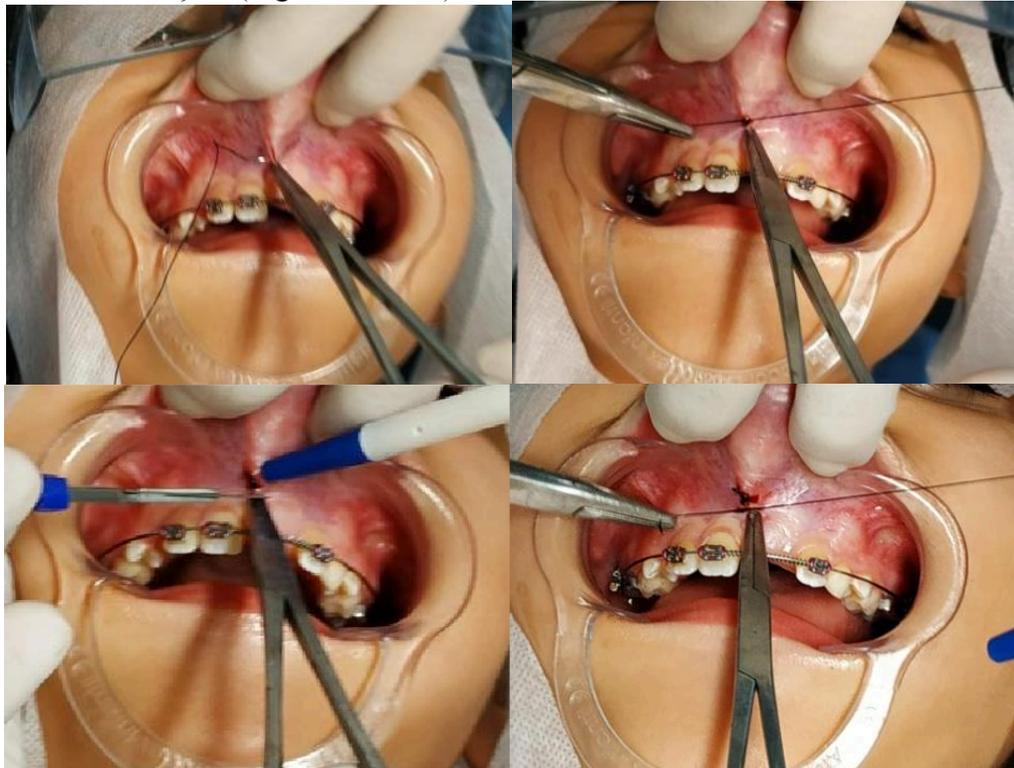


Figura 4: A – Em seguida realizou a primeira sutura. B – Finalização da primeira sutura. C – Realização da segunda Incisão. D – Realização da segunda sutura.
Fonte: Clínica Odontopediatria.

Posteriormente foi realizado o reposicionamento mais apical do freio labial (Figura 5: A – B), removendo a inserção da palatina (Figuras 6 e 7) e a sutura do mesmo no periósteo com ponto simples e fio de seda 3.0 (Figura 8).



Figura 5: A – Incisão para remoção do tecido fibroso interproximal. B – Terceira sutura.
Fonte: Clínica Odontopediatria.



Figura 6: Remoção da inserção palatina.
Fonte: Clínica Odontopediatria.



Figura 7: Finalização da remoção da inserção palatina.
Fonte: Clínica Odontopediatria.

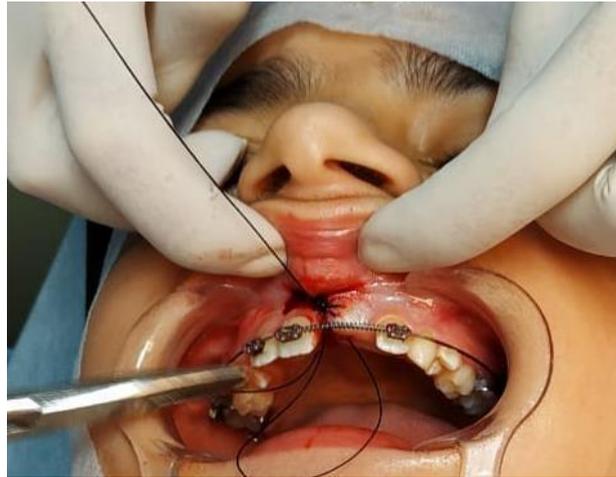


Figura 8: Sutura da inserção palatina.

Fonte: Clínica Odontopediatria.

Finalizado o procedimento cirúrgico, foram prescritos um antiinflamatório não esteroideal (Ibuprofeno^R 600mg, por 3 dias) e bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% 2 vezes ao dia (Figura 9).



Figura 9: Finalização da
cirurgia. Fonte: Clínica
Odontopediatria.

Seguimento clínico e resultados

Observou-se após 7 dias que o freio labial estava reposicionado corretamente e o paciente já poderia retornar ao se tratamento ortodôntico (Figura 10).

Na figura 11, pode se observar o novo posicionamento do freio labial, após pós-operatório.



Figura 10: Pós operatório após 7 dias.
Fonte: Clínica Odontopediatria.

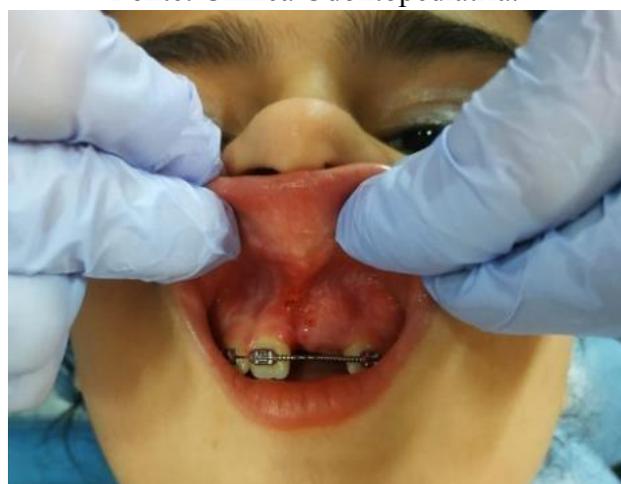


Figura
11:
Após
a
remo
ção
das
sutur
as.

F
o
n
t
e
:
C
l
í
n
i

3- Discussão



Para o diagnóstico correto de um freio labial hipertrófico é necessário um exame clínico e radiográfico minuciosos, destacando-se as seguintes características: diastema presente, inserção baixa, isquemia da papila palatina ao tracionar o freio, presença de um “W” entre os incisivos centrais na radiografia periapical (ALMEIDA et al.,2004, 137-156).

O diagnóstico correto do freio teto labial persistente depende de um exame físico intrabucal observando-se: diastema presente, inserção baixa e isquemia da papila palatina ao tracionar o freio (DEMERAL, 1970; KELMAN, 1991; HADDAD, 2000), como realizado no caso proposto. Este diagnóstico criterioso deve ser realizado afim de estabelecer sempre o tratamento mais adequado para cada paciente, levando em conta dos conhecimentos sólidos sobre o desenvolvimento da oclusão e sobre a etiologia das más oclusões, permitindo assim distinguir o diastema fisiológico do não fisiológico ou patológico (OZAZAKI, 2016).

No relato de caso realizado, optou-se pela indicação de frenectomia, porém as opções de tratamento cirúrgico para freios incluem a frenectomia e a frenotomia. A frenectomia é realizada para corrigir ou eliminar anomalias anatômicas da gengiva e/ou da mucosa alveolar, essa técnica consiste na eliminação total da fibra inserida. Já a frenotomia corrige e faz a eliminação parcial da fibra inserida (VALADARES NETTO et al., 1996).

Quanto à técnica utilizada para a correção da localização do freio teto labial persistente, encontra-se o relato de diferentes técnicas cirúrgicas para a frenectomia (DEMERAL, 1970; FISCHER, 1981;

LASCALA, 1973; TANAKA, 2005). Dessa forma a cirurgia só é indicada em casos severos, que tem relação direta com os problemas clínicos funcionais, mastigatórios, higiene e fonético.

A frenectomia pode ser efetuada de modo convencional, com bisturi, conforme o caso proposto, ou com um laser de tecidos moles, que é um recurso terapêutico promissor que pode ser instituído na cavidade bucal para diferentes necessidades. Normalmente após a frenectomia a laser, os sintomas pós operatórios e de recidiva estão ausentes (ORLANDO *et al.* 2014).

Rosa et al., (2018) afirmam que a cirurgia de frenectomia, independente do método ou técnica cirúrgica utilizada, não implica dor, pois a operação é realizada sob anestesia local e a recidiva dependerá do desempenho da técnica.

4- Conclusão

Concluiu-se que a cirurgia foi bem diagnosticada com uma indicação correta para realização da frenectomia labial, o que auxiliou para o tratamento ortodôntico e melhora na qualidade da gengiva inserida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ALMEIDA, R. R.; GARIB, D. G.; ALMEID-PEDRIN, R. R.; ALMEIDA, R. M.; JUNQUEIRA, M. H. Z. Diastemas interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? **Rev Dental Press OrtodonOrtop Facial Maringá**, v. 9, n. 3, p. 137-56, 2004.
2. ARAUJO, L. G. Diastema interincisal x freio labial anormal. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 40, n. 5, 1983.
3. DERMERAL, F. G. Frenectomía labial: presentación de una nueva técnica. **RevFedOdontolEcuat**, v. 1, n. 3, p. 307-11, 1970.
4. DUARTE, D. A.; BONECKER, M.; CORRÊA, F. N. P.; CORRÊA, M. S. N. P. Cirurgia bucal em pacientes pediátricos. *In*: Corrêa, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. 2ª ed. São Paulo: Santos, p.629-44, 2005.
5. FISCHER, T. J.; PSALTIS, G.L. The diastema and the abnormal frenum. **ASDC J Dent Child**. V. 48, n. 4, p. 264-8, 1981.
6. FONOFF, R. D. N.; HADDAD, A. E.; ALENCAR, C. J. F. Cirurgia em Odontopediatria. *In*. Guedes-Pinto, A. C; Bonecker, M.; Rodrigues, C. R. M. D. **Fundamentos de Odontologia – Odontopediatria**. São Paulo: Santos; 2009. p. 277-99.
7. HADDAD, A. E.; FONOFF, R. D. V. Freio teto labial persistente. Diagnóstico e tratamento cirúrgico. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 3, n. 12, p. 125-9, 2000.
8. KELMAN, M. B.; DUARTE, C.A. O freio labial superior e a sua influência na ortodontia e periodontia: revisão da literatura. **RevAssoc Paul CirDent**, v. 45, n.5, p. 581-4, 1991.
9. LASCALA, N. T.; MOUSSALI, N. H. Cirurgia muco-gengival: uma nova técnica de frenectomia e bridectomia. **RevAssoc Paul CirDent**, v. 27, n. 3, p. 135-41, 1973.

10. MACEDO, P. M.; CASTRO, B. S.; PENIDO, S. M. M. O.; PENIDO, C. V. S. R. Frenectomia labial superior em Paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 332-335, 2012.
11. ORLANDO, I. N.; MOLERO, C.; GOULART, R. M. Frenectomia: Revisão de literatura. **Rev UNINGÁ**, v. 18, n. 3, p. 21-25 2014
12. OZAZAKI, M. M. M. **Freneotomia labial superior**: relato de caso clínico. 2016.
13. PURICELLI E Frenectomia labial superior: uma variação de técnica cirúrgica. **R. Fac. Odontol.**, Porto Alegre, v.42, n.1, p. 16 – 20 jul.2011
14. 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. **J Clin Epidemiol**. Sep; 89; p.218-235,2017.
15. ROSA, P. M. M, et al. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial com inserção marginal: relato de caso. **Braz J Periodontol**, v. 28, n. 1, p. 56-60, 2018.
16. TANAKA, O.; MADRUGA, A. E.; KREIA, T. B.; COELHO, A. R. D. Diastema inter-incisivos centrais superiores de 10 mm: etiologia, consequência e conduta clínica. **Rev Clin Ortodon Dental Press**, v. 4, n. 1, p. 57-64, 2005.
17. VALLADARESNETO, J.; RIBEIRO, A.V.; SILVA FILHO, O. G. O dilema do diastema mediano e o freio labial superior: análise de pontos fundamentais. **Robrac**, v. 6, n. 19, p. 9-17, 1996.

EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR ERUPCIONADO COM LESÃO CARIOSAS COM SINTOMA ÁLGICO – RELATO DE CASO CLÍNICO

Raphaela dos Passos Coquito PIRES¹, Mariany de Oliveira DUARTE¹, Silmar Antunes PEREIRA², José Alberto Chiarelo TINOCO²

¹Acadêmico de Odontologia da Universidade Iguazu – Campus V – Itaperuna. RJ

²Professor do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu – Campus Vitória – Itaperuna RJ

*raphaelacoquito@gmail.com

RESUMO

Os terceiros molares geralmente são os últimos dentes a irromper na cavidade bucal e podem ou não erupcionar em alinhamento correto e funcional. O presente trabalho teve por objetivo relatar um caso de exodontia do terceiro molar indicada após constatação clínica e de imagem, de lesão cariosa que causava dor. Paciente de trinta e dois anos de idade, sexo feminino, 32 anos, compareceu à clínica escola de odontologia da UNIG-Campus V, queixando-se de dor. Foi realizada a anamnese, exame clínico e raio-x periapical identificando uma lesão cariosa no elemento 18 respaldando a indicação da exodontia. Diante

disso, conclui-se que a técnica cirúrgica se mostra eficaz para exodontia de terceiros molares, aliviando a dor da paciente, assim como o possível desenvolvimento associado de alterações patológicas e riscos às estruturas anatômicas.

Palavras chave: Dente serotino; Cárie dentária; Dor de dente; Cirurgia bucal.

Abstract

Third molars are usually the last teeth to erupt in the oral cavity and may or may not erupt in correct and functional alignment. This study aimed to report a case of third molar extraction indicated after clinical and imaging findings, of carious lesion that caused pain. Thirty-two-year-old female patient, 32 years old, attended the dental school clinic of UNIG-Campus V, complaining of pain. Anamnesis, clinical examination and periapical x-ray were performed identifying a carious lesion in element 18 supporting the indication of extraction. . Therefore, it can be concluded that the surgical technique is effective for third molar extraction, relieving the patient's pain, as well as the possible associated development of pathological changes and risks to the anatomical structures.

Key Words: Molar, Third; Dental Caries; Toothache; Surgery, Oral

1 – Introdução

Os terceiros molares ao irromperem na cavidade oral, podem ou não erupcionar em alinhamento adequado e funcional. Isso se deve ao fato de os terceiros molares completarem por último a sua formação sendo os últimos dentes em ordem cronológica a irromperem, ficando, portanto, propensos à falta de espaço no arco dentário. Pode ocorrer também de não conseguirem romper o denso revestimento ósseo, ou o tecido mole sobreposto (SILVA; PEREIRA, 2016).

Segundo Almeida (2018) o terceiro molar é o dente que se apresenta impactado ou incluso com maior incidência, ocorrendo em primeiro plano na mandíbula e depois na maxila. O autor acrescenta ainda que, o terceiro molar, na maioria das vezes é o último da arcada dentária a erupcionar por conta da limitação do espaço onde corretamente ele deveria erupcionar.

Lee et al., (2015) descreve que a exodontia do terceiro molar compreende a prevenção da cárie e da doença periodontal, o alívio da dor, a facilidade da execução cirúrgica, a prevenção de situações patológicas e reabsorção radicular do segundo molar.

A remoção cirúrgica do terceiro molar, embora seja um procedimento relativamente comum, é uma operação invasiva. A cirurgia do terceiro molar tem seus riscos de complicações pós-operatórias. Os acidentes e complicações mais comuns são: injúria ao nervo alveolar inferior; edema e trismo; hemorragias; alveolites; dor; infecções envolvendo espaços fasciais; injúrias em dentes contíguos; fratura óssea da tuberosidade maxilar e/ou da mandíbula; comunicações bucossinusais; deslocamento de dentes para regiões anatômicas nobres e problemas periodontais em dentes contíguos (SANTOS et al., 2015)

O presente trabalho teve por objetivo relatar um caso de exodontia do terceiro molar indicada após constatação clínica e de imagem, de lesão cariada que causava dor 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 responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informações do paciente

Paciente de trinta e dois anos de idade, sexo feminino, compareceu a clínica da universidade Iguazu Campus V – Itaperuna RJ queixando-se de dor.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico (figura1) e radiográfico (figura 2) foi constatado a presença de lesão cariosa.



Figura 1- constatação clínica de lesão cariosa no elemento 18. Fonte: Autoria própria.



Figura 2- Rx periapical. Fonte: Autoria própria.

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos chegou-se ao diagnóstico de lesão cariosa.

Intervenção terapêutica

As figuras 3, 4 e 5 ilustram a aplicação dos anestésicos para execução do procedimento de exodontia do terceiro molar superior.



Figura 3- Aplicação do anestésico tópico. Fonte: Autoria própria.



Figura 4- Anestesia do nervo alveolar superior posterior. Fonte: Autoria própria.



Figura 5- Anestesia do nervo palatino. Fonte: Autoria própria.

Após a anestesia tópica, realizou-se o bloqueio do nervo alveolar superior posterior e do palatino maior, executou-se o descolamento da mucosa e o periósteo (figura 6), e a luxação com uso de alavanca reta (figura 7).



Figura 6- Descolando mucoperiosteal. Fonte: Autoria própria.



Figura 7- Luxação. Fonte: Autoria própria.

Na execução final do procedimento, foi usado fórceps 18R para exérese do dente (Figura 8 A-B).



Figura 8: A- Início dos movimentos com o forcéps; B- exérese do dente. Fonte: Autoria própria
Após a extração do elemento efetuou-se a irrigação do alvéolo com soro fisiológico (figura 9),
finalizando com a sutura do tecido (figura 10).



Figura 9- Irrigando o alvéolo com soro fisiológico. Fonte: Fonte: Autoria própria.



Figura 10- Sutura. Fonte: Autoria própria

3 – Discussão

Peixoto et al., (2011) definem dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, sendo considerada apenas como um sintoma, que irá orientar o diagnóstico das morbidades do indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) escalona a dor de forma uni e multidimensional. A escala unidimensional verbal, utiliza expressões para analisar o nível da dor, sendo elas: nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor forte e dor insuportável. Na escala numérica é utilizado uma escala de 0 a 10, sendo zero nenhuma dor e 10 maior dor possível (SILVA; RIBEIRO FILHO, 2011).

Para tanto, a indicação da exodontia do terceiro molar como terapia ortodôntica é uma possível solução para aplacar a dor sentida pelo paciente. A indicação da exodontia é justificada por muitos autores pela possibilidade de desenvolvimento associado de alterações patológicas importantes e a maior dificuldade cirúrgica após a formação completa do dente com maiores riscos às estruturas anatômicas, portanto, seria uma conduta cirúrgica de cunho profilático (VENTA et al., 2001 apud ANDRADE et al., 2012).

Uma vez indicada a extração do terceiro molar, faz-se necessário a realização de um planejamento cirúrgico fundamentado em exames clínico e radiográfico. Por meio do exame clínico, consegue-se dados específicos da saúde geral do paciente, história médica e odontológica anteriores e da atualidade. Sendo, o nível de complexidade e de dificuldade operatória é analisado no exame radiográfico. Dessa forma, realiza-se o cuidadoso planejamento do ato cirúrgico, prevenindo possíveis acidentes no transoperatório e complicações no pós-operatório (ANDRADE et al., 2012).

O procedimento de exodontia de terceiros molares pode resultar em dor pós-operatória, edema e limitação da abertura bucal. O edema no pós-operatório contribui muito para o aumento da dor, pois há um

crescimento da tensão nos tecidos, ocorrendo principalmente por volta do segundo e terceiro dia, após um trauma cirúrgico (SORTINO; CICCÌÙ, 2011).

Nesse encaminhamento diversos cirurgões bucomaxilo faciais fazem o uso de medicação profilática em cirurgias de terceiros molares na tentativa de minimizar principalmente o edema e consequentemente a dor (SILVA; PEREIRA, 2016).

Nesse encaminhamento Silva e Ribeiro Filho (2011) descrevem maneiras para diminuir os sinais e sintomas pós-operatórios, utilizando os corticoides, que reduzem de maneira considerável o edema, melhorando desse modo, o nível de desconforto do paciente.

4 – Conclusão

Diante disso, conclui-se que a técnica cirúrgica se mostra eficaz para exodontia de terceiros molares, aliviando a dor da paciente, assim como o possível desenvolvimento associado de alterações patológicas e riscos às estruturas anatômicas.

Referências bibliográficas

1. ALMEIDA, M. N. **Avaliação das indicações para remoção do terceiro molar e sua localização a partir de imagens radiográficas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Maria Milza. Governador Mangabeira, 2018.
2. ANDRADE, V. C.; RODRIGUES, R. M.; BACCHI, A.; COSER, R. C.; BOURGUIGNON FILHO, A. M. **Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares** – revisão de literatura. *Saber Científico Odontológico*, Porto Velho, 2 (1): 27 - 44, jan/jun., 2012.
3. FERRELL, B. R.; SCHNEIDER, C. Experience and management of cancer pain at home. **Cáncer nurs** 1988; 11(2):84-90.
4. LEE, C.T. et al. Patients' satisfaction and prevalence of complications on surgical extraction of third molar. **Patient Prefer and Adherence**, v. 10, n. 9, p. 257-263, fev. 2015.
5. MELZACK, R.; KATZ, J. Pain measurement in persons in pain. in: WALL, P. D.; MELZACK, R. **Textbook of pain**. 3 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994.
6. PEIXOTO, et al. Controle da dor pós-operatória em cirurgia oral: revisão da literatura. **Rev. bras. Ciênc. Saúde**. 2011;15(4):465-70.
7. 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. *J Clin Epidemiol*. 2017 Sep; 89; p.218-235.
8. SANTOS, T. L.; SANTOS, E. J. L.; LINS, R. B. E.; ARAÚJO, L. F.; MESQUITA, B. S.; SOBREIRA, T. Qualidade de vida de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. **Rev Odontol UNESP**. 2015 Jan.-Feb.; 44(1): 6-11.
9. SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. **Rev. dor**. 2011; 12(2): 138151.

10. SILVA, R. N. F.; PEREIRA, L. C. G. O uso de antiinflamatórios esteroidais e não esteroidais no controle da dor e do edema em cirurgia de terceiros molares. **Revista Bahiana de Odontologia**, mar;7(1):31-39, 2016.
11. SORTINO, F.; CICCÌÙ, M. Strategies used to inhibit postoperative swelling following removal of impacted lower third molar. **Dent. res. j.** 2011;8(4):162-170.

TRATAMENTO ENDODÔNTICO DO PRÉ MOLAR INFERIOR ESQUERDO, ATRAVÉS DA TÉCNICA DE INSTRUMENTAÇÃO MANUAL CROWN DOWN (COROA ÁPICE) – RELATO DE CASO CLÍNICO

Vanessa da Silva EVANGELISTA¹, Kamila AUGUSTA¹, Lucílio MARCOS², Vanessa Ferreira da SILVA², Kênia Chiarelo TINOCO², Rossana dos Santos INÁCIO²

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

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

*Autor para correspondência. vanessasilva1998@hotmail.com

RESUMO

Quando bactérias atingem a polpa dentária, começa um processo inflamatório e/ou infeccioso no canal radicular, comprometendo a saúde bucal do paciente, sendo assim é necessário o tratamento endodôntico, para cessar esse processo no interior do canal. Baseado no exposto, o objetivo desse trabalho foi relatar o tratamento endodôntico de um pré molar permanente utilizando a técnica de instrumentação manual crown down. Paciente de 40 anos, sexo feminino, compareceu a clínica odontológica queixando-se de dor no dente quando se alimentava ou bebia algo gelado. Após o diagnóstico confirmado através de exames clínicos e radiográficos constatou-se comprometimento pulpar, resultando em pulpite irreversível. Em seguida foi realizado o tratamento endodôntico utilizando a técnica de instrumentação manual crown down e a obturação do elemento com a técnica de condensação lateral. Diante disso, conclui-se, que parece ser o mais eficaz, o tratamento endodôntico do pré molar permanente, utilizando a técnica de instrumentação manual crown down.

Palavras Chave: Endodontia; Instrumentação; Polpa Dentária; Pulpite

Abstract

When bacteria reach the dental pulp, an inflammatory and / or infectious process in the root canal begins, compromising the patient's oral health, so endodontic treatment is necessary to stop this process inside the canal. Based on the above, the objective of this study was to report the endodontic treatment of a permanent premolar using the crown down manual instrumentation technique. A 40-year-old female patient attended the dental clinic complaining of tooth pain while eating or drinking something cold. After diagnosis confirmed by clinical and radiographic examinations, pulp involvement was found, resulting in irreversible pulpitis. The endodontic treatment was performed using the crown down manual instrumentation technique and the element obturation with the lateral condensation technique. Therefore, it seems to be the most effective endodontic treatment of the permanent premolar, using the manual crown down instrumentation technique.

KeyWords: Endodontics; Instrumentation; Dental Pulp; Pulpitis

1 – Introdução

Cáries extensas, traumas dentários, envolvimento endodôntico-periodontal, traumas oclusais são algumas das causas para levar a um tratamento endodôntico. (ALVES, 2004) Quando essas patologias não são devidamente interrompidas, bactérias podem atingir a polpa dentária e começar um processo

inflamatório e/ou infeccioso no canal radicular, impactando de maneira negativa a qualidade de vida do paciente. (SIQUEIRA et al., 2011)

Para que seja interrompido o processo inflamatório e/ou infeccioso do sistema de canais radiculares é necessário o tratamento endodôntico que pode ser realizado utilizando diversas técnicas. (PEREIRA et al., 2012)

A técnica crown down tem como principal vantagem é que quando realiza um alargamento prévio do canal, promove um acesso retilíneo à região apical, que facilita o preparo e diminui acidentes e permite com que melhore a irrigação e obturação dos canais. (CERQUEIRA et al., 2007). O tratamento endodôntico tem por objetivo a máxima a desinfecção e selamento hermético do sistema de canais radiculares. (SIQUEIRA et al., 1996)

O objetivo desse trabalho foi demonstrar o tratamento endodôntico do pré molar inferior esquerdo, utilizando a técnica de instrumentação manual coroa ápice e obturação com a técnica da condensação lateral.

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

Uma mulher de 40 anos de idade, sexo feminino, parda, compareceu a clínica integrada queixando-se de dor no dente quando se alimentava ou bebia algo gelado.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, a paciente apresentou edêntulismo parcial (Figura 1A), restaurações em alguns elementos e verificou que o elemento 35 estava aberto (Figura 1B).

No exame radiográfico periapical observou-se que o pré molar inferior esquerdo 35, apresentava uma área radiolúcida na região da coroa e envolvimento pulpar, evidenciado pela imagem radiolúcida, confirmando o comprometimento pulpar. (Figura 1C).

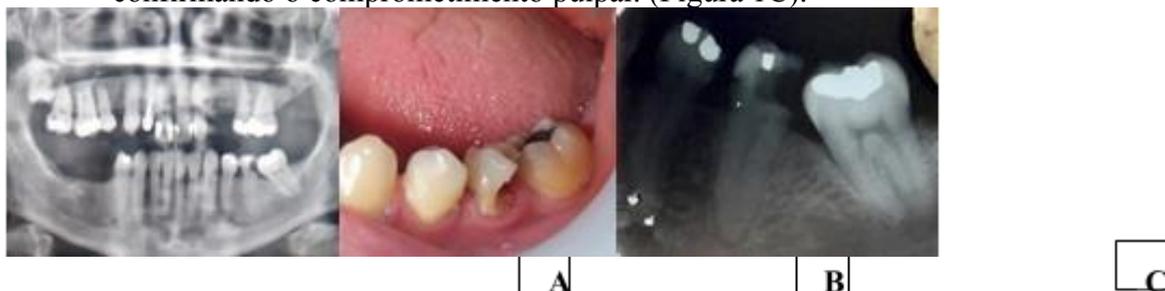


Figura1: A - Panorâmica da paciente, mostrando o edêntulismo parcial. B - Imagem inicial de como o dente se encontrava na boca. C - Radiografia inicial, mostrando o elemento 35 com comprometendo pulpar.

Fonte: Autoria própria.

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos conclui-se o diagnóstico de pulpite irreversível no pré molar inferior esquerdo, elemento 35.

Intervenção terapêutica

Foi realizado o bloqueio do nervo alveolar inferior esquerdo, usando lidocaína à 2% com vasoconstritor (Alphacaine, DFL, Brasil), e logo em seguida o isolamento absoluto, com lençol de

borracha e grampo 207(Figura 2A). Removeu-se o tecido cariado, e acessou o dente que continha apenas um canal, irrigou-se o local com hipoclorito de sódio à 2,5%(Solução de Milton, ASFER, Brasil).

Utilizou-se Gates (Broca de Gates, ANGELUS, Brasil) 1, 2 e 3 afim de preparar o terço médio e cervical do elemento.Com base na radiografia inicial, obteu-se o comprimento aparente do dente constando 23 mm, diminuiu-se 2 mm e obteu-se a odontometria provisória em 21mm. Iniciou-se o preparo químico mecânico no comprimento inicial de limpeza em 13 mm, utilizando limas do tipo flexofile (Dentsply, MAILLEFER, Brasil), (Figura 2B) fazendo movimentos de alargamento e limpeza, sempre recapitulando no comprimento de patência (22 mm) e irrigando com hipoclorito de sódio, diminuindo a lima e avançando o comprimento do cursor em 2 mm até chegar na OP.

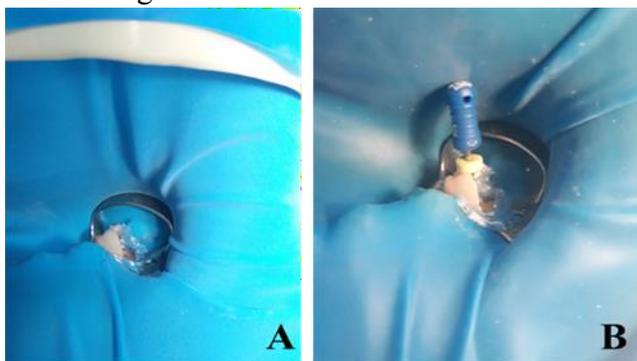


Figura 2: A - Isolamento absoluto do elemento 35, utilizando o grampo 207. B - Instrumentação do conduto radicular com lima flexofile. Fonte: Autoria própria.

Com a lima na OP, realizou-se a radiografia e verificou-se que a lima encontrava-se 1 mm aquém do ápice (Figura 3). Confeccionou-se o batente, utilizando a última lima do preparo químico mecânico e mais 2 limas acima. Optou-se por colocar medicação intracanal no elemento para terminar na próxima sessão, utilizou-se hidróxido de cálcio P.A. (Hidróxido de Cálcio P.A., BIODINÂMICA, Brasil) mais propilenoglicol, aplicou-se no conduto com uma lima da série especial, colocou-se uma bolinha de algodão estéril no terço cervical e selou-se com obturador provisório (Obturador Provisório,VILEVIE, Brasil).

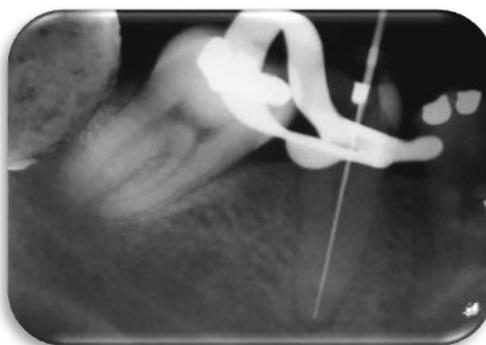


Figura 3: Radiografia mostrando a última lima do preparo químico mecânico 1 mm aquém do ápice. Fonte: Autoria própria.

Na próxima sessão, removeu-se o curativo, e para retirada da medicação intracanal selecionou-se a lima de série especial, fazendo movimentos de limpeza, irrigou-se com hipoclorito até que todo material tenha saído do conduto. Em seguida selecionou-se o cone principal (Gutta Percha, DENTSPLY, Brasil) de acordo com a última lima do batente, com o cone 45 travado no canal, radiografou-se, e constatou-se que ele encontrava no comprimento de trabalho (Figura 4).



Figura 4: Cone Principal localizado no comprimento de trabalho do dente. Fonte: Autoria própria.

Em seguida, colocou-se no canal E.D.T.A. (E.D.T.A. Trissódico, Biodinâmica, Brasil) e deixou agir por 3 minutos no canal. Depois do tempo decorrido, irrigou-se o canal com hipoclorito, secou-se o conduto com cones de papel absorvente 45 (Pontas de Papel Absorvente, DENTSPLY, Brasil). Deixou-se o cone principal e os cones acessórios mergulhados no hipoclorito de sódio por 1 minuto e logo em seguida secou-os com gaze estéril.

Realizou-se a manipulação do cimento endodôntico, (Endofill, DENTSPLY, Brasil) numa placa de vidro estéril e espátula 24 flexível, e deixou-se o material na consistência de “fio”. Levou-se o cone no cimento endodôntico e travou-se no canal. Utilizou-se espaçador digital B (Tapered Finger Spreader, DENTSPLY, Brasil), e colocou-se junto com o cimento endodôntico, cones acessórios (Gutta Percha Accessory, DENTSPLY, Brasil). Realizou-se a radiografia da prova de qualidade (Figura 5).



Figura 5: Radiografia de prova de qualidade. Fonte: Autoria própria.

Logo em seguida, aqueceu-se o Calcador de Paiva (GOLGRAN, Brasil) aquecido ao rubro, levou-se a cavidade e condensou no sentido vertical, e depois condensou verticalmente com o calcador frio, para que retire a gutta percha até no terço cervical, a fim de promover a máxima obliteração do canal. Limpou-se a cavidade com bolinha de algodão e álcool 70% afim de não escurecer o dente, e colocou-se obturador provisório na cavidade. Realizou-se a radiografia final da obturação endodôntica (Figura 6).



Figura 6: Radiografia final. Fonte: Autoria própria.

3- Discussão

Baseados em estudo de SILVA et al.,(2008) nos propomos a investigar se seria possível a reabilitação do pré molar inferior esquerdo com pulpite irreversível e comprometimento pulpar, utilizando a técnica de instrumentação manual crown down. O principal achado foi reabilitar o elemento dental através da técnica manual coroa ápice e a obturação com a técnica da condensação lateral. (ROMAN e GIOSO, 2002)

No caso clínico apresentado a paciente queixava-se de “dor no dente quando bebia algo gelado”. A conduta clínica foi avaliada, e levando em conta a gravidade da lesão endodôntica foi utilizada a técnica crown down, que visa eliminar bactérias presentes no conduto radicular, utilizando instrumentos de maior para menor diâmetro tanto em tratamentos endodônticos em canais retos, curvos e até em casos mais complexos, onde as limas trabalhariam sem produzir pressão no canal e diminuindo a extrusão de detritos pelo forame apical, a fim interromper o processo inflamatório e evitar possíveis reabsorções radiculares. (GALLOTTINE, 2017)

Existem várias técnicas para realizar o tratamento endodôntico, entre elas podemos citar o tratamento endodôntico utilizando instrumentos rotatórios, que visam acelerar o processo de modelagem do canal, mais muitas pessoas ainda não possuem esses materiais devido ao alto custo. (TEODOROVIC e MARTINOVIC, 2005)

A opção de tratarmos com a técnica crown down seria a facilidade para reabilitar a paciente, a facilidade do tratamento e o custo do tratamento um pouco menor. Devido a preocupação de ocorrer uma reabsorção radicular, optamos por utilizar a técnica crown down por ser mais rápida, e remover mais bactérias do conduto. (SOARES e CÉSAR, 2001)

O estudo trata-se do relato de um caso clínico, sugere-se que faça mais estudos de casos clínicos com mais pacientes, para observar se a técnica é realmente satisfatória para todos os pacientes.

4- Conclusão

Conclui-se que a técnica de instrumentação endodôntica manual crown down, associada a técnica da condensação lateral para obturação endodôntica, parece ser eficaz para o tratamento endodôntico de um pré molar permanente com pulpite irreversível.

Referências Bibliográficas

1. ALVES F.R.F., Compreendendo a etiologia microbiana das infecções endodônticas. **Revista Biociência**. Vol. 10 (1-2). p. 67-71. 2004.

2. CERQUEIRA L.G., GOMES C.C., PENINA P., PRADO M.A., FREITAS L.F., CAMÕES I.C.G., FIDEL R., Técnicas de instrumentação manual e rotatória: comparação da modelagem de canais radiculares. **Revista Odontológica**. Vol. 9 (1). p. 13-19. 2007.
3. GALLOTTINE L., Shaping of the Root Canal System: A Multistep Technique. **The Journal of Contemporary Dental Practice**. Vol. 18 (9). p. 851-855. 2017.
4. PEREIRA H.S.C., SILVA E.J.N.L., FILHO T.S.C., Movimento recíproco em Endodontia: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**. Vol. 69 (2). p. 246-9. 2011.
5. ROMAN L., GIOSO, Tratamento de canal convencional: opção de extração de dentes afetados endodonticamente – revisão. **Clínica Veterinária**. p. 32-44. 2002.
6. SILVA L.D.G., ALBERGARIA S., GONÇALVES P.S., SANTOS J.N., Diagnóstico endodôntico: comparação entre aspectos clínicos e histológicos. **RCO**. Vol. 56 (1). p. 59-65. 2008.
7. SIQUEIRA J.F. Jr., ROÇAS I.N., ALVES F.R.F., OLIVEIRA J.C.M., ARMADA L., PROVENZANO J.C., Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa viva. **Revista Brasileira de Odontologia**. Vol. 68 (2). p. 161-5. 2011.
8. SIQUEIRA J.F. Jr., UZEDA M., FONSECA M.E.F., A Scanning Electron Microscopic Evaluation of In Vitro Dentinal Tubules Penetration by Selected Anaerobic Bacteria, **Journal of Endodontics**. Vol. 22 (6). 1996.
9. SOARES J.A., CÉSAR C.A.S., Avaliação clínica e radiográfica do tratamento endodôntico em sessão única de dentes com lesões periapicais crônicas. **Pesqui Odontol Bras**. Vol. 15 (2). p. 138-144. 2001.
10. TEODOROVIC N., MARTINOVIC Z., Significance of Crown-Down Root Canal Preparation Technique in Endodontic Therapy by Using the Hydroxylapatite Sealer. **Vojnosanit Pregly**. Vol. 62 (6). p. 447- 452. 2005.