...os 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 Iguaçu – *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 Iguaçu.

CONSELHO EDITORIAL

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

SECRETÁRIA E EXPEDIENTE

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

OBJETIVO E ESCOPO

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

INFORMAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS

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

REVISÃO DOS ARTIGOS

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

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

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

ENVIO DE ARTIGOS

pesquisa.campusv@gmail.com

SUMÁRIO

ETAPAS DA PRÓTESE TOTAL: UM RELATO DE CASO TRATAMENTO DE LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS – RELATO DE CASO CLÍNICO 05

RECOBRIMENTO RADICULAR COM ENXERTO CONJUNTIVO NO TRATAMENTO DE RECESSÃO GENGIVAL: RELATO DE CASO CLÍNICO 10

RECONSTRUÇÃO DENTÁRIA COM PINO DE FIBRA DE VIDRO EM DENTE ANTERIOR : RELATO DE CASO CLÍNICO 17

PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO. AINDA É VIÁVEL A SUA REALIZAÇÃO?RELATO DE CASO CLÍNICO 23

CURETAGEM DE CISTO PERIRRADICULAR: RELATO DE CASO 29

DENTES AMARELADOS QUE FORAM TRATADOS COM 3 SESSÕES DE CLAREAMENTO NA TÉCNICA DE CONSULTÓRIO ASSOCIADO A TÉCNICA CASEIRA:RELATO DE CASO CLÍNICO 37

FRENECTOMIA LABIAL MAXILAR - RELATO DE CASO 45

EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR EM PACIENTE COM QUEIXA ÁLGICA: RELATO DE CASO 50

RECONSTRUÇÃO DE DENTES DECÍDUOS ANTERIORES UTILIZANDO A TÉCNICA: COROA DE CELULÓIDE – RELATO DE CASO CLÍNICO 59

RESTAURAÇÃO SEMI-DIRETA EM RESINA COMPOSTA ASSOCIADA A UM RETENTOR INTRARRADICULAR: RELATO DE CASO 66

REANATOMIZAÇÃO DE INCISIVO LATERAL CONOIDE – RELATO DE CASO CLÍNICO 75

Cadernos de Pesquisa
Campus V

ISSN:
2447-9721

TRATAMENTO DE LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS – RELATO DE CASO CLÍNICO

Bruna Zovico Moreira VICENTE[1], Mariany de Oliveira DUARTE[1], Camila Rodrigues Tardin de FIGUEIREDO[1], Pedro Henrique Ferreira da FONSECA[1], Ana Paula DORNELLAS[2], Elissa Almeida ROCHA[2]

[1]Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
[2]Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência. brunazmv@hotmail.com

Resumo

A Lesão Cervical Não Cariosa (LCNC), é a perda de cemento-esmalte sem a presença de cárie, que são originadas de uma abrasão, erosão, atrição ou abfração. A abrasão é um tipo de LCNC que se origina de uma escovação impetuosa e com cerdas duras, sendo a causa que mais desgasta a região cervical dos dentes, principalmente dos posteriores. Portanto, diante da incessante busca por procedimentos que visa a estética e bem estar do paciente, a seguinte pesquisa tem como objetivo relatar o caso de reabilitação de LCNCs, para satisfazer o bem estar e melhorando sua estética. Paciente, 45 anos de idade, sexo masculino, queixando-se do incômodo que sentia ao sorrir. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato. Foi constatado que os dentes superiores e inferiores apresentavam lesões cervicais não cariosas do tipo abrasão, assim sendo foi realizada as restaurações dos mesmo em múltiplas sessões. Diante do caso, após uma análise multidisciplinar, foi constatado que parece ser possível a reabilitação de pacientes que possuem lesões cervicais não cariosas do tipo abrasão com emprego de resina composta convencional, devolvendo assim a estética e função, associado com a remoção do fator causal.
Palavras Chave: Dentística, Abrasão Dentária, Estética Dentária.

Abstract

A Non-Carious Cervical Injury (LCNC) is a loss of caries-free material that is caused by abrasion, erosion, attrition or ablation. An abrasion is a type of LCNC that causes a brushing and hard brushing, being the most worn cause in the cervical region of the teeth, especially the posterior ones. Therefore, in view of the incessant search for procedures aimed at aesthetics and well-being of the patient, the following research aims to report the case of rehabilitation of LNCs, to respect or well-being and improve their aesthetics. Patient, 45 years old, male, compared to an integrated UNIG clinic, complained about how he felt while smiling. Your medical history has no systemic changes that are relevant to this relationship. It was found that the upper and lower teeth presented cervical lesions not caused by abrasion type, thus being performed as restoration of the same multiple sessions. Given the case, after a multidisciplinary analysis, it was found that it seems possible to rehabilitate patients with cervical lesions not caused by abrasion using conventional composite resin, thus returning the aesthetics and function, associated with a cause of the causal factor.

Key Words: Dentistry, Tooth Abrasion, Esthetics, Dental.

1 – Introdução

ISSN:
2447-9721

As lesões cervicais não cariosas (LCNCs) vem sendo muito pesquisadas devido a não possuir uma causa específica tornando o diagnóstico mais difícil, seja por fatores oclusais ou fatores biológicos, esta perda leva há uma exposição da dentina, gerando assim uma hipersensibilidade dentinária, afetando a estética e função do paciente. (MACHADO et al., 2005).

A LCNCs é uma patologia multifatorial que leva a perda de cemento-esmalte sem a presença de cárie e pode levar a recessão gengival, quando não diagnosticada precocemente tende a aumentar a perda de tecido dental provocando danos maiores (SOUSA et al.,2012).

Um bom diagnóstico nos auxilia para o melhor tratamento, tanto em caráter restaurador, quanto em conservador. A remoção do fator causal é de extrema importância nestes tipos de lesões, visto que são hábitos corriqueiros que tendem a se agravar sem sua remoção, afetando assim o sucesso do tratamento da LCNC. (YANG et al., 2016). O tratamento das LCNCs são restritas para cada tipo de caso. O diagnóstico preciso nos ajuda a planejar e executar de forma correta a reabilitação deste paciente. (PIRES et al., 2008).

A abrasão é um tipo de LCNC que se origina de uma escovação impetuosa e com cerdas duras, sendo a causa que mais desgasta a região cervical dos dentes, principalmente dos posteriores (PIRES et al., 2008).

Portanto, diante da incessante busca por procedimentos que visa a estética e bem estar o paciente, a seguinte pesquisa tem como objetivo relatar o caso de reabilitação de LCNCs, para satisfazer o bem estar e melhorando sua estética.

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 Iguaçu – 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, 49 anos de idade, sexo masculino, compareceu a clinica integrada da Unig, queixando-se do incômodo que sentia ao sorrir. 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 panorâmico

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos foi constatado que os dentes superiores e inferiores apresentavam lesões cervicais não cariosas do tipo abrasão, abfração, as cervicais dos dentes posteriores estavam desgastas apresentando as características da abrasão: em forma de "V", aspecto liso e

ISSN:
2447-9721

brilhante e de profundidade rasa; abfração: em forma de cunha com margens definidas e profundas, sendo provocadas pela técnica incorreta de higiene bucal – escovação, ausência dentária, contatos prematuro, chegando ao diagnóstico de LCNCs. (Figuras 2A e 2B).



Figura 2A: Foto inicial lado direito.



Figura 2B: Foto inicial lado esquerdo.

Intervenção terapêutica

Após a montagem da mesa foi realizado isolamento relativo com fio retrator (ultrapack 00) (Figura 3) nas cervicais dos dentes que seriam restaurados, após a inserção do fio retrator foi feito o isolamento absoluto para controle de umidade do campo. Foi realizado o condicionamento ácido com ácido fosfórico (condac) 37% por 30 segundos no esmalte (Figura 4A) para a remoção da smear layer, em seguida foi feita a aplicação do adesivo universal (âmbar universal) em toda a superfície da lesão friccionando por 10 segundo e fotopolimerizado por 20 segundos (Figura 4B). Utilizou-se resina composta de cor A2 de dentina e A3 de emalte em toda a cervical do dente para restaurar os tecidos perdidos (Figura 4C). Após 7 dias foi feito o acabamento e polimento com discos de lixa e discos de feltro (Figura 4D).



Figura 3: Isolamento relativo.

ISSN:
2447-9721



Figura 4: Sequência da Técnica- A- condicionamento ácido com ácido fosfórico. B- aplicação do adesivo universal. C- Restauração resina composta D- acabamento e polimento lado direito. E- acabamento e polimento lado esquerdo.

O mesmo procedimento foi realizado nos seguintes elementos: 15, 14, 13, 26, 25, 24, 23, 33, 34, 47 e 46 e após as restaurações, o paciente foi encaminhado para reabilitação dos dentes perdidos.

3- Discussão

Baseados em estudos, a abordagem mais indicada para que não haja progressão e nem aparecimentos de novas LCNCs é a remoção do fator causal, onde que a determinação de cada etiologia é mais importante que a restauração em si e assim garantindo a longevidade do tratamento (OLIVEIRA et al., 2013).

No caso clínico apresentado, o paciente tinha 49 anos e queixava-se que o dente estava "esfarelando" nas cervicais e que o incomodava ao sorrir. De acordo com SIEDSCHLAG et al. (2015) para cessar esse aspecto a utilização de resina composta é a primeira escolha de tratamento, visto que é um material que possui uma boa estética, resistente ao desgaste e facilidade de manipulação.

Especulamos que para o tratamento restaurador há vários tipos de materiais que variam de acordo com o diagnóstico obtido e levando em consideração a estética. Em casos de LCNCs o CIV (cimento de ionômero de vidro) mesmo sendo um material de retenção alta e com liberação de flúor, ainda é um material de estética desfavorável. Portanto, as resinas compostas vem sendo indicadas para estes tipos de lesões, que quando comparadas ao CIV elas são de estética favorável e de superfície lisa (MOURA et al., 2017). O tratamento de escolha foi com base na queixa do paciente, que reclamava da estética, visto que as resinas compostas em comparação ao ionômero de vidro são mais estéticas e de melhor manipulação (OLIVEIRA et al., 2013).

ISSN:
2447-9721

É de extrema importância, para que haja sucesso nas restaurações realizadas, a identificação e eliminação do fator causal, como o controle da força excessiva da escovação e reabilitação dos dentes perdidos (SOARES et al, 2015).

Acreditamos, portanto, que apesar das resinas compostas apresentarem uma estética favorável e facilidade de manipulação (KINA et al., 2015), sugerimos novos estudos com base em outros materiais restauradores, para que haja novas opções ao tratamento de LCNCs.

5-Conclusão

Diante do caso, após um analise multidisciplinar, foi constatado que parece ser possível a reabilitação de pacientes que possuem lesões cervicais não cariosas do tipo abrasão com emprego de resina composta convencional, devolvendo assim a estética e função, associado com a remoção do fator causal.

Referências bibliográficas

1-BARBOSA L.P.B., JUNIOR R. R. P. MENDES R.F. LESÕES CERVICAIS NÃO-CARIOSAS: ETIOLOGIA E OPÇÕES DE TRATAMENTO RESTAURADOR. **Revista Dentística on line** – ano 8, número 18, janeiro/março, 2009.

2- KINA M., VILAS BOAS T. P., SAYGO T., FABRE A. F., SIMONATO L. E., BOER N. P., KINA J. Lesões cervicais não cariosas: protocolo clínico. **Rev. Arch Health Invest.** 2015.

3- LIMA L. M., FILHO M. G. K. H. Contribuição ao estudo da prevalência, fazer diagnóstico diferencial e de fatores etiológicos das lesões cervicais não-cariosas. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia,** vol. 2, núm. 2, 2005, Joinville-SC.

4- MOURA A. G., BECK H. Materiais Restauradores para Lesões Cervicais Não Cariosas. **Revista de Odontologia da UBC**. Vol. 7, Nº. 1, Jan-Jun. 2017.

5- OLIVEIRA T.R.M., RAMOS T.M., MORETTO S.G., FREITAS P.M. Restabelecimento estético e funcional de lesão cervical não cariosa causada por trauma oclusal. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent -** Sao Paulo Vol.67 no.3 2013.

6- PIRES P., FERREIRA J. C., SILVA M. J. Lesões de Abrasão Dentária: Herança de uma Escovagem Traumática? **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial -** Vol 49, N°1, 2008.

7- 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 Epidemol**. 2017 Sep: 89; p.218-235.

8- SIEDSCHLAG G., BARATIERI L.N., ANDRADA M.A.C., ARAÚJO E. Lesões Cervicais não cariosas (LCNCS): Parte II – Sugestões para a Clínica Diária. **Rev. Clin Int J Braz Dent**. 2012; 8(4): 438-52.

9- SOARES P. V., PEREIRA A. G., TEIXEIRA D. N. R., SOARES M. P. C. M., GONZAGA R. C. Q., NETO A. J. F. Periodontal e Tratamento Restaurador da Retração Gengival Associated com Não-cariosas lesões cervicais: estudo de caso. **Jornal da Academia Internacional de Periodontology** 2015 18/1: 1-7

10- SOUSA A. M. T., PRADO R. A., FILHO A. A. C. Fatores de risco oclusais e sua influência na etiologia das lesões cervicais não-cariosas. **Revista Dentística on line –** ano 11, número 23 (2012).

11- YANG J., CAI D., WANG F., DE H., MA L., JIN Y., QUE K. Non-carious cervical lesions (NCCLs) in a random sampling community population and the association of NCCLs with occlusive wear. **Journal of Oral Rehabilitation** 2016

12- YANG S., LEE H., JIN S. A combined approach to non-carious cervical lesions associated with gingival recession. **Restorative Dentistry & Endodontics** – Korea, 2016.

Cadernos de Pesquisa
Campus V

ISSN:
2447-9721

RECOBRIMENTO RADICULAR COM ENXERTO CONJUNTIVO NO TRATAMENTO DE RECESSÃO GENGIVAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Camila P. de ABREU[1], Viviane dos S. DIAS[1], Rossana dos S. INÁCIO[2], Aline M. PESSANHA[2]

[1]Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
[2]Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência: camilapabreu2013@gmail.com

RESUMO

A retração gengival é uma frequente ocorrência clínica em pacientes, esta retração se caracteriza pelo afastamento da margem gengival se comparado com a junção cemento-esmalte. O fator estético e a melhora da qualidade de vida social dos indivíduos são os fatores mais influenciadores para a procura deste tratamento cirúrgico, ademais, a prevenção de possíveis problemas associados ao seu não tratamento. Atualmente existem diversos tratamentos para o recobrimento da superfície radicular, dentre estes está a técnica de tunelização. Esta técnica consiste em uma opção menos invasiva onde há destaque para a ausência de cicatrizes e boa integração estética. O estudo teve por objetivo relatar o uso da técnica de recobrimento radicular pela técnica de tunelização em um paciente atendido na Clínica Odontológica da Universidade Iguaçu – Campus V. Diante do avaliado no presente artigo pode se observar que a técnica de tunelização se mostrou eficiente no tratamento de recessão radicular com recobrimento radicular significativo e satisfatório para o paciente.

Palavras Chave: Tratamento odontológico; Recessão gengival; Técnica de tunelização.

ABSTRACT

Gingival retraction is a frequent clinical occurrence in patients; this retraction is characterized by the distal gingival margin compared to the cementum-enamel junction. The aesthetic factor and the improvement of the individuals' social quality of life are the most influential factors for the search for this surgical treatment, besides the prevention of possible problems associated with its non-treatment. Currently there are several treatments for covering the root surface, among them is the tunneling technique. This technique is a less invasive option where there is a lack of scars and good aesthetic integration. The objective of this study was to report the use of the root covering technique by the tunneling technique in a patient treated at the Iguaçu - Campus V Dental Clinic. root recession with significant and satisfactory root coverage for the patient.

Key Words: Dental treatment; Gingival recession; Tunneling technique.

1- Introdução

Ao longo dos anos a preocupação com a estética vem ganhando força na Medicina Dentária, principalmente em se tratando de tratamentos de Periodontia. A exibição das superfícies radiculares oriunda das recessões gengivais, assim como as alterações na morfologia dos tecidos periodontais é capaz de causar sequelas estéticas significativas e com alta valorização por parte dos pacientes, além disso, pode gerar diversos problemas associados (CUEVA et al., 2004). Segundo Andrade (2012) as retrações gengivais ocorrem comumente e são vistas tanto em países desenvolvidos como em subdesenvolvidos e pode ocorrer em qualquer faixa etária. As recessões gengivais não possuem previsão de progressão, elas

ISSN:
2447-9721

podem se manter estáveis por determinado período, este tempo de dificulta o diagnóstico e a análise do fator etiológico base para a ocorrência da doença (KINA et al., 2015).

A retração gengival se caracteriza pela situação onde a margem gengival se localiza em um ponto mais apical em comparação à junção esmalte-cemento (YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006). Segundo Ferreira et al. (2017) são diversas as causas desta retração, dentre elas, podem ser citadas a doença periodontal, o mau posicionamento do dente, a escovação traumática, coroas provisórias, trauma oclusal, prótese fixa, inserção de bridas e freios, etc. As retrações gengivais podem se dividir em 4 classes, estas estão diferidas de acordo com a prognose da cobertura radicular. Na classe I e na II não existe a perda de osso interproximal, ademais, a cobertura radicular completa é capaz de ser alcançada. Na classe III esta perda de osso interproximal encontra-se de leve a moderada e a parcial cobertura radicular consegue ser alcançada. Na classe IV ocorre a avançada perda óssea proximal, sendo assim, não há chance de se conseguir a cobertura radicular (LANDIM et al., 2009).

Acham-se atualmente várias técnicas para recobrir a superfície radicular, a provisão destas técnicas se associa essencialmente na altura do osso proximal. Em casos de retração gengival o recobrimento radicular é o tratamento mais efetivo, devendo o profissional sempre se atentar, a certos aspectos passiveis de comprometer o prognóstico (VALÉRIO; SOUZA; FEITOSA, 2013). Tais fatores são considerados como, a espessura da gengiva, quantidade de gengiva queratinizada, presença de lesões cervivais, associação do recobrimento radicular com procedimentos regenerativos e plásticos, dentre outros fatores (CARVALHO; SILVA; JOLY, 2007).

O estudo teve por objetivo relatar o uso da técnica de recobrimento radicular pela técnica de tunelização em um paciente após tratamento ortodôntico.

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 Iguaçu – 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 paciente, 39 anos de idade, caucasiana, compareceu à clínica odontológica da UNIG-CAMPUS V queixando-se de sensibilidade ao frio, vento e durante a escovação. Começou a sentir essa sensibilidade há 6 meses. Paciente relatou que usou aparelho ortodôntico por 2 anos sem fazer manutenção.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, a paciente apresentou o dente 44 com retração gengival se enquadrando na Classe I de Miller, pois não ultrapassava a junção muco gengival sem perda óssea interdental. A causa da retração foi o uso prolongado sem manutenção de aparelho ortodôntico relatado pela paciente. (Figura 1 A).

ISSN:
2447-9721



Figura 1: Fotografia inicial mostrando o dente 44 com retração gengival Classe I segundo Miller. Fonte: Autoria própria.

Considerando os aspectos clínicos chegou-se ao diagnóstico de retração gengival no dente 44, comprovando a necessidade de intervenção, a fim de favorecer a estética e diminuir a sensibilidade dentinária.

Intervenção terapêutica

A técnica de escolha para o recobrimento do dente 44 foi a Tunelização, por se tratar de uma área estética, além dessa técnica permitir extrema segurança, onde a manipulação do retalho é mínima e sem tensões e permite também um excelente suprimento sanguíneo. (Figura 2). Após a antissepsia intra e extra oral com Clorexidina a 0,2% e 2% respectivamente, foi realizada a anestesia infiltrativa com lidocaína. Posteriormente o tecido gengival foi afastado com tunelizador.(Figura 3 A). Em seguida, foi realizado o polimento da superfície radicular com fresa diamantada. (Figura 3 B).

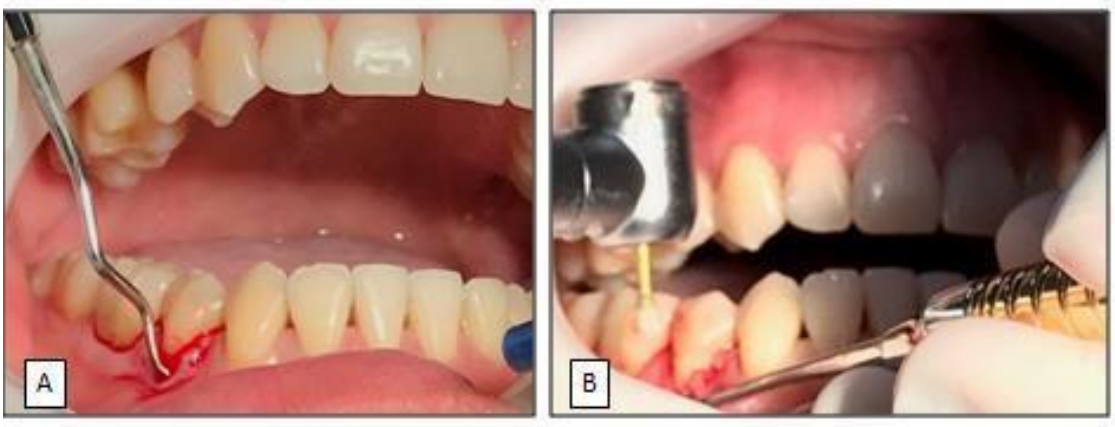
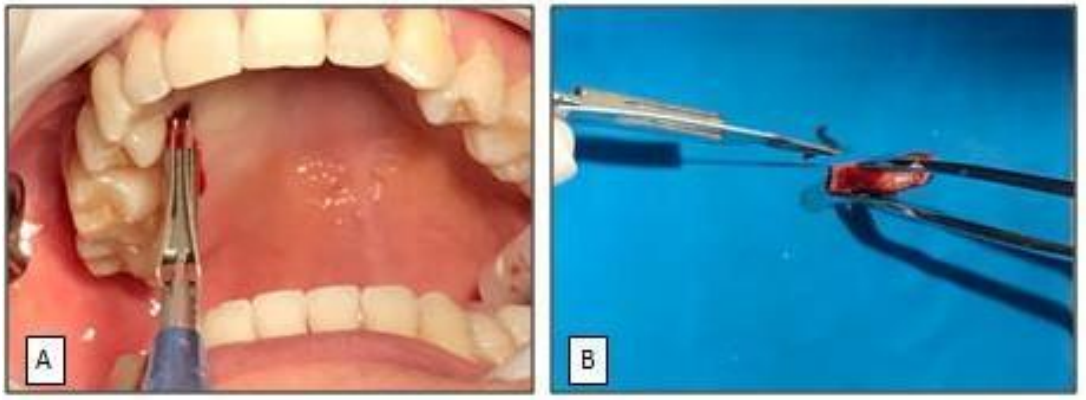


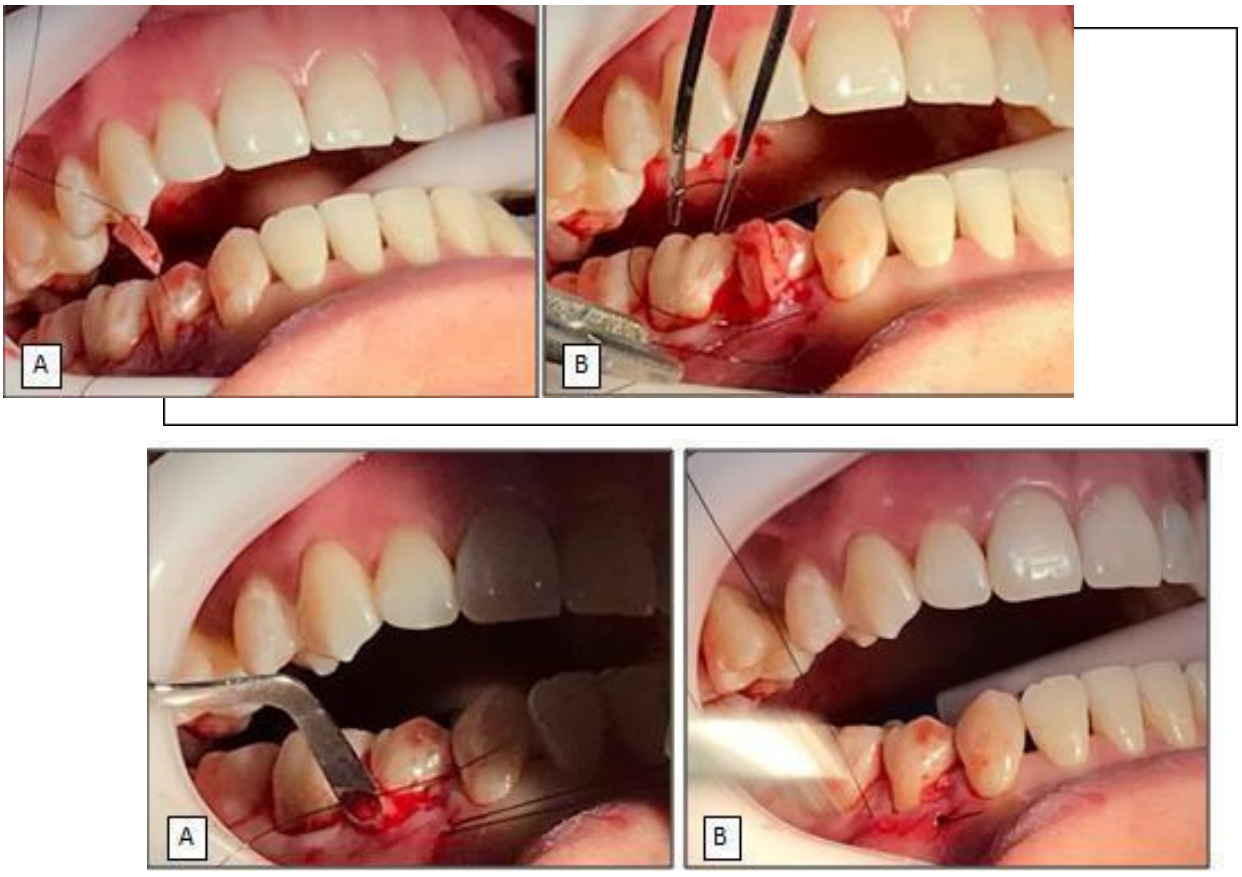
Figura 2: Instrumental utilizado para realização do recobrimento radicular. Fonte: Autoria Própria.
Figura 3: A- afastamento do tecido gengival com tunelizador. B- polimento da superfície radicular com fresa diamantada. Fonte: Autoria Própria.

ISSN:
2447-9721

O próximo passo foi a remoção do enxerto na região palatina, utilizando cabo de bistuti de lâmina dupla com afastamento de 1,5mm. (Figura 4 A). Após a remoção do enxerto, o tecido foi preparado, lavado com soro para seguinte remoção do tecido epitelial, deixando apenas o tecido conjuntivo. (Figura 4 B).

Figura 4: A: Remoção do enxerto na região palatina com cabo de bisturi de lâmina dupla. B- Desepitelização do enxerto. Fonte: Autoria Própria.





Depois de preparado, o enxerto foi colocado na área receptora e fixado com sutura. (Figura 5 A-B).

Figura 5: A- Colocação do enxerto na área receptora. B- Fixação do enxerto com sutura. Fonte: Autoria Própria.

Posteriormente o enxerto foi posicionado no local ideal da área receptora e suturado para maior reforço, sendo fixado pela mesial. (Figura 6 A-B).

Figura 6: A- Posicionamento do enxerto. B- Sutura para reforço. Fonte: Autoria Própria.

ISSN:
2447-9721



onde foi possível observar uma boa cicatrização, definindo o
).

Figura 7: Aspecto do dente 44 após 14 dias de pós-cirúrgico. Fonte: Autoria própria.

3- Discussão

Atualmente o fator estético vem ganhando destaque na área odontológica, agregando para o bem-estar social dos indivíduos (VENTURIM; JOLY; VENTURIM, 2011). A periodontia então expandiu seu enfoque em prevenção e tratamento para os campos de reconstrução de tecidos (CARVALHO; SILVA; JOLY, 2007). O Recobrimento Radicular é um importante fator no tratamento periodontal, para correção de recessões quando há comprometimento estético, diminuir o risco da ocorrência de lesões em superfície radicular exposta, dentre outros (CUNHA et al,. 2014). A Recessão gengival é uma ocorrência clínica frequentemente vista, esta pode ocorrer de modo generalizada e concomitante a mais superfícies ou localizada (ROSADO, 2015).

A retração gengival é a exposição da raiz e da junção amelocementária pela recessão gengival, podendo esta advir de diversas etiologias, sendo necessária em alguns casos a realização da cirurgia periodontal de recobrimento (FERREIRA et al., 2017). As recessões radiculares possuem impacto estético, além de causar danos dentários como a sensibilidade, dito isto o tratamento adequado ao fator desencadeante do problema traz grandes ganhos ao paciente (MATHIAS & SANTAMARIA, 2018).

No presente caso, a paciente de trinta e nove anos de idade, sexo feminino, chegou à clínica odontológica da Universidade Iguaçu – Campus V, com queixa principal sensibilidade dentária ao frio, vento e escovação, apresentando retração gengival classe I de Miller. A conduta clínica neste caso contou então com a realização do procedimento de recobrimento radicular pela técnica tunelização.

De acordo com Mathias & Santamaria (2018) a literatura traz diversas técnicas para o tratamento das recessões radiculares, dentre estes temos a técnica por retalho posicionado coronariamente associado ao enxerto de tecido conjuntivo, ademais, estudos apontam para o uso de desenhos de retalho em túnel, que se apresentam como uma opção pouco invasiva. A técnica de tunelização consiste na realização de incisões

ISSN:
2447-9721

intrasulculares e possui como vantagem a redução nos índices de trauma e a perspectiva de rutura dos tecidos, promovendo também uma melhor vascularização da área e consequentemente cicatrização mais eficaz e menor morbilidade (CARMO; MATOS; ROLO, 2013).

Fernandes (2016) disserta sobre os ganhos pelo procedimento de tunelização, destacando a ausência de cicatrizes e boa integração estética, contudo tal técnica necessita de um profissional habilitado, por se tratar de um método sensível, porém se fundamenta como uma boa escolha de tratamento em casos de recessões classe I e II de Miller.

Dessa forma, o sucesso do tratamento está relacionado ao olhar do profissional a diversos fatores observados durante o procedimento, como etiologia, controle sistêmico, a escolha da técnica e realização da assepsia do local, bem como a nutrição, espessura do tecido, vascularização, dentre outros (GAMBIM; OLIVEIRA; TRENTIN, 2019).

5- Conclusão

Mediante o relato do presente artigo, pode se observar que o recobrimento radicular pela técnica tunelização se mostrou eficaz no tratamento das recessões radiculares, trazendo um alto nível de satisfação a paciente e promovendo um recobrimento radicular significativo.

Referências

1. ANDRADE L.P. Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão cervical. **Revista Bahiana de Odontologia**, Salvador, Vd. 3 (1), p. 86-99, 2012.

2. CARMO E., MATOS S., ROLO T. Técnica de tunelização com enxerto de tecido conjuntivo em recessões gengivais; **Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas**, 2013.

3. CARVALHO P.F.M., SILVA R.C., JOLY J.C. Recobrimento radicular com associação de procedimentos plásticos e regenerativos – relato de caso. **Rev. Dental Press Periodontia Implantol**., Maringá, Vd. 1 (3), p. 65-73, 2007.

4. CUEVA M. A Comparative Study of Coronally Advanced Flaps With and Without the Addition of Enamel Matrix Derivative Recession. **Journal of periodontology**, Vd. 75 (7), p. 949-956, 2004.

5. CUNHA F.A. Decisão quanto à escolha da técnica de recobrimento radicular. **PerioNews**, Vd. 8 (2), 2014.

6. FERNANDES N.A.N. Retalho de Reposicionamento Coronal vs. Técnica de Tunelização para Recobrimento Radicular; **Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde**, 2016.

7. FERREIRA J., ALMEIDA, K., DURSCK, J.R. Recobrimento radicular utilizando a técnica de enxerto de tecido conjuntivo - caso clínico. **Revista Gestão & Saúde**, Vd. 18 (2), p. 66-73, 2017.

ISSN:
2447-9721

8. GAMBIM D.J., OLIVEIRA C.A., TRENTIN M.S. Recobrimento radicular de recessões gengivais classe II de Miller: Dois relatos de casos clínicos; **Braz J Periodontol**, Vd. 29, 2019.

9. KINA, J.R. Tratamento de recessão gengival unitária. **Arch Health Invest**, Vd.4 (6), p. 25-30, 2015.

10. LANDIM F.S. Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac**., Camaragibe, Vd. 9 (4), p. 31 – 38, 2009.

11. MATHIAS I.F., SANTAMARIA M.P. Recobrimento radicular em recessões múltiplas; **Implant News Perio: International Journal**, 2018.

12. ROSADO A.E.A. Técnicas Cirúrgicas no Tratamento de Recessões Gengivais: Revisão da Literatura. **Dissertação de Mestrado – Universidade de Lisboa**, Vd.69 p., 2015.

13. VALÉRIO, Carolina Ohanna N. de Souza, SOUZA, Gleicy Fátima Medeiros, FEITOSA, Daniela da Silva; Tratamento interdisciplinar de retração gengival: Relato de caso; **XIII Semana Universítária da Universidade de Pernambuco**; Anais do I Encontro Pernambucano de Odontologia, 2013.

14. VENTURIM R.T.Z., JOLY J.C., VENTURIM L.R. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. **RGO - Rev Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, Vd.59, p. 147-152, 2011.

15. YARED K.F.G., ZENOBIO, E.G., PACHECO W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal; **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**. Vd 11 (6), p. 45-51, 2006.

Cadernos de Pesquisa
Campus V

ISSN:
2447-9721

RECONSTRUÇÃO DENTÁRIA COM PINO DE FIBRA DE VIDRO EM DENTE ANTERIOR : RELATO DE CASO CLÍNICO

Camila TARDIN[1], Bruna Zovico Moreira VICENTE [1], Rossana dos Santos INÁCIO [2], Vanessa Ferreira da SILVA[2]

[1]Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
[2]Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência. camilatardin9@hotmail.com

RESUMO

Uma alternativa clínica na atualidade para reabilitação em dentes tratados endodonticamente e que possuem grande perda de estrutura coronária, são os pinos de fibra de vidro. Visto que, nessas situações, o elemento dentário tem como consequência a perda de suporte, necessitando de uma retenção intrarradicular para a longevidade do tratamento. Suas propriedades mecânicas são ideais e semelhante ao remanescente dentário, além de permitir estética superior, menor tempo clínico e de fácil aplicação. Portanto, este trabalho apresenta relato de caso clínico com a utilização desse material com o intuito de gerar retenção, reforçar a porção coronária do remanescente dentário diminuindo a probabilidade de fratura.

Palavras Chave: Pinos intraradiculares; Pinos de fibra de vidro, Restauração dentária permanente.

Abstract

A current clinical alternative for rehabilitation in endodontically treated teeth with great loss of coronary structure is fiberglass pins. Since in these situations the dental element results in loss of support, requiring intraradicular retention for longevity of treatment. Its mechanical properties are ideal and similar to the dental remnant, besides allowing superior aesthetics, shorter clinical time and easy application. Therefore, this paper presents a case report using this material in order to generate retention, reinforce the coronary portion of the dental remnant, reducing the probability of fracture.

Key Words: intra-root pines; fiberglass pin; dental destoration permanent.

1 – Introdução

A perda de estrutura dentária em decorrência de lesões cariosas, traumatismos dentários, procedimentos restauradores anteriores, adicionados ao desgaste devido a procedimentos endodônticos, tem como resultado a perda de suporte dentário (TEÓFILO et al, 2005).

A reabilitação para devolver a forma, função e estética em dentes que foram submetidos a grande destruição coronária ainda é um desafio para a Odontologia (MELO et al., 2015) visto que, na atualidade, a Odontologia estética é um dos requisitos de maior importância do ser humano (SÁ., 2010).

Situações onde os dentes foram submetidos à tratados endodônticos merecem um cuidado especial para sua reabilitação e devido a evolução das técnicas operatórias, o pino intrarradicular associada a resina composta seja direta ou indireta, resultou um grande avanço para reconstrução da porção coronárias perdidas (BITENCOURT, 2016).

ISSN:
2447-9721

Com a finalidade de diminuir a possibilidade de fratura, a utilização dos pinos intrarradiculares tem o intuito de aumentar a retenção e reforçar a parte coronária e para isso precisa de alguns requisitos tais como: biocompatibilidade, fácil utilização, preservar a dentina radicular e dissipar as tensões na raiz, promover união físico química com o material restaurador e ter uma boa relação com o custo-benefício (SABÓIA, 2010).

Dentre os retentores intrarradiculares o pino de fibra de vidro apresenta módulo de elasticidade semelhante ao da dentina e os outros requisitos acimas citados, e, portanto, acabam sendo mais indicados para reabilitações, uma vez que pinos metálicos acusam tensões maiores e podem gerar fraturas radiculares (SABÓIA, 2010). Além disso o pino de fibra de vidro tem como vantagem simplificar os passos clínicos pois dispensa a etapa laboratorial, redução de custos e bom resultado estético (MELO et al., 2015).

Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi relatar através da descrição de caso clínico, a reabilitação de elemento 11 com pino de fibra de vidro em paciente com grande perda coronária abrangendo as vantagens e indicações clínicas da técnica.

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 Iguaçu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informações do paciente:
Paciente, sexo masculino, 29 anos, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Nova Iguaçu – campus V, em Itaperuna, apresentando fratura de esmalte-dentina no dente 11. Foram realizados exames clínico e radiográfico, onde constatou-se a necessidade de uma intervenção endodôntica prévia e tratamento reabilitador estético (Figura 1).



Figura 1: Aspecto clínico inicial do dente 11 - (Fonte: arquivo pessoal)

Primeiramente, realizamos o tratamento endodôntico do elemento 11e uma semana após sua finalização (Figura 2) demos início à confecção do pino de fibra de vidro.



Figura 2: Radiografia final do tratamento endodôntico do dente 11 - (Fonte: arquivo pessoal)

ISSN:
2447-9721

Realizou-se o isolamento absoluto e então o acesso do elemento dentário 11, com ponta diamantada esférica nº 1014 HL (KG Sorensen) montada em alta rotação, até exposição da guta-percha. Em seguida, iniciou-se a desobstrução do conduto radicular com a broca Gates Glidden (Wilcos) nº 2 e nº 3 seguidas das brocas Largo 1,2,3 para ampliação e alargamento do canal, na medida de 2/3 do comprimento da raiz, deixando-se um remanescente endodôntico de 4mm, e a dimensão do canal em 1/3 do diâmetro da raiz (Figura 3).

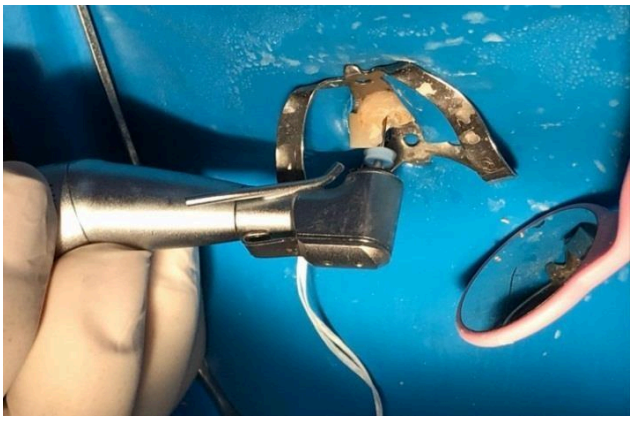


Figura 3: Desobstrução do conduto radicular com a broca Gates Glidden (Wilcos) nº 2 montada no contra ângulo em baixa rotação - (Fonte: arquivo pessoal)

Em seguida, foi realizado exame radiográfico para verificarmos se atingimos a medida necessária de desobstrução para inserção do pino de fibra de vidro, sendo confirmado positivamente. O pino compatível com as dimensões do canal sendo assim selecionado foi o nº 1 (WhitePost DC - FGM). (Figura 4)



Figura 4: radiografia após a desobstrução do conduto radicular - (Fonte: arquivo pessoal)

Com auxílio do cavibrush fino (FGM) foi feito o condicionamento da estrutura dentária com o ácido fosfórico a 37% (Condac, FGM) tanto no canal quanto no pino por 30 segundos (Figura 5A e 5B), seguida da sua remoção com spray de água por 1 minuto e secagem com jatos de ar no pino, e no conduto, com cones de papel absorvente (Dentsply Maillefer). Para aumentar a resistência adesiva, foi feita a silanização do pino com o silano (Maquira), aguardou-se um minuto para evaporação e então, foi aplicado o adesivo Ambar Universal (FGM) com um cavibrush fino (FGM) no pino e no conduto radicular simultaneamente (Figura 5C). Subsequente foi inserido, no conduto radicular preparado, o cimento resinoso Dual AllCem Core (FGM) (Figura 5D e 5E) e imediatamente foi efetuado a fotoativação por 60 segundos em cada face do dente (Figura 5F).

ISSN:
2447-9721

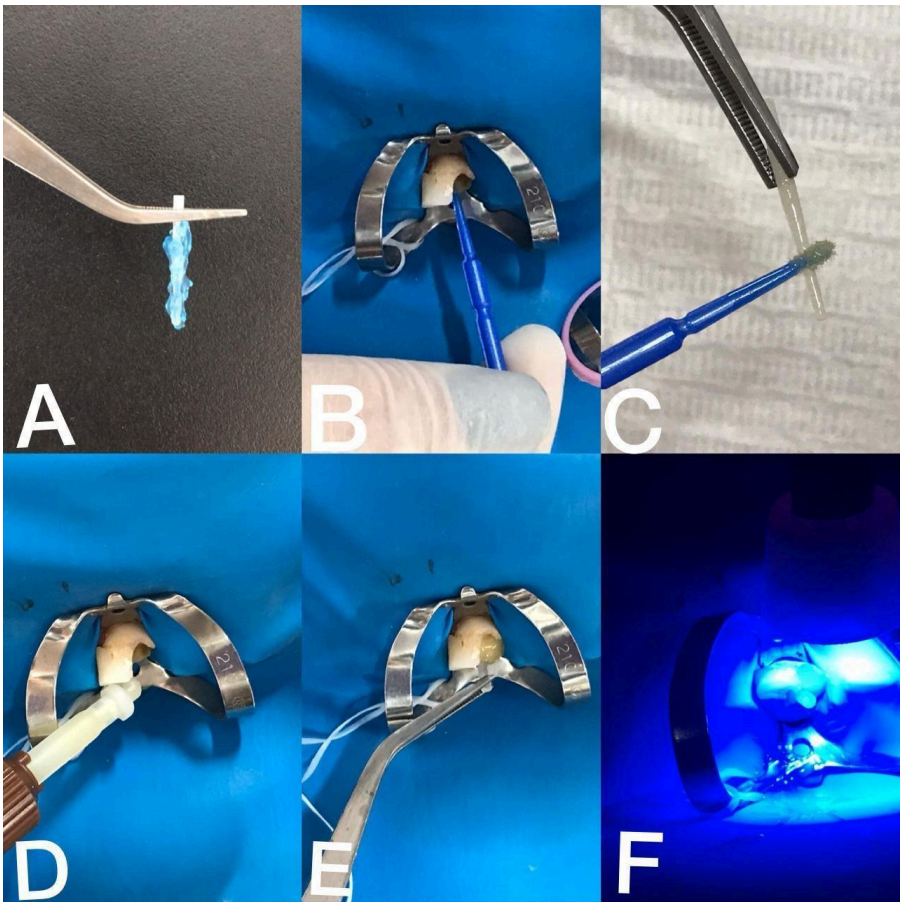


Figura 5: Passo a passo da técnica - (Fonte arquivo pessoal)

3- Discussão

No caso clínico relatado, o paciente apresentou necessidade de intervenção endodôntica e dentes que foram submetidos a esse tipo de tratamento, na maioria das vezes, se torna debilitado devido à perda de estrutura dentária e como consequência a diminuição da força mecânica da dentina. Portanto, foi aplicado a associação de pino de fibra de vidro como forma de retenção para posterior desenvolvimento de uma reabilitação estética harmoniosa (REIS et al., 2010).

Encontramos na literatura várias formas de abordagem para este caso desde a opção com retentores metálicos que evidenciam maior rigidez, mas que são mais susceptíveis a fratura de raiz até a opção de reabilitação com pino de fibra de vidro, que possuem maior módulo de elasticidade e estética. Em vista disso, optamos pelo pino de fibra de vidro, visto que, integraliza as exigências biomecânicas e se encaixa no planejamento de tratamento do paciente (PINHEIRO et al., 2016).

Para a obtenção de um prognóstico favorável com o uso de pino de fibra de vidro como retentor intrarradicular, recomenda-se que haja, pelo menos, 2,0 mm de tecido dental na porção coronária (PRADO et al., 2013), o que se enquadra no caso desse estudo clínico. Em relação à técnica do pino de fibra de vidro, é necessário fazer o condicionamento com o ácido fosfórico para remover a smear layer e assim promover melhores condições para a penetração do sistema adesivo e favorecer uma melhor adesão e formação da camada híbrida (CONCEIÇÃO et al., 2004; DINATO et al., 2000) como foi realizada nesse trabalho. Também se optou nesse caso clínico pela aplicação do adesivo e inserção do cimento dual fotoativados simultaneamente para que não se forme uma película entre ambos e esta prejudique a adaptação do pino de fibra de vidro no interior do canal radicular.

ISSN:
2447-9721

Corroborando com a literatura acreditamos que uma reabilitação bem elaborada pode mudar a vida do paciente como um todo. E com o uso do pino de fibra de vidro, quando bem empregado seguindo as indicações clínicas, é possível notar que além de reparar função e estética, proporciona também saúde bucal e recupera a qualidade da saúde do paciente como seu bem-estar físico, mental ou social (FERREIRA et al., 2018).

Acreditamos, portanto, que apesar de Moro (2005) concluir que mesmo com toda evolução clínica ainda não existe um pino com padrão de procedimento ideal que solucione todos os casos, neste estudo respeitamos os princípios biomecânicos do elemento dentário e conseguimos um resultado satisfatório e imediato com o uso do pino de fibra de vidro, aumentando a retenção e ao mesmo tempo proporcionando qualidade e um melhor aspecto estético para o paciente .

4- Conclusão

Podemos concluir que o pino de fibra de vidro vem sendo cada vez mais estudado e utilizado na odontologia pois restabelece reforço radicular, apresenta matriz resinosa capaz de transmitir a luz e ainda tem módulo de elasticidade semelhante à da dentina, apresentando boas características para ser utilizado em casos de destruição coronária.

Referências Bibliográficas:

1. BITENCOURT, P. V. M.; GANDOLFI, S. A. M.; SILVA, H. A.; DAMO, D. M.; AROSSI, G. A. Coroa total em resina composta direta: relato de dois casos clínicos. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.** v.28, n.1, p.65-77, 2016.

2. CONCEIÇÃO, A. A. B; CONCEIÇÃO, E. N; BRAZ, R; FERREIRA, E; DANTAS, D. C. R. E. Influência do Sistema Adesivo na Retenção de Pinos de Fibras de Vidro. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 54, n. 1, 2004, p. 58-61.

3. DINATO, J.C. Restauração de dentes tratados endodonticamente com pinos pré-fabricados. In: FELLER, C., GORAB, R. Atualização na clínica odontológica. São Paulo: **Artes Médicas**, 2000. p.409-42.
4. FERREIRA, G. C.; BUENO, M. G.; AMORIM, E. D. Reabilitação em dentes anteriores com pinos de fibra de vidro e coroas metal free: relato de caso. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 3, p. 300-304, 2018

5. MELO, A. R. S.; ALMEIDA, A. N. C. L.; SALES, T. L. L.; MADUREIRA I. T.; FIGUEIROA, A.; LEITE, E. B. C. Reconstrução de dentes severamente destruídos com pino de fibra de vidro: relato de caso. **Odontol. Clín.-Cient**. v. 14, n.3, 2015.

6. MORO, M.; AGOSTINHO, A. M.; MATSUMOTO, W. Núcleos metálicos fundidos x pinos pré-fabricados. **PCL.** V.7, n.36, p.167-72, 2005.

7. PINHEIRO, N. S.; OLIVEIRA, L. E. A.; SILVEIRA, P. V.; FILHO, C. S. C.; PERALTA, S. L. Retentores intra-radicular: qual, quando e como usar: revisão de literatura. **Revista Diálogos Acadêmicos**, Fortaleza, v.5, n.1, 2016. http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/view/115/121

8. PRADO, M. A. A; KOHLA, J. C. M; NOGUEIRA, R. D; GERALDO-MARTINSA, V. R. Retentores Intra radiculares: Revisão da Literatura. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, v. 16, n. 1, 2014, p. 51-55.

ISSN:
2447-9721

9. REIS, B. R.; SOARES, P. B.F.; CASTRO, C. G.; SANTOS FILHO, P. C. F.; SOARES P. V.; SOARES, C. J. Uso de Coroa em Cerâmica Pura Associada a Pino de Fibra de Vidro na Reabilitação Estética do Sorriso: Relato de Caso. **Rev Odontol Bras Central**. V.19, n.50, 2010.

10. SÁ, T. C. M.; Akaki. E.; SÁ, J. C. M. Pinos estéticos: qual o melhor sistema. **Arqu bras odontol.** v.6, n.3, p.179-84, 2010.

11. SABÓIA, R. de C. Pinos de fibras de vidro: Desafios da retenção intrarradicular. 2010.

12. TEÓFILO, L. T.; ZAVANELLI, R. A.; QUEIROZ, K. V. Retentores intra-radiculares: revisão de literatura. **PCL**. v.7, n.36, p.183-93, 2005.

Cadernos de Pesquisa
Campus V

ISSN:
2447-9721

PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO. AINDA É VIÁVEL A SUA REALIZAÇÃO?RELATO DE CASO CLÍNICO

Fabrine HASSEN[1],Ana Paula DORNELLAS[2], Maria Lúcia Venâncio PETRUCCI[2], Ângela BICALHO[2], Márcia Costa LOUVAIN[2]

[1]Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
[2]Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência. fabrinehassen@gmail.com

RESUMO

A cárie ainda é uma doença com alta prevalência na infância e que em muitos casos, apresentam comprometimento pulpar. O objetivo deste estudo foi descrever a terapia pulpar de escolha para um molar decíduo com coroa parcialmente destruída por cárie em uma criança de cinco anos de idade utilizando a técnica da pulpotomia com aplicação de formocresol, obturado com pasta oxido de zinco e eugenol e restaurado com cimento ionômero de vidro. Concluímos que a técnica da pulpotomia foi realizada com sucesso, sendo uma opção viável para os tratamentos, principalmente em nível de Saúde Pública.

Palavras Chave: Pulpotomia; Odontopediatria; Dente decíduo.

Abstract

Caries is still a disease with high prevalence in childhood and in many cases have pulp involvement. The aim of this study was to describe the pulp therapy of choice for a deciduous molar with partially decayed crown in a five-year-old child using the formocresolpulpotomy technique, filled with zinc oxide eugenol paste and restored with glass ionomer cement. We conclude that the pulpotomy technique was successfully performed and is a viable option for public health treatments.

KeyWords: Pulpotomy; Pediatric Dentistry;Tooth, Deciduous.

1 – Introdução

A cárie dental na infância é um desequilíbrio crônico, porém muito comum em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos (OLIVEIRA & SILVA, 2018).Deve ser levado em consideração que esse problema pode ser prevenido, controlado e revertido. Para que ocorra a prevenção, deve-se conhecer os fatores de desenvolvimento como o alto consumo de açúcar e acúmulo de biofilme dental. Para que haja o controle e a reversão dessa doença, é necessário um diagnóstico em estágio inicial sem cavitação e quando houver cavitação, realizar tratamento de mínima intervenção, a fim de devolver saúde bucal(LOSSO et al., 2009)

Uma vez que a dentição decídua apresenta papel fundamental no correto desenvolvimento das arcadas dentárias e serve de guia para a perfeita oclusão dos permanentes, é de extrema importância a sua manutenção até a sua esfoliação fisiológica (SAYÃO MAIA et al., 2005). Assim, as exposições pulpares ocasionadas por cárie resultam na necessidade de intervenção pulpar, como a pulpotomia que compreende na remoção da polpa coronária e proteção do remanescente radicularcom uso de medicação. (SAYÃO MAIA et al., 2005).

ISSN:
2447-9721

No Brasil, algumas instituições de ensino Odontológico utilizam o formocresol como medicação na pulpotomia de dentes decíduos. Sua principal vantagem é a evidência de sucesso clínico e radiográfico. O sucesso na utilização desse medicamento está relacionado à ação bactericida e as propriedades de fixação (RANLY & GARCIA-GODOY, 1991).

O objetivo deste estudo foi descrever aterapia pulpar de escolha para um molar decíduo com coroa parcialmente destruída por cárie atingindo a polpa coronária utilizando a técnica da pulpotomia com utilização de formocresol, obturado com pasta oxido de zinco e eugenol e restaurado com cimento ionômero de vidro.

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 Iguaçu – 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 cinco anos de idade, sexo masculino, pardo, compareceu ao consultório odontopediátrico acompanhado de sua mãe queixando-se de várias cáries nos dentes.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, o paciente apresentou dentição decíduacompleta e presença de lesões cariosas severas nos dentes 51, 52, 54, 55, 61, 62, 65, 75 e 85.

No exame radiográfico periapical observou-se que o segundo molar decíduo direito(dente 85) apresentava um ICDAS com escore 6. (Fig. 1).

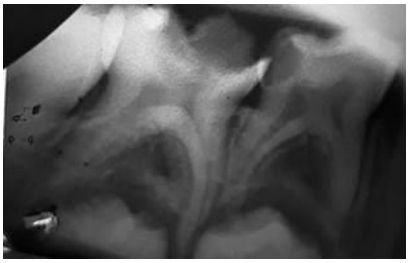


Fig.1- Dente 85 com ICDAS - escore 6.

Fonte: Clínica de Odontopediatria

Considerando os aspectos clínicos, radiográficos e comportamental do paciente, optou-se pela pulpotomia na técnica do formocresol.

Intervenção terapêutica

Para realização do procedimento, seguimos o protocolo proposto por Issao&Guedes-Pinto (1981), com alteração do tempo de aplicação do formocresol. Após anestesia e isolamento absoluto (Fig. 2), foi realizada a remoção do tecido cariado nas paredes circundantes e devido exposição pulpar houve a remoção do teto da câmara pulpar (Fig.3), e desta forma realizamos a pulpotomia com escavador de dentina. Após hemostasia, irrigamos com soro fisiológico e aplicamos o formocresolembebido em uma

ISSN:
2447-9721

bolinha deformocresolsobre os cotos pulpares, permanecendo por 5 minutos para que houvesse a mumificação pulpar (Fig. 4 A e B). Em seguida, obturamos com pasta de óxido de zinco e eugenol e uma camada de pulposan(Fig. 5). O dente foi restaurado com cimento de ionômero de vidrofotopolimerizável(Fig. 6).

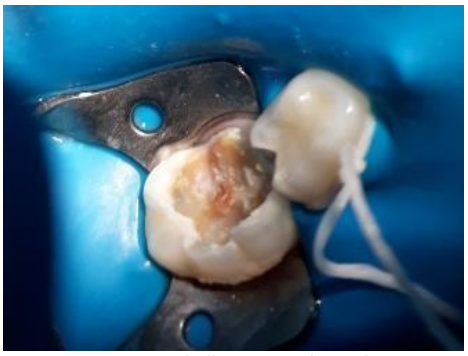


Fig.2- Isolamento absoluto do elemento e suas condições antes de realizar a remoção do tecido cariado.

Fonte: Clínica de Odontopediatria.

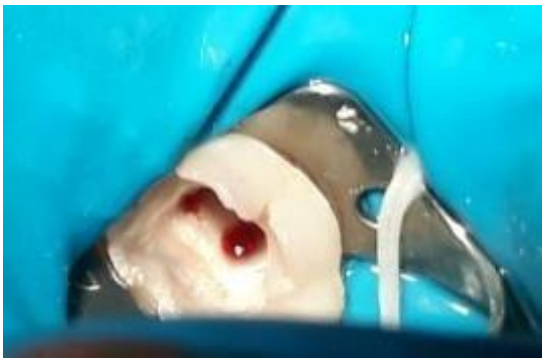


Fig.3- Remoção de todo tecido cariado e do teto da câmara pulpar.Fonte: Clínica de Odontopediatria.

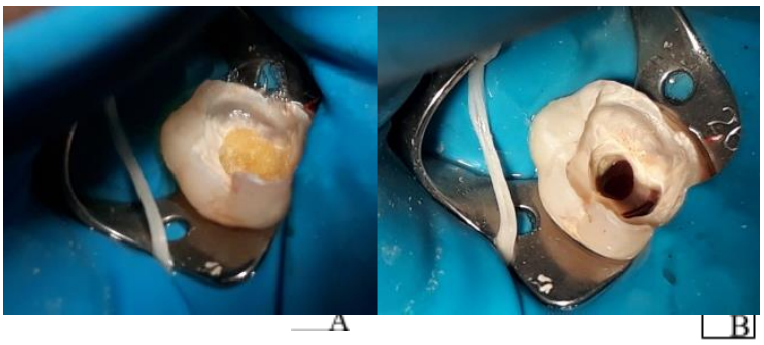


Fig.4A- Aplicação de bolinha de algodão estéril embebida em formocresol.Fig.4B- Após mumificação

Fonte: Clínica de Odontopediatria.

ISSN:
2447-9721

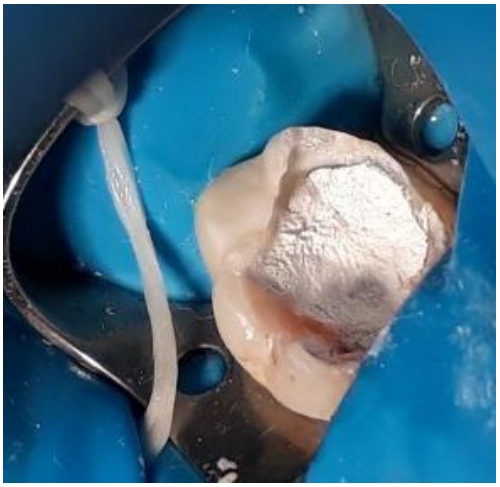


Fig.5- Obturação dos cotos pulpares com pasta de óxido de zinco e eugenol.

Fonte: Clínica de Odontopediatria.



Fig.6- Dente 85 restaurado com CIV.

Fonte: Clínica de Odontopediatria.

Uma tomada radiográfica foi realizada após a restauração (Figura 7).



Fig.7- Exame radiográfico após a realização da pulpotomia.

Fonte: Clínica de Odontopediatria.

ISSN:
2447-9721

3- Discussão

Os dentes decíduos mantêm o espaço para a dentição permanente e são essenciais para o bem-estar da criança. É considerada uma doençamultifatorial, determinada pelo consumo de açúcar e biofilme dentário que resulta no desequilíbrio entre os processos DES/RE dos tecidos dentários (PITTS et al., 2019). Baseados em estudos,a dentição decídua a incidência de cárie dentária é altamente significativa e cerca de 75% dos dentes com cárie profunda, apresentam comprometimento pulpar (COSER & GIRO, 2002). No decorrer da evolução do processo de cárie, quando já atingiu a polpa, frequentemente está indicada a terapia da pulpotomia (MORETTI et al., 2008).
De acordo com o Guideline Americano de 2019, a pulpotomia é um procedimento utilizado quando durante a remoção do tecido cariado houver exposição pulpar, assim haverá remoção de toda a polpa coronária e o restante da polpa é tratada com medicamentos. Com base neste protocolo, são encontradas evidências apoiando o uso da pulpotomia com formocresol, visto que são relatados altos índices de sucesso,conforme o relato do caso proposto, em que se embasou para a escolha da técnica.

A pulpotomia é comprovada como um recurso altamente utilizado nos serviços públicos de saúde, devido a necessidade de procedimentos com baixo custo justificando assim o uso desta técnica, além de reduzir significamente o número de extrações precoces (DUARTE, 2013).

Atualmente com os procedimentos de mínima intervenção, deveremos avaliar de forma minuciosa os sinais clínicos do paciente, remover parcialmente a dentina cariada e optar por uma técnica para terapia pulpar que preserve e mantenha a saúde bucal dos pacientes infantis (TUMENAS et al., 2014).

4- Conclusão

Concluímos que a técnica da pulpotomia foi realizada com sucesso,contribuindo para a manutenção do dente decíduo na cavidade bucal, principalmente em nível de Saúde Pública.

Referências Bibliográficas

1. COSER, R.M.; GIRO, E.M.A. Endodontic therapy of human deciduous teeth with necrotic pulp and periapical lesion. Radiographicstudy. PGR – Pós-Grad**RevFacOdontol São José dos Campos**, v.5, n.1, 2002.
2. DHAR V, MARGHALANI AA, CRYSTAL YO, et al. Use of vital pulp therapies in primary teeth with deep caries lesions. **Pediatr Dent** 2017;39(5):E146-E159.
3. DUARTE G., Pulpotomia de dentes decíduos em crianças de 04 a 08 anos no município de Maravilhas. **Universidade Federal de Minas Gerais.** 2013.
4. ISSÁO M., GUEDES PINTO A.C. Manual de odontopediatria 5ª edição. **LivrariaEditoraArtesMédicas Ltda.** 1981; 8:103-105.
5. LOSSO EM, TAVARES MC, DA SILVA JY, URBAN CA. Severe early childhood caries: an integral approach. **J Pediatr (Rio J).**2009;85(4):295-300. Artigo submetido em 20.11.08, aceito em 16.01.09.
6. MORETTI ABS, SAKAI VT, OLIVEIRA TM, FRACASSO MLC, HOSHI A, MACHADO MAAM, ABDO RCC. Avaliação de pulpotomias utilizando Formocresol, Hidróxido de Cálcio e Agregado Trióxido Mineral (MTA) em molares decíduos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo** 2008 set-dez; 20(3): 247-53.
7. OLIVEIRA LM, SILVA HPGP. Cárie precoce na infância– Uma revisão de literatura. R **OdontolPlanal Cent**. 2018.

ISSN:
2447-9721

8. PITTS N, BAEZ R, DIAZ-GUALLORY C, et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. **Int J PaediatrDent**. 2019; 29:384-386..

9. RANLY, D.M., GARCIA-GODOY, F. Review pulp treatment for primary teeth. **J Am Dent Assoc**, v.122, p.83-85, 1991.

10. SAYÃO MAIA S. M. A., RIBEIRO P. M., MARCHIORI E. C. Estudo comparativo da ação do formocresol e glutaraldeído pós-pulpotomia- revisão de literatura.**Revista Sul-Brasileira de Odontologia**. 2005 ISSN 1806-7727

11. TUMENAS I; PASCOTTO R; SAADE LJ; BASSANI M. Odontologia minimamente invasiva.**REV ASSOC PAUL CIR DENT** 2014; 68(4):283-95.

Cadernos de Pesquisa
Campus V

ISSN:
2447-9721

CURETAGEM DE CISTO PERIRRADICULAR: RELATO DE CASO

Giullya Porto Duarte ANTUNES[1], Narayana LAUAR [1], José Alberto Chiarello TINOCO[2], Silmar ANTUNES[2]

[1]Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
[2]Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência. giullya_@hotmail.com

RESUMO

Os cistos radiculares são as lesões císticas mais comuns dos maxilares, e apresentam como local de predileção a região anterior da maxila. Seu tratamento pode ser realizado cirurgicamente associado ao tratamento endodôntico da unidade envolvida.A cirurgia paraendôdontica ou perirradicular é um procedimento que tem por finalidade solucionar tais casos. O diagnóstico final dessas lesões deve ser feito após análise microscópica e macroscópica, pois suas características radiográficas são semelhantes a várias outras lesões, tais como cisto dentígero, ameloblastoma e tumor odontogênico adenomatoide. Sendo assim, este trabalho tem por objetivo, apresentar um caso clínico sobre a eficiência da curetagem de um cisto perirradicular em região anterior de mandíbula.

Palavras chave: Cisto radicular; cirurgia paraendôdontica; Cisto.

ABSTRACT

Radicular cysts are the most common cystic lesions of the jaws, and their predilection is the anterior region of the maxilla. Its treatment can be performed surgically associated with the endodontic treatment of the unit involved.Parendodontic or periradicular surgery is a procedure that aims to solve such cases. The final diagnosis of these lesions should be made after microscopic and macroscopic analysis, as their radiographic characteristics are similar to several other lesions, such as dentigerous cyst, ameloblastoma and adenomatoid odontogenic tumor. Thus, this paper aims to present a clinical case about the efficiency of curettage of a periradicular cyst in the anterior mandible region.

Keywords: Radicular cyst; paraendodontic surgery; Cyst.

1 – Introdução

Cisto pode ser definido como uma cavidade patológica que ocorre no interior dos tecidos, revestida por epitélio, usualmente contendo, em seu interior, material fluído ou semifluido (BENN e ALTINNI, 1996).

O cisto radicular corresponde à reação imunoinflamatória, originada de toxinas secretadas durante o metabolismo bacteriano, decorrente da necrose pulpar (PEIXOTO e PEIXOTO, 2012). É definido como

ISSN:
2447-9721

uma cavidade patológica revestida por epitélio, de origem odontogênica, que pode conter fluido ou restos celulares (PEREIRA, 2013).

Devido ao crescimento expansivo da lesão cística é possível dizer que estruturas anatômicas adjacentes sofram alteração em decorrência da compressão, tendo em vista como uma das consequências, reabsorção radicular dos elementos dentários envolvidos (WEBER et al., 2019).

Segundo Dias et al., (2010), o tratamento para este tipo de lesão parte desde o tratamento endodôntico isolado, a necessidade de enucleação e cirurgia paraendodôntica associada. Girardi et al (2013) acrescenta que em casos onde não há possibilidade de notar a regressão da lesão pela endodontia convencional, então é anexa a esta técnica a apicectomia, que consiste na ressecção da porção apical da raiz e dos tecidos moles associados ao ápice dentário, seguida pela obturação retrógrada.

Dentre as diversas técnicas existentes de cirurgia paraendodontica nesse estudo iremos relatar sobre a técnica de curetagem perirradicular, que contribui para solução do processo patológico periapical não simplesmente por remover tecido granulomatoso infectado mas, também, por retirar corpos estranhos, como instrumentos fraturados, material obturador extravasado e ápices fraturados.

Sendo assim, este trabalho tem por objetivo, apresentar um caso clínico sobre a eficiência da curetagem de um cisto perirradicular em região anterior de mandíbula. O estudo objetivou descrever a cirurgia paraendodotica de escolha pra remoção de um cisto em região anterior de mandíbula utilizando a técnica de curetagem perirradicular.

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 Iguaçu – Campus V, instituição na qual a paciente foi atendida, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informações do paciente

Um paciente de 42 anos de idade, sexo feminino, negra, foi encaminhada a clínica integrada de odontologia da Unig *Campus V* para fazer uma cirurgia paraendodontica , a paciente queixava-se de desconforto ao passar a mão na região anterior da mandíbula e dor.

1ªconsulta: Anamnese, exame clínico, verificação de tomografia e planejamento da cirurgia.

ISSN:
2447-9721

- Anamnese: A paciente relatou que já havia se consultado anteriormente com outro cirurgião dentista onde foi submetida a um tratamento endodôntico no elemento 32, 3 anos após foi realizado um re-tratamento endodôntico do mesmo elemento por ter apresentado lesão perirradicular de origem crônica, porem a paciente ainda relatava dor e em algumas vezes edema, onde decidiu procurar outro cirurgião dentista para fazer uma reavaliação do caso,o mesmo solicitou uma tomografia para investigar a possível causa do insucesso, a tomografia foi analisada pelo cirurgião dentista da mesma onde foi encaminhada para clinica integrada da unig campus v para realizar o procedimento de cirurgia paraendodontica.
- Exame clínico: No exame clinico não foi visto sinais da lesão.
- Achados radiográficos (tomografia): Ao analisar a tomografia foi observado a presença de lesão cística de forma oval no periapice do elemento 32 sendo de aproximadamente 12,2 x 8,4 mm, atingindo o apenas a cortical vestibular do elemento envolvido.



Figura 1: Tomografia apresentando lesão cística no elemento 32
Fonte: Autoria própria.

2 ª Consulta: Retorno da paciente para realizar a cirurgia.

Procedimentos: Foi utilizado a anestesia dos nervos alveolar inferior, bucal, lingual incisivo e mentoniano, após isso, inciamos a incisão do tipo Neuman modificado, descolamento do retalho utilizando descolador de molt e exposição da área em questão. Para a remoção do cisto foi realizada a técnica de curetagem perirradicular com a cureta de Lucas. Também foi feita a uma raspagem dentro da loja já esvaziada e bastante irrigada para formação de coágulo, por fim foi realizado a sutura do retalho proporcionando o correto reposicionamento das papilas, lidocaína 2% 1:100.000.

ISSN:
2447-9721



Figura 2: Mesa clínica para realização da técnica de curetagem perirradicular.
Fonte: Autoria própria.

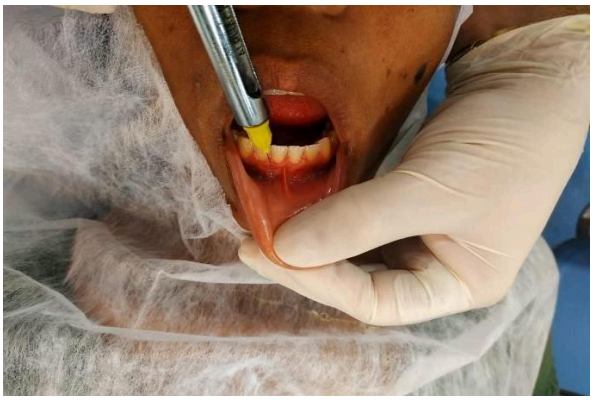


Figura 3: Anestesia.
Fonte: Autoria própria.



Figura 4: Realizando a incisão do tipo Neuman modificado.
Fonte: Autoria própria.





ISSN:
2447-9721

Figura 5: Descolamento do retalho com descolador de molt
Fonte: Autoria própria.



Figura 6: realizando a curetagem do cisto perirradicular com a cureta de lucas.
Fonte: Autoria própria.



Figura 7: Formação de coágulo.
Fonte: Autoria própria.



Figura 8: foi utilizado a técnica de sutura simples nas relaxantes, nas papilas foi utilizado a técnica de sutura simples interpapilar.
Fonte: Autoria própria.

ISSN:
2447-9721

3ª Consulta: Remoção das suturas após uma semana.

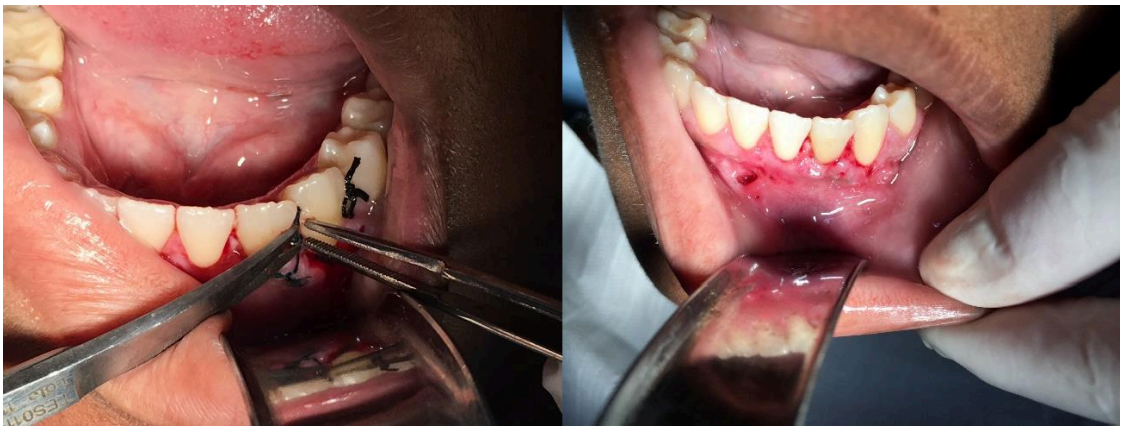


Figura 9: Remoção das suturas com pinça dente de rato e tesoura curva.
Fonte: Autoria própria.

3- Discussão

Um dos fatores etiológicos do cisto radicular na dentição decídua é a lesão pulpar (OCHSENIUS et al, 2007). Após a necrose pulpar, a disseminação e instalação de bactérias no periápice estimulam e ativam o mecanismo de defesa com eventos vasculares e celulares, levando ao desenvolvimento do cisto (MARTON e KISS, 2000).

Os cistos radiculares geralmente caracterizam-se por lesões assintomáticas, porém quando associada à infecção bacteriana secundária pode provocar dor espontânea, exsudação e aumento rápido de volume da cavidade cística (PEREIRA, 2013; PEREIRA et al., 2012; VASCONCELOS et al., 2012).

Na maioria dos casos, todos os tipos de cisto odontogênico são assintomáticos em sua fase inicial, apresentando sintomatologia dolorosa somente quando há grande deformidade óssea, deslocamento do dente adjacente ou retenção do sucessor (MARTON e KISS, 2000; TAKIGUCHI et al., 2001; CHIU et al., 2008; RAMAKRISHNA e VERMA, 2006).

O cisto perirradicular é mais incidente no gênero masculino (KOSEOGLU et al, 2004; TORTORICI et al., 2008; MENIGAUND et al., 2006). Conforme pesquisas realizadas em relação à fase da dentição decídua, a incidência é muito baixa (OCHSENIUS et al, 2007; MASS et al, 1995) diferenciando do nosso caso clínico em que o adulto tinha 42 anos e era do gênero feminino.

Estudiosos sobre o tema abordado relatam a recomendação de apicectomia e obturação retrógrada, em casos de dente tratado endodonticamente e com presença de retentor intra-radicular bem adaptado (LODI et al., 2008; PEREIRA et al., 2013). Outros autores defendem a incisão relaxante preservando o pilar canino e descolamento total do retalho mucoperióstico (DIAS et al., 2010; POLITANO et al., 2009) e incisão tipo Newmann, intrassulcular, modificada por incisão relaxante (PEREIRA et al., 2013; PINTO et al., 2011).

ISSN:
2447-9721

O ideal é que a apicectomia seja realizada a 03 mm do ápice dental e em ângulo de 90º em relação ao longo eixo do dente, pois apresenta menor quantidade de túbulos dentinários expostos, minimizando a microinfiltração apical e aumentando o sucesso da obturação retrógrada (DIAS et al, 2010; GIRARDI et al., 2012).

Para alcançar sucesso nas obturações retrógradas, é fundamental o emprego de um material que apresente adequada capacidade seladora, minimizando a reinfecção pela infiltração marginal (GOMES et al., 2009).

4- Conclusão

Conclui-se com esse relato de caso a grande eficiência da curetagem de um cisto perirradicular em região anterior de mandíbula. Utilizando a técnica de curetagem parirradicular, foi possível remoção de um cisto em região anterior de mandíbula atingindo assim o objetivo proposto desse relato de caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENN, A.; ALTINI, M.. Dentigerous cysts of inflammatory origin: a clinicopathologic study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 81, n. 2, p. 203-209, 1996.
2. CHIU, W.K.; SHAM, A. S. K.; HUNG, J. N. M. Spontaneous alignment of permanent successors after enucleation of odontogenic cysts associated with primary teeth. Brit J Oral Max Surg. 2008;46:42-5.
3. DIAS, A. C. S.; MALTOS, K. L. M.; AGUIAR, E. G. Tratamento endodôntico transcirúrgico: uma opção para casos especiais. **Rev. Cir. Traumatol. Buco- Maxilo-fac,** v. 10, n. 2, p. 49 – 53, Camaragibe 2010.
4. GIRARDI, G. V.; HARTMANN, M. S. M.; VANNI, J. R.; FORNARI, V. JInfluência do ângulo de corte radicular na microinfiltração apical, comparando duas técnicas de apicetomia na cirurgia paraendodôntica. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 17, n. 1, 2012.
5. KOSEOGLU, B.G.; ATALAY, B. A.; ERDEM, M. A. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. **J Oral Science**. 2004;46:253-7.
6. LODI, L. M.; POLETO, S.; SOARES, R. G.; IRALA, L. E. D.; SALLES, A. A.; LIMONGI, O. Cirurgia paraendodôntica: relato de caso clínico. **RSBO** 2008; 5 (2).
7. MARTON, I. J.; KISS, C. Protective and destructive immune reactions in apical periodontitis. **Oral Microbial Immunol**, v. 15, p. 139-50, 2000.
8. MASS, E.; KALPAN, F.; HISHBERG, K. A clinical and histopathological study of radicular cysts associated with primary molars. **J Oral Pathol Med**. 1995;24:458-61.
9. MENINGAUD, J. P.; OPREAN, N. PITAK-ARNNOP, P. BERTRAND, J, C. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. **J Oral Science.** 2006;48:59-62.

ISSN:
2447-9721

10. OCHSENIUS, G.; ESCOBAR, E.; GODOY, L.; PEÑAFIEL, C.. Odontogenic Cysts: analysis of 2.944 cases in Chile. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2007;12:E85-91.

11. PEIXOTO, R. F.; PEIXOTO, D. F. Aspectos imunológicos e etiopatogênicos das lesões periapicais inflamatórias crônicas. **Journal of Health Sciences**, v. 14, n. 3, 2015.
12. PEREIRA R. P.; GUSMÃO, J. M. R.; MONTEIRO, A. M. A.; VIEIRA, A. C.; SASSI, J. F.; SILVA, L. R. M. Resolução Cirúrgica de Periodontite Apical Crônica: Relato de Caso.

13. PEREIRA, J. S.; MILAGRES, R. M.; ANDRADE, B. A. B.; MESSORA, M. R.; KAWATA, L. T. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol**. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe 2012; v. 12, n. 2, p. 37-42.

14. PEREIRA, R. C. **Tratamento de cisto periapical de grande extensão, relato de 2 casos**. [Monografia de especialização]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP 2013. 33p.

15. PINTO, M. S. C.; FERRAZ, M. A. A. L.; FALCÃO, C. A. M., MATOS, F. T. C.; PINTO, A. S. B. Cirurgia parendodôntica: revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina 2011; 4 (4): 55-60.

16. POLITANO, G. T.; MANETTA, I. P.; ARAÚJO, V. S., AGUIAR, J. M. R. P.; BRIANEZ. N. ECHEVERRIA, S. Cisto radicular - relato de caso clínico. **ConScientiae Saúde** 2009; 8 (1): 129-132.

17. RAMAKRISHNA, Y. VERMA, D. Radicular cyst associated with a deciduous molar: a Case report with unusual clinical presentation. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**. 2006; 24:158-60.
18. **Rev. Odontol.** Univ. Cid. São Paulo 2013; 25 (1): 77-82.

19. RILEY DS, BARBER MS, KLENT GS, ARONSON JK, VON SCHOEN-ANGERER T, TUGWELL P, KIENE H, HEIFAND M, ALTMAN DG, SOX H,WERTHMANN PG, MOHER D, RISON RA, SHAMSEER L, KOCH CA, SUN GH, HANAWAY P, SUDAK NL, KASZKIN-BETTAG M,CARPENTER JE, GAGNIER JJ,CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemol**. 2017 Sep: 89; p.218-235.

20. TAKIGUCHI, M.; FUJIWARA T.; SOBUE, S.; OOSHIMA, T. Radicular cyst associated with a primary molar following pulp therapy: a case report. **Int J Ped Dent.** 2001;11:451-5.

21. TORTORICI, S.; AMODIO, E./ MASSENTI, M. F.; BUZZANCA, M. L.; BURRUANO, F.; VITALE, F. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. **J Oral Science.** 2008;50:15-8.

22. VASCONCELOS, R. G.; QUEIROZ, L. M. G.; JUNIOR, L. C. A.; GERMANO, A. R.; VASCONCELOS, M. G. Abordagem terapêutica em cisto radicular de grandes proporções – Relato de caso. **Rev bras ci saúde**, v. 16, n. 3, p. 467-474, 2012.

23. WEBER, M. et al. Differences in inflammation and bone resorption between apical granulomas, radicular cysts, and dentigerous cysts. **Journal of endodontics**, 2019.

Cadernos de Pesquisa
Campus V

ISSN:
2447-9721

DENTES AMARELADOS QUE FORAM TRATADOS COM 3 SESSÕES DE CLAREAMENTO NA TÉCNICA DE CONSULTÓRIO ASSOCIADO A TÉCNICA CASEIRA:RELATO DE CASO CLÍNICO

Igor Oliveira ROSALINO[1], Bruna Diniz DA SILVA[1], Elisa Almeida ROCHA[2]

[1]Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
[2]Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência. Igor_oliveira10@hotmail.com

RESUMO

O clareamento dental é um artifício que tem sido muito procurado atualmente por pacientes preocupados com a estética e que desejam um sorriso mais branco. Hoje em dia, há duas maneiras de se fazer esse tratamento que são elas o clareamento caseiro, onde o próprio paciente faz o procedimento em casa, e o clareamento de consultório, que é realizado na clínica odontológica pelo cirurgião-dentista, bem como a possibilidade de associação de ambas as técnicas. A quantidade de produtos existentes no mercado atualmente, suas inovações com o passar do tempo, sua efetividade com diferentes tipos de pigmentações e a escolha da técnica de clareamento abrem um leque de possibilidades para os cirurgiões dentistas e o paciente. Desse modo, este trabalho tem por objetivo descrever a indicação e o procedimento da técnica de clareamento de consultório associado a técnica caseira em paciente com manchas causadas por fatores extrínsecos.

Palavras-chave: Clareamento Dental, Clareamento de Consultório, Clareamento Caseiro.

ABSTRACT

Tooth whitening is a device that has been much sought after by aesthetically concerned patients who have used a whiter smile. Today, there are two ways to treat them: home whitening, where the patient himself does the procedure at home, and office whitening, which is performed in the dental clinic by the dentist, as well as the possibility of association. of embassies as techniques. The number of products on the market today, their innovations over time, their effectiveness with different types of pigments and the choice of whitening technique open a range of possibilities for dental surgeons and patients. Thus, this paper aims to describe an indication and a technical office bleaching procedure associated with a home technique in patients with spots caused by extrinsic factors.

Keywords: Tooth Whitening; Office Whitening; Homemade Whitening.

ISSN:
2447-9721

1 – Introdução

A estética vem ganhando cada vez mais espaço no mundo globalizado. Devido a este fato, o número de pacientes que procuram o cirurgião dentista para tratamentos estéticos tem aumentado muito, pois além da mudança no sorriso, ocorre uma mudança na qualidade de vida e na autoestima do indivíduo (PAVICIC et al., 2018).

De acordo com Deps et al., (2018), atualmente, existe grande variedade de agentes clareadores disponíveis para dentes vitais, tanto para a técnica de clareamento caseiro quanto a de consultório, possibilitando mais alternativas para o branqueamento dental, todavia deixando o clínico em dúvida sobre a melhor indicação e resultado.

Os causadores de um sorriso indesejável são classificados como fatores extrínsecos, como por exemplo, o tabagismo, medicações e certos alimentos que com o passar do tempo escurecem os dentes. Para esses casos, o clareamento dentário vem sendo utilizado para devolver a cor perdida, por diversas técnicas (FAUSTO et al., 2014).

No intuito de eliminar o desconforto causado por técnicas de clareamento, para esse relato foi feita a técnica de consultório associada à técnica caseira, que possui ótimos resultados e causam menos danos à polpa dentária e outros efeitos colaterais quando comparada a técnica foto ativada (FAUSTO et al., 2014).

Diante disso, o objetivo desse estudo foi descrever a indicação e o procedimento da técnica de clareamento de consultório associado a técnica caseira em paciente com manchas causadas por fatores extrínsecos.

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 Iguaçu – 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.

Inicialmente, o primeiro procedimento a ser realizado foi a profilaxia nas duas arcadas com pedra pomes, onde foi a lavagem e secagem, para então realizar a aplicação de anti sensibilizante, sendo espalhado em toda face vestibular dos dentes anteriores superiores e inferiores com o auxílio do microbrush, sendo removido com água após 5 minutos.

Logo após isso, foi realizado a aplicação da barreira gengival com Top Dam nas duas arcadas, sendo necessário o uso de fotopolimerizador para se obter uma consistência mais dura e evitando

ISSN:
2447-9721

queimaduras do produto caso entre em contato com a gengiva. Feito isso foi realizado a manipulação do gel clareador, seguindo as orientações do fabricante e inserindo em toda face vestibular dos dentes (elemento 14 ao 24 e 33 ao 43) e aguardar durante 15 minutos. Após esses 15 minutos, realiza a remoção do produto com sugador cirúrgico

Realizamos a manipulação do produto novamente e repetimos o mesmo procedimento por mais duas vezes, sendo assim, o tempo de contato do produto com o dente de 45 minutos (divido em 3 tempos de 15 minutos). Por fim, foi feita a lavagem de todos dentes e remoção da barreira gengival e assim termina a primeira seção de clareamento.

A segunda e a terceira seção foram realizadas dando um intervalo de uma semana entre as seções, sendo no último dia de tratamento a entrega das moldeiras e o gel clareador para o paciente, que recebeu todas as instruções de uso.

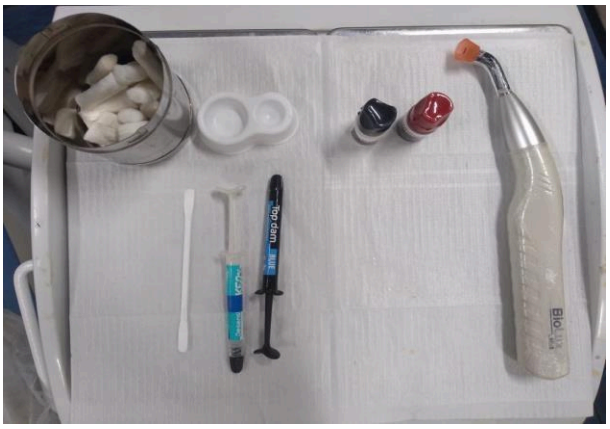


Foto 1: Mesa montada para o procedimento.
Fonte: Autoria própria.



Foto 2: Aspecto de cor inicial (A3).
Fonte: Autoria própria.

ISSN:
2447-9721



Foto 3: Aplicação anti sensibilizante.
Fonte: Autoria própria.



Foto 4: Aplicação da barreira gengival Top Dam.
Fonte: Autoria própria.



Foto 5: Gel clareador inserido na arca superior e inferior.
Fonte: Autoria própria.

ISSN:
2447-9721



Foto 6: Remoção do produto com o sugador cirúrgico.
Fonte: Autoria própria.



Foto 7: Aspecto do sorriso após primeira sessão.
Fonte: Autoria própria.



Foto 8: Aspecto do sorriso após as 3 sessões (A1).
Fonte: Autoria própria.

3 - Discussão

O clareamento dental é uma técnica não invasiva que possibilita ao cirurgião-dentista corresponder à expectativa desses pacientes, em busca de dentes mais claros e sorriso harmônico, o que estabelece um padrão de apresentação pessoal, de beleza e saúde (FAUSTO et al., 2014).

ISSN:
2447-9721

O tratamento clareador vem sendo realizado há muitos anos e tem se tornado cada vez mais popular, por sua segurança, por ser uma técnica minimamente invasiva e por apresentar um custo baixo quando comparado às demais alternativas estéticas restauradoras (HAYWOOD e HEYMANN, 1989). Pela alta procura e o grande índice de sucesso, os fabricantes tentam melhorar cada vez mais a composição dos agentes clareadores, tornando-os mais eficazes e o resultado mais rápido, satisfazendo ainda mais o paciente (FONSECA, 2008).

Há dois tipos de pigmentação que escurecem os dentes, são as intrínsecas e as extrínsecas. As pigmentações intrínsecas (também ditas manchas internas) podem estar ligadas a fatores como genética, idade, alterações na formação dos dentes, doenças congênitas, traumatismos dentais, uso de antibióticos específicos e níveis elevados de flúor. Algumas restaurações também podem causar manchas intrínsecas (ASCENCIO, 2009; CAREY, 2014).

As manchas extrínsecas podem ser ocasionas de maneira direta ou mesmo de forma indireta. Normalmente causadas diretamente por hábitos dietéticos associados ao consumo de café, chá, vinho tinto, beterraba, cigarro, bem como hábitos de higiene do paciente; e, indiretamente, causadas por medicamentos locais ou antissépticos bucais como a clorexidina e cloreto cetilpiridínio (RODRIGUES, 2013; EIMAR et al., 2012).

Segundo Kwon e Wertz (2015), as etapas de clareamento podem ser subdivididas em três: a primeira delas é a de movimentação do agente clareador para a estrutura do dente, a segunda é a de influência mútua do agente clareador com as moléculas de mancha e a terceira é a de alteração da superfície dental, em que seu reflexo perante a luz será modificado, resultando na cor final do dente.

Deps et al, (2018) aos clareamentos caseiro e de consultório, apesar das diferenças, ambos promovem resultados satisfatórios, desde que respeitem as especificidades de cada técnica, sejam as indicações ou contraindicações, o gel clareador mais adequado e o uso da fonte de luz durante o procedimento, quando necessário.

Pasquali et al., (2014) afirma que o clareamento caseiro consiste em uma técnica de baixo custo e pouco tempo de consultório, sendo recomendada para dentes com dentes com um grau de escurecimento médio. Deps et al., (2018), os procedimentos incluem uma consulta para confecção das moldeiras individuais, orientações sobre como manipular o gel clareador e informações sobre a utilização do produto clareador. As consultas seguintes têm o objetivo de avaliar o andamento do tratamento.

De acordo com Deps et al., (2018) o clareamento conhecido como de consultório ocorre com a utilização do peróxido de hidrogênio ou carbamida em concentração que vai de 35% a 40%, desse modo o tempo em que se alcança o resultado do branqueamento é menor, contudo necessita de atendimento com tempo prolongado, elevando seu custo em razão do tempo clínico despendido pelo dentista.

ISSN:
2447-9721

Quanto ao clareamento dental caseiro, este é administrado pelo paciente com orientações do dentista, sendo mais prescritas pelos cirurgiões-dentistas as concentrações de peróxido de carbamida, que variam de 10% a 22%, e as de peróxido de hidrogênio, que variam de 4% a 8% (ROBERTO et al., 2014).

Essa técnica é cada vez mais comum, uma vez que o seu sucesso está ligado ao fato de ser uma alternativa de fácil aplicação, segura, conservadora, econômica e eficaz (SIQUEIRA et al., 2011)

De acordo com Deps et al., (2018), é imprescindível alertar o paciente da quantidade do material a ser colocado na moldeira, limitando-o apenas uma gota sobre cada dente da moldeira. Durante o período em que estiver utilizando o gel, o paciente não deverá ingerir alimentos para que o agente clareador não sofra diluição nem contaminação.

4- Conclusão

Atualmente, a procura nos consultórios dentários pelos pacientes é a busca de soluções por dentes mais claros. Sendo assim, é imprescindível ter um bom conhecimento do profissional diante das técnicas disponíveis quanto a suas indicações, vantagens e desvantagens para a prescrição do tratamento mais adequado ao seu paciente. Conclui-se que o clareamento de consultório associado com o clareamento caseiro trazem bons resultados e de grande aceitação por parte dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. ASCENIO, A. E. P. **A influência da fonte fotoativadora e de diferentes produtos de uso profissional sobre o clareamento de dentes desvitalizados:** estudo *exvivo* [Dissertação]. Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste; P. 65, 2009.

2. CAREY, C. M. Tooth whitening: what we now know.**J Evid Based Dent Pract**. V. 14, p. 70-6, 2014.

3. DEPS, S. D.; MENDES, M. FREITAS, M. I. M.; FRIZZERA, F.; PIMENTEL, M. J.; CASTRO, G. C. Clareamento dental. **Revista Científica FAESA**, v. 13, n. 1, 2018.

4. EIMAR, H.; SICILIANO, R.; ABDALLAH, M. N.; NADER, S. A.; AMIN, W. M.; MARTINEZ, P. P.; CELEMIN, A.; CERRUTI, A.; TAMIMI, F. Hydrogen peroxide whitensteethbyoxidizingtheorganicstructure. **J Dent.** v. 40, p. 25-33, 2012.

5. FAUSTO, H. V. C.; ALMEIDA, E. S.; ARAS, W. M. F. Clareamento dental: com ou sem fotoativação? Rev. **Odontol. Univ. Cid.** São Paulo; v. 26, n. 2, p. 150-4, 2014.

6. FONSECA, A. S. **Odontologia estética:** a arte da perfeição. 1ª edição. Ed. Artes médicas. 2008.

7. HAYWOOD, V. B.; HEYMANN, H. O. Nightguard vital bleaching. **Quintessence Int**, v. 20, n. 3, p. 173-6, 1989.

ISSN:
2447-9721

8. KWON, S. R.; WERTZ, P. W. Review of the Mechanism of Tooth Whitening. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry,** Hoboken, v. 27, n. 5, p. 240-257, 2015.

9. PASQUALI, E. L.; BERTAZZO, C. A.; ANZILIERO, L. Estudo dos efeitos do clareamento dental sobre o esmalte: uma revisão das evidências para a indicação clínica. **Perspectiva, Erechim**, v. 38, n. 141, p. 99-108, 2014.

10. 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. **JClinEpidemol**. V. 89, p.218-235, 2017.

11. ROBERTO, A. R.; JASSÉ, F. F.; BOAVENTURA, J. M. C.; MARTINEZ, T. C.; RASTELLI, A. N. S., OLIVEIRA, J. O. Evaluation of tooth color after bleaching with and without light-activation. **Revodonto cienc.**, v. 26, n. 3, p. 247-52, 2011.

12. RODRIGUES, L. F. P. D. **Branqueamento dentário: consultório *vs*ambulatório** [Dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde; P.80, 2013.

13. SIQUEIRA, M. R.; REZENDE, E.; CALIXTO, A. L., KOSSATZ, S. Associando o clareamento de consultório com o caseiro para aumentar a longevidade: relato de caso. **Fulldentsci**., v.2 , n.7, p. 305-12, 2011.

Cadernos de Pesquisa
Campus V

ISSN:
2447-9721

FRENECTOMIA LABIAL MAXILAR - RELATO DE CASO

Jéssica Moura CRUZ[1], Ana Paula DORNELLAS[2], José Alberto Chiarelo TINOCO[2].

[1]Acadêmica em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
[2]Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autora para correspondência. jessicabranquinha6@gmail.com

RESUMO

O freio labial apresenta constantemente alterações morfológicas, que pode estar relacionado ao diastema intercisal, interferindo assim na fonação, estética, além de dificultar a escovação. O objetivo desse trabalho foi relatar a remoção do freio labial hipertrófico por meio de frenectomia. Paciente de 44 anos, sexo masculino, compareceu ao consultório odontológico queixando-se de espaço entre os dentes da frente. Após o diagnóstico de freio labial hipertrófico, foi realizado o tratamento utilizando a técnica de frenectomia convencional com bisturi manual. Diante disso, conclui-se que parece ser possível tratar freio labial hipertrófico realizando a técnica de frenectomia convencional.

Palavras Chave: Freio labial; Procedimentos cirúrgicos operatórios; Saúde bucal

Abstract

The lip brake constantly shows morphological changes, which may be related to the intercisal diastema, thus interfering with phonation, aesthetics, and making brushing difficult. The objective of this study was to report the removal of the hypertrophic lip brake by frenectomy. A 44-year-old male patient attended dental office complaining of space between front teeth. After the diagnosis of hypertrophic lip brake, the treatment was performed using the conventional manual scalpel frenectomy technique. Therefore, it can be concluded that it seems possible to treat hypertrophic lip brake by performing the conventional frenectomy technique.

Key Words: Labial frenum; Surgical procedures operative; Oral health

1 – Introdução

O frênulo labial consiste em uma dobra inserida na mucosa alveolar, estendendo-se até a mucosa de revestimento, que tem como função controlar os movimentos vestibulares do lábio superior, onde apresenta constantemente alterações morfológicas (TOLEDO et al., 2012).

A presença de um freio labial anormal pode estar relacionado ao diastema intercisal, interferindo assim na fonação, estética, além de dificultar a escovação, acarretando recessão dos tecidos da gengiva, restrição dos movimentos labiais (CAVALCANTE et al., 2009).

Diante disso, a frenectomia tem indicação nos casos de freio labial hipertrófico, com o objetivo de permitir a eficácia da escovação na região do frênulo, aliviar a tensão exercida na papila, facilitar o tratamento ortodôntico para fechamento do diastema, para que o mesmo permaneça fechado (MITTAL et al., 2011).

O presente estudo tem como objetivo relatar remoção do freio labial hipertrófico por meio de frenectomia.

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 Iguaçu – 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.

ISSN:
2447-9721

Informações do paciente

Adulto de 44 anos de idade, sexo masculino, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguaçu queixando-se de "espaço grande" entre os dentes da frente e insatisfação com o sorriso.

Achados clínicos

Ao exame clínico, o paciente apresentou diastema entre os incisivos centrais, freio labial largo, volumoso e recessão gengival no elemento 21.

Considerando os aspectos clínicos chegou-se ao diagnóstico de freio labial hipertrófico.

Intervenção terapêutica

Iniciou-se o procedimento realizando-se antissepsia extra oral com clorexidina a 0,2% com auxílio de pinça e gaze estéril (Figura 1), e intra oral com clorexidina a 0,12% por 1 minuto.

Figura 1: Antissepsia extra-oral com auxílio de pinça e gaze estéril.



Em seguida, foi feito a secagem com jato de ar e aplicação do anestésico tópico por 3 minutos (Figura 2A). Logo após, realizou-se a infiltração utilizando-se lidocaína com adrenalina, bilateralmente ao freio com uma complementação na papila palatina (Figura 2B).

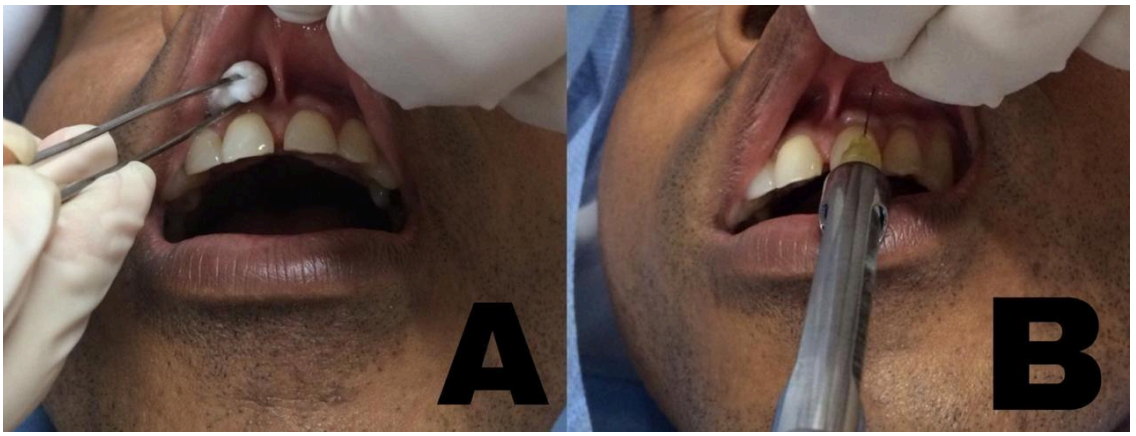


Figura 2: Sequência operatória. A- Aplicação do anestésico tópico. B- Realização anestesia infiltrativa.
Fonte: Autoria própria.

Procedeu-se assim a incisão propriamente dita com bisturi lâmina 15 e auxílio de uma pinça hemostática reta para fazer a apreensão do freio, o qual foi incisado e removido junto com a papila palatina (Figuras 3A-B).

ISSN:
2447-9721

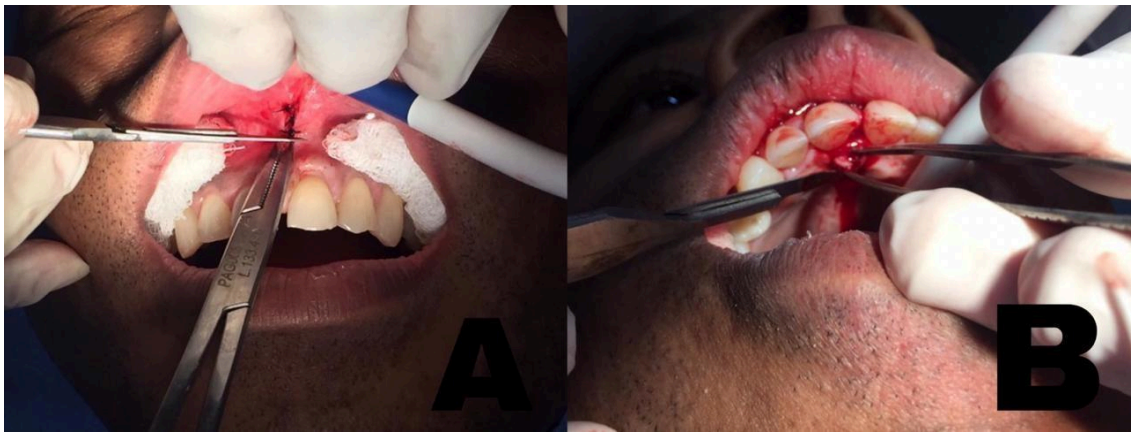


Figura 3: Sequência operatória. A- Incisão na vestibular. B- Incisão na palatina. Fonte: Autoria própria.

Foi realizado a sutura com fio de seda 3.0 (Figura 4). Logo após, foi prescrito medicamentos pós-operátorio (Nimesulida e Dipirona SOS). Orientações pós operatória foram dadas e agendou-se o retorno do paciente para próxima semana.



Figura 4: Sutura. Fonte: Autoria própria.

Após sete dias o paciente retornou para remoção da sutura e avaliação do resultado final da cirurgia proposta (Figura 5).



Figura 5: Resultado final da cirurgia. Fonte: Autoria própria.

3- Discussão

Baseados em estudo de Castillo et al., (2013) nos propomos a investigar se seria possível tratamento para remoção do freio labial hipertrófico, realizado através da técnica de frenectomia labial convencional.

A remoção do freio labial tem como objetivo auxiliar na prevenção de recidiva e estabilidade do diastema, eliminar excesso de tecido livre, restabelecendo assim a anatomia normal, consequentemente

ISSN:
2447-9721

melhorando a estética do paciente (VALLADARES NETO et al., 1996). Alguns autores na literatura relatam que o freio labial espesso inibe ou retarda os movimentos ortodônticos, que pode ser eliminado antes ou durante o tratamento ortodôntico, porém a realização antes possibilita melhor acesso cirúrgico na área interproximal (MACEDO et al., 2012).

No caso clínico apresentado, o paciente possuía freio labial hipertrófico onde a conduta clínica para remoção cirúrgica foi pela técnica convencional, realizada com bisturi manual fazendo uma excisão do frênulo que é considerada ainda a técnica mais executada (DEVISHREE et al., 2012). O que em contrapartida não apresentam eficácia significativa entre a frenectomia realizada com laser em comparação com a convencional (DELLI et al., 2013).

Os estudos clínicos realizados pela técnica de frenectomia utilizando lasers cirúrgicos apresentam vantagens como maior conforto trans e pós-operatório, tempo cirúrgico reduzido, não há necessidade de realizar sutura pois os tecidos da ferida cicatrizam por segunda intenção (PIE-SANCHES et al., 2012). O alto custo dos equipamentos a lasers é considerado uma limitação para seu uso (JUNIOR et al., 2015).

Acreditamos, portanto, que apesar da eficácia clínica da remoção do freio labial hipertrófico, neste estudo atingimos um resultado satisfatório utilizando a técnica de frenectomia convencional.

4- Conclusão

Conclui-se que a técnica de frenectomia labial maxilar parece ser eficaz para o tratamento de freio labial hipertrófico.

Referências Bibliográficas:

1. CASTILLO C. A. L., BASULTO H. B., SOCARRÁS D. A., PÉREZ O. R., GARCÍA G. F. Frenilo labial superior doble. **Rev Cubana Pediatr.** 2013;85(4):523-8.

2. CAVALCANTE J. A., MELLO-MOURA AC V., ALENCAR CJ. F., IMPARATO JC. P. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente em pacientes no período intertransitório da dentição mista – relato de caso.. **Rev Ins Cienc Saúde** 2009;27(3):290.

3. DELLI K., LIVAS C., SCULEAN A., KATSAROS C., BORNSTEIN M. M. Factos and myths regarding the maxillary midline frenun and its treatment: a systematic Review of the literature. **Quintessence** p.177-187. 2013.

4. DEVISHREE., GUJJARI K. S., SHUBHASHINI P. V. Frenectomy: a review with the reports of surgical techniques. **Journal of clinical and diagnostic resenrch.** Vol 6(9), p.1587-1592, 2012.

5. JUNIOR R. M., GUEIROS L. A., SILVA I. H., ALBUQUERQUE C. A., LEAO JC. Labial frenectomy with Nd:YAG laser and conventional surgery: a comparative study. **Lasers Med Sci.** 2015;30(2):851-6.

6. MACEDO M. P., CASTRO B. S., PENIDO O. M. M. S., PENIDO C. V. S. R. Frenectomia labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico. **RFO.** Vol 17(3), p332-335, 2012.

7. MITTAL M., MURRAY M. A., SANDDLER J. P. Maxillary labial frenectomy: Indications and technique. **Dental update.** p.159-162, 2011.

8. PIE-SANCHES J., ESPANA-TOST J. A., ARNABAT D. J., GAY E. C. Comparative study of upper lip frenectomy with the CO2 laser versus the Er, Cr:YSGG laser. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** Vol 17(2), p228-332, 2012.

ISSN:
2447-9721

9. TOLEDO O. A. Odontopediatra: fundamentos para a prática clínica. **Medbook.** 4ed – Rio de Janeiro, 2012.

10. VALLADARES N. J., RIBEIRO V. A., SILVA F. G. O. O dilema do diastema mediano e o freio labial superior: Análise de pontos fundamentais. **Rev Robrac.** Vol 6(19), p.9-17, 1996.

Cadernos de Pesquisa
Campus V

ISSN:
2447-9721

EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR EM PACIENTE COM QUEIXA ÁLGICA: RELATO DE CASO

Solange Mendes de ALMEIDA[1]*, Viviane dos Santos DIAS[1], Elias Daruis Assad NETO[2], Silmar Antunes PEREIRA[2]

[1]Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
[2]Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência: mendessol@yahoo.com.br

RESUMO

Os terceiros molares são os grupos dentários mais impactados na prática odontológica, e segunda a literatura, os terceiros molares os inferiores apresentam maior chance de se encontrarem impactados. Uma série de patologias está relacionada com a impactação de terceiros molares, que variam de acordo com os níveis de impactação e posição desses elementos. Quando apresentam esses quadros as sintomatologias podem estar presentes na maior parte dos casos, e compreende principalmente dor, trismo e/ou inchaço, sendo recomendada sua remoção. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi relatar a exodontia de um terceiro molar inferior parcialmente impactado em paciente que apresentava sintomatologia dolorosa.Uma paciente de vinte e dois anos de idade, sexo feminino, compareceu a clínica odontológica da UNIG-CAMPUS V, queixando-se de dor na região posterior da mandíbula do lado direito. Considerando os aspectos clínicos e radiográficos houve comprovação da necessidade da exodontia do elemento dentário, a fim de evitar possíveis complicações futuras e devido à queixa de dor relatada pelo paciente. Foi possível concluir, portanto, que a cirurgia do terceiro molar inferior impactado foi eficaz, devolvendo qualidade de vida ao paciente em questão que apresentava quadro de dor, além de prevenir possíveis complicações futuras.

Palavras-chave: Cirurgia bucal; Dente serotino; Dente impactado.

Abstract

The third molars are the most impacted dental groups in dental practice, and according to the literature, the third lower molars are more likely to be impacted. A number of pathologies are related to third molar impaction, which vary according to the impaction levels and position of these elements. When they present these symptoms, the symptoms may be present in most cases, and mainly comprises pain, trismus and / or swelling, and its removal is recommended. Thus, the objective of the present study was to report the extraction of a partially impacted lower third molar in a patient with painful symptoms. A twenty-two-year-old female patient attended the dental clinic of UNIG-CAMPUS V, complaining pain in the posterior region of the right jaw. Considering the clinical and radiographic aspects, there was evidence of the need for dental extraction, in order to avoid possible future complications and due to pain complaints reported by the patient. It was concluded, therefore, that the impacted lower third molar surgery was effective, returning quality of life to the patient with pain and preventing possible future complications.

Key- Words: Sugery oral; Molar third; Tooth impacted.

1- Introdução

Um elemento dentário é considerado impactado quando não consegue atingir sua posição funcional normal no arco dentário. Os terceiros molares são os grupos dentários mais impactados na prática

ISSN:
2447-9721

odontológica. Dentre eles, os inferiores, segundo a literatura, apresentam maior chance de impactação (SANTOS et al., 2015). A causa dessa patologia é variada e multifatorial, podendo estar relacionada a fatores locais como falta de espaço, dilaceração radicular, trauma, anquilose de dentes decíduos, lesões inflamatórias, dentre outros (SYED et al., 2017). Além disso, o tipo facial dolicocefálico é descrito na literatura como o tipo com mais probabilidade de apresentar impactação de terceiros molares inferiores (TASSOKER et al., 2019).

Uma série de patologias está relacionada com a impactação de terceiros molares, que variam de acordo com os níveis de impactação e posição desses elementos (MCARDLE et al., 2018). Diversos estudos citam como patologias mais comuns a cárie dentária, cárie na superfície distal do segundo molar adjacente, perda óssea periodontal, reabsorção radicular, cistos ou tumores (SARICA et al., 2019; ALTAM & AKBULUT, 2019). Além disso, quando se apresentam semi-impactado o tecido mole que recobre esses elementos podem levar à percolação de bactérias abaixo dos tecidos gengivais que circundam os terceiros molares, contribuindo assim para inflamação subclinica, que pode progredir para pericoronatite e infecção dessa área (RAFETTO, 2015).

Quando apresentam esses quadros as sintomatologias podem estar presentes na maior parte dos casos, e compreende principalmente dor, trismo e/ou inchaço (RAFETTO, 2015). Dessa forma, a exodontia de terceiros molares impactados é uma das intervenções mais realizadas em cirurgia oral e maxilofacial (KAYA et al., 2018). Visto o alto risco de esses elementos desencadearem diversas patologias.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi relatar a exodontia de um terceiro molar inferior parcialmente impactado em paciente que apresentava sintomatologia dolorosa.

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 Iguaçu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informações do paciente

Uma paciente de vinte e dois anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu a clínica odontológica da UNIG-CAMPUS V, queixando-se de dor na região posterior da mandíbula do lado direito.

Achados Clínicos e Radiográficos

Ao exame clínico paciente apresentou o elemento 48 semi-incluso em posição horizontal (Figura 1).

ISSN:
2447-9721



Figura 1: Fotografia inicial mostrando o dente 48 semi incluso em posição horizontal. Fonte: Autoria própria.

No exame radiográfico houve comprovação da posição do elemento dentário, que apresentava íntima relação com o segundo molar (Figura 2).

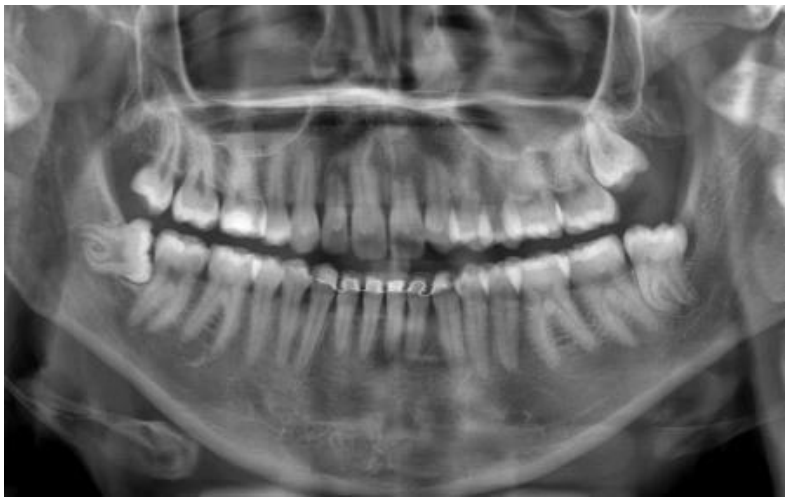


Figura 2: Exame radiográfico panorâmico mostrando o elemento 48 em posição horizontal.



Figura 3: Realização do bloqueio do nervo alveolar inferior. Fonte: Autoria própria.

ISSN:
2447-9721

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos houve comprovação da necessidade da exodontia do elemento dentário, a fim de evitar possíveis complicações futuras e devido à queixa de dor relatada pelo paciente.

Intervenção terapêutica

Previamente ao procedimento a paciente foi medicada com 2 comprimidos de Dexametasona de 4mg, 1 hora antes da intervenção cirúrgica.

Em um ambiente estéril iniciou-se o procedimento. Foi feita a antissepsia intraoral com solução de clorexidina à 0,12%, bochechando por 30 segundos e limpeza extraoral dos terços inferior e médio da face com solução de clorexidina à 2% por meio de gaze. Após a colocação do campo cirúrgico foi realizada anestesia troncular do nervo alveolar inferior e do nervo bucal, (Figura 3) e isquemia da gengiva vestibular e lingual dos elementos 47 e 48.

Já com a paciente anestesiada foi realizada a incisão com cabo de bisturi Nº3 e lâmina Nº15, optando pelo retalho do tipo envelope. Logo após a incisão foi feito o descolamento do periósteo com descolador de Molt para ampliar a visão do campo cirúrgico (Figura 4 A-B).

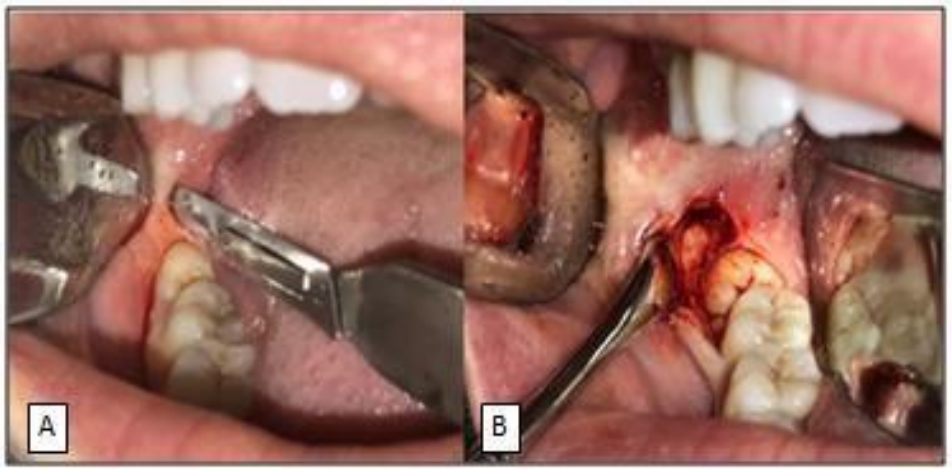


Figura 4: A: realização da incisão com lâmina de bisturi Nº 15 para confecção do retalho do tipo envelope. B: descolamento do periósteo com descolador de Molt.

Com o retalho devidamente efetuado, foi realizada a osteotomia em torno do elemento dentário para exposição da porção coronária utilizando a caneta de alta rotação com broca Zecrya com abundante irrigação. Em seguida, foi realizado a odontossecção do elemento dentário com a mesma broca, a fim de separar a porção coronária da porção radicular para realizar sua remoção (Figura 5 A-B).

ISSN:
2447-9721

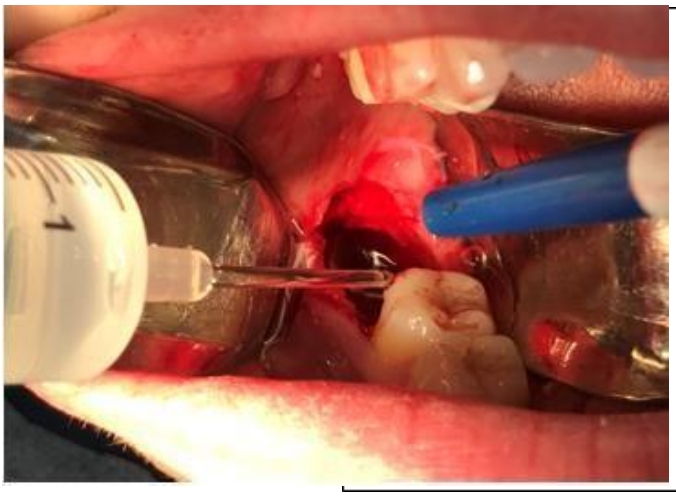
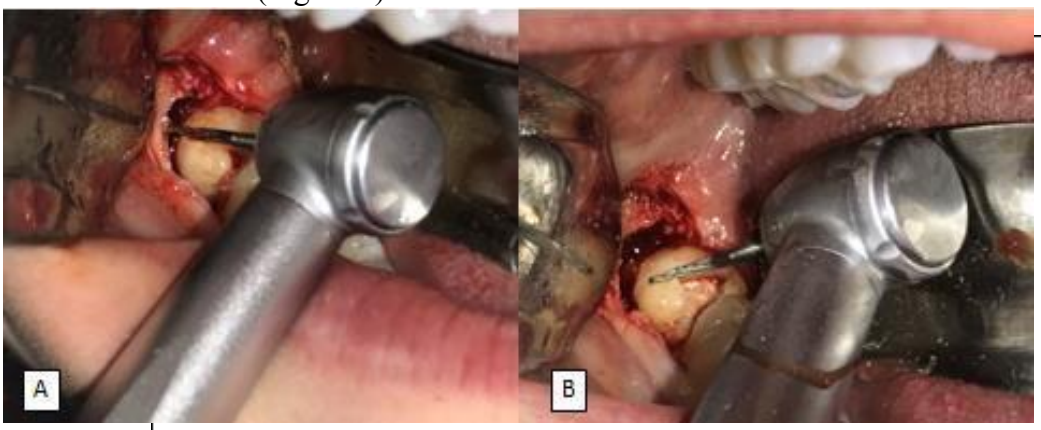


Figura 5: A- Realização da osteotomia com broca zecrya. B- Realização da odontosecção com broca zecrya para remoção do dente.

Após a odontossecção do elemento iniciou-se a luxação com alavanca apical reta para remoção da parte coronária, e em seguida a luxação da porção radicular até a completa remoção do elemento do alvéolo dentário (Figura 6).



ISSN:
2447-9721

Figura 5: Luxação do dente 48 com alavanca apical reta para sua avulsão.

Após a exodontia do elemento foi realizada a verificação de espículas ósseas, utilizando cureta e em seguida a irrigação com soro fisiológico estéril (Figura 7).

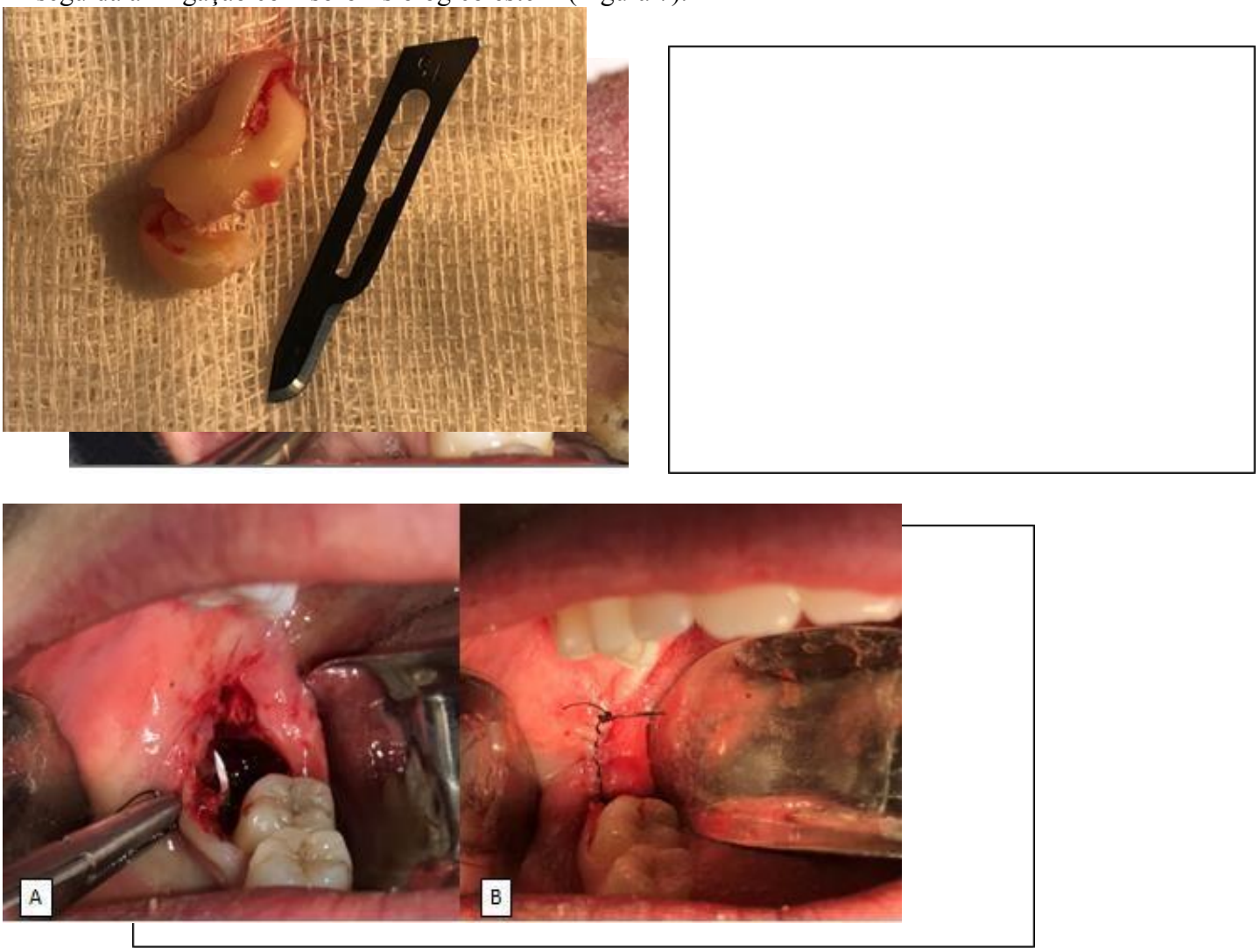


Figura 6: Irrigação do alvéolo dentário com soro fisiológico estéril. Fonte: autoria própria.

Em seguida, deu-se início a realização da sutura, o ponto de escolha foi o contínuo festonado e foi utilizado o fio de Nylon (Figura 7 A-B) (Figura 8).

Figura 7: A- Início da realização da sutura. B- Sutura com ponto contínuo festonado concluída. Fonte: autoria própria.

ISSN:
2447-9721

Figura 8: Fragmentos do elemento 48. Fonte: autoria própria.

Após o procedimento a paciente foi medicada com Amoxicilina de 500mg de 8 em 8 horas por 7 dias Ibuprofeno de 600mg de 8 em 8 horas por 3 dias e Dipirona 600mg de 6 em 6 horas em caso de dor (SOS).

Paciente retornou após 7 dias com cicatrização satisfatória e foi realizada a remoção da sutura.

3- Discussão

Baseados em estudos de Santos et al., (2015), nos propomos a investigar sobre o efeito da remoção do terceiro molar parcialmente impactado na qualidade de vida do paciente com sintomatologia dolorosa. O principal achado foi a melhora na qualidade de vida do paciente em questão, principalmente no que diz respeito à sintomatologia dolorosa além da manutenção e preservação da saúde bucal evitando dessa forma o aparecimento de patologias relacionadas à retenção de terceiros molares.

A presença de terceiros molares inferiores parcialmente erupcionados é comum na prática odontológica (SHOSHANI-DROR et al., 2018). Segundo o estudo realizado por Carter et al. (2015), as chances de terceiros molares inferiores impactarem são grandes. Esses elementos dentários podem se encontrar em diversas posições, sendo as mais comuns na mandíbula a posição mesioangular, seguido da vertical, distoangular e por último horizontal. No caso clínico apresentado, a paciente apresentava o terceiro molar inferior direito em posição horizontal com íntima relação com o segundo molar adjacente.

Existe o risco de esses elementos dentários desenvolverem diversas patologias, como reabsorção externa da raiz de segundos molares, cáries, cistos, tumores, pericoronarite, entre outras, sendo recomendada, portanto, sua remoção (SMAILIENE et al., 2019; CHEN et al., 2016). De acordo com alguns estudos, quando a presença de terceiros molares se encontra assintomática, a fim de evitar a remoção cirúrgica profilática, o monitoramento do elemento dentário pode ser realizado (RAFETTO et al,. 2015). No entanto, outros estudos sugerem que mesmo assintomáticos a remoção profilática é recomendada visto que a presença de patologias pode surgir com o tempo (MCARDLE, et al., 2019). A paciente do presente caso clínico relatou quadro de dor. Dessa forma, a conduta clínica foi realizada levando em conta não somente o risco do desenvolvimento de patologias assim como a presença de sintomatologia relatada pela paciente sugestiva de uma patologia já existente.

É importante ressaltar que o diagnóstico e intervenção quanto à exodontias de terceiros molares sejam feitos o mais precoce possível, a fim de evitar complicações futuras (SHOSHANI-DROR et al., 2018). Além disso, um bom planejamento do procedimento cirúrgico assim como um regime medicamentoso adequado contribui para o sucesso e qualidade de vida tanto no trans quanto no pós-operatório (KAYA, et al., 2019).

Acreditamos, portanto, que apesar de atingirmos nesse estudo um resultado satisfatório, devolvendo qualidade de vida e saúde ao paciente em questão, sugerimos mais estudos, como ensaios clínicos

ISSN:
2447-9721

randomizados, a fim de observar os resultados e o impacto da remoção de terceiros molares em mais de um paciente.

4- Conclusão

Conclui-se, portanto, que a cirurgia do terceiro molar inferior impactado foi eficaz, devolvendo qualidade de vida ao paciente em questão que apresentava quadro de dor, além de prevenir possíveis complicações futuras.

Referências bibliográficas

1. ALTAN A., AKBULUT N. Does the angulation of an impacted mandibular third molar affect the prevalence of preoperative pathoses? **J Dent Shiraz Univ Med Sci.** Vd 20 (1), p. 48-52, 2019.

2. CARTER K., WORTHINGTON S. Predictors of Third Molar Impaction: A Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of Dental Research.** p. 1-10, 2015.

3. CHEN Y.W., LEE C.T., HUM L., CHUANG S.K. Effect of flap design on periodontal healing after impacted third molar extraction:a systematic review and metaanalysis. p. 2-10, 2016.

4. KAYA G.S., YAVUZ G.Y., SARUHAN N. The influence of flap design on sequelae and quality of life following surgical removal of impacted mandibular thirdmolars: a split-mouth randomised clinical trial. **J Oral Rehabil.** P. 1-8, 2019.

5. MCARDLE L.W., ANDIAPPAN M., KHAN I., JONES J., MCDONALD F. Diseases associated with mandibular third molar teeth. **British dental journal.** Vd 224 (06), p.434-440, 2018.

6. RAFETTO L.K. Managing impacted third molars. **Oral Maxillofacial Surg Clin N Am.** USA. p. 1-9, 2015.

7. SANTOS P. Impacted mandibular third molars: review of literature and a proposal of a combined clinical and radiological classification. **Annals of Medical and Health Sciences Research.** Vd 5 (4), p. 229-234, 2015.

8. SARICA I., DERINDAG G., KURTULDU L.E., NARALAN ME., LAYAN F.C. A retrospective study: do all impacted teeth cause pathology? **Nigerian Journal of Clinical Practice.** Vd 22 (4), p. 527-533, 2019.

9. SHOSHANI-DROR D., SHILO D., GININI J.G., EMODI O., RACHMIEL A. Controversy regarding the need for prophylactic removal of impacted third molars: An overview.**Quintessence International Oral Surgery.** Vd 49 (8), p. 653-662, 2018.

10. SMAILIENE D., TRAKINIENE G., BEINORIENE A., TUTLIENE U. Relationship between the Position of Impacted Third Molars and External Root Resorption of Adjacent Second Molars: A Retrospective CBCT Study. **Medicina.** Vd 55 (305), p. 1-11, 2019.

ISSN:
2447-9721

11. SYED K.B., ALSHAHRANI F.S., AALABSI W.S., ALQAHTANI Z.A., HAMEED M.S., MUSTAFA A.B., ALAM T. Prevalence of distal caries in mandibular second molar due to impacted third molar. **Journal of Clinical and Diagnostic Research.** Vd 11 (3), p. 28-30, 2017.

12. TASSOKER M., KOK H., SENER S. Is there a possible association between skeletal face types and third molar impaction? A retrospective radiographic study. **Med Princ Pract.** Vd 28, p. 70-74, 2019.

Cadernos de Pesquisa
Campus V

ISSN:
2447-9721

RECONSTRUÇÃO DE DENTES DECÍDUOS ANTERIORES UTILIZANDO A TÉCNICA: COROA DE CELULÓIDE – RELATO DE CASO CLÍNICO

Valeria ARIDE[1], Caroline BARRETO[1], Márcia Costa Louvain MACEDO[2], Maria Lúcia Venâncio PETRUCCI[2], Ana Paula DORNELLAS[2], Ângela BICALHO[2]

[1]Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
[2]Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência. valeriaride@gmail.com

RESUMO

A destruição coronária por cárie em dentes decíduos anteriores está relacionada ao acumulo de placa bacteriana e higiene bucal insatisfatória. O objetivo desse trabalho foi relatar a reconstrução da estrutura dentária remanescente desses dentes com a técnica de restauração com resina composta utilizando coroa de celuloide. Paciente de cinco anos, sexo masculino, compareceu à clínica de Odontopediatria da UNIG, compus V acompanhado de sua mãe, a qual relatou que a queixa principal era a presença de lesões cariosas em decíduos anteriores superiores. Após o diagnóstico e exame clínico, foi realizado um planejamento de reconstrução coronária dos remanescente dentários anteriores em técnica direta com resina composta e coroa de celulóide, visando restabelecer a anatomia dentária, com a simplificação dos passos clínicos, colaborando para o bem-estar social, psíquico e funcional do paciente. Diante disso, conclui-se que a técnica de reconstrução direta em dentes decíduos anteriores com coras de celulóide associada a resina composta opaca, agilizou o procedimento clínico e o custo operatório, recuperando a anatomia da coroa dos dentes decíduos, devolvendo estética, função mastigatória e equilíbrio oclusal.

Palavras Chave: Cárie Dentária, Estética Dental, Reabilitação Bucal.

Abstract

Coronary caries destruction in anterior deciduous teeth is related to plaque accumulation and poor oral hygiene. The objective of this study was to report the reconstruction of the remaining dental structure of these teeth using the composite resin restoration technique using a celluloid crown. A five-year-old male patient attended the UNIG Pediatric Dentistry clinic, I composed V accompanied by his mother, who reported that the main complaint was the presence of carious lesions in the upper anterior deciduous. After the diagnosis and clinical examination, a coronary reconstruction of the anterior dental remnants was performed in a direct technique with composite resin and celluloid crown, aiming at restoring the dental anatomy, with the simplification of the clinical steps, contributing to the social welfare, psychic and functional function of the patient. Therefore, it is concluded that the direct reconstruction technique in anterior deciduous teeth with celluloid stains associated with opaque composite resin, streamlined the clinical procedure and operative cost, recovering the anatomy of the deciduous teeth crown, returning aesthetics, masticatory function and occlusal balance.

Keywords: Dental Caries, Esthetics, Dental, Mouth Rehabilitation.

ISSN:
2447-9721

1 – Introdução

A cárie dentária tem em sua característica ser crônica, multifatorial e infecciosa, acometendo os dentes decíduos e permanentes na fase durante a infância e adolescência, o que remete o quanto é importante a saúde bucal (FERNANDES et al., 2016). Esses acontecimentos frequentes levam a perda precoce dos dentes decíduos durante a primeira infância, as lesões mais frequentes são as de cáries rampantes ou cáries de mamadeira, associadas com mamadas noturnas e higiene bucal deficiente. A cárie precoce acomete grande números de dentes anteriores tendo uma evolução rápida, afetando-o em sua cronologia de erupção, aparecendo abruptamente comprometendo principalmente a superfície dos dentes anteriores e a qualidade de vida do paciente (DA SILVA DIAS et al., 2019).

É de extrema importância de que o paciente receba o tratamento adequado, como a reconstrução dos elementos dentários afetados, evitando assim eventuais alterações no sistema estomatognático como: mastigação, fala, deglutição, além de hábitos parafuncionais e psíquicos, colaborando para o bem-estar social, psíquico e funcional mais saudáveis (OLIVEIRA et al., 2010). Dentes decíduos anteriores com extensas lesões de cárie mostram como um desafio clínico de dimensões graves, pois depende do comportamento do paciente para uma boa realização da técnica restauradora, com isso, a resina deverá apresentar cores naturais, ter boa adesão, agilidade na execução da técnica reduzindo o tempo clínico, requisitos estes essenciais para se obter sucesso na técnica restauradora (CROLL et al., 1998).

Dentre vários recursos para reconstrução coronária está a reconstrução direta ou indireta com resina composta utilizado para a técnica de coroa de celulóide, assim preservando estruturas de remanescente dentário, reabilitando com forma, função e estética, além de boa adaptação marginal sem necessidade de laboratório, prevenindo problemas de má oclusão e interposição de língua (FONSECA et al., 2010).

O objetivo deste artigo é ressaltar a técnica utilizada para reconstrução destes remanescentes dentários, utilizando para o mesmo, a técnica de restauração confeccionada com a matriz individual de acetato (coroas de celulóide) em resina composta opaca, mais indicada para dentes decíduos.

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 Iguaçu – 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 cinco anos de idade, sexo masculino, caucasiana, compareceu ao consultório odontopediátrico acompanhada de sua mãe para tratamento odontológico. Na anamnese a mãe relatou que a criança tem problemas cardíacos e esteve sob internação hospitalar, sua dieta era deficiente com alto índice de ingestão de carboidratos e açúcares, a higiene bucal era insatisfatória, acarretando a um acúmulo de placa bacteriana.

ISSN:
2447-9721

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, a paciente apresentou dentição decídua completa, com presença de lesões cariosas severas nos dentes 51, 52, 55, 61, 62, 64, 65, apresentavam-se com grande destruição coronária com característica de lesão de cárie Escor 6 (ICDAS). Os quais previamente haviam sido tratados anteriormente com verniz fluoretado com a finalidade de remineralização de manchas brancas ativas e restaurações com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável. O dente 61 apresentava uma fístula e no mesmo realizou uma pulpectomia com CTZ (Figura 1).

No exame radiográfico periapical mostrou na região de dentes anteriores condições radiculares favoráveis para reconstrução coronária.

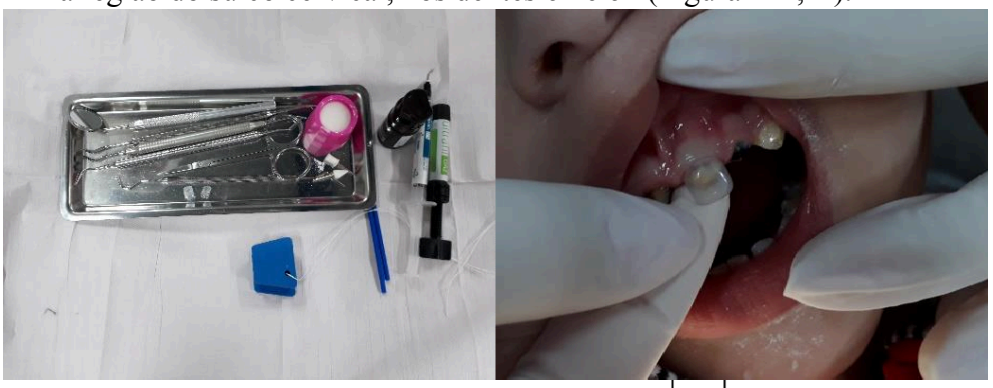


Figura 8- Lesões de cárie nos dentes 51, 52, 61, e 62.

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos definiu-se como plano de tratamento restaurador a reconstrução direta com resina composta, usando como molde coroa de celuloide, eliminando assim, a etapa laboratorial.

Intervenção terapêutica

Na sessão clínica, foi realizado a prova da matriz de acetato (coroa de celulóide) e a adaptação desta na região do sulco cervical, nos dentes 61 e 62 (Figura 2 A, B).



B

Figura 9 : A - Mesa clínica para realização da técnica com coroa de celulóide.

Figura 10 : B - Seleção da coroa de celulóide.

O tecido cariado presente foi removido com a ponta diamantada 1190, devidamente lavados com jatos de água e em seguida os remanescentes dentários foram submetidos ao preparo para coroas totais com o término cervical em chanfrado, ao limite da coroa clínica. Foi realizada a proteção biológica do

ISSN:
2447-9721

remanescente dentário com cimento de ionômero vidro fotopolimerizável e em seguida, o condicionamento ácido fosfórico a 37% durante 15 segundos e aplicação do sistema adesivo universal conferindo uma melhor adesão da resina composta (Figuras 3 A - B - C).



A B

Figura 3: A - Aplicação do ácido fosfórico a 37%.
Figura 3: B - Aplicação do sistema adesivo universal.



C

Figura 3: C - Fotopolimerização do sistema adesivo.

Para melhorar no escoamento do excesso de resina composta depositada no interior da coroa de celulóide, foi realizada uma marcação na face palatina da coroa de celulóide com uma ponta de caneta para retroprojetor. Com auxílio de uma sonda exploradora foi aberto um orifício, evitando com isso a formação de bolhas de ar no interior da restauração de resina composta (Figura 4).

ISSN:
2447-9721



Figura 11: Preparo do orifício na coroa de celulóide para extravasamento do excesso do material restaurador.

A porção interior da coroa foi preenchida com resina composta Ultrafil OA2 (Figura 5 A) Em seguida posicionada sobre o preparo, com uma ligeira pressão para o escoamento do excesso do material pela cervical e pelo orifício na palatina, sendo os excessos removidos com uma sonda exploradora nº05, antes da polimerização da resina, bem como a verificação do posicionamento da coroa em relação ao eixo longitudinal do dente (Figura 5 B). Logo após realizou-se a fotopolimerização da resina composta em cada face (Figura 5 C).

As coroas foram removidas, fazendo a sonda exploradora correr em torno da porção cervical, destacando-as da resina (Figura 5 D). Os excessos de resina da região cervical foram desgastados com brocas diamantadas de granulação fina, em alta rotação e foi realizado o acabamento, em seguida verificou- se a oclusão.





B

Figura 5: A - Preenchimento da coroa de celuloide com resina composta.

: B - Posicionamento no elemento dentário.



C

D

Figura 5: C - Fotoativação em todas asa faces do dente.

ISSN:
2447-9721

Figura 5: D - Remoção da matriz de celulóide após fotoativação.

O tratamento reabilitador dos elementos 61 e 62 foi finalizado em uma sessão de atendimento clínico, no entanto a responsável foi orientada para que retornassem aos exames periódicos programados de acordo com o planejamento das manutenções preventivas, sendo ainda reforçado a importância do controle da dieta e adequada higiene bucal para manutenção da saúde bucal (Figura 6).



Figura 6: Coroas finalizadas do dente 61 e 62, vista frontal e vista palatina.

.

3- Discussão

Baseado em estudos de (LOSSO et al., 2009) constatamos que a destruição coronária ou perda precoce de incisivos decíduos são devida as lesões de cáries Escor 6 (ICDAS), associadas a dieta com alto índice de açucares, mamadas noturnas e higiene bucal insatisfatória, o que contribuem para uma extensa destruição de dentes decíduos anteriores superiores. A meta a ser atingida será promover a criança um bem-estar psicossocial, além de normalizar suas funções mastigatórias, fonéticas, estéticas, com a reconstrução da porção coronária de dentes decíduos utilizando a técnica de coroa de celuloide.

Tão importante quanto as características ideais dos materiais para reconstrução dos dentes decíduos, foi a técnica que permitiu a reabilitação mor-funcional e também a preservação das estruturas dentárias remanescentes, devolvendo ao paciente a forma, função e estética (PINEDA et al., 2014). Esta técnica possibilita não só adaptação marginal sem danos ao tecido periodontal, sem necessidade da fase laboratorial, como também previne problemas futuros de má oclusão, deglutição atípica e interposição de língua (HESSE et al., 2007).

No caso clínico apresentado, o paciente de 5 anos de idade com extensa destruição coronária anterior, a conduta clínica estabelecida levou-se em consideração não somente a extensão e gravidade da lesão cariosa, mas também a idade da criança. Em Odontopediatria, um tratamento de sucesso deve levar em consideração não só a eficácia do material e da técnica, mas também o nível de desconforto causado ao paciente.

A falta de cooperação de muitas crianças e as peculiaridades inerentes à anatomia coronária de incisivos decíduos, os tratamentos de restaurações diretas convencionais tornam-se complexos e impraticáveis em muitas situações. O uso das coroas de celuloide é uma técnica alternativa para uso nessas situações (PEREIRA et al., 2008).

Acreditamos, portanto, que apesar da eficácia das técnicas de restaurações diretas convencionais, neste relato de caso atingimos um resultado satisfatório utilizando a técnica de reconstrução coronária com coroa de celulóide. Devido a essa característica, sugerimos ensaios clínicos randomizados, com tempo de acompanhamento maior em dentes decíduos (ARROY et al., 2011).

ISSN:
2447-9721

4- Conclusão

Concluir-se que a técnica de reconstrução direta em dentes decíduos anteriores com coroas de celulóide associada à resina composta opaca, agilizou o procedimento clínico e diminuiu custo operatório, recuperação da anatomia da coroa dos dentes decíduos, restabelecimento da estética, preservação das estruturas dentárias remanescentes, adaptação marginal sem danos ao tecido periodontal, prevenção de problemas futuros como má oclusão, interposição de língua e consequentemente deglutição atípica e problemas fonoaudiólogos, restabelecendo a função mastigatória e equilíbrio oclusal.

Referências Bibliográficas:

1. ARROYO J.G. Matriz de silicone transparente para replicar la anatomia oclusal. Maxillaris: **Actualidad professional e industrial del sector dental**. Vol. 13 (139), p. 108-116, 201.

2. CROLL T.P. Primary incisor restoration using resin-veneered stainless steel crowns. **ASDC journal of dentistry for children.** Vol. 65 (2), p. 89-95, 1998.

3. FERNANDES L. R., MIRANDA C.C. Prevalência e severidade de cárie dentária no atendimento de Odontopediatria do Centro Municipal de Saúde Américo Velloso e Hamilton Land. **Academus Revista Científica da Saúde.** Vol. 1 (1), p. 110-118, 2016.

4. FONSECA M. S. Restauração de dentes decíduos anteriores com destruição excessiva: Relato de caso clínico. **Arquivo Brasileiro de odontologia.** Vol,. 6 (2), p. 64-70, 2010.

5. HESSE D. Avalição de selamemto de lesões de cárie comparado á restauração com resina composta em dentes decíduos. **Stomatos.** Vol 13 (25), p. 75-85. 2007.

6. LOSSO E.M. Severe early childhood caries: na integral approach. **Jornal de Pediatria.** Vol. 85 (4), p. 295-300, 2009.

7. OLIVEIRA L.B. Reabilitação de dentes decíduos anteriores com uso de pinos de fibra de vidro. **J Health sci inst.** Vol. 28(1), p. 89-93, 2010.

8. PINEDA I.C., OSORIO S.R.G, FRANZIN L.C.S. Cárie precoce da primeira infância e reabilitação em Odontopediatria. **Revista Uningá Review.** Vol 19 (3), p. 78-89, 2014.

9. PEREIRA R.F., GOMES R.H., VOLPATO L. E. R., Lesão de cárie oculta: resturação utilizando a técnica da matriz oclusal. **Revista INPEO de odontologia Cuiabá – MT.** Vol 2 (1), p. 1-8, 2008.

10. SILVA DIAS T. K., CARVALHO FERREIRA G., ALMEIDA L.H.S. Cárie na primeira infância e qualidade de vida de paciente de zero a 3 anos. **Revista Uningá.** Vol. 56 (S3), p. 192-201, 2019.

Cadernos de Pesquisa
Campus V

ISSN:
2447-9721

RESTAURAÇÃO SEMI-DIRETA EM RESINA COMPOSTA ASSOCIADA A UM RETENTOR INTRARRADICULAR: RELATO DE CASO

Viviane dos Santos DIAS[1]*, Solange Mendes de ALMEIDA[1], Ana Paula DORNELLAS[2], Elissa Almeida ROCHA[2]

[1]Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
[2]Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência. vivianesdiaas@gmail.com

RESUMO

Devido a notável melhoria nas suas propriedades mecânicas, as resinas compostas tornaram-se uma alternativa estética para restauração de dentes posteriores. Além do uso direto e indireto, as resinas compostas podem ser utilizadas de forma semi-direta. Essa técnica, além de contar com as vantagens oferecidas pela técnica indireta, como resultado estético final e recuperação da forma anatômica, é também uma alternativa viável em termos de custo e tempo em relação às técnicas indiretas. O objetivo do presente estudo foi descrever o tratamento de um pré-molar utilizando a técnica de restauração semi-direta em resina composta associada a um retentor intrarradicular. Paciente de 46 anos compareceu ao consultório odontológico queixando-se da necessidade de restaurar um dente que havia passado por tratamento endodôntico. Após o diagnóstico, considerado os aspectos clínicos e radiográficos, houve comprovação da necessidade de restauração do elemento dentário, onde se optou pela técnica semi-direta em resina composta associada a retentor intrarradicular. Ao final do procedimento observamos que a estética, sobretudo a função do dente tratado foram restabelecidas de forma satisfatória. Dessa forma, concluímos que as restaurações semi-diretas em resinas compostas em dentes posteriores apresentam um resultado clínico satisfatório oferecendo vantagens, não necessitando de fase laboratorial, diminuindo tempo e custo de tratamento, além de oferecer menor contração de polimerização, devolução da forma anatômica e estética do elemento dentário, em relação às restaurações diretas e indiretas.

Palavras- Chave: Resinas compostas; Inlays; Estética.

Abstract

Due to the remarkable improvement in their mechanical properties, composite resins have become an aesthetic alternative for posterior tooth restoration. In addition to direct and indirect use, composite resins can be used semi-directly. This technique, besides having the advantages offered by the indirect technique, as a final aesthetic result and anatomical shape recovery, is also a viable alternative in terms of cost and time in relation to indirect techniques. The aim of the present study was to describe the treatment of a premolar using the semi-direct composite resin restoration technique associated with an intraradicular retainer. A 46-year-old patient attended the dental office complaining of the need to restore a tooth that had undergone endodontic treatment. After the diagnosis, considering the clinical and radiographic aspects, there was evidence of the need for restoration of the dental element, where we opted for the semi-direct technique in composite resin associated with intraradicular retainer. At the end of the procedure we observed that the aesthetics, especially the function of the treated tooth were restored to a satisfactory level. Thus, we conclude that semi-direct restorations in posterior teeth composite resins present a satisfactory clinical result offering advantages, requiring no laboratory phase, reducing time and cost of treatment, as well as offering less polymerization contraction, anatomical return and aesthetics of the dental element in relation to direct and indirect restorations.

Key-words: Composite resins; Inlays; Aesthetics.

ISSN:
2447-9721

1- Introdução

A restauração coronária de dentes tratados endodonticamente é tão importante quanto à qualidade da obturação radicular (RODRIGUES & PAIVA et al., 2019). Geralmente esses elementos são mais suscetíveis a fraturas comparados a dentes com polpas vitais, no entanto, esse risco é reduzido com o uso de variadas técnicas restauradoras (TANG et al., 2010). A utilização de pinos intrarradiculares é uma forma de distribuir melhor às tensões ao longo da raiz, a fim de reforças a resistência desses elementos (FURUYA et al., 2014). Dessa forma, a preservação da estrutura dentária desses elementos tratados endodonticamente é fundamental (CARVALHO et al., 2018).

As resinas compostas, além de possibilitarem restaurações muito próximas com a aparência do esmalte dental, apresentam uma grande vantagem, que se refere a restaurar esses elementos de forma conservadora (HIGASHI et al., 2012). Devido a notável melhoria nas suas propriedades mecânicas, as resinas compostas tornaram-se uma alternativa estética para restauração de dentes posteriores, substituindo outros materiais. (ALCARAZ et al., 2014). Esses materiais colocados direta ou indiretamente, exibem em longo prazo um desempenho clínico promissor (ANGELITAKI et al., 2016).

Através da evolução dos sistemas adesivos houve um aumento das restaurações indiretas. Em algumas situações, as técnicas indiretas com resina composta apresentam maior vantagem em relação às técnicas diretas, como o estabelecimento da anatomia oclusal e interproximal adequados, redução da contração de polimerização, entre outros (LU & CHIANG, 2018). No entanto, além do uso direto e indireto, as resinas compostas podem ser utilizadas de forma semi-direta. Essa técnica, além de contar com as vantagens oferecidas pela técnica indireta, como resultado estético final e recuperação da forma anatômica, é também uma alternativa viável em termos de custo e tempo em relação às técnicas indiretas (TORRES et al., 2017).

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi descrever o tratamento de um pré-molar utilizando a técnica de restauração semi-direta em resina composta associada a um retentor intrarradicular.

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 Iguaçu – 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

Um paciente de 49 anos de idade, sexo feminino, parda, compareceu à clínica odontológica da UNIG-CAMPUS V, queixando-se da necessidade de continuar o tratamento de um dente que havia passado por tratamento endodôntico.

ISSN:
2447-9721

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, a paciente apresentou o elemento dentário 45 com cavidade de extensão média, com recobrimento parcial das cúspides vestibular e lingual associado à perda da parede distal (Figura 1 A).

No exame radiográfico periapical foi comprovado à presença de tratamento endodôntico, que se apresentou satisfatório (Figura 1 B).

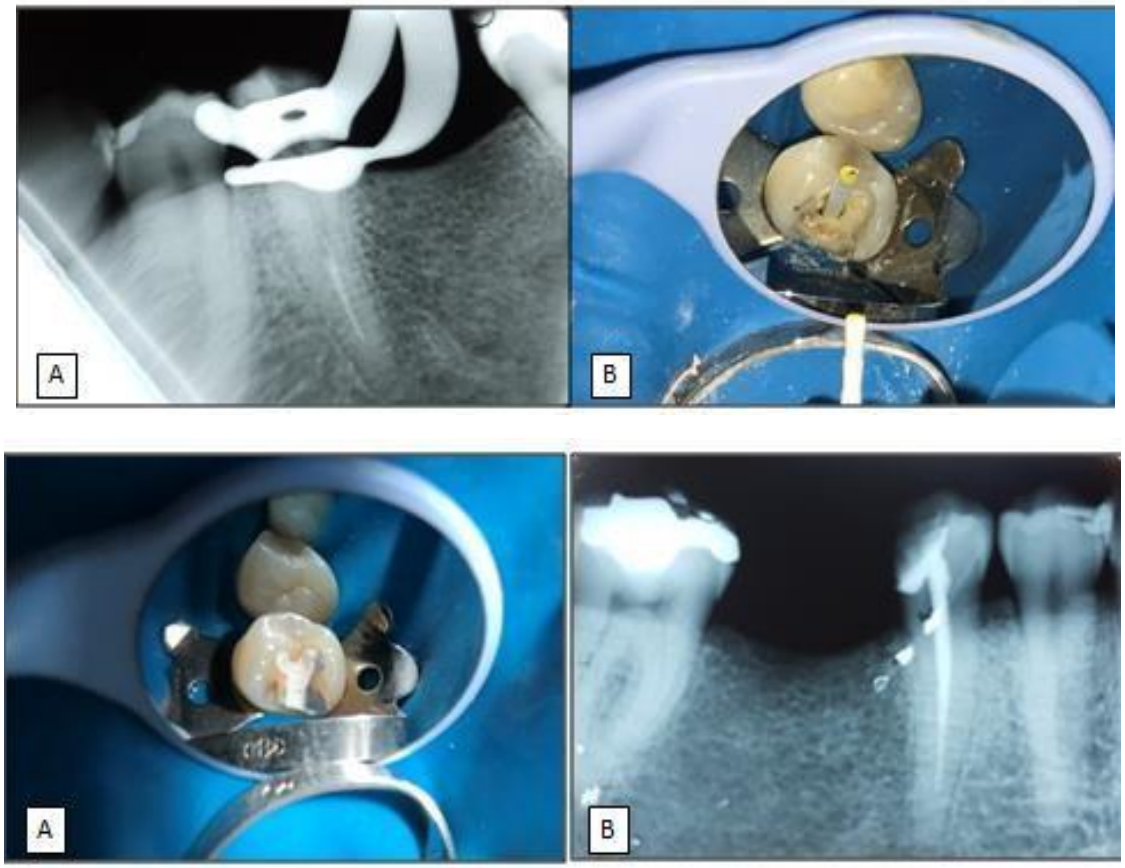


Figura 1: Fotografias iniciais. A- aspecto clínico do elemento 45. B- radiografia periapical apresentando o elemento 45 com tratamento endodôntico satisfatório e perda de estrutura dental na região distal. Fonte: Autoria própria.

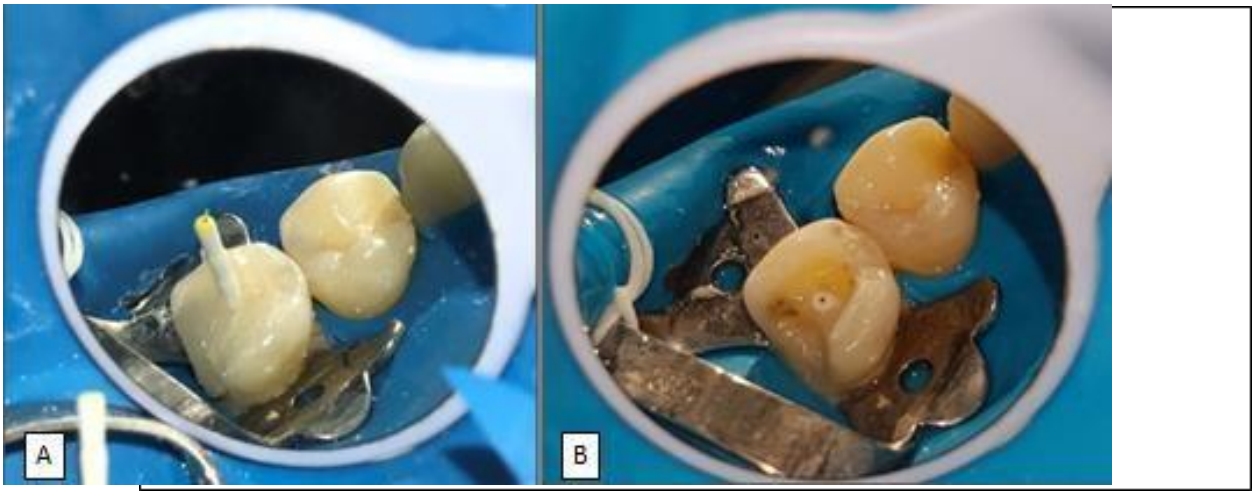
Considerando os aspectos clínicos e radiográficos houve comprovação da necessidade de restauração do elemento dentário, para reestabelecimento da estética e função, onde se optou pela técnica semi-indireta em resina composta associada a retentor intrarradicular.

Intervenção terapêutica

Devido à presença de tratamento endodôntico e a espessura das paredes remanescentes do elemento dentário foi confeccionado retentor intra-canal a fim de aumentar a resistência à fratura do mesmo. Sob isolamento absoluto, após a remoção do curativo, foi realizada a desobstrução do canal radicular, com brocas de Largo nº 2, 3 e 4 respectivamente, permitindo um comprimento de 9mm para o retentor e 5mm de guta-percha para o selamento do ápice radicular. Em seguida, foi realizada a prova do pino no conduto (Figura 2 A-B).

Figura 2: A- Radiografia periapical após a desobstrução do conduto. B- Conduto desobstruído e teste do pino sendo realizado. Fonte: Autoria própria.

ISSN:
2447-9721



Antes da cimentação do retentor intrarradicular foi realizado seu preparo, limpeza com álcool, sinalização e aplicação de adesivo seguida de fotopolimerização por 5 segundos. O conduto foi preparo através do condicionamento com ácido fosfórico à 37% por 15 segundos, lavagem abundante e secagem com cones de papel absorvente, em seguida foi realizada a aplicação de adesivo no interior do conduto, e removeu-se o excesso com cones de papel absorvente, e foi fotopolimerizado por 5 segundos. Posteriormente foi realizada a cimentação do pino utilizando cimento resinoso dual, que foi aplicado no coduto, e em seguida fotopolimerizado por 40 segundos em cada face do elemento dentário (Figura 3).

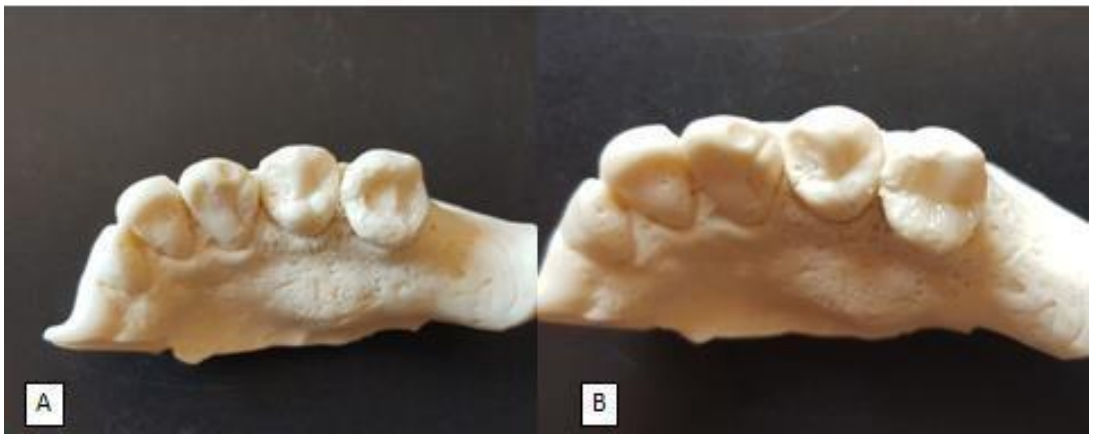


Figura 3: Retentor intrarradicular após a cimentação. Fonte: Autoria própria.

Após a cimentação do pino foi realizada a inserção de resina composta Buck fill para realização de um núcleo de preenchimento da cavidade, sobre a qual foi realizado o preparo da cavidade do tipo inlay (Figura 4 A-B).

Figura 4: A- Elemento dentário 45 após a inserção da resina composta Buck Fill. B- Aspecto final do preparo cavitário tipo inlay, após o corte do pino e preparo sobre o núcleo de preenchimento. Fonte: Autoria própria.

ISSN:
2447-9721



Posteriormente ao preparo da cavidade foi realizada a moldagem do elemento dentário com silicone de condensação, e em seguida a confecção do modelo através de silicone de adição para vazamento Scan die (Yller Biomateriais S/A®, Pelotas/RS) (Figura 5 A-B).

Figura 5: A- Imagem do molde realizado com silicone de condensação e do silicone de adição utilizado no vazamento Scan die (Yller®). B- Modelo após vazamento com o silicone de adição Scan die (Yller®). Fonte: Autoria própria.

Após a confecção do modelo foi iniciado a confecção da restauração com resina composta coloração A2 em vários incrementos, sendo realizada a escultura para aproximar ao máximo à restauração com a anatomia do dente tratado (Figura 6 A-B). Cada incremento foi fotopolimerizado por 40 segundos (Figura 7).

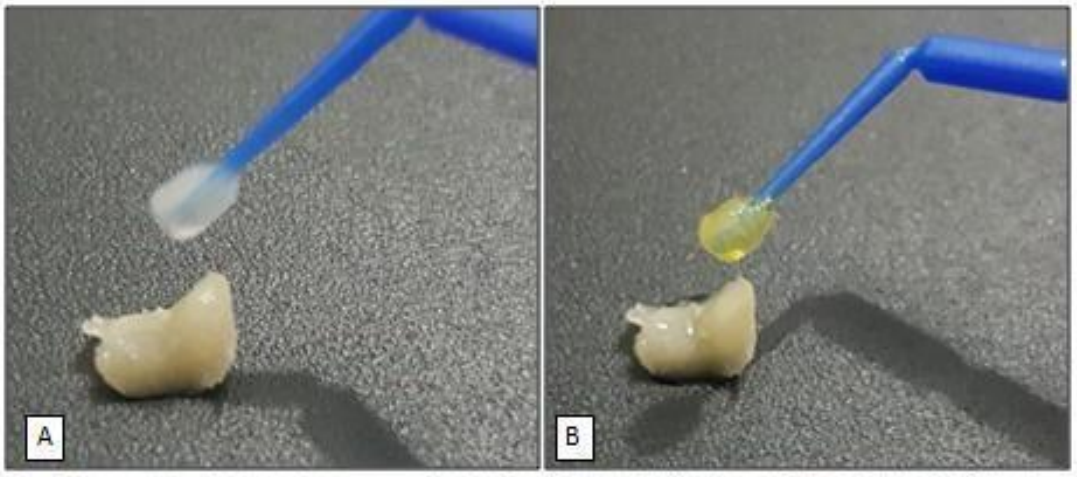


Figura 6: A- Realização da restauração em resina composta em incrementos.
B- Aspecto final da peça indireta. Fonte: Autoria própria.

Uma vez concluída a peça inlay foi verificada sua adaptação em boca. Após os ajustes foi realizado o preparo da peça através da aplicação de silano 3 vezes e aguardou 1 minuto até o material secar. Após a sinalização foi realizada a aplicação de adesivo universal em todo interior da peça friccionando o material, secou-se com jato de ar leve para evaporação do solvente do produto e por fim a peça foi fotopolimerizada por 40 segundos (Figura 7 A-B).

Figura 7: Preparo da peça antes da cimentação. A- Aplicação do silano na peça semi-direta. B- aplicação do adesivo universal na peça semi-direta. Fonte: Autoria própria.

ISSN:
2447-9721



Posteriormente ao preparo da peça foi realizada a preparação da superfície interna da restauração sob isolamento absoluto, através do condiocionamento com ácido fosfórico por 30 segundos, lavou-se com água por 60 segundos e foi secado com jatos de ar. Em seguida foi aplicado em toda superfície adesivo universal autocondicionante, friccionando o material, e foi fotopolimerizado por 40 segundos. Após o preparo da peça e da superfície da foi realizado, então, a cimentação com resina composta flow. Foram removidos os excessos, e fotopolimerizado por 40 segundos em cada superfície do dente tratado (Figura 8).

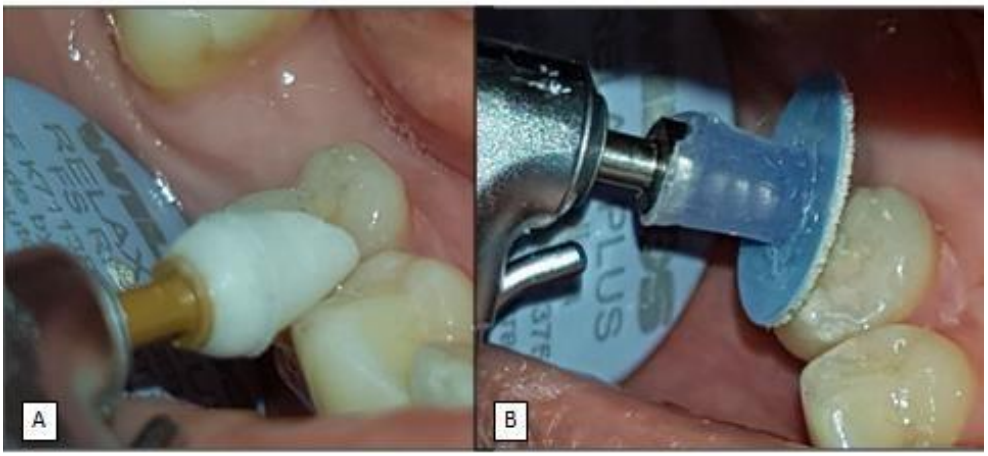


Figura 8: Aspecto da restauração semi-direta após a cimentação. Fonte: Autoria própria.

Após a cimentação da peça foi verificado a oclusão através de fita de carbono e realizado os ajustes necessários. Em seguida foram realizados o acabamento e polimento com pontas de silicone e discos diamantados (Figura 9 A-B).

ISSN:
2447-9721

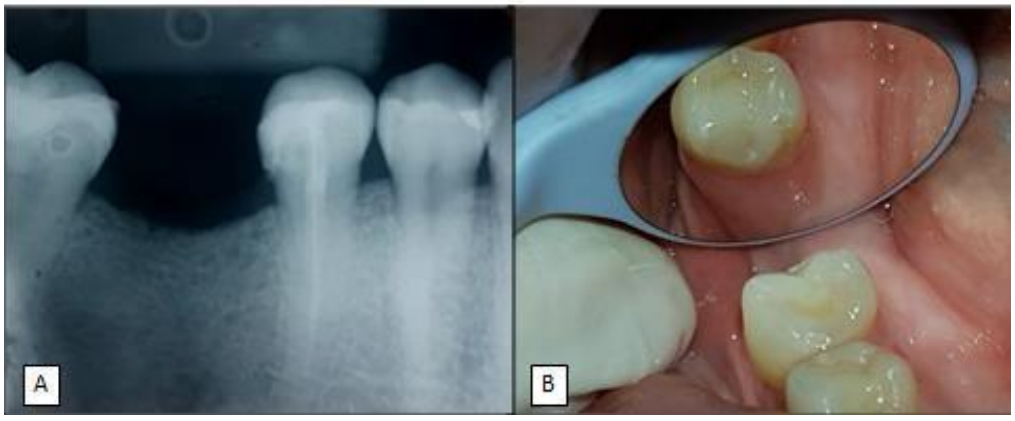


Figura 9: A-B: realização do acabamento e polimento com ponta de borracha e discos de feltro.

Por fim foi realizado uma tomada radiográfica final para verificar a adaptação da restauração semi-direta (Figura 10 A-B).

Figura 10: A- aspecto radiográfico final da restauração semi-direta no dente 45. B- aspecto clínico final da restauração semi-direta do dente 45.

3- Discussão

Baseados em estudos de Torres et al., (2017) nos propomos a investigar se seria possível o tratamento de um pré-molar utilizando a técnica de restauração semi-direta em resina composta associada a um retentor intrarradicular. O principal achado foi o restabelecimento da estética e forma anatômica assim como a função do elemento dentário com sucesso.

A evolução dos sistemas adesivos ampliou o uso de restaurações estéticas, especialmente das resinas compostas (ALHARBI et al., 2013). Desde que foram introduzidas na odontologia no inicio dos anos 1960, esses materiais evoluíram significativamente, possibilitando melhores propriedades mecânicas e resistência ao desgaste, expandindo o seu uso para restaurações posteriores de extensões maiores (FUGOLIN & PFEIFER, 2017). No caso clínico apresentado a escolha pelo material restaurador levou em conta a facilidade e as vantagens oferecidas pelo mesmo, tanto em relação ao seu menor tempo de trabalho quanto a maior preservação da estrutura dental, além de suas propriedades mecânicas.

De acordo com a situação clínica várias técnicas restauradoras podem ser empregadas e melhores indicadas. As restaurações indiretas em resina composta, por exemplo, apresentam várias vantagens em relação às técnicas diretas principalmente quando se referem a cavidades mais extensas. No entanto, exigem a fase laboratorial, aumentando tanto o tempo quanto o custo do trabalho. (ALHARBI et al., 2013). No caso clínico apresentado, a conduta clínica foi realizada levando em consideração as vantagens oferecidas pela técnica semi-direta relacionada ao menor tempo de trabalho, por não exigir fase laboratorial, e por permitir uma melhor escultura, com maior facilidade, para devolução da forma anatômica e estética do dente tratado.

ISSN:
2447-9721

A reconstrução das estruturas anatômicas do elemento dentário durante a restauração além de influenciarem no resultado estético final contribuem também para a longevidade da restauração. Segundo Costa et al., 2014, a reconstrução do formato das cúspides, rebordo marginal, ponte de esmalte favorecem uma oclusão adequada, diminuindo a deflexão das cúspides, e, consequentemente diminuindo a chance de fratura, independente do material utilizado, exercendo influência sobre a resistência dos dentes tratados. A técnica semi-direta por realizar a escultura fora da boca permite que o cirurgião-dentista reconstrua essas estruturas de forma mais fácil e mais precisa comparado com a técnica direta. Outro fator importante diz respeito à contração de polimerização que é uma das principais desvantagens das restaurações diretas em resina composta. Segundo Soares et al., 2017, a contração de polimerização tem sido relacionada a várias consequência clínicas indesejadas como deflexão das cúspides, infiltração marginal, trincas no esmalte, diminuição da resistência de união do material restaurador e sensibilidade pós-operatória. Na técnica aqui apresentada o fator de contração de polimerização é favorável, visto que a restauração é confeccionada fora da boca para ser posteriormente cimentada.

Acreditamos, portanto, que por mais que tenhamos obtido resultado satisfatório através da técnica semi-direta em resina composta neste presente caso clínico, mais estudos são necessários, como estudos clínicos randomizados, a fim de permitir a comparação da técnica descrita com as demais existentes.

4. Conclusão

Dessa forma, concluímos que as restaurações semi-diretas em resinas compostas em dentes posteriores apresentam um resultado clínico satisfatório oferecendo vantagens, não necessitando de fase laboratorial, diminuindo tempo e custo de tratamento, além de oferecer menor contração de polimerização, devolução da forma anatômica e estética do elemento dentário de forma satisfatória.

Referências bibliográficas

1. ALCARAZ MG.R., VEITZ-KEENAN A., SCHMIDLIN PR., DAVIS D., IHEOZOR S.E. Direct composite resin fillings versus amalgam fillings for permanent or adult posterior teeth (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews.** (3), p. 1-39, 2014.

2. ALHARBI A., ROCCA G.T., DIETSCHI D., KREJCI I. Semidirect composite onlay with cavity sealing: a review of clinical procedures. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry.** Vd 26 (2), p. 97-106, 2014.

3. ANGELETAKI F., GKOGKOS A., PAPAZOGLOU E., KLOUKOS D. Direct versus indirect inlay/onlay composite restorations in posterior teeth. A systematic review and meta-analysis**.** **Journal of Dentistry.** Vd 53, p. 12-21, 2016.

ISSN:
2447-9721

4. CARVALHO MA., LAZARI P.C., GRESNIGT M., DEL BEL CURY AA., MAGNE P. Current options concerning the endodontically-treated teeth restoration with the adhesive approach. **Braz. Oral Res.** Vd 32 (74), p. 147-158, 2018.

5. COSTA A.K.F., XAVIER T.A., NORITOMI P.Y., SAAVEDRA G., BORGES A.L.S. The influence of elastic modulus of inlay materials on stress distribution and fracture of premolars. **Operative Dentistry.** Vd 39 (4), p. 160-170, 2014.

6. FUGOLIN A.P.P., PFEIFER C.S. New resins for dental composites. **Journal of Dental Research.** Vd 96 (10), p. 1085-1091, 2017.

7. FURUYA Y., HUANG SH., TAKEDA Y., FOK A., HAYASHI M. Fracture strength and stress distributions of pulpless premolars restored with fiber posts. **Dental Materials Journal.** Vd 33 (6), p. 852-858, 2014.

8. HIGASHI C., ARITA C., GOMES JC., HIRATA R. Estágio atual das resinas indiretas. **Pro-odonto/ Estética - Programa de Atualização em Odontologia Estética**. p.1-48, 2007.

9. LU PY., CHIANG YC. Restoring large defect of posterior tooth by indirect composite technique: a case report. **DENT. J.** Vd 6 (54), p. 1-7, 2018.
10. RODRIGUES K.D., PAIVA S.S.M. A influência do selamento coronário no sucesso do tratamento endodôntico. **Revista da Jopic**. Vd 02 (04), p.15-27, 2019.

11. SOARES C. J., FARIA-E-SILVA A. L., RODRIGUES M. P., VILELA A. B. F., PFEIFER C. S.,, TANTBIROJN D. Tensão de contração da polimerização de resinas compostas e cimentos resinosos - O que precisamos saber ?. **Braz. res oral**. Vd. 31 (62), p. 49-63, 2017.

12. TANG W., WU Y., SMALES R.J. Identifying and reducing risks for potential fractures in endodontically treated teeth. **JOE.** Vd 36 (4), p. 609-617, 2010.

13. TORRES C.R.G., ZANATTA R.F., HUHTALA MF.R.L., BORGES A.B. Semidirect posterior composite restorations with a flexible die technique. **Jada.** Vd 02 (32), p. 1-6, 2017.

Cadernos de Pesquisa
Campus V

ISSN:
2447-9721

REANATOMIZAÇÃO DE INCISIVO LATERAL CONOIDE – RELATO DE CASO CLÍNICO

Weverson SCHIMITH[1], Poliana GOULART Lima Almeida[1], Ana Paula DORNELLAS[2], Elissa Almeida ROCHA[2]

[1]Acadêmico em Odontologia Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
[2]Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência. weversonschimith@gmail.com

Resumo

É cada vez maior a busca por procedimentos estéticos e consequentemente, requer mais qualificação dos profissionais da odontologia. Baseado no exposto, o objetivo foi descrever o tratamento adotado para um incisivo lateral conoide com restauração direta de resina composta, otimizando a técnica com a utilização de uma guia de silicona. Paciente sexo feminino, 47 anos, 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 que seu incisivo lateral era conoide. Em seguida, foi realizado o planejamento para posteriormente a reanatomização com resina composta. Diante disso, conclui-se que parece ser possível a reanatomização de dentes conoides utilizando resina composta, a fim de melhorar a estética.

Palavras Chave: Estética Dentária, Dentística Operatória, Sorriso.

Abstract

The search for aesthetic procedures is increasing and, consequently, requires more qualification of dental professionals. Based on the above, the objective was to describe the treatment adopted for a lateral incisor with direct restoration of composite resin, optimizing the technique with the use of a guide plane in the plaster model. A forty-seven-year-old female patient attended Unig's integrated clinic complaining about the aesthetics of her smile. After the diagnosis confirmed by clinical and radiographic examination, it was found that its lateral incisor was conoid. Then, planning was performed for later composite resin reanatomization. Therefore, it is concluded that it seems to be possible to reanatomize conoid teeth using composite resin in order to improve aesthetics.

Key Words: Esthetics, Dental, Dentistry, Operative, Smiling.

1 – Introdução

Na atualidade a odontologia vem se destacando por vários procedimentos estéticos, tendo em vista que a sociedade está cada vez mais preocupada com a estética em geral. Essa mudança determina que os profissionais da odontologia estejam mais capacitados e atualizados mediante materiais restauradores e técnicas (KEGLER et al., 2009).

Existem inúmeros fatores que podem interferir na estética do sorriso, um deles é a anomalia dentária que pode ser classificada em anomalia de número, tamanho, estrutura e forma (NEVILLE et al., 1998). Um exemplo é o incisivo lateral conoide que é um tipo de anomalia de tamanho, classificada como microdontia isolada (FRANCO et al., 2008). Essa anomalia pode ocorrer devido a fatores sistêmicos, ambientais, locais, hereditários ou traumáticos (SCZEPANIK et al., 2010).

O desenvolvimento de novos materiais e novas técnicas restauradoras têm crescido rapidamente para atender a demanda estética do mercado tendo em vista melhorar a aparência do dente deixando-o mais natural possível de maneira eficaz, conservadora e econômica (FRANCO et al., 2008). Para

ISSN:
2447-9721

reanatomização do incisivo lateral existem diferentes técnicas e materiais que podem ser utilizados como por exemplo: a confecção de coroas totais, facetas de cerâmica, resinas compostas diretas e indiretas, onde cada caso será avaliado levando em conta a solicitação do paciente e suas necessidades, podendo ser submetido a outras especialidades como ortodontia, periodontia e etc. visando devolver não somente a estética mas também a função (VERONEZI et al., 2017).

O tratamento restaurador direto possibilita diversas vantagens visto que reduz consultas clínicas e não tem custo laboratorial, e dispensa a necessidade de preparo ou desgaste onde pode ser reversível tanto para aumento ou para desgaste. Mostrando-se passível de reparo, econômico e conservador se comparado com as técnicas indiretas (CUNHA et al., 2013). Como desvantagem possui a necessidade de controle periódico de acabamento e polimento (VERONEZI et al., 2017). Uma maneira de otimizar a técnica é a confecção de modelos de gesso, enceramento diagnóstico e da confecção de guias de silicone (SCZEPANIK, 2010).

O objetivo deste estudo foi descrever o tratamento adotado para um incisivo lateral conoide com restauração direta de resina composta. Além disso, o relato demostra a utilização de um plano guia em modelo de gesso para otimizar a confecção do trabalho e minimizar possíveis erros.

2– Relato de caso

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

Informações do paciente

Paciente, 47 anos de idade, sexo feminino, compareceu a clínica 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

No exame clinico foi constatado incisivo lateral conoide 22 (Figura 1A). Foi feita a radiografia panorâmica para auxílio do diagnóstico (Figura 1B).



ia panorâmica. Fonte:

ISSN:
2447-9721

Na primeira sessão, foi realizado o planejamento, tendo como primeiro passo a moldagem com alginato e em seguida a obtenção do modelo de estudo. Nessa fase, decidiu-se pela reanatomização do lateral conóide, com o emprego da técnica do enceramento e confecção de guia de silicone para facilitar a reconstituição com resina (Figura 2A). Posteriormente foi provada a guia de silicone na boca da paciente (Figura 2B).



B-Prova da guia de

a 37% por 30 segundos
Universal (FGM)– foi

stema adesivo. Fonte:

lio da guia de silicone.
elecendo-se o contato
foi removida a guia de

ISSN:
2447-9721

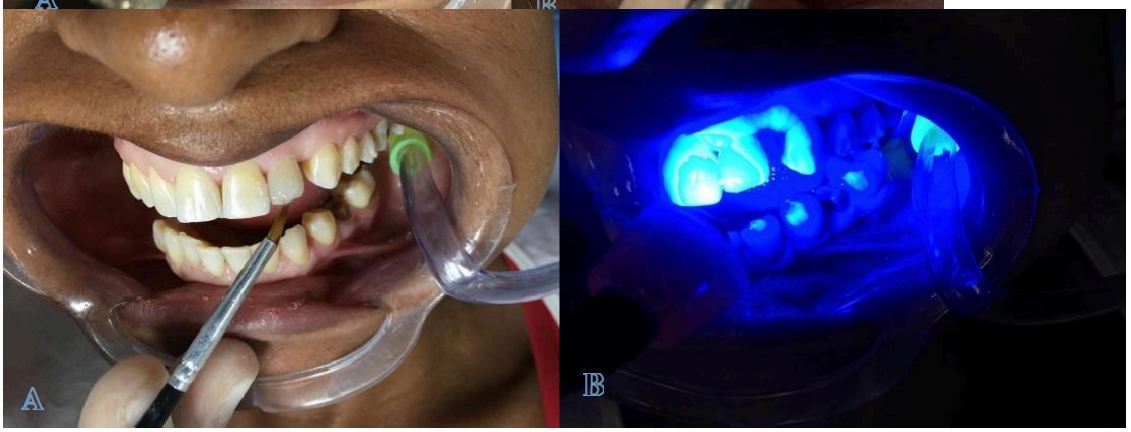


) segundos foi

) com auxílio de uma
ria foi complementada,
o, de aproximadamente
com o Pincel pêlo de

a final de esmalte foi
onte: Autoria própria.

nção da presença de oxigênio que
menda-se que na última camada após
e utilizar o lubrificante KY e
biente e permite a polimerização de



ISSN:
2447-9721

Figura 6: A-Última camada foi protegida com gel K-Y; B-Fotopolimerização por 40 segundos. Fonte: Autoria própria.

Após sete dias, o polimento final foi realizado com discos abrasivos de granulação fina com partículas de óxido de alumínio – Sof-lex (3M) – pasta diamantada com disco de feltro, a fim de proporcionar brilho e lisura às restaurações, de tal forma que se conseguisse um aspecto similar à textura do esmalte adjacente (Figura 7).



Figura 7: Polimento após sete dias, proporcionando brilho e lisura.

3-Discussão

Baseados nos estudos de (FIGUEIREDO et al., 2007) concluímos que a restauração direta com resina composta é um meio viável, eficaz e de baixo custo para reanatomização de dentes conoides. O principal achado foi que o planejamento clínico profissional-paciente é de total importância para obtenção de sucesso no tratamento estético, visto que os anseios do paciente devem ser respeitados.

Baratieri et al., (2014), estabeleceram que em casos de incisivos laterais conoides, a confecção de facetas diretas em resina composta é uma opção adequada para devolver a harmonia do sorriso, o que de acordo com Russo (2010), é permitido graças a evolução da odontologia estética e o bom desempenho que os compósitos resinosos têm apresentado, atingindo de maneira efetiva o pensamento dos pacientes.

Algumas opções de tratamento para este tipo de caso, descritos por (COELHO et al., 2006), pode ser a confecção de facetas, coroas totais, porém requer um desgaste desnecessário a estrutura dental sadia, prejudicando a longevidade clínica das restaurações e possui um custo financeiro significativo. Pode ser apresentada também a terapia ortodôntica como um meio para remover o diastema, no entanto, seria um tratamento muito longo, e que de acordo com o tamanho da microdontia associada não seria alcançado o objetivo.

O conceito da odontologia restauradora na atualidade preconiza que, para todo tipo de procedimento, o cirurgião-dentista deve optar pelo tratamento mais conservador que tem como objetivo preservar a maior parte de estrutura dental sadia. O tratamento deve ser iniciando após um plano de tratamento bem elaborado, onde o profissional tenha como objetivo não apenas conceitos de estética, mas também considerar termos fisiológicos e funcionais para um bom prognóstico de médio e longo prazo. Essa etapa deve ser preconizada e feita com cautela, pois provavelmente é de maior importância para a obtenção de um resultado final de excelência (BARATIERI et al., 2002).

Acreditamos, portanto, que apesar das limitações clínicas da resina composta, neste estudo atingimos um resultado satisfatório utilizando esse material, por suas propriedades estéticas e fácil manipulação. Devido a essa característica, sugerimos ensaios clínicos randomizados, com tempo de acompanhamento maior em dentes tratados pela técnica de restauração direta utilizando resina composta.

ISSN:
2447-9721

4- Conclusão

Pode-se concluir, que a reanatomização com resina composta é uma técnica empregada que se faz eficaz para dentes conoides, contribuindo para a estética dental.

Referências Bibliográficas:

1. BARATIERI, L. N. **Odontologia restauradora: fundamentos e técnica**, v. 1. Santos – SP, 2014.

2. BARATIERI, L. N et al. **Caderno de Dentística: restaurações adesivas diretas com resinas compostas em dentes anteriores**. São Paulo, Livraria Editora Santos, 2002.

3. COELHO, R. G. C. et al. Reanotomização estética em paciente com hipodontia, dente conoide e permanência de elemento decíduo**. RPG. Rev Pos Grad**, v. 17, n. 4, p. 204-208, 2010.

4. CUNHA, C. T. M. et. al., Incisivos Laterais Conóides: Otimização Estética Através do Uso de Resina Composta Direta. **Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 15, n. 4, p. 307-310, 2013.

5. FIGUEIREDO, R. J. A.; ANDRADE, A. K. M.; DUARTE, R. M.; MEDEIROS e SILVA, F. D. S. C. Otimizando a estética por meio de reanatomizações em dentes conóides. **RGO, Porto Alegre**, v. 56, n.3, p. 333-336, 2008.

6. FRANCO, J. de M. et. al., Reanatomização de incisivos laterais conóides: relato de caso. **Rev Odontol**, v. 10, n. 2, p.64-68, 2008.

7. KEGLER, E.; FURUSE, A. Y.; LANDIVAR, J.; MONDELLI, R. F. L.; MONDELLI, J. Tratamento estético em dentes anteriores: rapidez e simplicidade com procedimentos diretos. **Revista Dental Press de Estética**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 64-76, 2009.

8. NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J. E. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 705, 1998.

9. RUSSO, E. M. A. **Dentística: restaurações diretas**. Santos – SP, 2010.

10. SCZEPANIK, F. S. C. **Abordagem restauradora estética de um incisivo lateral permanente superior portador de microdontia**. Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

11. VERONEZI, M. C. et. al., Remodelação estética de dentes conoides: tratamento multidisciplinar. **Revista Digital da Academia Paraense de Odontologia**, Belém, v. 1, n. 1, p.35- 40, maio 2017.