

[2021]

Cadernos de Pesquisa Campus V



Universidade Iguçu – *Campus V*.
Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil.

Vol. 8; Nº.5.

Junho de 2021.

APRESENTAÇÃO

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

CONSELHO EDITORIAL

Eduardo Shimoda, DSc, Univesidade Cândido Mendes
Elissa Almeida Rocha, MSc, Universidade Iguazu
Guilherme Lemos Imbelloni, MSc. – Universidade Iguazu – Campus V
Renan Modesto Monteiro, DSc., Universidade Iguazu
Sérgio Henrique Mattos Machado, MSc. – Universidade Iguazu - Campus V

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

REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR COM PINO DE FIBRA DE VIDRO E FACETA DIRETA EM RESINA COMPOSTA – RELATO DE CASO	3
REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM DENTE POSTERIOR COM CERÂMICA METAL FREE A BASE DE DISSILICATO DE LÍTIO – RELATO DE CASO.	12
TERAPIA PERIODONTAL POR RASPAGEM E RECOBRIMENTO RADICULAR COM ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO, USANDO A TÉCNICA DE BRUNO MODIFICADA, EM PACIENTE COM BOLSA PERIODONTAL E RECESSÃO GENGIVAL: RELATO DE CASO	20
AUMENTO DE TERÇO INCISAL ATRAVÉS DA CONFEÇÃO DE FACETAS DE RESINA COMPOSTA COM GUIA PLATINA – RELATO DE CASO.	34
AGITAÇÃO MECÂNICA DE SOLUÇÕES NO TRATAMENTO ENDODÔNTICO COM USO DE PONTAS PLÁSTICAS EASY CLEAN – RELATO DE CASO.	44
EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR POR PERICORONARITE – RELATO DE CASO	53
GENGIVOPLASTIA: RELATO DE CASO.	59
CLAREAMENTO DENTAL EM DENTES VITAIS – RELATO DE CASO.....	64
RETALHO GENGIVAL PARA TRATAMENTO DE LESÃO DE FURCA: RELATO DE CASO.	70
REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR E INFERIOR CARACTERIZADAS: RELATO DE CASO.	76
FECHAMENTO DO DIASTEMA DE DENTES ANTERIORES COM RESINA COMPOSTA–RELATO DE CASO.	83
ESTÉTICA EM DENTES ANTERIORES COM RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO.	91
EXTRAÇÃO DE 3º MOLAR – RELATO DE CASO.	101
MICROABRASÃO DE ESMALTE EM PACIENTE COM FLUOROSE: UM MÉTODO MINIMAMENTE INVASIVO PARA MELHORAR A ESTÉTICA – RELATO DE CASO---	106
CORREÇÃO ESTÉTICA DA ALTURA GENGIVAL: RELATO DE CASO.	114
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM TEMPOS DE COVID: RELATO DE CASO.	120
TRATAMENTO DO SORRISO GENGIVAL COM TOXINA BOTULÍNICA ESTUDO DE CASO CLÍNICO – RELATO DE CASO.	125

REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR COM PINO DE FIBRA DE VIDRO E FACETA DIRETA EM RESINA COMPOSTA – RELATO DE CASO

FONSECA, F B¹, Elissa Almeida ROCHA², Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Renato Lenoir MARTINEZ²

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

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

*Autor para correspondência. felipebf@live.com

RESUMO

A reabilitação estética anterior tem sido um tratamento muito procurado na atual odontologia adesiva, uma vez que os materiais e técnicas adotadas se aperfeiçoaram. Mediante a isso, o objetivo desse estudo foi apresentar uma reabilitação estética anterior em dentes com tratamento endodôntico, com pinos de fibra de vidro e a facetas direta em resina composta, como uma alternativa viável tanto para o paciente, quanto para o cirurgião-dentista. Paciente, 32 anos de idade, sexo feminino, compareceu a Clínica Odontológica Integrada da Universidade Iguazu – Campus V, queixando-se da estética dos dentes anteriores superiores. Feito o exame clínico e radiográfico constatou-se necessidade de realizar reforço intrarradicular com pinos de fibra de vidro e facetas direta em resina composta nos dentes 11 e 21, a fim de restabelecer a estética e proporcionar melhor qualidade de vida a paciente. O procedimento adotado foi crucial para o resultado satisfatório, uma vez que a conduta clínica foi idealizada para promover o bem-estar da paciente. Dessa forma, conclui-se que a reabilitação com pino de fibra de vidro aliado às facetas diretas em resina composta parece ser uma alternativa eficaz para dentes com tratamento endodôntico em regiões estéticas.

Palavras Chave: Estética; Reabilitação; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Previous aesthetic rehabilitation has been a highly sought-after treatment in current adhesive dentistry, since the materials and techniques adopted have been perfected to achieve high demand. Therefore, the objective of this study was to present the fiberglass pin and the direct facet in composite resin as allies for anterior aesthetic rehabilitation of teeth with endodontic treatment. A 32-year-old female patient attended the Integrated Dental Clinic at the Iguazu University - Campus V, complaining about the aesthetics of the upper anterior teeth. After the clinical and radiographic examination, there was a need to perform intraradicular reinforcement with a fiberglass pin and a direct facet in composite resin on teeth 11 and 21, in order to restore esthetics and provide a better quality of life for the patient. The procedure adopted was crucial for the satisfactory result, since the clinical conduct was designed to promote the patient's well-being. Thus, it is concluded that the rehabilitation with fiberglass pin combined with direct facets in composite resin seems to be an effective alternative for teeth with endodontic treatment in aesthetic regions.

Key Words: Esthetics; Rehabilitation; Quality of Life

1 Introdução

Restaurar dentes tratados endodonticamente, apesar de ser uma prática realizada há anos, ainda é uma conduta muito discutida na odontologia¹. Tal questão ocorre em detrimento das várias possibilidades de abordagem adesiva para reabilitar dentes com extensa destruição coronária, sobretudo, em regiões anteriores onde a estética configura-se um fator crucial, nas quais, por vezes, precisa-se mascarar substratos escurecidos².

Estudos evidenciam que a utilização de retentor intrarradicular pré-fabricado, como o pino de fibra de vidro, aumenta a resistência à fratura de restauração de dentes não vitais severamente destruídos³. Somado a isso, as facetas diretas em resina composta constituem uma alternativa viável em detrimento da praticidade clínica para corrigir cor, forma, tamanho, e ainda aliada aos retentores intrarradiculares para reabilitar dentes com múltiplas restaurações vestibulares⁴. Consoante a isso, adotar como conduta clínica a realização de facetas diretas em resina composta fotopolimerizável logo após reforço coronário com retentor pré-fabricado, configura-se alternativa capaz de restabelecer harmonia mediante a situações que requerem reabilitar função e estética⁵. Apesar da crescente procura pelos pinos de fibra de vidro, os núcleos metálicos fundidos ainda são utilizados por muitos cirurgiões-dentistas, tal fato é decorrente na inexistência de um estudo comparativo, à longo prazo, entre esses dois materiais⁶.

Diante disso, o objetivo do relato foi apresentar o pino de fibra de vidro como conduta clínica prática e satisfatória aliada à faceta direta em resina composta em dentes anteriores não vitais.

2 Relato de caso

Considerações éticas: Toda descrição desse relato de caso está baseada nas diretrizes do *CARE guideline*⁷. O Comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Paciente, 32 anos de idade, sexo feminino, compareceu a Clínica Odontológica Integrada da Universidade Iguazu – Campus V, queixando-se da aparência dos dentes anteriores superiores. Seu histórico médico não é relevante para esse relato. Durante o exame clínico foi analisado que a paciente apresenta dentição incompleta, restaurações insatisfatórias em resina composta e ausência de hábitos parafuncionais. Com base na queixa principal da paciente (optou-se por radiografar os dentes 11 e 21 a fim de verificar o prognóstico do caso, considerando o aspecto clínico do lado direito (figura 1A), aspecto frontal (figura 1B) e aspecto esquerdo (figura 1C). Após realização da radiografia periapical da região constatou-se que os referidos dentes apresentavam os canais devidamente herméticos, com ausência de lesão periapical.



Figura 1: Sequência do aspecto clínico inicial. A- Lado direito. B- Visão frontal. C- Lado esquerdo. Fonte: autoria própria.

Com base nos aspectos clínicos, radiográficos e na queixa principal da paciente, adotou-se como conduta clínica moldagem das arcadas com silicone de condensação (Zetaplus, Zhermack, Itália) para posterior confecção de enceramento diagnóstico. Feito isso, foi elaborado o plano de tratamento integrado para a paciente com foco inicial na região anterior estética. A decisão idealizada foi a reabilitação dos dentes 11, 21 e 22 com pino de fibra de vidro para reforço intrarradicular, e posterior realização de facetas diretas em resina composta, com intuito de devolver qualidade de vida a paciente.

Logo após, com base na radiografia periapical da região constatou-se necessidade de desobstruir 17 milímetros de guta-percha nos dentes 11 e 21, e 15 milímetros no dente 22, para conferir princípios mecânicos adequados. Posto isso, realizou-se isolamento absoluto da região (figura 2) para posterior remoção do material obturador.



Figura 2: Isolamento absoluto do campo operatório.

Fonte: autoria própria.

Logo em seguida, foi selecionado o pino de fibra de vidro 0,5 (White Post DC.E, FGM, Brasil) de acordo com o guia disponibilizado pelo fabricante. Feito isso, removeu-se a devida parcela de material obturador com as brocas de Gates Glidden 2 e iniciou-se o preparo do conduto com a broca específica para o referido pino disponibilizada no kit (White Post DC.E, FGM, Brasil). Posteriormente, prosseguiu-se com o preparo do conduto e do pino de acordo com as orientações do fabricante. Seguidamente, o retentor intrarradicular foi cimentado com cimento resinoso dual cor A2 (Allcem CORE, FGM, Brasil) conforme orientado pelo fabricante, o que conferiu perfeita adaptação (figura 3).



Figura 3: Aspecto clínico após instalação do retentor intrarradicular.

Fonte: autoria própria

Na sessão clínica seguinte, utilizou-se luz negra para identificar somente as restaurações em resina composta (figura 4), com intuito de remover somente o necessário e preservar o máximo de tecido remanescente possível. Optou-se por remover as restaurações

insatisfatórias com ponta diamantada 1014 (KG Sorensen), compatível com os dentes em questão. Em seguida, analisou-se a quantidade de estrutura dentária disponível para o prosseguimento da reabilitação (figura 5). Utilizamos um pequeno incremento da resina Herculite précis – Kerr de cor A2 no esmalte dentário afim de testar a cor, fotoativamos por 20 segundo e hidratamos para conferir a cor, essa foi a for escolhida, após a remoção da resina iniciamos o preparo dental fazendo o bisel com a ponta diamantada 1111 (KG Sorensen), na vestibular dos dentes.



Figura 4: Aspecto clínico após luz negra.
Fonte: autoria própria



Figura 5: Aspecto clínico após remoção das restaurações insatisfatórias.
Fonte: autoria própria

Logo após, iniciou-se o protocolo do sistema adesivo, aplicando o ácido fosfórico 35% (Ultra Etch, Ultradent, Brasil) para um condicionamento ácido seletivo no esmalte por 30 segundos e após foi lavado por 60 segundos e secado (figura 6). O Adesivo de escolha foi o Single Bond Universal - 3M, iniciamos a aplicação da primeira camada com uma gota no aplicador descartável (Coltene) onde foi friccionado rigorosamente sob a superfície por 10 segundos afim de escoar e modificação da superfície. A segunda camada foi usada mais uma gota de adesivo no aplicador descartável e aplicada na superfície de esmalte agora sem friccionar para formar camada e espalhado levemente com jato de ar por 10 segundos para evaporação do solvente. Fotopolimerizar por 10 segundos.



Figura 6: Ácido fosfórico 35% aplicado somente no esmalte. Fonte: autoria própria.

Confeccionou-se a guia palatina no modelo encerado utilizando o silicone de condensação (Zetaplus, Zhermack, Itália) (figura 7A) e, em seguida, testou-se a guia em posição (figura 7B), a fim de iniciar a devida confecção das facetas diretas com resina composta.

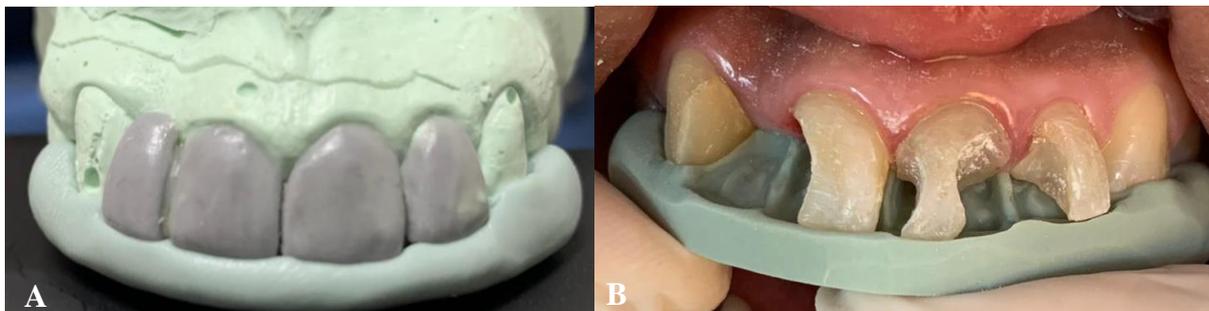


Figura 7: Sequência de confecção da guia palatina. A- Guia palatina no modelo encerado. B- Guia palatina em boca. Fonte: autoria própria.

Na sequência, aplicou-se uma camada fina de resina composta, translúcida, CT (Filtek Z350, 3M, Brasil) em toda guia palatina, logo após foi posicionada e fotoativada por 30 segundos adaptada aos dentes, dando início ao procedimento restaurador pela conformação da face palatina e da incisal (figura 8).



Figura 8: Aspecto clínico após fotoativação da guia palatina. Fonte: autoria própria.

Logo após, realizou-se a aplicação da resina composta de dentina, cor A2D (Forma, Ultradent, Brasil) obedecendo a estratificação natural do dente, tanto em espessura quanto em

largura e altura. Neste momento, foi verificado os detalhes dentinários para reprodução bem definida e para que sejam mimetizados na faceta, e assim obteve-se uma estratificação natural com a resina de dentina. Para que, então, a última etapa fosse realizada, a inserção de resina composta de esmalte A2E (Forma, Ultradent, Brasil) (figura 9). Foram utilizadas espátulas flexíveis, COSMEDENT IPCL, Greensteincolor Safidente - ALMORE, para melhor acomodação dos incrementos de resina composta, bem como o emprego de pinceis de pelo macio, com dimensões adequadas a necessidade. Todos os incrementos foram fotopolimerizados por, pelo menos, 20 segundos, resultando em uma restauração esteticamente satisfatória antes mesmo do acabamento e polimento.



Figura 9: Estratificação em resina composta. Fonte: autoria própria.

Posteriormente, iniciou-se a primeira etapa do acabamento com disco de granulação grossa (Sof-Lex Pop-On, 3M, Brasil) (figura 10).



Figura 10: Início do acabamento das facetas diretas. Fonte: autoria própria.

Na sessão clínica seguinte, removeu-se os excessos de resina composta nas faces cervicais com lâmina de bisturi número 12. Na sequência, desenhou-se as arestas de transição com lápis Caran D'Ache (Prismalo Bicolor, Caran D'Ache SA, Suíça) e desgastou-se com disco de lixa (Sof-Lex Pop-On, 3M, Brasil) de granulação grossa. Em seguida, com a broca carbide multilaminada 30 lâminas realizou-se a textura superficial e a fim de suavizar as marcações optou-se pela borracha de granulação abrasiva (Polidor Jiffy Polisher, Ultradent, Brasil) (figura 11 A- Aspecto clínico direito; 11 B- Visão frontal; 11 C- Aspecto clínico esquerdo).



Figura 11: Aspecto final após acabamento com textura superficial. A- Lado direito. B- Visão frontal. C- Lado esquerdo. Fonte: autoria própria.

Após isso, seguiu-se com a sequência de polimento disponibilizada no kit (Polidor Jiffy Polisher, Ultradent, Brasil). A primeira etapa foi realizada com a borracha de granulação grossa, seguida da granulação média e granulação fina. Posteriormente, utilizou-se o polidor de resina (Opti 1 Step Polisher, Kerr, Brasil), seguido de disco de pelo de cabra com pasta à base de óxido de alumínio (Enamelize, Cosmedent, Brasil). Feito isso, concluiu-se o polimento das facetas diretas em resina composta deixando os dentes envolvidos com aspecto natural (figura 12).



Figura 12: Aspecto final após acabamento com textura superficial. Fonte: autoria própria.

3 Discussão

Baseados nos estudos de Pereira et al.,(2017)⁸ nos propomos a investigar se seria possível reabilitar dentes com tratamento endodôntico utilizando pino de fibra de vidro aliado as facetas diretas em resina composta. A principal constatação após a conclusão do procedimento foi que a referida abordagem técnica se apresentou como alternativa crucial para solucionar o caso em questão, tendo em vista a conduta clínica adotada de forma precisa. Descobrimos na literatura tratamentos alternativos que poderiam ser empregados para atingir o resultado clínico almejado. Contudo, optamos por promover função e estética com a utilização do pino pré-fabricado em fibra de vidro, uma vez que suas características mecânicas são muito satisfatórias para reabilitar dentes severamente destruídos na era da odontologia adesiva⁹.

Especulamos que a reabilitação com pino de fibra de vidro parece ser a alternativa mais viável para dentes anteriores com destruição coronária extensa, uma vez que dispensa etapa laboratorial característica aos núcleos metálicos fundidos. Além disso, quando associada as

resinas compostas apresentam um resultado clínico muito satisfatório por reforçar a estrutura remanescente, e conseqüentemente, reduzir a possibilidade de fratura¹⁰.

Consideramos que as facetas diretas em resina composta tenha sido a opção mais eficaz para reabilitar dentes anteriores após o reforço coronário com retentor intrarradicular pré-fabricado, visto que são mais acessíveis que os laminados cerâmicos e menos invasivos à estrutura dentária remanescente. Outrossim, entendemos que o uso de novas técnicas e condutas clínicas aprimoradas devem ter respaldo na literatura científica, ainda que o marketing atual mencione o contrário¹¹.

No presente estudo atingimos resultado clínico eficaz em virtude da precisão técnica adotada pelos operadores. Com isso, destacamos que o sucesso através da conduta mencionada depende, sobretudo, de um plano de tratamento específico baseado nas particularidades de cada caso. Assim, ressaltamos a necessidade de elaborar um planejamento individualizado a fim de obter resultado clínico satisfatório mesmo em casos mais complexos.

4 Conclusão

Nesse sentido, concluímos que o pino de fibra de vidro aliado às facetas diretas em resina composta parece ser uma alternativa eficaz em reabilitações estéticas anteriores quando o objetivo é devolver forma e função em dentes despulpados com significativa destruição coronária.

Referências Bibliográficas:

1. Garoushi, S., Tanner, J., Keulemans, F., Le Bell-Rönnlöf, A. M., Lassila, L., & Vallittu, P. K. (2020). Fiber Reinforcement of Endodontically Treated Teeth: What Options Do We Have? Literature Review. *The European journal of prosthodontics and restorative dentistry*, 28(2), 54–63. https://doi.org/10.1922/EJPRD_2002Garoushi10
2. Carvalho, M. A., Lazari, P. C., Gresnigt, M., Del Bel Cury, A. A., & Magne, P. (2018). Current options concerning the endodontically-treated teeth restoration with the adhesive approach. *Brazilian oral research*, 32(suppl 1), e74. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0074>
3. Jurema, A., Filgueiras, A. T., Santos, K. A., Bresciani, E., & Caneppele, T. (2021). Effect of intraradicular fiber post on the fracture resistance of endodontically treated and restored anterior teeth: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of prosthetic dentistry*, S0022-3913(20)30804-0. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2020.12.013>
4. Yanikian, C., Yanikian, F., Sundfeld, D., Lins, R., & Martins, L. (2019). Direct Composite Resin Veneers in Nonvital Teeth: A Still Viable Alternative to Mask Dark Substrates. *Operative dentistry*, 44(4), E159–E166. <https://doi.org/10.2341/18-220-T>
5. Abreu, R., Schneider, M., & Arossi, I. A. (2013). Reconstrução anterior em resina composta associada a pino de fibra de vidro: relato de caso. *Revista Brasileira de Odontologia*, 70(2), 156-159.

6. Prado, M. A. A., Kohl, J. C. M., Nogueira, R. D., & Geraldo-Martins, V. R. (2014). Retentores intrarradiculares: revisão da literatura. *Journal of Health Sciences*, 16(1).
7. Riley DS, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. 2017. pii: S0895-4356(17)30037-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.02.
8. Pereira, N., Cordeiro, R. K., Mello, A. M. D., & Mello, F. A. S. (2017). Pino de fibra de vidro associado à restauração classe IV e faceta direta em resina composta em dente anterior: Relato de caso. *Revista Gestão & Saúde*, 16(1), 21-9.
9. Leal, G. S., Souza, L. T. R., Dias, Y. V., & Lessa, A. M. G. (2018). Características do pino de fibra de vidro e aplicações clínicas: uma revisão da literatura. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 12(42), 14-26.
10. Melo, A. R. S. D., Almeida, A. N. C. L. D., Sales, T. L. D. L., Madureira, I. T., Figueiroa, A., & Leite, E. B. D. C. (2015). Reconstrução de dentes severamente destruídos com pino de fibra de vidro. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, 14(3), 725-728.
11. Araujo, E., & Perdigão, J. (2021). Anterior Veneer Restorations - An Evidence-based Minimal-Intervention Perspective. *The journal of adhesive dentistry*, 23(2), 91–110. <https://doi.org/10.3290/j.jad.b1079529>

REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM DENTE POSTERIOR COM CERÂMICA METAL FREE A BASE DE DISSILICATO DE LÍTIO – RELATO DE CASO

WON HELD, E¹; FRANCO, R¹; Hugo Cezar N ALVIM², Claudio PELLEGRINI², Bruno da Silva INÁCIO²

¹ Discente do curso de Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

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

*Autor para correspondência. emilywonheld@gmail.com

RESUMO

Os padrões estéticos atuais que buscam um sorriso de cor natural e alinhado, correm nos últimos anos devido a evolução, os materiais cerâmicos para reabilitação de dentes posteriores tem sido amplamente divulgado e utilizado, principalmente após o advento das estruturas de reforço livre de metal, e também a possibilidade de uni-las á estrutura do dente por meio de sistemas adesivos e cimentos resinosos. Esse caso mostra a reabilitação unitária livre de metal. Além disso serão descritas todas as etapas clinicas para a confecção de uma coroa, visando um resultado estético e duradouro. Paciente de 45 anos, sexo feminino, compareceu a clínica odontológica da UNIG queixando-se de dente sem função e extensa restauração com estética insatisfatória. Após diagnostico e exame clinico e radiográfico chegamos a conclusão em realizar uma coroa total livre de metal no elemento 46 que foi reabilitado, devolvendo função e estética, com um material que tem ótima resistência e flexibilidade, ao final do tratamento observamos que houve reabilitação como o esperado.

Palavras Chave: Metal Free; Dissilicato de Lítio; Estética; Adesão;

Abstract

The current aesthetic patterns that seek a smile of natural color and aligned, run in recent years due to evolution, ceramic materials for rehabilitation of posterior teeth has been widely disseminated and used, mainly after the advent of metal-free reinforcement structures, and also the possibility of joining them to the tooth structure by means of adhesive systems and resin cements. This case shows the metal-free unitary rehabilitation. In addition the all clinical stages for the preparation of a crown will be described, aiming at an aesthetic and lasting result. 45-year-old female patient attended UNIG dental clinic complaining of a tooth with no function and extensive restoration with unsatisfactory aesthetics. After diagnosis and clinical and radiographic examination we reached the conclusion in performing a metal free total crown in the element 46 that was rehabilitated, returning function and aesthetics, with a material that has great resistance and flexibility, at the end of the treatment we observed that there was rehabilitation as expected.

Key Words: Metal Free; Lithium Disilicate; Aesthetics; Accession;

1 – Introdução

Com a chegada dos tempos modernos, a exigência estética é cada vez maior, assim possibilitou o desenvolvimento de materiais dentários cada vez mais realistas, simulando os dentes naturais. Nesse contexto as cerâmicas usadas na odontologia que surgem no início do século XX, ganham cada vez mais destaque nos laboratórios de pesquisa, de forma que as cerâmicas que antes eram restritas a regiões anteriores pudessem ser utilizadas também em restaurações posteriores¹.

As expectativas e exigências estéticas dos pacientes aumentam cada vez mais, em vista disso, nos últimos anos houve uma valorização da odontologia estética, para regiões anteriores e também para posteriores, que resultou no desenvolvimento de materiais restauradores não metálicos e uma expansão na sua indicação e uso clínico².

As cerâmicas utilizadas para confecção de restaurações metalocerâmicas possuem translucidez comparada os dentes naturais, apresentam baixa temperatura de fusão, não corroem e são resistentes aos fluidos orais. Mas apresentam baixa resistência a flexão e elevada dureza, a qual poderá apresentar abrasão dos dentes opostos³.

O sistema cerâmico à base de dissilicato de lítio, tem se mostrado altamente promissor, pois possibilita restaurar a forma e função dentária com as características estéticas de cor, translucidez e opacidade, biomimetizando a estrutura dentária. Tem como objetivo restabelecimento da função com um sistema à base de dissilicato de lítio, apresentando o tratamento protético mediante a confecção de uma coroa total em dente posterior que vem tendo uma excelente resposta estética e funcional. O sistema cerâmico utilizado se mostra um material versátil e uma excelente alternativa restauradora, sendo fundamental na obtenção de bons resultados devido a alta estética aliada às suas excelentes propriedades mecânicas⁴.

O objetivo do presente estudo foi descrever a reabilitação estética e funcional para um molar com perda de estrutura oclusal, com uma restauração indireta em cerâmica a base de dissilicato de lítio.

2– Relato de caso

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

Informações do paciente

Uma mulher de 45 anos de idade, sexo feminino, compareceu ao consultório odontológico queixando-se de restauração extensa com estética insatisfatória após tratamento endodôntico. 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 dentição permanente incompleta, ausência de hábitos para funcionais, e apresentava mordida cruzada. Livre de lesões cariosas, mas com restaurações em alguns vários elementos. Sendo que o dente 46 apresentava preparo overlay sem preservação de cúspide, e estética comprometida

No exame radiográfico periapical observou-se que o primeiro molar inferior direito (46) apresentava tratamento endodôntico satisfatório, pino de fibra de vidro no canal disto-lingual e núcleo de preenchimento satisfatório, além de boa inserção óssea e ausência de lesão periapical e cárie (Figura 1).



Figura 1: Fotografia inicial, mostrando o elemento 46 com tratamento endodôntico satisfatório e ausência de lesão periapical. Fonte: Autoria própria

Intervenção terapêutica

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos chegou-se à conclusão que o tratamento para o dente em questão foi a reabilitação do elemento 46 com coroa total em cerâmica a base de disilicato de lítio.

Após a análise, visto que o elemento estava com um núcleo de preenchimento satisfatório, bastante estrutura dentária, e preparo insatisfatório (figura1) foi realizado Refinamento do preparo para coroa total, visando preservar o máximo de estrutura sadia.



Figura 2: dente 46 com núcleo de preenchimento satisfatório

O preparo foi iniciado com broca esférica 1014 nas faces vestibular e lingual no sulco marginal cervical até aproximar do ponto de contato do dente vizinho. A profundidade do sulco é de aproximadamente 0,7 mm com a broca em 45° em relação à parede do dente. Em seguida, foram realizados três sulcos de

orientação na face vestibular e lingual. A broca 3215 foi introduzida em torno de 1,0 mm na vestibular, 0,8 mm na lingual (acompanhando as inclinações do dente) e na oclusal 1,2 mm. Inicialmente esses desgastes foram feitos apenas em uma metade do dente para que fosse observado se as inclinações e os princípios estavam sendo obedecidos e se a quantidade de desgaste estava correta. Com isso, a metade que estava íntegra foi preparada.

Nas faces proximais o desgaste foi realizado com a broca 2200 até quando se obteve distância mínima de 1 mm entre o término cervical do preparo e o dente vizinho (sempre com matriz de aço nos dentes vizinhos para que não ocorresse desgaste acidental dos mesmos). Com a broca 3215, os sulcos de orientação foram unificados.



Figura3: após realização de preparo, acompanhando inclinação e anatomia do elemento

A resina acrílica autopolimerizável foi preparada e quando atingiu a fase plástica foi manuseada em formato de bola e levada a boca do paciente e realizada oclusão para registro do antagonista,(figura4A) após esperar a iniciação da presa foi removida e devidamente reembasada para melhor adaptação foi feito a marcação do limite cervical e realizado acabamento e polimento do provisório com broca maxicut e kit de polimento American burrs (Figura4B). Posteriormente, o provisório foi cimentado com cimento fosfato de zinco, foram colocadas quatro gotas de líquido e uma medida pequena de pó sobre a placa de vidro. O pó foi dividido em quatro partes iguais e uma das quatro partes foi dividida em duas partes iguais. A mistura foi iniciada juntando o pó ao líquido por partes e usando uma ampla área da placa. Após obter uma massa lisa e de consistência correta, o cimento foi colocado às margens da peça. A peça foi levada a boca do paciente, onde a mesma aguardou a prese completa do material cimentante (Figura4C)

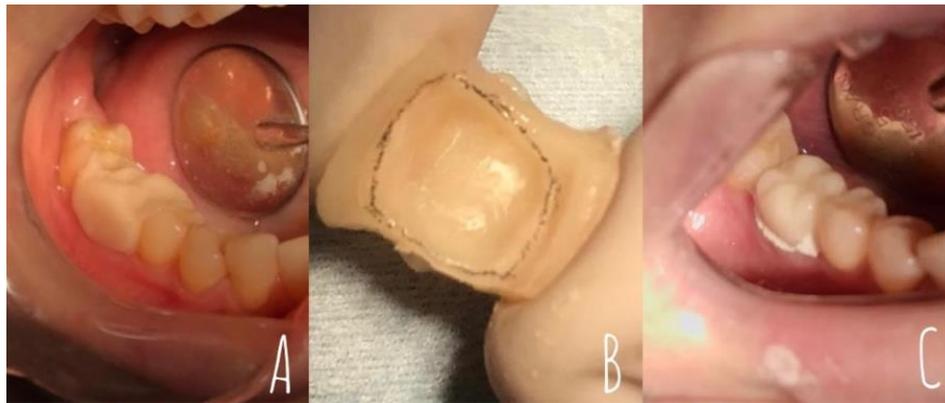


Figura 4A-resina acrílica inserido e após registro oclusal. B- Provisório retirado do molde após presa. C- Provisório cimentado, antes de remoção dos excessos de cimento. Fonte: Autoria própria.

Em uma próxima consulta clínica, o provisório foi retirado e ao redor do preparo, foi colocado um fio retrator 000 subgengivalmente (ultrapack/ ultradent) embebido em hemostático (Figura 5) Após, o silicone de condensação de base pesada foi manipulada, posicionado em moldeira parcial inferior metálica levada a boca, feito pequenos movimentos laterais para alívio e aguardou presa final. Em seguida o material leve foi proporcionado em uma placa de vidro manipulado e levado a boca junto com o material pesado na moldeira. O antagonista superior também na moldeira parcial foi moldado com alginato, e foi feito registro de mordida com a cera 7. A cor selecionada para o trabalho foi A3,5 na cervical e A3 no terço médio e oclusal. Os moldes foram vasados em gesso especial tipo IV encaminhados para o laboratório de prótese.



Figura5:Fio retrator colocado ao redor do preparo. Fonte: Autoria própria.

Posteriormente o laboratório de prótese encaminhou a coroa total em EMAX, iniciamos o condicionamento da peça, com ácido fluorídrico a 10% por 20 segundos (figura6A), após lavamos em água abundante, aplicamos o ácido fosfórico a 37% por 30 segundos para melhor limpeza da peça (figura6B), também lavada em água abundante e seco com jato de ar, após finalizar o condicionamento ácido da peça, aplicamos o silano, primeira camada, seco com jato de ar, aplicou-se a segunda camada e esperou por 5 minutos e em seguida o agente de união (adesivo Ambar universal/FGM) sem polimerização do mesmo. No dente foi realizado do condicionamento ácido, com ácido fosfórico 37%, lavamos por 15 segundos, e aplicamos o agente de união (adesivo Ambar

universal/FGM) também sem polimerização do mesmo. Após iniciamos a cimentação da prótese, com cimento resinoso dual allcem core cor A2 (FGM) (figura6C).



Figura 6: A- Coroa recebendo ácido fluorídrico; B coroa recebendo ácido fosfórico; C- coroa recebendo cimento resinoso.

A peça devidamente posicionada e cimentada (figura7A), após paciente ficou em oclusão e aguardamos 5 minutos para presa química do cimento, depois limpeza dos excessos e em seguida foi feita polimerização por sessenta segundos em cada face do dente. Pequenos ajustes oclusais foram realizados (Figura7B) utilizando papel carbono e kit de acabamento e polimento american burrs.



Figura7: A: coroa sendo cimentada; B: coroa livre de excessos

3- Discussão

Baseado nos estudos de Juloski et al⁵; o sucesso do tratamento de dentes endodonticamente tratados e com coroa severamente destruída depende não só de tratamentos endodônticos e restauradores como também da preservação da maior quantidade possível de estrutura coronária e radicular, principalmente do terço cervical, para a obtenção do efeito férula, otimizando o comportamento biomecânico dos dentes, quando esses fatores são alcançados conseguimos uma harmonia e restauração com prognóstico favorável.

Também baseado nos estudos de Magne et al⁶; a falta de estrutura está associada diretamente a uma menor taxa de sucesso do tratamento, estudos apontam que a férula como o principal fator para aumentar a resistência a fratura, dentes com mais de 50% de estrutura tem muito mais chance de sobreviver a impactos e atritos, os autores concluem que a presença de férula de 2mm ou mais tem efeito positivo na resistência a fraturas, a férula adequada combinada com núcleo de preenchimento e pino de fibra de vidro parece imitar a estrutura e comportamento biomecânico de um dente natural, todo o conjunto imita propriedades da junção dentina esmalte, portanto a preservação da estrutura coronária e de suma importância, a abordagem minimamente invasiva está diretamente ligada a sobrevivência do trabalho restaurador.

Nesse caso a paciente queixava-se de estética insatisfatória e perda da função, o tratamento realizado levamos em consideração a quantidade de remanescente coronário e o tratamento endodôntico que estava satisfatório e tinha um ótimo prognóstico. O material de escolha foi cerâmica vítrea reforçada por dissilicato de lítio, que tem uma resposta excelente, se refere o autor Willard et al⁷; tem ótimas propriedades mecânicas e ópticas, como sua translucidez e cor.

A adesão está diretamente ligada a longevidade do trabalho, o autor Alves et al⁸; diz que através da cimentação se procura obter uma boa retenção e adequado selamento marginal, e a seleção ou manipulação indevida pode afetar a longevidade de uma restauração indireta. Os cimentos resinosos permitem a obtenção da união química quando associada ao agente de união aplicada sobre a superfície dentária e o material restaurador. Segundo Padilha et al⁹; essa união possibilita a realização de uma cimentação adesiva que proporciona um aumento da resistência á fratura do dente restaurado, minimizando a ocorrência de microinfiltração, além da opção de cores, que auxilia na obtenção de resultado estético mais favorável.

Para que fosse utilizada a coroa total o dente foi preparado e desgastado através da técnica da silhueta, de Almeida Campos et al¹⁰; diz que permite acompanhar a conicidade e convergência do dente, guiado pela espessura da broca, com isso conseguimos a expulsividade e paralelismo ideal das paredes, respeitando os princípios mecânicos e biológicos, e concluímos com a utilização dessa e outras técnicas descritas conseguimos o resultado esperado para o tratamento, e a longevidade do trabalho

4- Conclusão

Conclui-se que a utilização dos materiais descritos e as técnicas mencionadas foi possível realizar a reabilitação de um molar endodônticamente tratado, usando cerâmica reforçada por dissilicato de lítio, devolvendo uma ótima estética e função.

Referências Bibliográficas:

1. Aguiar, E. M. G., Rodrigues, R. B., Lopes, C. D. C. A., da Silveira Júnior, C. D., Soares, C. J., & Novais, V. R. (2016). Diferentes sistemas cerâmicos na reabilitação oral: relato de caso clínico. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 25(72).
2. Paulillo, L. A. M., Serra, M. C., & Francischone, C. E. (1997). Cerâmica em dentes posteriores. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 6(22).

3. Gomes, E. A., Assunção, W. G., Rocha, E. P., & Santos, P. H. (2008). Cerâmicas odontológicas: o estado atual. *Cerâmica*, 54(331), 319-325.
4. Mathias, A. P., Tsuzuki, F. M., de Souza, B. A. V., de Souza Bigueti, G., de Carvalho, J. C. Z., Sábio, S. S., & Bispo, C. G. C. (2018). REABILITAÇÃO ESTÉTICO FUNCIONAL COM E-MAX. *REVISTA UNINGÁ*, 55(1), 155-165
5. Juloski, J., Radovic, I., Goracci, C., Vulicevic, ZR, & Ferrari, M. (2012). Efeito ferrolho: uma revisão da literatura. *Journal of endodontics* , 38 (1), 11-19.
6. Carvalho, M. A. D., Lazari, P. C., Gresnigt, M., Del Bel Cury, A. A., & Magne, P. (2018). Current options concerning the endodontically-treated teeth restoration with the adhesive approach. *Brazilian oral research*, 32.
7. Willard, A. e Gabriel Chu, TM (2018). A ciência e a aplicação da cerâmica odontológica IPS e.Max. *The Kaohsiung journal of medical sciences* , 34 (4), 238–242. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2018.01.012>
8. Alves, D. J. S. (2019). *Cimentação definitiva em prótese fixa: procedimentos convencionais e adesivos* (Doctoral dissertation).
9. Padilha, S. C., Oertli, D. C. B., Pereira, K. L., Filhor, P. F. M., & da Silva, C. H. V. (2008). Cimentação adesiva resinosa/Cimentation resinous adhesive. *IJD. International Journal of Dentistry*, 2(2), 262-265.
10. de Almeida Campos, P. E. G., Duarte, J. L. P., da Silva Fraga, R., Moreira, A. M. V., de Almeida Ribeiro, F., Miragaya, L. M., & da Silva Fraga, O. A. (2019). Técnica de silhueta aplicada em preparação odontológica-relato de caso. *Revista Brasileira de Odontologia*, 76, 1-4.

TERAPIA PERIODONTAL POR RASPAGEM E RECOBRIMENTO RADICULAR COM ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO, USANDO A TÉCNICA DE BRUNO MODIFICADA, EM PACIENTE COM BOLSA PERIODONTAL E RECESSÃO GENGIVAL: RELATO DE CASO

**HOSKEN, J M^{1*}; José Luiz MIQUILITO², Diogo Elias MIQUILITO², Sarah Saraiva SORRENTINO²,
Aline Manhães PESSANHA²**

¹ Discente do curso de Odontologia da UNIG – Campus V – Itaperuna. RJ, Brasil.

² Docente do curso de Odontologia da UNIG – Campus V – Itaperuna. RJ, Brasil.

*Autor para correspondência: joamarcelohosken@outlook.com.com

RESUMO

O presente artigo aborda a relação de pacientes com bolsa periodontal e recessão gengival, e seus possíveis tratamentos, sendo o tratamento de escolha a combinação da técnica de raspagem com a de recobrimento radicular através de enxerto de tecido conjuntivo, usando a técnica de Bruno modificada. Por meio disso, o objetivo desse trabalho foi relatar qual a eficiência da combinação das técnicas de raspagem radicular e recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo em um paciente com bolsa periodontal e recessão gengival. Paciente 55 anos de idade, sexo feminino, Faioderma, compareceu a clínica da UNIG queixando-se de sensibilidade dentária e retração gengival múltipla, para isso foram feitos a anamnese, exame físico e exame radiográfico, os quais levaram a determinar o plano de tratamento, sendo ligado a realização de uma terapia de raspagem periodontal, seguida de uma técnica de recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo, usando a técnica modificada de Bruno. Após a aplicação das terapias foi possível obter um quadro onde há saúde periodontal, em que houve uma remissão da sensibilidade ao calor e ao frio, e que também ocorreu um ganho de volume mucoso e de altura interpapilar, o qual gerou resultados estético na região de posteriores com a diminuição dos Black Spaces, além da satisfação da paciente. De maneira que foi possível concluir, que nesse caso, a combinação da técnica de raspagem com a técnica de enxerto conjuntivo se tornou um grande sucesso, devido aos resultados gerados após sua aplicação.

Palavras-chaves: Bolsa Periodontal, Retração Gengival, Raspagem Dentária, Transplante Autólogo.

ABSTRACT

This article addresses the relationship of patients with periodontal pouch and gingival recession, and their possible treatments, with the treatment of choice being the combination of the scraping technique with that of radicular covering using connective tissue graft, using the modified Bruno technique. Therefore, the objective of this work was to report the efficiency of the combination of the techniques of root scraping and root covering with connective tissue graft in a patient with periodontal pocket and gingival recession. A 55-year-old female patient, Faioderma, attended the UNIG clinic complaining of tooth sensitivity and multiple gingival retraction. For that, anamnesis, physical examination and radiographic examination were carried out, which led to the determination of the treatment plan, being connected to a periodontal scraping therapy, followed by a radicular covering technique with connective tissue graft, using Bruno's modified technique. After the application of therapies it was possible to obtain a picture where there is periodontal health, in which there was a remission

of sensitivity to heat and cold, and that there was also a gain in mucous volume and interpapillary height, which generated aesthetic results in the region of with the reduction of Black Spaces, in addition to patient satisfaction. So it was possible to conclude that in this case, the combination of the scraping technique and the conjunctive graft technique became a great success, due to the results generated after its application.

Keywords: Periodontal Pocket, Gingival Recession, Dental Scaling, Transplantation, Autologous.

Introdução

Existem vários tipos de terapias periodontais para tratar pacientes com bolsa periodontal e recessão gengival, dentre elas temos a raspagem periodontal e as técnicas de recobrimento radicular. A raspagem periodontal pode ser supra ou sub-gengival, e tem como principal fator a remoção mecânica do biofilme, bactérias e cálculos através do uso de instrumentais. Sendo bastante eficaz na redução do sangramento a sondagem delicada, na diminuição da profundidade a sondagem e no ganho de inserção clínico¹. Já o recobrimento radicular, é um método que irá usar um enxerto conjuntivo, de maneira a tentar ganhar espessura, altura e inserção, visando a cobertura total da raiz, a melhora na estética do paciente e a diminuição da sensibilidade dentária^{2,3}.

Há vários estudos sobre as diversas terapias periodontais que podem ser usadas para tratar os pacientes com bolsa e recessão gengival, desde estudos que visam o impacto da colonização microbiana na bolsa periodontal e sua relação com as terapias¹, a estudos que comparam enxertos de tecido conjuntivo e regeneração tecidual guiada para recobrimento radicular⁴, e a também técnicas que usam derivados de matriz de esmalte e enxerto com osso autógeno para regeneração periodontal⁵.

Sobre a bolsa periodontal e a recessão gengival, sabemos que, geram inúmeros problemas ao paciente, dentre eles a exposição do colo radicular do dente, a hipersensibilidade dentária, o comprometimento estético e os nichos que favorecem o acúmulo de placa bacteriana, que se não tratados podem levar até a perda dentária. Para evitar essas injúrias, geradas pela bolsa periodontal e a recessão gengival, a realização de uma boa terapia de base, como a raspagem, seguida de uma técnica de recobrimento radicular, com enxerto de tecido conjuntivo, se demonstram como uma excelente alternativa, pois a raspagem é comprovadamente eficaz na redução da microbiota bucal, placa e cálculo, que são causadores da doença periodontal, dessa forma eliminando o agente causador, impedindo o progresso da doença e auxiliando na remissão dos sítios afetados¹, coadjuvante a isso se dá o enxerto conjuntivo que tem a função de fazer o recobrimento radicular, de maneira a ganhar espessura, altura e largura do periodonto de proteção e sustentação, resolvendo tanto a sintomatologia, quanto a estética, que não seria possível apenas com a raspagem, de modo a se tornarem a combinação ideal de técnicas para esse tipo de tratamento^{2,3,6,7}.

O objetivo desse relato de caso é demonstrar a eficiência da combinação das técnicas de raspagem radicular e recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo, usando a técnica de Bruno modificada, em paciente com bolsa periodontal e recessão gengival, de maneira a recuperar o periodonto e resolver a sintomatologia.

Relato de Caso

Considerações Éticas: Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁸. O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de

caso clínico. A paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informações do paciente

Paciente 55 anos de idade, sexo feminino, Faioderma, compareceu a clínica da UNIG queixando-se de sensibilidade dentária e retração gengival múltipla. Na Anamnese, identificamos que a paciente apresentava sensibilidade dentária ao calor e ao frio, principalmente na região de dentes póstero-superiores, hipertensão arterial controlada, bruxismo, que fumava e bebia as vezes, e que também sentia dor nas ATMs, sendo usuária de placa de bruxismo.

Achados clínicos e radiográficos

No exame físico foi verificado a presença de uma linha branca na mucosa jugal na altura da oclusal dos dentes, estalos nas ATMs, desconforto a palpação muscular. Ao se verificar o odontograma foram encontradas nos dentes 15, 16, 17, 18, 26, 27, 28, 48, 47, 35, 37, 38 restaurações oclusais de amálgama, coroa metálica fundida no dente 34, coroa em cerâmica no dente 14 e ausências dentárias dos elementos 46 e 36 (Figura-1).



Figura-1: visão frontal dos arcos superior e inferior.

Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Foi realizado o periograma, no qual se realizou a sondagem com a sonda milimetrada (sonda milimetrada oms c/ north carolina, MILLENNIUM, Brasil). Nele se constatou presença de biofilme e cálculo nos dentes, também se verificou a presença de bolsa periodontal nos dentes 17, 16, 13, 26, 27, 28, 48, 47, 37 e 38, recessão gengival no hemi-arco superior direito do elemento 11 ao 16, no hemi-arco inferior direito do dente 41 ao 45 e também o 47 (Figura-2),



Figura-2: imagem do hemi-arco direito, superior e inferior.
Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

no hemi-arco superior esquerdo do dente 21 ao 26, e no hemi-arco inferior esquerdo do dente 31 ao 35 e o 37(figura-3).



Figura-3: imagem do hemi-arco esquerdo, superior e inferior.
Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Não foi encontrado presença de mobilidade dentária e nem exposição de furca na arcada da paciente.

No exame radiográfico, fez-se uma panorâmica para averiguar a condição geral periodontal da paciente, na qual se apresentou perda óssea em todos os dentes, com maior severidade na mesial do 37 e 47, em vista inclinação dentária e ausência dos elementos 36 e 46 (Figura 4).



Figura-4: Radiografia Panorâmica da Paciente.
Fonte: Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Avaliação diagnóstica

Devido ao quadro de acúmulo de placa bacteriana e cálculo, presença de bolsa periodontal, recessão gengival e reabsorção óssea se pode concluir que a paciente apresentava periodontite crônica generalizada, que foi agravada devido a sua oclusão. O álcool e o cigarro podem ter mascarado a sintomatologia da paciente, o que levou a demora na procura do cirurgião dentista e o estabelecimento de um quadro mais avançado da doença. Sobre suas condições sistêmicas avaliamos a paciente como ASA II, em vista hipertensão arterial controlada, podendo se realizar procedimentos cirúrgicos sem grandes riscos à saúde e a integridade corporal. Com isso foi traçado o plano de tratamento, no qual se baseou nas técnicas de raspagem periodontal e recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo, permitindo um prognóstico bom, dentro do quadro da paciente.

Intervenção terapêutica

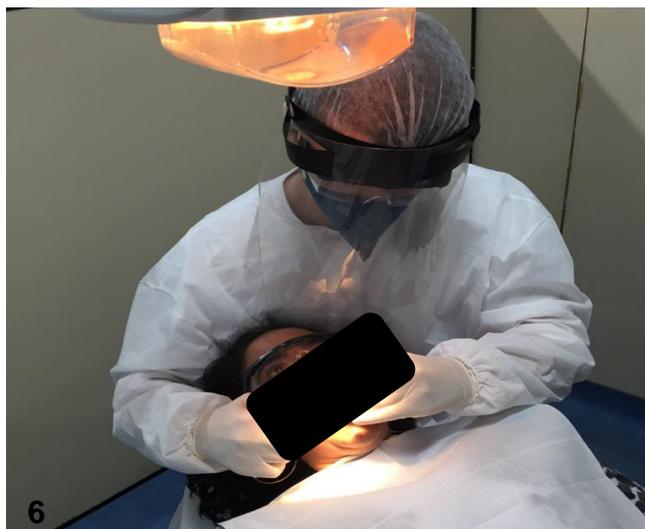
Na intervenção terapêutica foi eleito que se iria começar com a raspagem do arco superior, sendo primeiro feito bochecho com clorexidina 0,12% seguido de profilaxia bucal com a pasta profilática (Pasta Profilática Herjos com Flúor, Coltene, Brasil) em toda a boca, após isso foi selecionado os instrumentais, nos quais foram usados as Curetas de Gracey 5-6, 9-10, 11-12 e 13-14 (Curetas de Gracey, MILLENNIUM, Brasil) nas partes supra e sub-gengival dos dentes, a foice 0-01 (Foice, MILLENNIUM, Brasil) auxiliando nas proximais mais justapostas em nível supra gengival, e as Lima Hirschfeld 5-11 (Lima Hirschfeld, MILLENNIUM, Brasil) para usos sub-gengivais em bolsas mais profundas. Usou-se clorexidina a 0,12% para irrigar as bolsas periodontais como método auxiliar a remoção do biofilme, e instrução de higiene oral após término do procedimento (Figura-5).



5 Figura-5: Raspagem do Arco superior.

Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Na Terceira consulta foi realizado a raspagem do arco inferior, na qual foi feito bochecho com clorexidina 0,12% seguido de profilaxia bucal com a pasta profilática (Pasta Profilática Herjos com Flúor, Coltene, Brasil) em toda a boca, após isso foi selecionado os instrumentais, nos quais foram usados as Curetas de Gracey 5-6, 9-10, 11-12 e 13-14 (Curetas de Gracey, MILLENNIUM, Brasil) nas partes supra e sub-gengival dos dentes, a foice 0-01 (Foice, MILLENNIUM, Brasil) auxiliando nas proximais mais justapostas em nível supra gengival, e as Lima Hirschfeld 5-11 (Lima Hirschfeld, MILLENNIUM, Brasil) para usos sub-gengivais em bolsas mais profundas. Usou-se clorexidina a 0,12% para irrigar as bolsas periodontais como método auxiliar a remoção do biofilme (Figura-6), e foi passado a medicação pré-operatória, para se realizar o recobrimento radicular com o enxerto de tecido conjuntivo, a qual se consiste no uso interno (via oral) de 4g de amoxicilina 1 hora antes da cirurgia, de dexametasona 8 mg uma hora antes da cirurgia, e por último, através de uso externo, fazer bochecho com clorexidina 0,12%, 2 vezes ao dia (manhã/noite), 3 dias antes da cirurgia.



6 Figura-6: Raspagem do Arco inferior.

Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Na Quarta consulta e com a remoção dos agentes causadores da doença, foi eleito se realizar a técnica de recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo, usando a

técnica de Bruno modificada. Primeiro se pediu para a paciente fazer bochecho com clorexidina a 0,12%, depois de posicionada na cadeira, foi realizado antissepsia extra-oral da paciente, seguido da cobertura com plano cirúrgico de TNT estéril, de maneira a se analisar a região que compete da distal do 1° pré-molar a mesial do 2° molar (Figura-7).



Figura-7: Registro pré-cirúrgico da região que compete da distal do 1° pré-molar a mesial do 2° molar.

Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Após isso foi realizada anestesia local com cloridrato de lidocaína a 2% com vasoconstritor epinefrina (ALPHACAINE, DFL, Brasil) no lado direito da paciente usando a técnica do bloqueio do nervo alveolar superior posterior, uma infiltrativa terminal na altura do 2° pré-molar, e um bloqueio do nervo palatino maior; esperou-se até a paciente relatar a sensação de “boca anestesiada”. Logo em seguida foi realizado, com bisturi número 3 (Cabo Para Bisturi N° 3, Golgran, Brasil) e lâmina 15c (Lâmina de bisturi descartável em aço carbono, Advantive, China), incisões paramarginais horizontais na base das papilas (Figura-8A; Figura-8B), promovendo um retalho dividido com afastamento do tecido incisado. O mesmo foi mensurado através de teste com pinça clínica (Pinça Clínica Para Algodão, Golgran, Brasil), de maneira a permitir visualizar a quantidade de tecido deslocado (Figura-9A; Figura-9B).



Figura-8A e Figura-8B: Incisões paramarginais horizontais na base das papilas com bisturi número 3 e lâmina 15c.

Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.



Figura-9A e Figura-9B: mensuração da quantidade de tecido deslocado através de teste com pinça.

Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Posterior a isso foi realizado a remoção do enxerto conjuntivo proveniente do palato, ao qual se utilizou um cabo de bisturi duplo, estando nele acoplado duas lâminas 15c (Lâmina de bisturi descartável em aço carbono, Advantive, China), de maneira a realizar uma incisão firme e contínua na região palatina direita da paciente (Figura-10A; Figura-10B).

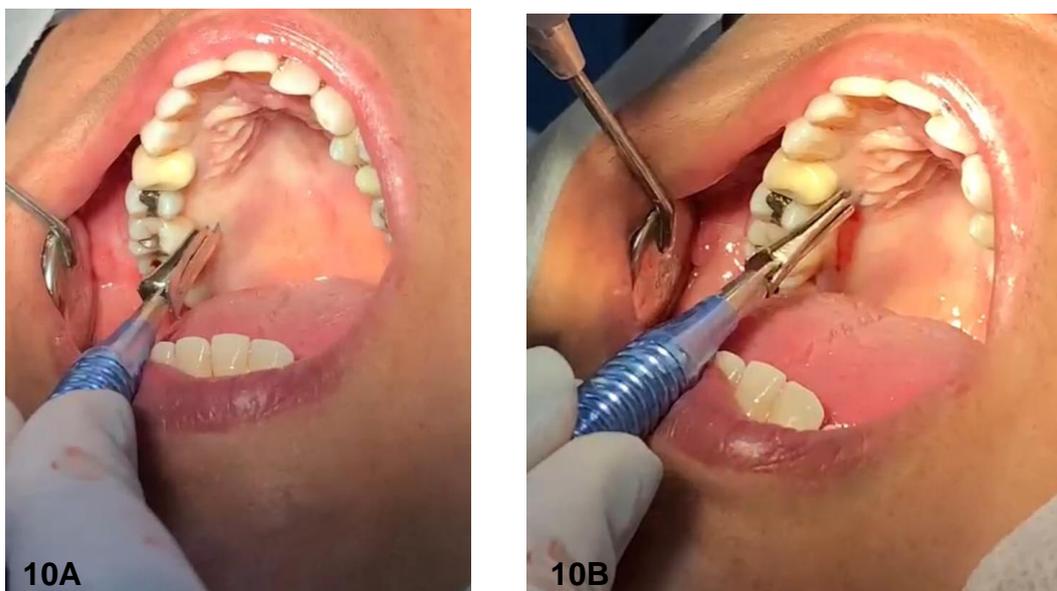


Figura-10A e Figura-10B: Incisão palatal para remoção de enxerto conjuntivo, com cabo de bisturi duplo e lâmina 15c.

Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Com a completa incisão e remoção da base do enxerto, o mesmo foi colocado sobre uma placa de vidro encoberta sobre um lençol de borracha, os quais foram esterilizados, a fim de analisar a quantidade de tecido removido (Figura-11A; Figura-11B).

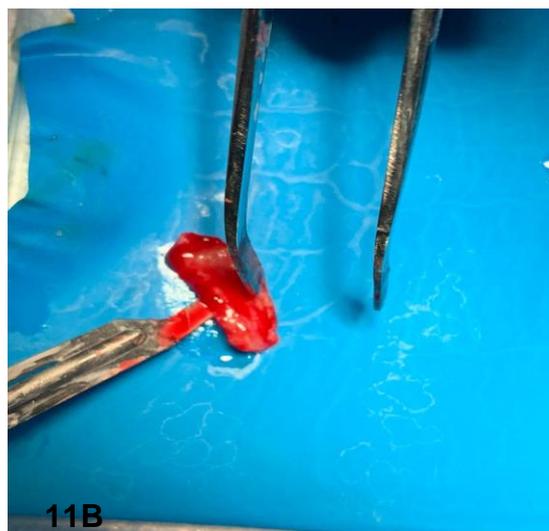
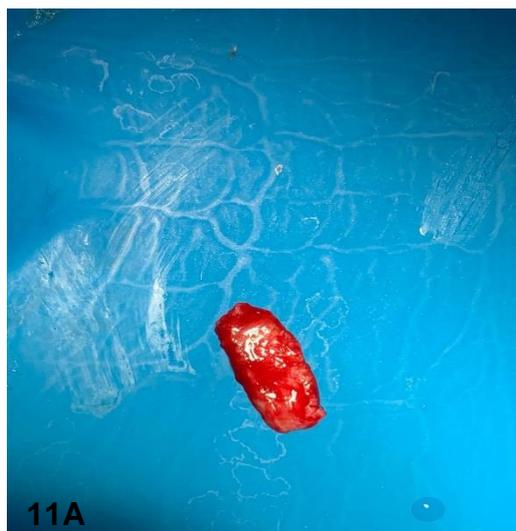


Figura-10A e Figura-10B: análise de enxerto conjuntivo palatal sobre placa de vidro encoberta por lençol de borracha.

Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Com o enxerto apresentando proporções compatíveis a quantidade de tecido deslocado no retalho, o mesmo foi inserido na área de interesse com o auxílio da pinça de Corn, e foi suturado com fio seda 5-0 (agulha para sutura odontológica com fio seda, TECHnew, Brasil) (Figura-12).



Figura-12: inserção na área de interesse com o auxílio da pinça clínica e posterior sutura.

Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Após isso ele foi recoberto com o tecido gengival anteriormente afastado, de maneira a se utilizar suturas suspensórias com fio seda 5-0 (agulha para sutura odontológica com fio seda, TECHnew, Brasil) no tecido gengival para firmá-lo no local e recobri-lo da exposição ao meio bucal (Figura-13).



Figura-13: reposicionamento do retalho sobre o enxerto através de sutura suspensória.
Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Por fim foi realizado a sutura com fio seda 5-0 (agulha para sutura odontológica com fio seda, TECHnew, Brasil) no palato do local ao qual foi removido o enxerto (Figura-14), e foi passado a terapia farmacológica pós-operatória que consiste no uso interno, (via oral) de amoxicilina 500mg, 1 comprimido de 8/8 horas por 7 dias, somado ao uso de dexametasona 4mg, 1 comprimido de 12/12 horas nas primeiras 24h, e Novalgina 1g, 1 comprimido de 6/6horas em caso de dor; e o uso externo de bochecho com clorexidina 0,12% (Periogard ou Perioxidin), realizando o bochecho com a solução 2 vezes ao dia (manhã/noite), durante 7 dias, porém alertando que a paciente não poderia bochechar nas primeiras 48h, apenas banhar a região.



Figura-14: finalização do procedimento com sutura no palato.
Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Acompanhamento e Resultados

Após 21 dias a paciente retornou a Clínica Integrada da UNIG para ser feita a remoção da sutura palatina e da sutura suspensória, sendo feita uma comparação fotográfica referente ao antes e o depois da paciente ao procedimento de enxerto, a qual se percebeu tanto um aumento de volume vestibular da mucosa da paciente, quanto um aumento na altura da papila interdental, com diminuição do Black Space entre os posteriores (Figura-15A; Figura-15B).



Figura-15A e Figura-15B: Registro pré-cirúrgico(A) e registro pós- cirúrgico(B), após 21 dias da cirurgia de enxerto.

Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Foi colhido também, através do relato da paciente, como a região se encontrava em relação a sensibilidade alegada antes do tratamento, de forma que, de acordo com a paciente, sua reação ao calor e ao frio diminuiu consideravelmente, permitindo até poder tomar alimentos gelados como sorvete, porém só do lado ao qual foi feito o enxerto.

Após 1 mês e 15 dias, da cirurgia de enxerto, realizou-se uma nova consulta para se verificar a saúde periodontal da paciente, como estava sua sintomatologia e se o ganho em volume e altura gengival havia se mantido, sendo confirmado a manutenção do estado de saúde gengival, a satisfação da paciente com a remissão da sensibilidade ao calor e o frio, e a conservação do volume mucoso e da altura interpapilar ganhos com a técnica, de maneira a demonstrar um grande ganho estético na região de posteriores, através da diminuição do Black Space da paciente (Figura-16).



Figura-16: Reavaliação das condições periodontais da paciente após 1 mês e meio da cirurgia de enxerto mucoso.

Fonte: João Marcelo C.H. Souza – Clínica Integrada da UNIG Campus V.

Discussão

Para realização desse relato de caso foi feito uma pesquisa, através de diversas literaturas, sobre os possíveis tratamentos de escolha para a paciente, na qual foi decidido a realização da raspagem supra e sub-gengival combinado com uma técnica de recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo, em vista que a raspagem apresenta comprovações científicas que demonstram grande efetividade na reabilitação da saúde periodontal, porém detém limitações relacionados aos ganhos de tecido periodontal e resolução de sintomatologias ligados as áreas de exposição do dente, de maneira que o enxerto conjuntivo ajudaria na resolução desses problema aumentando o volume e a altura da gengiva, além de trazer uma estética mais agradável a boca^{1,2,3}. Isso sendo possível identificar após a realização

do caso, tanto no resultado da aplicação da técnica de raspagem supra e sub-gengival, a qual foi uma transformação no estado de saúde gengival, onde o tecido antes comprometido se tornou um tecido gengival saudável, quanto no resultado da técnica de enxerto conjuntivo, onde houve um ganho de tecido periodontal perdido, o qual gerou uma diminuição da área de exposição dentária, uma remissão da sintomatologia da área relatada e um ganho estético com a minimização dos Black Spaces.

Porém, para isso ser realizado, primeiro foi observado a condição sistêmica da paciente em relação a possibilidade de intervenção cirúrgica e o uso do anestésico local adequado, de maneira que houve a necessidade de uma pré-avaliação da mesma para se considerar qual o anestésico local melhor se enquadraria no caso da paciente, e se seria possível realizar ou não um procedimento cirúrgico como um retalho seguido de enxerto autógeno. Para isso se usou como fonte a Associação Americana de Anestesiologia (ASA)⁹ e o Manual de Anestesia Local de Stanley F. MALAMED¹⁰, ao qual a paciente se enquadra como classificação ASA II, pois a mesma se encontrava com uma hipertensão arterial controlada, e seu tratamento se apresentava enquadrado como um tratamento odontológico de rotina. De maneira que, sobre a possibilidade de se realizar ou não o procedimento cirúrgico, foi denotado estado clínico adequado para realização dos mesmos, devendo ser seguido o protocolo padrão de cada uma das técnicas, devido as mesmas não apresentarem contraindicações para o quadro da paciente. Quanto a escolha do anestésico local, o que melhor se enquadrou no caso da paciente, de acordo com as fontes, foi a Lidocaína a 2% com vasoconstritor Adrenalina, devido a mesma possibilitar um aumento no tempo efetivo do sal anestésico, prevenir e minimizar possíveis hemorragias, além de permitir uma melhor visibilidade do campo operatório, de modo a facilitar a cirurgia, porém está devendo ser administrada de forma lenta e na menor dose eficaz para evitar possíveis risco a saúde da paciente^{9,10}.

Outro fator analisado foi a técnica de enxerto conjuntivo e tipo de enxerto ao qual se iria usar na paciente, de maneira que a técnica ao qual se preconizou foi a técnica de enxerto conjuntivo modificada de Bruno, devido a mesma não utilizar de incisões verticais ou relaxantes, as quais promovem uma diminuição na irrigação da área incisada, além de atrasar a cicatrização e gerar um maior desconforto para o paciente, e sim se utilizar de incisões horizontais as quais minimizam esses problemas, além de que nessa técnica há uma modificação do reposicionamento coronal do retalho para recobrimento do enxerto, de maneira a ajudar no melhor resultado final do procedimento¹¹. Já o tipo de enxerto selecionado foi o do tipo autógeno advindo do palato, sendo isso decidido através das pesquisas nas literaturas as quais o declaram como padrão ouro para enxertos, pois como ele vem do próprio paciente o mesmo tem rejeição mínima e quando comparado com outros tipos de enxertos, como os alógenos, ao longo do tempo o enxerto autógeno se apresenta com menos contrações de tecidos, menores recessões gengivais, um menor retardo na cicatrização e uma menor percepção estética de defeito pelo profissional^{11,12,13,14}.

Nesse relato também foi abordado o uso da clorexidina como um método auxiliar no combate à doença periodontal, através da irrigação da mesma nas bolsas periodontais em ambiente sub-gengival. Sendo isso baseado na capacidade dela de agir contra bactérias gram-positivas e bactérias gram-negativas, ocasionando tanto um efeito bactericida, quanto um bacteriostático, dependendo de sua concentração. Levando isso em conta e que a doença periodontal é decorrente do acúmulo bacteriano, principalmente as do tipo gram-negativa em nichos bucais como os sulcos gengivais e as bolsas periodontais, podemos aventar que a irrigação sub-gengival com clorexidina pode gerar um enfraquecimento bacteriano, de maneira a possibilitar uma melhor resposta do hospedeiro contra a doença periodontal e assim um melhor prognóstico para o quadro de remissão da doença, servindo assim como um método auxiliar no combate à doença periodontal^{15,16,17,18}.

Percebeu-se, por meio desse estudo, resultados promissores quanto a recuperação do tecido periodontal e resolução da sintomatologia de áreas com retração gengival, por meio do uso da combinação da técnica de raspagem periodontal com a técnica de Bruno modificada para recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo. Porém por se tratar de um relato de caso, o qual aborda um único paciente, se torna uma evidencia baixa devido apresentar uma amostra pequena, além de que seria importante também abordar quais seriam os resultados dessas técnicas em diferentes níveis de destruição periodontal, de maneira que sugerimos maiores estudos com espaços amostrais maiores e com pacientes em diferentes níveis de recessão e perda óssea para obter maiores evidências e compreendermos de forma mais precisa as limitações das técnicas.

Conclusão

Mediante aos dados obtidos, foi possível concluir que, parece ser viável tratar pacientes que tenham bolsa periodontal e recessão gengival, através do uso da combinação das técnicas de raspagem radicular e recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo, usando a técnica de Bruno modificada, pois ao final do caso foi possível obter um estado de saúde gengival, uma remissão da sensibilidade ao calor e ao frio, e um ganho de volume mucoso e de altura interpapilar, o qual gerou resultados estético na região de posteriores com a diminuição dos Black Spaces e satisfação da paciente.

Referências

1. Mombelli A. (2018). Microbial colonization of the periodontal pocket and its significance for periodontal therapy. *Periodontology* 2000, 76(1), 85–96. <https://doi.org/10.1111/prd.12147>.
2. Aroca, S., Molnár, B., Windisch, P., Gera, I., Salvi, G. E., Nikolidakis, D., & Sculean, A. (2013). Treatment of multiple adjacent Miller class I and II gingival recessions with a Modified Coronally Advanced Tunnel (MCAT) technique and a collagen matrix or palatal connective tissue graft: a randomized, controlled clinical trial. *Journal of clinical periodontology*, 40(7), 713–720. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12112>.
3. Tatakis, D. N., Chambrone, L., Allen, E. P., Langer, B., McGuire, M. K., Richardson, C. R., Zabalegui, I., & Zadeh, H. H. (2015). Periodontal soft tissue root coverage procedures: a consensus report from the AAP Regeneration Workshop. *Journal of periodontology*, 86(2 Suppl), S52–S55. <https://doi.org/10.1902/jop.2015.140376>.
4. Petsos, H., Eickholz, P., Ratka-Krüger, P., Neukranz, E., & Nickles, K. (2020). Twenty-year results after connective tissue grafts and guided tissue regeneration for root coverage. *Journal of periodontology*, 91(3), 377–386. <https://doi.org/10.1002/JPER.19-0203>.
5. Annunziata, M., Piccirillo, A., Perillo, F., Cecoro, G., Nastri, L., & Guida, L. (2019). Enamel Matrix Derivative and Autogenous Bone Graft for Periodontal Regeneration of Intrabony Defects in Humans: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Materials (Basel, Switzerland)*, 12(16), 2634. <https://doi.org/10.3390/ma12162634>.
6. Tonetti, M. S., Cortellini, P., Pellegrini, G., Nieri, M., Bonaccini, D., Allegri, M., Bouchard, P., Cairo, F., Conforti, G., Fourmouis, I., Graziani, F., Guerrero, A., Halben, J., Malet, J., Rasperini, G., Topoll, H., Wachtel, H., Wallkamm, B., Zabalegui, I., & Zuh, O. (2018). Xenogenic collagen matrix or autologous connective tissue graft as adjunct to coronally advanced flaps for coverage of multiple adjacent gingival recession: Randomized trial assessing non-inferiority in root coverage and superiority in oral health-related quality of life. *Journal of clinical periodontology*, 45(1), 78–88. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12834>.
7. Zucchelli, G., Marzadori, M., Mounssif, I., Mazzotti, C., & Stefanini, M. (2014). Coronally advanced flap + connective tissue graft techniques for the treatment of deep gingival recession in the lower incisors. A controlled randomized clinical trial. *Journal of clinical periodontology*, 41(8), 806–813. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12269>.

8. Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, 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. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
9. SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE STATUS FÍSICO ASA. American Society of Anesthesiologists, 2019. Disponível em: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>. Acesso em: 03 de dezembro de 2020.
10. MALAMED, S. F. et al. Manual de ANESTESIA LOCAL. 6º Edição. Elsevier Editora Ltda, 2013.
11. Zuhr, O., Bäumer, D., & Hürzeler, M. (2014). The addition of soft tissue replacement grafts in plastic periodontal and implant surgery: critical elements in design and execution. *Journal of clinical periodontology*, 41 Suppl 15, S123–S142. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12185>.
12. Cairo F. (2017). Periodontal plastic surgery of gingival recessions at single and multiple teeth. *Periodontology* 2000, 75(1), 296–316. <https://doi.org/10.1111/prd.12186>.
13. Cevallos, C., de Resende, D., Damante, C. A., Sant'Ana, A., de Rezende, M., Gregghi, S., & Zangrando, M. (2020). Free gingival graft and acellular dermal matrix for gingival augmentation: a 15-year clinical study. *Clinical oral investigations*, 24(3), 1197–1203. <https://doi.org/10.1007/s00784-019-02983-0>.
14. de Resende, D., Gregghi, S., Siqueira, A. F., Benfatti, C., Damante, C. A., & Raghianti Zangrando, M. S. (2019). Acellular dermal matrix allograft versus free gingival graft: a histological evaluation and split-mouth randomized clinical trial. *Clinical oral investigations*, 23(2), 539–550. <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2470-6>.
15. Acar, B., Berker, E., Tan, Ç., İlarıslan, Y. D., Tekçiçek, M., & Tezcan, İ. (2019). Effects of oral prophylaxis including tongue cleaning on halitosis and gingival inflammation in gingivitis patients-a randomized controlled clinical trial. *Clinical oral investigations*, 23(4), 1829–1836. <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2617-5>.
16. Göhler, A., Samietz, S., Schmidt, C. O., Kocher, T., Steinmetz, I., & Holtfreter, B. (2018). Erratum to "Comparison of Oral Microbe Quantities from Tongue Samples and Subgingival Pockets". *International journal of dentistry*, 2018, 5615780. <https://doi.org/10.1155/2018/5615780>.
17. Krück, C., Eick, S., Knöfler, G. U., Purschwitz, R. E., & Jentsch, H. F. (2012). Clinical and microbiologic results 12 months after scaling and root planing with different irrigation solutions in patients with moderate chronic periodontitis: a pilot randomized trial. *Journal of periodontology*, 83(3), 312–320. <https://doi.org/10.1902/jop.2011.110044>.
18. Zhao, H., Hu, J., & Zhao, L. (2020). Adjunctive subgingival application of Chlorhexidine gel in nonsurgical periodontal treatment for chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *BMC oral health*, 20(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-1021-0>.

AUMENTO DE TERÇO INCISAL ATRAVÉS DA CONFECÇÃO DE FACETAS DE RESINA COMPOSTA COM GUIA PLATINA – RELATO DE CASO

DANAÏLOV, L. T. H¹, Renato Lenoir MARTINEZ², Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Elissa Almeida ROCHA²

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

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

*Autor para correspondência. larissatodor@hotmail.com

Resumo

A avaliação do sorriso deve abranger diversos aspectos desde a composição facial até características morfológicas dos elementos dentários e, dessa forma, se qualquer um desses aspectos forem afetados, o sorriso se torna esteticamente inadequado. O caso apresentado relata o desgaste dentário ocorrido pela abrasão que também é um processo fisiológico e natural, onde ocorre o desgaste da estrutura dentária na região do terço incisal de dentes anteriores, assim sendo uma lesão não cariosa. A pesquisa pode ser classificada como bibliográfica cujos procedimentos metodológicos incluíram pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e estudo de caso. Conclui-se que o tratamento com facetas de resina composta com guia platina tem ótimos resultados estéticos e de funcionalidade para o paciente.

Palavras Chave: Estética dental, Facetas dentárias, Resinas compostas.

Abstract

The smile evaluation must cover several aspects from the facial composition to the morphological characteristics of the dental elements and, therefore, if any of these aspects are affected, the smile becomes aesthetically inappropriate. The case presented here reports the dental wear caused by attrition, which is also a physiological and natural process, in which the dental structure wears out in the region of the incisal third of anterior teeth, thus being a non-cariious lesion. This work aims to report the challenges found in dental care of how much dental aesthetics using composite resin facets, describing the handling and strategies of using the material in order to bring greater well-being to the patient. The research can be classified as bibliographic whose methodological procedures included bibliographic research with a qualitative approach and case study. It is concluded that the treatment with composite resin veneers with platinum guide has excellent aesthetic and functional results for the patient.

Keywords: Dental aesthetics, Dental veneers, Composite resins.

1 – Introdução

A valorização da estética está cada dia mais presente na rotina da população. Atualmente, um sorriso bonito funciona como um indicador de saúde e sucesso numa sociedade extremamente competitiva (SAKAMOTO JUNIOR et al., 2012).

A avaliação do sorriso deve abranger diversos aspectos desde a composição facial até características morfológicas dos elementos dentários e, dessa forma, se qualquer um desses aspectos forem afetados, o sorriso se torna esteticamente inadequado.

Os dentes humanos estão sujeitos a um desgaste fisiológico constante, durante toda a vida do indivíduo. Entretanto, esse desgaste pode ser acentuado por fatores extrínsecos ou intrínsecos, sendo resultado de quatro processos: abrasão, abfração, atrição e erosão. A abrasão é determinada por agentes externos, abrasivos para os dentes, como escovação incorreta, agressiva demais e uso de escova de dentes com cerdas duras e o bruxismo (HABIB et al, 2019).

Sua principal causa é o contato entre os elementos dentários, principalmente durante o ato da mastigação. Inclusive, é bem comum que as pessoas tenham o hábito de associar esse problema ao envelhecimento, mas vale destacar que isso não é uma regra e a abrasão pode afetar tanto os dentes permanentes quando os decíduos.

Existem inúmeros procedimentos para devolver a estética e harmonizar o sorriso, podendo se dar através do clareamento dentário, microabrasão, confecção de facetas diretas e indiretas, entre outros. Deve sempre ser levado em consideração os princípios básicos, sendo eles a cor, forma, tamanho, textura e brilho. E com o aumento cada vez maior da exigência estética, os materiais restauradores vem obtendo novas características a fim de mimetizar a estrutura dental com maiores detalhes.

As facetas representam uma alternativa restauradora estética que tem como possibilidade minimizar o desgaste dentário necessário durante a fase do preparo dentário, e proporcionar uma excelente harmonia do sorriso (JÚNIOR E BARROS, 2011).

A pesquisa foi baseada em um estudo acerca dos temas sobre os desafios e inovações que os dentistas encontram na sua rotina de consultório quanto ao trabalho com facetas de resina composta para a melhora da estética e bem estar do paciente. Dessa forma, a pesquisa pode ser classificada como bibliográfica cujos procedimentos metodológicos incluíram pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa.

2– Relato de caso

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

Informações do paciente

Paciente do sexo feminino com 28 anos, dentição permanente completa, com mordida aberta, ausência de hábitos parafuncionais atualmente, no entanto a paciente tinha o hábito de

roer unha na infância, devido a esse hábito ocorreu o desgaste nos terços incisais. Sem lesões cariosas. Paciente com desgaste no terço incisal dos elementos 11 e 21.

Tratamento odontológico

Foram feitas duas sessões de clareamento de consultório, de segundo pré molar até o segundo pré molar do lado oposto, arcada superior e inferior e associação com clareamento caseiro, pelo período de duas semanas, tanto dos dentes superiores quanto inferiores. Após o alcance da cor desejada nos elementos a serem tratados, foi realizado o procedimento.

Para começar o procedimento foi usado o isolamento relativo com rolete de algodão e expandex para melhor abertura da arcada e durex para proteção dos dentes vizinhos. Foi feito o teste de forma e cor da resina composta, onde ela foi inserida nos elementos 11 e 21 e fotoativada. Após o teste foi feita a confecção da barreira palatina com silicona de condensação pasta pesada (yller), que serviu como guia da resina composta. Em seguida essa resina foi removida, para dar início ao procedimento.

Foi realizada a remoção da restauração de resina composta na face palatina do elemento 11, onde essa resina estava causando um manchamento na face vestibular do elemento mencionado.



Figura 1: Dente com desgaste no terço incisal.

Fonte: Autoria Própria.



Figura 2: Teste de forma e cor com resina composta.

Fonte: Autoria Própria.



Figura 3: Moldagem com silicona de condensação dos dentes encerados (incisivos centrais) para confecção da guia palatin.

Fonte: Autorial Própria.



Figura 4: Colocando a resina pela face palatina.

Fonte: Autorial Própria.

Foi feito o Condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37% e uso do sistema adesivos (ybond mono) em todas as faces dos dentes e fotoativação. Em seguida foi realizado a restauração do elemento 11, iniciando a confecção da face palatina com a resina composta Forma A1 (ultradente).

Colocando a barreira que é a guia palatina, foi usada a mesma resina de escolha, sendo ela a forma A1 (ultradente) para aumentar o terço incisal dos elementos 11 e 21, após a resina estar totalmente adaptada, com a forma correta dos dentes, então foi feita a fotoativação.

Após feito o procedimento nos dois dentes, fizemos a foto ativação por 1 minuto em cada face dos elementos. Então a paciente foi liberada com a recomendação de retornar após 7 dias para finalização do procedimento.



Figura 5: Uso da guia palatina.
Fonte: Autoria Própria



Figura 6: Faceta finalizada com resina composta.
Fonte: Autoria Própria.

Passados os 7 dias a paciente retornou a clínica da Unig para a sessão de acabamento e polimento (Figura 7); o mesmo foi realizado com o kit *Diamond master* (Figura 8 e Figura 9), onde foi corrigido a forma anatômica, feita a textura adequada, dado o brilho, com o uso dos discos e finalizando com a pasta de polimento.



Figura 7: Aspecto final após acabamento e polimento.

Fonte: Autorial Própria.



Figura 8: Kit *diamond master* para acabamento e polimento da resina composta (discos e pasta de polimento).

Fonte: Autorial Própria.



Figura 9: Material usado para o sistema adesivo.

Fonte: Autorial Própria.

3- Discussão:

A aparência é um fator crucial na autoestima dos indivíduos e diversos são os motivos nos quais os pacientes procuram por procedimentos clínicos em odontologia, que primam pelo planejamento e obtenção de resultados estéticos favoráveis (GOYOTÁ et al, 2017). Reabilitações com finalidade estéticas em odontologia têm se tornado comum por causado aumento do interesse dos pacientes por tratamentos que afetam a imagem, vaidade e inserção social (WANG C, et al., 2014). Como no estudo desse caso clínico, cujo a estética foi comprometida através de um desgaste dentário no terço incisal dos incisivos centrais superiores.

Uma das maiores preocupações da Odontologia Restauradora é desenvolver materiais dentários que se assemelhem ao dente natural. Além de possuir propriedades estéticas, o material deve ter propriedades químicas e mecânicas satisfatórias, proporcionar boa adesão marginal com o tecido dental, ser de fácil manipulação e aplicação, ter custo acessível e

longevidade. Atualmente, o material odontológico que mais se encaixa nestas características é a resina composta (TIN-OO et al, 2011).

As facetas estéticas tornaram-se uma solução muito mais conservadora, preservando remanescente dental e a recuperação de cor, forma, posição e textura que antes não se imaginava e que hoje satisfaz as expectativas do paciente (JÚNIOR, 2016).

Diversos pesquisadores ao longo dos últimos 50 anos abordaram este material, a resina composta, principalmente quando se trata de sua evolução, desde o momento em que surgiram em meados da década de 50, buscou-se reduzir o tamanho de suas partículas para conseguir melhor polimento e minimizar o desgaste, conservando a dureza (FERNANDES et al. 2014; PHILLIPS; SHEN; RAWLS, 2013).

Os padrões de estética e os conceitos de beleza e harmonia dental tem proporcionado um constante desenvolvimento em tecnologia, a fim de que os materiais dentários restauradores possam reproduzir de forma o mais fiel possível, às características da estrutura dental (ALVES et al, 2013).

A composição do sorriso perfeito é associada ao bem-estar físico, psicológico, sócio econômico, e também de sucesso pessoal e profissional. No olhar das pessoas a perfeição estética foi além de tratamentos corporais, chegando na odontologia restauradora. Assim, a quebra da harmonia devido às assimetrias no sorriso, podem trazer prejuízos estéticos e emocionais, como: insegurança, timidez e até mesmo isolamento social, devido a vergonha. (BISPO, 2009; CARDOSO, 2015; MEZZALIRA, 2011).

Os tratamentos estéticos eram realizados à custa de grande desgaste de estrutura dentária. As coroas totais eram preferidas relativamente às facetas de cerâmica e restaurações de resina composta. Com a evolução da odontologia, surgiram novas técnicas adesivas e materiais, favorecendo uma abordagem mais conservadora (SAKAMOTO JUNIOR et al., 2012).

A resina composta é uma combinação de pelo menos dois materiais quimicamente distintos. As primeiras eram comercializadas em uma única cor, a que nos dias de hoje corresponderia a uma cor universal. Por tanto, qualquer variação de coloração era mascarada com pigmentação adquirida separadamente (ANUSAVICE, 2005; SOUZA et al., 2002 apud DIEGUES et al, 2016, p. 1).

O cirurgião dentista é diariamente desafiado na construção e modificação da estética do sorriso, tendo que, com materiais artificiais substituir a estrutura dental e conservar a harmonia e o aspecto natural. Um ponto fundamental nesse processo é a seleção do material restaurador utilizado. Para chegar ao resultado estético e funcional desejado, o cirurgião dentista pode optar por diversas formas de tratamento, como no caso das restaurações diretas de resina composta (VALMORBIDA, 2015).

Com a descoberta e comercialização das resinas foto ativadas, o sistema de inserção em incrementos e foto ativação permitiu maior agilidade e facilitou as caracterizações das restaurações (DIEGUES et al, 2016).

Atualmente o que se tem buscado é diminuir a contração de polimerização do material, sua tensão, afim de subtrair as melhores propriedades da resina composta, bem como se tem buscado diminuição no tempo gasto de trabalho do cirurgião dentista com a construção da anatomia do dente. Quanto a sua longevidade tem-se relato de comprovação científica de duração da resina composta em dentes posteriores durante médio e longo prazo (BORGIA, E.; BARON; BORGIA, J., 2017).

As facetas estéticas tornaram-se uma solução mais conservadora que preserva a estrutura dentária remanescente. Restitui diferenças de cor, forma, posição, textura, entre outras (BISPO, 2009). As principais vantagens de restaurações com resina composta estão conexas com as suas propriedades adesivas, o tamanho mínimo do preparo e a aparência estética. Inúmeras clínicas, tais como alteração de cor dos dentes, extensas fraturas, dentes

desalinhados ou cárie dentária, podem causar um prejuízo importante na aparência estética e harmonia do sorriso, causando impacto na qualidade de vida (JÚNIOR, 2016).

A realização de facetas pela técnica direta de resina composta vem se popularizando devido a dois fatores: conservação da estrutura dental relacionada a outras restaurações e aos magníficos resultados estéticos que elas possibilitam (BARATIERI et al., 2015).

A indicação do material restaurador depende da avaliação por parte do profissional, que deve avaliar a situação clínica e com base nos seus conhecimentos científicos, definir o tratamento que julgar mais correto para cada caso (CUNHA, 2013).

As restaurações diretas apresentam a vantagem de serem única e exclusivamente dependente do profissional, por ser um procedimento centralizado, o resultado depende da técnica e do conhecimento do executante. Outra vantagem é o custo, relativamente mais baixo do que a técnica que envolve laboratório. A sessão única é também uma vantagem, apesar de ser relativamente longa. Outras vantagens a ser colocadas são: não requer moldagem e provisório, e o preparo quase sempre é mais conservador que aqueles das facetas indiretas (HIRATA; CARNIEL, 2004; BARATIERI et al., 2015)

A inovação que surgiu nas facetas estéticas aliada com a evolução dos materiais, propiciam ao clínico o desenvolvimento de restaurações com alto grau de satisfação e excelência, tanto para o paciente, como para o profissional (JÚNIOR, 2016).

Apesar dos frequentes avanços tecnológicos da odontologia restauradora; ainda existem muitas propriedades que devem ser estudadas e aprimoradas, afim de chegar cada vez mais próximo de um material ideal (FERNANDES et al, 2014).

Assim, a perspectiva de proximidade profissional com a reabilitação estética e a evolução dos conceitos inerentes à mesma unindo a devolução da auto estima do paciente, provenientes da crescente demanda dos pacientes por padrões estéticos mais refinados, serviram de impulso e motivação para este relato de caso.

O cirurgião dentista é desafiado a modificar a configuração do sorriso por aplicação de materiais biocompatíveis para substituir e/ou recobrir as estruturas dentárias, tendo a possibilidade de mudar as características (forma, textura, contorno e cor) dos dentes. Um bom tratamento estético deve respeitar e caracterizar a aparência, forma e alinhamento de dentes naturais (JÚNIOR, 2016).

Para um resultado final eficiente, além de ser necessária prática e estudo técnico, alguns elementos artísticos voltados à escultura e cor de vem ser considerados para indicação e realização do procedimento ideal, pois todo dentista deve realizar um tratamento restaurador o mais próximo possível da dentição humana natural (MACIELCM, et al.,2020). Os procedimentos reabilitadores estéticos requerem observação, tranquilidade e aplicação cuidadosa das técnicas e protocolos existentes (GUERRA M, et al.,2017).

4- Conclusão

Conclui-se que o tratamento com facetas de resina composta com guia platina tem ótimos resultados estéticos e de funcionalidade para o paciente. Conclui-se também que é necessário o cirurgião dentista se aprofundar no assunto para se capacitar e levar sempre o melhor para seu paciente.

Referências Bibliográficas

1. Alves, L. M. M., Goyatá, F. D. R., & Izolani Neto, O. (2013). Resina composta em dentes anteriores com hipoplasia do esmalte. *Clín. int. j. braz. dent*, 58-64.

2. ARFMD, C. (2013). *Facetas de Porcelana VS Faceta de Resina Composta* (Doctoral dissertation, Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto).
3. Baratieri, L. N., Monteiro Junior, S., Andrada, M. A., Vieira, L. C. C., Ritter, A. V., & Cardoso, A. C. (2002). Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. In *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades* (pp. 739-739).
4. Bispo, L. B. (2009). Facetas estéticas: Status da Arte Esthetic Veneers: Status of the Art. *Revista Dentística on line-ano*, 8(18).
5. Borgia, E., Baron, R., & Borgia, J. L. (2019). Quality and survival of direct light-activated composite resin restorations in posterior teeth: A 5-to 20-year retrospective longitudinal study. *Journal of Prosthodontics*, 28(1), e195-e203.
6. Cardoso, P. C., & RA, D. (2015). Facetas: lentes de contato e fragmentos cerâmicos. *Florianópolis: Editora Ponto*.
7. DIEGUES, M. A., MARQUES, E., MIYAMOTTO, P. A. R., & PENTEADO, M. M. (2017). Cerâmica X Resina Composta: o que utilizar?. *Revista Uningá*, 51(1).
8. Fernandes, H. K., Silva, R., Marinho, M. A. S., de Souza OLIVEIRA, P. O., Ribeiro, J. C. R., & MOYSES, M. R. (2014). Evolução da resina composta: revisão da literatura. *Revista da universidade vale do rio verde*, 12(2), 401-411.
9. Goyatá, F., Costa, H. V., Marques, L. H. G., Barreiros, I. D., Lanza, C. R. M., Júnior, J. B. N., & Moreno, A. (2017). Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento dental em paciente jovem: relato de caso. *Archives of Health Investigation*, 6(9).
10. Guerra, M. L. R. S., Venâncio, G. N., & Augusto, C. R. (2017). Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso. *Revista da faculdade de odontologia de lins*, 27(1), 63-68.
11. Habib, S. R., Alotaibi, A., Al Hazza, N., Allam, Y., & AlGhazi, M. (2019). Two-body wear behavior of human enamel versus monolithic zirconia, lithium disilicate, ceramometal and composite resin. *The journal of advanced prosthodontics*, 11(1), 23.
12. Hirata, R., & Carniel, C. Z. (1999). Solucionando alguns problemas clínicos comuns com uso de facetamento direto e indireto: uma visão amola. *JBC j. bras. clin. estet. odontol*, 7-17.
13. Junior, A. R. (2016). Facetas estéticas: Cerâmica ou resina? do planejamento ao resultado.
14. Junior, B. S., & Barros, C. C. P. (2011). Reabilitação estética com faceta indireta em porcelana. *Roplac*, 2(1), 9-15.
15. MACIEL, C. M., dos Anjos Silva, A. L., de Souza, G. E. D., de Oliveira Rocha, A., de Aquino, T. S., Souto, T. C. V., & de Almeida Pinto, B. (2020). Reanatomização e facetas diretas em dentes anteriores: relato de caso. *REANATOMIZAÇÃO E FACETAS DIRETAS EM DENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO*, 1-388.
16. Mezzalira, M. F. (2011). Reabilitação estética com laminados de porcelana.
17. PHILLIPS, R. W.; SHEN, C.; RAWLS, H. R. **Phillips materiais dentários**. 12. ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2013.
18. Sakamoto Júnior, A. S., Yuen, M. S. Y., Higashi, C., Liu, J., Hirata, R., & Gomes, J. C. (2012). Protocolo clínico para laminados cerâmicos: relato de caso clínico. *Jornal ILAPEO*, 6(1), 15-19.

19. Tin-Oo, M. M., Saddki, N., & Hassan, N. (2011). Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. *BMC oral health*, *11*(1), 1-8.
20. Valmorbida, J. A. (2015). Avaliação da preferência por resina composta ou cerâmica para restaurações de dentes anteriores.
21. Wang, C., Qin, M., & Guan, Y. (2014). Analysis of pulp prognosis in 603 permanent teeth with uncomplicated crown fracture with or without luxation. *Dental Traumatology*, *30*(5), 333-337.

AGITAÇÃO MECÂNICA DE SOLUÇÕES NO TRATAMENTO ENDODÔNTICO COM USO DE PONTAS PLÁSTICAS EASY CLEAN – RELATO DE CASO.

FRANCO, R¹; WON HELD, E¹; Kênia Chiarelo TINOCO², Rossana dos Santos INÁCIO²,
Lucílio Marcos da SILVA²

¹Dicente do curso de Odontologia Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

²Docente do curso de Odontologia. Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

*Autor para correspondência. rodrigoreisliira@gmail.com

RESUMO

O tratamento endodôntico consiste na limpeza, desinfecção e modelagem do sistema de canais radiculares, neste tratamento, a irrigação é extremamente importante, já que é responsável pela ação química e física do preparo do canal radicular, sendo, então realizada com o auxílio de substâncias químicas. Para melhor atividade desses irrigantes, utiliza-se dispositivos de irrigação que conduzem o irrigante até região apical e canais que o instrumento não alcança, favorecendo a uma melhor limpeza e desinfecção. Com o avanço da tecnologia permitiu a introdução de dispositivos e estratégias a exemplo do ultrassom, do uso da pressão negativa, da ativação mecânica que visam otimizar a ação da substância química auxiliar como responsável pela desinfecção dos canais radiculares. Sendo assim o objetivo deste estudo é relatar a importância de um tratamento endodôntico satisfatório com dispositivos de irrigação do canal radicular que tem auxiliado no tratamento endodôntico. após realização de todo preparo químico mecânico faremos a agitação da solução irrigadora com uso da ponta easy clean no canal radicular com o EDTA e o hipoclorito de sódio 2,5% respeitando o protocolo de 3 agitações por 20 segundos intercaladas e com renovação das soluções, que auxilia na limpeza e desinfecção do canal radicular, e na remoção do smear layer. Paciente do sexo masculino com 42 anos compareceu a clínica odontológica da UNIG, após teste de palpação, percussão e teste térmico, no elemento 11, concluímos que este tinha a polpa necrosada, e precisava de realizar tratamento endodôntico. Utilizando a técnica irrigadora com ponta easy clean, observamos que essa técnica tem melhor eficácia comparada a técnica convencional e assim possibilitando uma boa limpeza e desinfecção do canal radicular.

Palavras Chave: Irrigação; Easy clean; Ativação mecânica.

Abstract

Endodontic treatment consists of cleaning, disinfection and shaping of the root canal system. In this treatment, irrigation is extremely important, as it is responsible for the chemical and physical action of the root canal preparation, and is then carried out with the aid of chemical substances. For better activity of these irrigants, irrigation devices are used that lead the irrigator to the apical region and channels that the instrument does not reach, favoring a better cleaning and disinfection. With the advancement of technology, it has allowed the introduction of devices and strategies such as ultrasound, the use of negative pressure, mechanical activation that aim to optimize the action of the auxiliary chemical

substance as responsible for the disinfection of root canals, the objective of this study is to report the importance of a satisfactory endodontic treatment with the use of Easy clean tip for agitating the irrigating solution, which helps in cleaning and disinfecting the root canal, with EDTA and 2.5% sodium hypochlorite, respecting the protocol of 3 agitations for 20 seconds intercalated and with renewal of the solutions, which helps in the cleaning and disinfection of the root canal, and in the removal of the smear layer. A 42-year-old male patient attended at the UNIG dental clinic complaining of dissatisfaction with the tooth 11. After a percussion testing and testing with endo ice, we concluded that this had necrotic pulp, and needed to perform endodontic treatment. Using the irrigation technique with easy clean tip, we observed a good cleaning and disinfection of the root canal.

Key Words: Irrigation; Easy Clean; Mechanical Activation.

1 – Introdução

O cirurgião-dentista especialista em endodontia se depara com três condições básicas para promover os tratamentos endodônticos: polpa necrosada, polpa vital, e casos de retratamento. Cada uma destas condições depende de um certo tipo de conhecimento para se obter o sucesso no final do tratamento. Canais que contenham polpa necrosada são canais que alojam maiores quantidades de microorganismos, sendo tratados de forma diferente dos dentes com polpa viva. Para que obtenhamos sucesso no tratamento endodôntico vai depender do controle da infecção, que vai ser exercido pelo preparo químico-mecânico, com as devidas medicações intra-canais e uma obturação satisfatória Siqueira Jr et al¹.

Os microorganismos fazem um papel importante na causa das doenças e para manter as infecções endodônticas. Esta população de microrganismos vai ser reduzida no processo mecânico, com uso dos instrumentos endodônticos, das soluções irrigadoras e sua forma de aplicação e pelas ações dos medicamentos intra-canais adequados para cada caso. Câmara et al²

Um tratamento endodôntico insuficiente resulta na continuação da inflamação perirradicular, onde bactérias podem ter continuado no interior do canal radicular, contaminado não somente os túbulos dentinários. Isto faz com que a solução irrigadora não penetre de forma satisfatória no canal radicular, e sendo assim não realizem uma correta desinfecção. Além disso falha nas obturações dos canais podem comprometer o tratamento. Diversas técnicas foram desenvolvidas para melhorar a ação destas soluções nos canais radiculares após uma boa instrumentação do canal (Secchi et al³). Dentre elas agitação ultrassônica, easy clean, e x pendo finisher, a agitação da solução irrigadora é um passo crucial para o sucesso do tratamento endodôntico, uma vez que favorece a limpeza do sistema de canais radiculares em regiões de istmos e de dificuldades anatômicas que normalmente não são contempladas no preparo químico-mecânico convencional, é um bom método para remoção do smear layer, e materiais obturadores, e por também ter boa capacidade de tocar todas as paredes dos canais (Souza ferreira et al⁴)

Segundo o estudo de Jacinto et al⁵ sobre a efetividade da redução bacteriana em um protocolo de irrigação utilizando sistema easy clean após a instrumentação, há redução no número de bactérias após uso da easy clean.

Portanto pode-se sugerir que o protocolo final de irrigação seja com auxílio da easy clean para auxiliar na redução de bactérias

O objetivo do presente estudo foi descrever a técnica endodôntica utilizada para dente anterior, descrevendo a técnica adicional da agitação da solução irrigadora com uso da ponta plástica easy clean em rotação contínua, no auxílio da limpeza e desinfecção final do canal radicular.

2– Relato de caso

Considerações Éticas:

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

Informações do paciente

Paciente do sexo masculino, 42 anos de idade compareceu a clínica da UNIG queixando-se de problemas com o incisivo central superior direito (11). Apresentou como documentação clínica a autorização de sua médica, para realização de radiografia periapical e o tratamento endodôntico deste dente.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico observando o elemento 11 (incisivo central superior direito) foi realizado o teste de palpação apical, afim de tatear a região apical do elemento em busca de resposta dolorosa ou alteração patológica e não constatamos alterações patológicas ou dolorosas, foi também observado e estava livre de restauração infiltrada, exposição pulpar e presença de lesão cariosa, ao realizar o teste de percussão horizontal e vertical não respondeu ao exame, por fim decidimos realizar o teste de sensibilidade ao frio, também não respondendo ao teste, sendo assim esse elemento está necrosado com a polpa morta. Foi realizado um exame radiográfico inicial (Figura 1) para a análise desse dente e chegando a decisão de realizar o tratamento endodôntico.



Figura 1: radiografia inicial 11. Fonte: autoria própria.

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos chegamos à conclusão de que o tratamento necessário para este dente seria o tratamento endodôntico.

Intervenção terapêutica

Inicialmente foi analisada a radiografia para obter as medidas iniciais, onde o comprimento aparente do dente (CAD) foi de 24mm e a odontometria provisória (OP) foi de 22mm. Em seguida, foi realizada a aplicação da anestesia com lidocaína 2% + epinefrina e feito o isolamento absoluto do dente 11.

Foi realizado o acesso (figura2) do canal radicular utilizando as pontas diamantadas 1013HL, 1014HL, com os alargadores de gates glidden 1 realizando movimento suaves de penetração e tração no sentido do longo eixo do canal, seguindo de irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5% e recapitulando a lima se serie especial até o OP depois utilizou a gates numero 2 e numero 3 seguindo o mesmo processo, foi feito esvaziamento e pré alargamento do canal até 19mm.

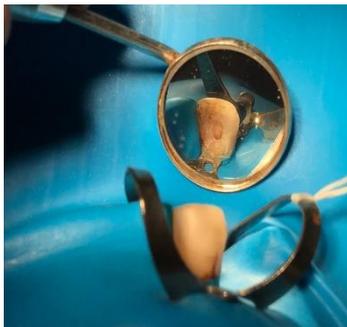


Figura 2: Acesso do canal radicular. Fonte: autoria própria.

Realizando o preparo químico mecânico, começando em 19mm com a lima 70, depois foi feita irrigação com hipoclorito de sódio 2,5%, aspiração, depois irrigação novamente, e com a lima de série especial fazendo movimento de cateterismo até a odontometria provisória, foi realizada instrumentação do canal aumentando de 1 em 1mm em direção ao ápice até chegar em 22mm, foram utilizadas as limas 60 em 20mm, com movimento de rotação e limagem, realizando irrigação, aspiração e irrigação a cada troca de lima e movimento de cateterismo com a lima de série especial, com a lima 55 em 21 mm, realizando rotação e limagem, seguindo de irrigação, aspiração e irrigação e recapitulando até o op com a lima de série especial, e a 50 em 22mm na mesma sequência. Com a lima 50 em 22 mm foi realizada a radiografia com a última lima utilizada, (Figura 3) para definir o comprimento de trabalho (CT).



Figura 3: Radiografia de odontometria. Fonte: autoria própria.

Foi confeccionado o batente em 22mm na medida do comprimento de trabalho (CT) utilizando a lima 50 e mais duas acima dessa (55 e 60), fazendo movimentos de alargamento e limagem, realizando sempre entre elas a irrigação, aspiração e irrigação e recapitulação até o comprimento de patência e movimento

de cateterismo com a lima de série especial realizando a limpeza do milímetro final, tendo a patência em 21mm.

Encerrando essa sessão utilizando uma medicação intracanal com Hidróxido de Cálcio, foi colocado uma bolinha de algodão estéril e selamento com cimento de ionômero de vidro (CIV).

Na sessão seguinte após novamente fazer anestesia com lidocaína 2%+ epinefrina e o isolamento absoluto removeu-se o cimento de ionômero de vidro, e com irrigação e limagem com lima de série especial 15 foi feita a remoção do Hidróxido de Cálcio; depois pegamos a ponta easy clean e cortamos no diâmetro da última lima utilizada (Figura: 4) no batente (60).

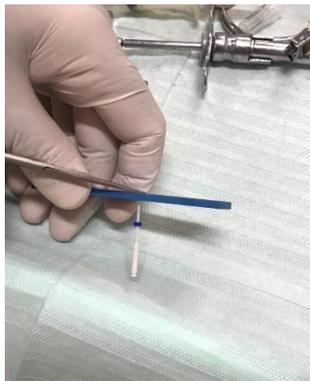


Figura 4: Corte da ponta easy clean no diâmetro da última lima. Fonte: autoria própria.

Iniciou a aplicação do agente quelante EDTA e utilizamos a ponta easy clean acoplada no contra-ângulo em rotação contínua, para fazer a agitação da solução irrigadora na irrigação final, foram realizadas três agitações de 20 segundos, após a primeira agitação por 20 segundos no conduto, intercalando com renovação das soluções (figura 5) foram realizadas a segunda e terceira agitação, seguindo a mesma sequência de (3x20s), com o cursor da ponta na medida de 22mm, após foi feita a aspiração da solução, e irrigamos com 1 ml de Hipoclorito de Sódio 2,5% e feito novamente a agitação da solução irrigadora respeitando também o protocolo de 3 agitações por 20 segundos, intercalando com renovação das soluções no canal radicular.



Figura 5: Agitação da solução com a ponta easy clean. Fonte: autoria própria.

Após isso foi feita a secagem do conduto radicular com cone de papel absorvente até deixar o canal um pouco umedecido. Foi feita desinfecção dos cones de guta percha com numeração 60, desinfecção realizada com solução de Hipoclorito de Sódio 2,5% por 1 minuto, seguido da adaptação no canal até o

travamento na medida do comprimento de trabalho do canal. Foi realizada a radiografia de prova de cone, para verificar se o cone estava devidamente ajustado no comprimento de trabalho.

Realizou-se a manipulação do cimento endodôntico, endofill, conforme recomendado pelo fabricante. Foi feita aplicação do cimento endodôntico no interior do canal com o cone principal, seguido pela inserção dos cones acessórios MF pela técnica de condensação lateral dos cones de guta percha com auxílio de um espaçador digital tipo C.

Foi realizado a radiografia de prova de qualidade da obturação do canal. (Figura 6)



Figura 6: Radiografia de qualidade da obturação. Fonte: autoria própria.

Foi realizado o corte e compactação dos cones de guta percha; foi feita a verificação do nível com uso de uma pinça clínica.

Restaurou com cimento ionômero de vidro, MaxxionR. Finalizando com a remoção do isolamento absoluto e radiografia final (figura7), para documentação e verificação do preenchimento adequado da cavidade pulpar.



Figura 7: Radiografia final.

3- Discussão

Atualmente, foi desenvolvido, no Brasil, um sistema rotativo com ponta de polímero em forma de “asa de aeronave”, denominado de Easy Clean, que aumenta o fluxo de difusão da solução irrigadora pelo complexo dos canais. Ademais, existem outros métodos de irrigação que não são amplamente discutidos Hapasaloet al⁶; Kato et al⁷

Baseados em estudo de Simezo et al⁸ nós propomos investigar se seria possível a melhora de desinfecção dos canais radiculares com o uso de técnica irrigadora diferenciada com a ponta easy clean.

Para que a agitação da solução irrigadora fosse feita, o dente passou previamente pelo preparo químico mecânico e a confecção do batente para depois disso ser feita agitação das soluções, a técnica descrita mostrou-se eficaz e de fácil realização pelo cirurgião dentista. Fernandes⁹;

Kato et al⁷, Nunes et al¹³, Duque et al¹² determinaram que as vantagens da Easy Clean é ter fabricação a base de plástico, não deformando a estrutura dos canais, é flexível e possui um diâmetro menor podendo ser usado até o comprimento de trabalho, promovendo uma limpeza maior na região apical. Cesario et al¹³ demonstrou que a diferença de cinemática da Easy Clean e a velocidade de rotação altera a distribuição da solução irrigadora, sendo o movimento de rotação contínua mais eficaz que o método convencional de agulhas metálicas rígidas, que podem provocar um extravasamento do líquido irrigante para além do ápice.

No caso clínico apresentado, ao realizar o plano de tratamento foi constatado após testes de vitalidade, e chegamos a conclusão da necessidade do tratamento endodôntico no elemento 11. A conduta clínica para fazer um tratamento endodôntico satisfatório, fazendo o uso da agitação da solução irrigadora com a ponta plástica easy clean, tem como objetivo promover melhor desinfecção do canal radicular. Souza et al¹⁰ verificou bons resultados de agitação de solução, notou-se que em todos os casos a agitação da solução irrigadora demonstrou limpeza superior quando comparada a grupos que não realizaram agitação.

Ao avaliar a comparação da eficácia na irrigação, o autor Kato et al⁷; cita em seu estudo que a irrigação com ativação recíproca, usando a ponta easy clean, comparada a irrigação ultrassônica contínua, teve uma limpeza e desinfecção melhor em níveis cervicais e apicais do canal radicular, assim removendo dentritos e debris dessas regiões. O sistema de irrigação com ativação recíproca tem se mostrado eficaz e essencial na limpeza e desinfecção em duas porções do canal, e semelhante a irrigação ultrassônica passiva no terço medial do canal radicular.

A eficácia da easy clean, em movimento contínuo e recíproco, foram comparadas a irrigação ultrassônica passiva, sistema endoativadores e a irrigação convencional, todas tiveram melhora significativa na limpeza dos canais radiculares, melhor do que com a irrigação convencional. O autor Duque et al¹²; cita que ao comparar a easy clean em movimento recíproco e a easy clean em rotação contínua, os métodos de ativação da solução irrigadora easy em rotação contínua com protocolo de três ativações por 20 segundos foi proporcionado uma melhor limpeza e desinfecção do canal nos três terços e na região de istmo.

Devido aos inconvenientes da irrigação convencional novos métodos de irrigação foram sendo desenvolvidos, nenhuma solução irrigante possui todas as funções necessárias para um irrigante, a irrigação ideal basea-se no uso combinado de duas ou mais soluções, para obtenção de uma limpeza eficaz. Com isso muitas soluções foram modificadas e criaram dispositivos mecânicos com finalidade de melhorar a efetividade da irrigação. De acordo com esse estudo vimos que a agitação de solução irrigadora se tornou fundamental para limpeza eficiente do canal radicular, fazendo uma desinfecção ampla.

4- Conclusão

Conclui-se então que a utilização de uma agitação da solução irrigadora no canal radicular após o preparo químico mecânico e a confecção do batente, faz com que tenhamos uma melhor efetividade da limpeza e desinfecção do canal, tornando essa agitação de solução irrigadora um fator fundamental no tratamento endodôntico.

Referências Bibliográficas:

- 1- Siqueira Jr, J. F., Rôças, I. N., Lopes, H. P., Alves, F. R., Oliveira, J. C. M., Armada, L., & Provenzano, J. C. (2012). Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. *Revista Brasileira de Odontologia*, 69(1), 08.
- 2- Câmara, A. C., de ALBUQUERQUE, M. M., & Aguiar, C. M. (2010). Soluções irrigadoras utilizadas para o preparo biomecânico de canais radiculares. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 10(1), 127-133.
- 3- Secchi, P. (2020). Avaliação radiográfica do desenvolvimento radicular de dentes traumatizados submetidos ao procedimento endodôntico regenerativo: um estudo retrospectivo.
- 4- Souza ferreira, n. A. T. H. A. L. I. A., & donizetti da silva júnior, w. I. L. S. O. N. (2019). Avaliação da eficiência de limpeza de diferentes protocolos de ativação da solução irrigadora utilizando agitação ultrassônica, easy clean e xp endo finisher.
- 5- Jacinto, R. D. C. Eficácia de um dispositivo mecânico de agitação da irrigação na redução bacteriana após instrumentação endodôntica.
- 6- Haapasalo, M., Shen, Y., Qian, W., & Gao, Y. (2010). Irrigação em endodontia. *Dental Clinics* , 54 (2), 291-312.
- 7- Kato, A. S., Cunha, R. S., da Silveira Bueno, C. E., Pelegrine, R. A., Fontana, C. E., & de Martin, A. S. (2016). Investigation of the efficacy of passive ultrasonic irrigation versus irrigation with reciprocating activation: an environmental scanning electron microscopic study. *Journal of endodontics*, 42(4), 659-663.
- 8- Fernandes, KGC, da Silva, BB, Boer, NC, Mandarinini, DR, Moreti, LCT, Kato, AS, ... & Fontana, CE (2020). Eficácia de três sistemas de irrigação na redução de *Enterococcus faecalis* após instrumentação com instrumento alternativo. *European Journal of Dentistry* , 14 (4), 539.
- 9- Souza ferreira, n. A. T. H. A. L. I. A., & donizetti da silva júnior, w. I. L. S. O. N. (2019). Avaliação da eficiência de limpeza de diferentes protocolos de ativação da solução irrigadora utilizando agitação ultrassônica, easy clean e xp endo finisher.
- 10- Duque, JA, Duarte, MA, Canali, LC, Zancan, RF, Vivian, RR, Bernardes, RA, & Bramante, CM (2017). Eficácia comparativa de novos dispositivos mecânicos de agitação irrigante para remoção de detritos do canal e istmo das raízes mesiais dos molares mandibulares. *Journal of endodontics* , 43 (2), 326-331. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2016.10.009>

- 11- Cesario, F., Duarte, M. A. H., Duque, J. A., Alcalde, M. P., de Andrade, F. B., So, M. V. R., ... & Vivan, R. R. (2018). Comparisons by microcomputed tomography of the efficiency of different irrigation techniques for removing dentinal debris from artificial grooves. *Journal of conservative dentistry: JCD*, 21(4), 383.
- 12- NUNES, K. S. et al. (2016). Analysis of root canal organic tissue dissolution capacity according to the type of irrigation solution and agitation technique. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, 15(1), 70-74.

EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR POR PERICORONARITE – RELATO DE CASO

SOUZA T R¹; Silmar Antunes PEREIRA², Leonardo PEIXOTO², José Alberto TINOCO²

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

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

*Autor para correspondência: thecillariguete@gmail.com

Resumo

Existem diversos motivos que podem levar a realização da exodontia do terceiro molar, dentre elas uma condição muito comum é a pericoronarite, que é um processo infeccioso agudo caracterizado por inflamação do tecido gengival que recobre parcialmente um dente retido ou semi incluso, normalmente os mais afetados são os terceiros molares inferiores, pode desenvolver de forma rápida, subaguda, crônica, prolongada ou recorrente. Os sintomas mais comuns são: dor, inchaço do tecido gengival, halipose, febre, inchaço dos linfonodos, entre outros. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi relatar a cirurgia de extração do terceiro molar inferior (elemento dentário 48), contendo mucosa gengival parcialmente cobrindo sua coroa dentária. Paciente de 15 anos, sexo feminino, compareceu à clínica odontológica da UNIG, queixando-se de dor no seu último molar inferior. Após o exame clínico constatou-se que o mesmo estava com a sua coroa parcialmente coberta por mucosa gengival, onde seu dente antagonista ocluía nesta, fazendo com que esse sintoma surgisse. Optamos, dentre as possíveis soluções para o caso, realizar a extração. O resultado foi satisfatório. Concluímos então que o procedimento cirúrgico de remoção do elemento foi a forma de tratamento mais adequada para solucionar de fato a pericoronarite, proporcionando assim uma boa qualidade de vida ao paciente.

Palavra chave: Pericoronarite, Exodontia, Cirurgia Bucal.

Abstract

There are several reasons that can lead to extraction of the third molar, among them a very common condition is perichoronitis, which is an acute infectious process characterized by inflammation of the gingival tissue that partially covers a retained or semi-included tooth, usually the most affected they are the lower third molars, can develop rapidly, subacute, chronic, prolonged or recurrent. The most common symptoms are: pain, swelling of the gingival tissue, haliposis, fever, swelling of the lymph nodes, among others. Given the above, the objective of this study was to report the extraction surgery of the lower third molar (dental element 48), containing gingival mucosa partially covering its dental crown. A 15-year-old female patient attended the dental clinic at UNIG, complaining of pain in her lower mandibular molar. After the clinical examination, it was found that his crown was partially covered by gingival mucosa, where his antagonistic tooth occluded in it, causing this symptom to appear. We chose, among the possible solutions for the case, to perform the extraction. The result was satisfactory. We conclude then that the surgical procedure of removing the element was the most appropriate form of treatment to actually solve pericoronitis, thus providing a good quality of life for the patient.

Key word: Pericoronaritis, Exodontia, Oral surgery

Introdução

O mal posicionamento dos dentes pode ser provocado por diversos fatores, um deles é pela falta de espaço da arcada dentária, esse acontecimento pode ocorrer principalmente após o nascimento dos últimos molares, mas conhecido como dentes siso. Em alguns casos os molares podem não nascer por completo, ficando dessa forma retido ou semi retido, sendo assim responsável por uma condição onde ocorre inflamação dos tecidos moles ao redor desses dentes, conhecido como Pericoronarite¹

A Pericoronarite é caracterizada por uma condição inflamatória muito comum que é predominada em adultos jovens. Ela ocorre através do acúmulo de alimentos na mucosa gengival que se encontra sobre o elemento dentário podendo apresentar-se semi retido.² Essa reação inflamatória normalmente pode se desenvolver de forma rápida, podendo acontecer de forma subaguda, crônica, prolongada ou recorrente.¹

No entanto nesta condição, a retirada deste elemento dentário é o mais indicado pela falta de espaço na cavidade oral e o dente superior (antagonista) muitas das vezes ocluem na mucosa gengival que reveste parcialmente a coroa do dente inferior, fazendo com que esse contato que acontece repetidas vezes promova a dor, edema entre outros sintomas.

Nos dias atuais existe outra forma de tratamento menos invasivo como por exemplo a retirada apenas do capuz mucoso. Apesar disso, com este tratamento terá mais chances da mucosa gengival voltar para o seu local de origem, voltando assim ao problema inicial. Muitos pacientes já preferem a remoção do terceiro molar, graças a vantagem de uma boa qualidade de vida.

O objetivo deste estudo foi descrever a exodontia do elemento dentário 48, em que a coroa do mesmo se encontrava coberta parcialmente por uma mucosa gengival. Cirurgia realizada na clínica de Odontologia da UNIG campus V.

Relato de Caso

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

Uma paciente de 15 anos de idade, sexo feminino, compareceu a Clínica Odontológica da UNIG campus V, queixando-se de dor e inchaço no elemento 48. Ao ser realizado o exame radiográfico não foi observado nenhuma anormalidade na arcada dentária e dentes ocluindo de uma forma satisfatória e confortável para a paciente. (figura 1 A)

No exame clínico a paciente apresentou dentição permanente completa com os últimos molares inferiores parcialmente cobertos por capuz mucoso no qual seus dentes superiores ocluíam sobre esta causando o surgimento da dor (figura 1 B).

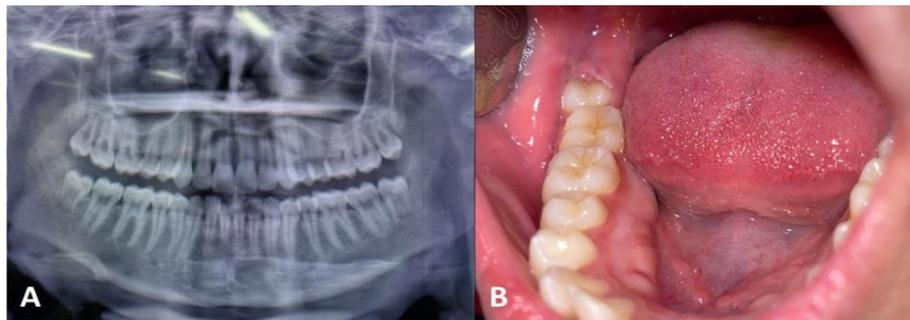


Figura 1: Fotografia Inicial. A- Radiografia panorâmica inicial mostrando todos os dentes, com o elemento 48 ocluindo perfeitamente ao elemento 18. B- Capuz mucoso parcialmente cobrindo o elemento 48.

Tendo visto os achados clínicos e radiográficos, chegamos a conclusão de que o tratamento consistia na remoção cirúrgica do elemento 48.

Intervenção Cirúrgica:

Iniciamos nossa cirurgia realizando o protocolo de antissepsia intraoral com clorexidina a 0,12% e extraoral com clorexidina a 2%. Logo após, foi feito a infiltração do anestésico lidocaína com adrenalina a 2%, pela técnica de bloqueio do nervo alveolar inferior (Figura 2), nervo lingual e bucal.



Figura 2: Anestesia de bloqueio do nervo alveolar inferior.

Em seguida foi feita uma incisão com lâmina de bisturi n° 15c na mucosa gengival que estava cobrindo parcialmente a coroa do elemento 48 (figura 3A) para ter uma visualização mais ampla e precisa do dente. Para facilitar na adaptação do instrumento (Fórceps 17) à coroa dentária, realizamos o descolamento da gengiva com o descolador de Free nas faces vestibular e lingual (figura 3B).

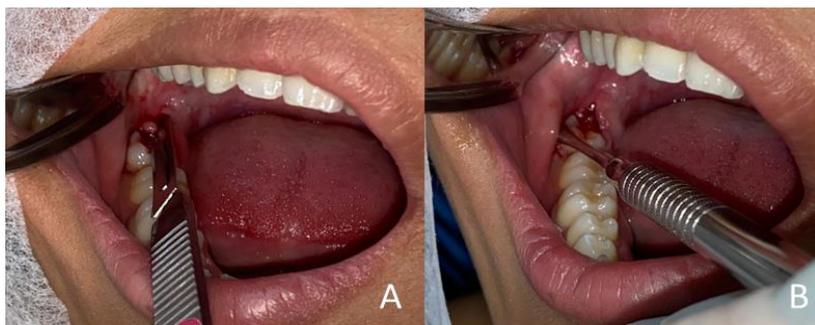


Figura 3: Descolamento Dente/Gengiva. A- Incisão realizada na gengiva mucosa que estava cobrindo parcialmente o dente. B- Descolamento da gengiva ao redor do elemento dentário.

Com o elemento visivelmente exposto, foi utilizado o fórceps indicado para molares inferiores de nº 17 (Figura 4A), fazemos a luxação do elemento com o movimento pendulares até que o dente esteja completamente solto de todo o alvéolo. Após ser realizada a remoção, e lavamos todo o alvéolo com soro fisiológico. E finalizamos o caso realizando a sutura com 2 pontos simples (Figura 4B).



Figura 4: Finalização Posicionando o Fórceps para a remoção do elemento
Figura 4B: Sutura realizada com 2 pontos simples

Discussão

A pericoronarite é uma infecção ao redor da coroa do dente podendo ocasionar várias condições patológicas. Os seus sintomas podem variar, contendo dor de baixa intensidade, média e sua fase aguda ou latejante, podendo conter vermelhidão, inchaço, purulência, limitação na abertura de boca, febre, linfadenopatia, halitose, envolvimento da faringe e toxemia sistêmica.³

De acordo com Dhonge et. al, (2015)⁴ o que diferencia a pericoronarite crônica e aguda, é que a pericoronarite crônica demonstra uma dor incômoda, com um desconforto leve, com duração de um ou dois dias, com intervalo que dura por meses. Já a pericoronarite aguda apresenta uma lesão supurativa, vermelha, inchada, sensível, com dor intensa e latejante podendo ser sentido pelo ouvido, garganta, assoalho de boca, articulação temporomandibular, região submandibular posterior.⁵

Segundo o estudo de Adeyemo et. al, (2006)⁶ assim que surge a pericoronarite não é considerado a necessidade de indicação para exodontia, mas sim fazer a remoção profilática na ausência de condições médicas e cirúrgicas específicas. No entanto o estudo de Costa et. al, (2013)⁷ relata que os terceiros molares semi retidos possuem a maior probabilidade de progredir para uma pericoronarite, portanto, a indicação principal é de extração.

A exodontia de siso mandibular é uma das cirurgias mais comumente realizadas na cirurgia oral e maxilofacial. A infecção de um dente parcialmente erupcionado por osso ou por tecido mole. A remoção do terceiro molar é considerada a cirurgia mais indicada e mais comum nos dias atuais. Pois essa cirurgia possui a vantagem de proporcionar o alívio dos sinais e sintomas de pericoronarite e suas consequências por todo o período de vida do paciente.⁸

O mesmo é citado no estudo de Bradshaw et. al, (2012)⁹ onde ele enfatiza a complicação severa e podendo haver risco a vida nos casos graves de pericoronarite devido aos seus espaços anatômicos que serão acometidos. Além disso, foi constatado que a angulação vertical do terceiro molar inferior representa maior probabilidade de desenvolvimento desta condição infecciosa da gengiva mucosa. Para completar, o estudo de Indira et. Al, (2013)¹⁰ fala que a posição IA da classificação de Pell e Gregory, favorece a maior instalação de pericoronarite.

Após a conclusão do diagnóstico ,foram traçados dois métodos de tratamento possíveis que podiam ser realizadas nesse caso . O primeiro método seria a remoção do capuz gengival , no entanto , após a retirada é muito comum que essa gengiva volte ao seu lugar de origem devido a falta de espaço na arcada, além disso o dente em questão se encontrava com muito pouco espaço na mandíbula o que dificultava na sua higienização. Então pensamos em um método para que essa paciente não corresse este risco e que proporcionaria um bom resultado com finalidade de obter uma boa qualidade de vida. O método indicado foi a exodontia do dente envolvido.

Conclusões

Conclui-se que a extração do terceiro molar inferior é a melhor opção para se solucionar infecções de capuz mucoso conhecida como pericoronarite. É um procedimento de média complexidade que exige conhecimento científico (anatomia e farmacologia) e destreza manual do cirurgião dentista.

Referências Bibliográficas:

1. Galvão, E. L., da Silveira, E. M., de Oliveira, E. S., da Cruz, T., Flecha, O. D., Falci, S., & Gonçalves, P. F. (2019). Association between mandibular third molar position and the occurrence of pericoronitis: A systematic review and meta-analysis. *Archives of oral biology*, 107, 104486.
2. Wehr, C., Cruz, G., Young, S., & Fakhouri, W. D. (2019). An Insight into Acute Pericoronitis and the Need for an Evidence-Based Standard of Care. *Dentistry journal*, 7(3), 88.
3. Singh, P., Nath, P., Bindra, S., Rao, S. S., & Reddy, K. (2018). The predictivity of mandibular third molar position as a risk indicator for pericoronitis: A prospective study. *National journal of maxillofacial surgery*, 9(2), 215–221.
4. Dhonge, RP, Zade, RM, Gopinath, V., & Amirisetty, R. (2015). Uma visão geral da pericoronite. *Int J Dent Med Res* , 1 (6), 172-175.
5. Carregal, M. C. (2018). Pericoronarite: etiologia, epidemiologia, microbiota, tratamento e complicações.

6. Adeyemo, W. L. (2006). Do pathologies associated with impacted lower third molars justify prophylactic removal? A critical review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 102(4), 448-452.
7. Costa, M. G., Pazzini, C. A., Pantuzo, M. C., Jorge, M. L., & Marques, L. S. (2013). Is there justification for prophylactic extraction of third molars? A systematic review. *Brazilian oral research*, 27(2), 183–188.
8. Coulthard, P., Bailey, E., Esposito, M., Furness, S., Renton, T. F., & Worthington, H. V. (2014). Surgical techniques for the removal of mandibular wisdom teeth. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD004345.
9. Bradshaw, S., Faulk, J., Blakey, G. H., Phillips, C., Phero, J. A., & White Jr, R. P. (2012). Quality of life outcomes after third molar removal in subjects with minor symptoms of pericoronitis. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 70(11), 2494-2500.
10. Indira, A. P., Kumar, M., David, M. P., & Rajshekar, V. M. (2013). Correlation of pericoronitis and the status of eruption of mandibular third molar: A clinico radiographic study. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*, 25(2), 7.

GENGIVOPLASTIA: RELATO DE CASO

PINTO, Y S¹; Aline Manhães PESSANHA², Sarah Saraiva SORRENTINO², Hugo Cezar N ALVIM²,
Diogo Elias MIQUILITO²

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

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

*Autor para correspondência: yuridpgh@hotmail.com

RESUMO

Em se tratando de gengivoplastia, esta está indicada quando após análise de um profissional, se constata uma aparência estética não padrão do sorriso do paciente e, essa condição pode ter diferentes etiologias como: dimensão vertical maxilar aumentada, fibromatose gengival hereditária, crescimento gengival causado por medicamentos ou por processos inflamatórios, e erupção passiva alterada. O Objetivo deste trabalho é explicitar a técnica da gengivoplastia, em paciente, que compareceu à clínica universitária da Universidade Iguazu, UNIG – Campus V, queixando-se da aparência de seu sorriso e da sua insatisfação com o mesmo, onde após exames clínicos e radiográficos, optou-se pela gengivoplastia, cujo resultado fora satisfatório.

Palavras chave: Estética. Gengivoplastia. Sorriso.

ABSTRACT

When it comes to dental aesthetics, it is known that a pleasant dentogingival appearance is quite variable and depends on the extent of gum exposure. Gingivoplasty is a surgical procedure for remodeling the gingiva to restore anatomical shape and physiological contour. The objective of the work was to explain the surgical technique of gingivoplasty with the intention of correcting a gingival smile. In this work we report the case of a patient, who attended the dental clinic at Universidade Iguazu, UNIG, complaining about the aesthetic appearance of his smile. After clinical evaluation, gingivoplasty was recommended as an effective procedure to meet the patient's demand. It was concluded that the technique used was the most appropriate and that the result had been satisfactory.

Keywords: Esthetic. Gum. Gingivoplasty.

1 – Introdução

A linha do sorriso pode ser definida pelo traçado de uma linha imaginária que acompanha a borda inferior do lábio superior distendida pelo sorriso. A partir desse conceito, alguns estudos tiveram por objetivo avaliar a exposição de gengiva marginal¹.

Sendo assim, detecta-se o sorriso gengival ocorre quando a exposição de gengiva além dos limites cervicais do dente ultrapassa 3 mm e, é uma condição comum, que ocorre mais frequentemente em mulheres jovens, já que evidências mostram que as mulheres apresentam sorrisos mais altos do que os homens e que a exposição dentogengival diminui com a idade, devido à diminuição do tônus e da elasticidade muscular em volta da cavidade bucal e da recessão dos tecidos gengivais².

Existem diferentes causas para que um indivíduo apresente o sorriso gengival, podendo ser genéticas, como fibromatose gengival hereditária, dimensão vertical da maxila aumentada, erupção passiva alterada e hiperatividade dos músculos do lábio superior, ou

também serem adquiridas, como crescimento gengival originada por medicamentos ou por processos inflamatórios. Essas diferentes causas podem ainda estar associadas em um mesmo paciente, tornando o caso mais complexo³.

O diagnóstico diferencial depende de uma investigação detalhada das características apresentadas e de conhecimento teórico embasado, e é importante para direcionar o tratamento proposto para correção dessa condição⁴.

O presente trabalho, relata caso de paciente, que compareceu à clínica universitária da Universidade Iguazu, UNIG – Campus V, queixando-se da aparência de seu sorriso e da sua insatisfação com o mesmo, onde após exames clínicos e radiográficos, optou-se pela gengivoplastia.

2– Relato de caso

Considerações Éticas

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁵. O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico.

Informações do paciente

Paciente, 21 anos, sexo feminino, compareceu à clínica universitária da Universidade Iguazu, UNIG – Campus V, queixando-se da aparência de seu sorriso e da sua insatisfação com o mesmo, onde após exames clínicos e radiográficos, optou-se pela gengivoplastia.

Intervenção terapêutica

Após exames clínicos, constatou-se excesso gengival no paciente, onde se indicou a gengivoplastia, ponderando com o paciente os benefícios e as possíveis complicações que poderiam ocorrer no pós-operatório e, com a anuência do mesmo iniciamos a intervenção terapêutica.

Inicialmente, montou-se a mesa cirúrgica, com os instrumentos a serem utilizados durante todo o procedimento, a saber: sonda, pinça, espelho, bisturi, descoladores, curetas Gracey 13/14 e me call 17/18 (Figura 1).



Figura 1: Mesa Cirúrgica

Em seguida, procedeu-se com a fotografia inicial do paciente, para que se pudesse comprovar posteriormente os resultados e a eficácia do procedimento realizado (Figura 2).



Figura 2: Aspecto Inicial

Em seguida, já em sede de intervenção cirúrgica, fora realizado o bloqueio anestésico com infiltrativa terminais, esquentando toda a área (Figura 3 e 3-A).

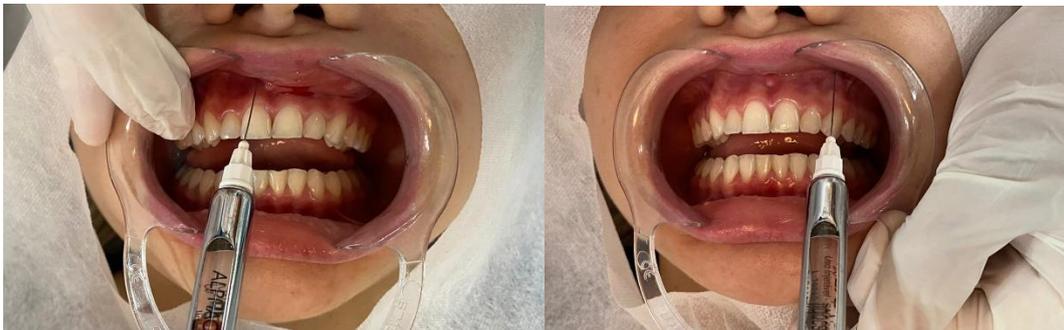


Figura 3 e 3-A: Anestesia

Após aplicação de anestesia a base de lidocaína, fora realizada a marcação na gengiva com pontos sangrentos, utilizando sonda milimetrada, para que se analisasse a quantidade de tecido a ser removido (Figura 4).



Figura 4: Marcação da Gengiva

Em seguida, com a utilização do bisturi lâmina 15C, fora realizado o corte na gengiva, para que se conseguisse reduzir o excesso de tecido contido nesta e, com o tecido gengival completamente descolado, realizou-se análise óssea, com um bom campo de visão, para que

se pudesse realizar a remoção de tecido ósseo, se fosse necessário, bem como a remoção de tecido gengival em excesso, como supramencionado (Figura 5).



Figura 5: Descolamento da Gengiva

Após, tendo removido o excesso de tecido contido na gengiva, fora realizada a sutura com fio de seda, como se vislumbra na Figura 7.



Figura 6: Resultado imediato pós sutura

3 – Discussão

O sorriso gengival é uma alteração frequente e de relevante impacto da qualidade de vida. A Periodontia pode auxiliar na melhora de alguns casos, principalmente nos causados por fibromatose gengival hereditária, hiperplasia gengival por medicamentos ou inflamação e erupção passiva alterada⁶.

Para a ocorrência de um sorriso gengival, o paciente deve expor mais de 3 mm de tecido gengival além dos limites cervicais para ser considerado portador de sorriso gengival, sendo exatamente compatível com o caso apresentado⁷.

A sondagem transperiodontal é o método diagnóstico que produz resultados mais confiáveis e que melhor traduz as medidas reais das distâncias biológicas e, a cirurgia pode ser realizada em qualquer fase da vida do paciente, sendo mais apropriada ao final do tratamento ortodôntico, em caso de tratamento em andamento, pois a movimentação dentária induz modificações na topografia óssea e gengival⁸.

Como todo procedimento cirúrgico, podem ocorrer complicações pós-operatórias e o paciente deve ser informado. Em relação a cirurgias periodontais para correção do sorriso gengival, algumas dessas possíveis complicações podem ocorrer, como a formação de “buracos negros”, sensibilidade radicular, ressecção gengival, reabsorção óssea e mobilidade dental provisória⁹.

As recomendações pós-operatórias consistem em um passo essencial para o sucesso do resultado cirúrgico, tanto na orientação completa e esclarecedora do cirurgião dentista, quanto no cumprimento dessas recomendações e cuidado por parte do paciente¹⁰.

4 – Conclusão

No caso em tela, notou-se que a gengivoplastia era o procedimento mais adequado para se realizar e, após anuência do paciente, fora realizado, de modo que o resultado se demonstrou satisfatório e que o objetivo do trabalho tenha sido alcançado.

Conclui-se, portanto, que, quando o diagnóstico é preciso e a técnica bem aplicada, o resultado se torna capaz de satisfazer as expectativas do cirurgião e do paciente, como ocorreu no caso relatado.

Referências Bibliográficas

1. Abiodun-Solanke, I. M. F., Ajayi, D. M., & Arigbede, A. O. (2014). Nanotechnology and its application in dentistry. *Annals of medical and health sciences research*, 4(3), 171-177.
2. COHEN, E. S. (2008). Atlas de Cirurgia Periodontal Reconstitutiva e Cosmética. *Livraria Santos Editora*.
3. Sousa, S. J. B., Magalhães, D., Silva, G. R., Soares, C. J., Soares, P. F. B., & Santos-Filho, P. C. F. (2012). Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso gengival associada a restaurações em resina composta: Relato de caso clínico. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 19(51).
4. Cosendey, V. L. (2011). Avaliação do relacionamento entre o lábio superior e incisivos durante a fala e o sorriso [dissertação]. *Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro*.
5. Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., ... & Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218-235.
6. Lindhe, J. A. N., Karring, T., & Lang, N. (2016). Tratado de periodontia clínica e implantodologia oral. In *Tratado de periodontia clínica e implantodologia oral* (pp. 720-720).
7. Seixas, M. R., Costa-Pinto, R. A., & Araújo, T. M. D. (2011). Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 16(2), 131-157.
8. Narayan, S., Narayan, T. V., & Jacob, P. C. (2011). Correction of gummy smile: A report of two cases. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 15(4), 421.
9. Coslet, J. G., Vanarsdall, R., & Weisgold, A. (2017). Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *The Alpha Omegan*, 70(3), 24-28.
10. Nascimento, B. F. K. S., Silva, C. A., Corrêa, T. A., Andrade, T. M., Duarte, Y. F., & Cirino, C. C. S. (2016). Resolução estética de sorriso gengival através da técnica de gengivoplastia: relato de caso. *BJSCR*, 14(3), 65-69.

CLAREAMENTO DENTAL EM DENTES VITAIS – RELATO DE CASO

ALVES, C S¹; Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Vanessa Ferreira da SILVA², Elissa Almeida ROCHA², Renato Lenoir MARTINEZ²

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

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

*Autor para correspondência. cleuzaalves3009@gmail.com

RESUMO

A busca pelo sorriso perfeito faz do clareamento dental um procedimento bastante requisitado na sociedade. Com o intuito de satisfazer pacientes que desejam dentes mais claros e harmônicos. Os cirurgiões-dentistas têm oferecido técnicas não invasivas que nos possibilitam corresponder à expectativa destes pacientes, devolvendo autoestima.

O clareamento é uma das técnicas mais utilizadas para se obter uma cor harmônica que possa satisfazer o paciente, é mais indicado em dentes escurecidos de forma naturalmente, como fumo, trauma, dieta ou idade. O clareamento em consultório permite uma resposta rápida, pois o agente clareador é usado em maior concentração, geralmente, o Peróxido de Hidrogênio é usado na concentração de 35%, sendo mais indicado para pequenos grupos dentais. As possibilidades de tratamentos estéticos têm aumentado e o clareamento dental é uma alternativa de melhora estética de forma rápida e segura para o paciente.

Palavras Chave: Clareamento dental, peróxido de Hidrogênio, estética.

Abstract

The search for the perfect smile makes tooth whitening a very popular procedure in society. In order to satisfy patients who want clearer and more harmonious teeth. Dental surgeons have offered non-invasive techniques that enable us to meet the expectations of these patients, restoring self-esteem.

Whitening is one of the most used techniques to obtain a harmonic color that can satisfy the patient, it is more indicated on naturally darkened teeth, such as smoke, trauma, diet or age. In-office whitening allows for a quick response, as the bleaching agent is used in a higher concentration, generally, Hydrogen Peroxide is used in a 35% concentration, being more suitable for small dental groups. The possibilities for aesthetic treatments have increased and tooth whitening is an alternative for improving esthetics quickly and safely for the patient.

Key Words: Tooth whitening, Hydrogen peroxide, aesthetics.

1 – Introdução

Na cultura moderna, o sorriso é considerado um acessório fundamental que compõe a aparência e a apresentação do indivíduo na sociedade. O atual padrão de beleza traduz-se por dentes claros, bem contornados e corretamente alinhados. Devido à busca, pelos pacientes, por tratamentos visando à boa aparência dental, a Odontologia voltada para a estética se desenvolve e inova, através de tecnologias na área de materiais restauradores estéticos e adesivos, como também no clareamento dental¹.

No momento presente, existem duas formas de procedimento para o clareamento dos elementos dentais vitais, que são: as técnicas que utilizam clareamento caseiro onde são monitoradas pelo Cirurgião Dentista e as que são estabelecidas no consultório odontológico².

Entretanto, vale evidenciar, que o CD primeiramente, têm que estabelecer aos pacientes as prováveis causas que desencadearam essa alteração de cor nos dentes, para só assim determinar um específico plano de intervenção³.

A técnica mais procurada pelos pacientes é a que se utiliza no consultório, isso devido os resultados serem mais rápidos, visto que o princípio ativo presente nesses agentes clareadores são utilizados com uma maior centralização. Habitualmente, a utilização de Peróxido de Hidrogênio possui sua concentração em 35%, encontrando-se como indicadores para um pequeno grupo de dentes⁴.

Geralmente, pode-se obter um resultado bastante satisfatório em apenas uma consulta, atingindo-se a satisfação do paciente. Contudo, a utilização dessa técnica ocasiona um processo maior de sensibilidade sendo comparado com os tratamentos caseiros, visto que o Peróxido de Hidrogênio alcança as extremidades da polpa de uma maneira mais rápida e simples devido a sua concentração⁵.

O objetivo do presente estudo foi descrever um procedimento estético de clareamento dental em dentes vitais, cujo paciente relatava insatisfação com a cor de seu sorriso, através da utilização de gel clareador de peróxido de hidrogênio a 35%.

2– Relato de caso

Considerações Éticas:

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

Informações do paciente

Paciente E.R.B, 17 anos, sexo masculino, procurou a clínica odontológica da Universidade Iguazu-Campus V, Itaperuna RJ, por insatisfação de seu sorriso e estética, se queixando da cor amarelada dos dentes.

Achados clínicos e radiográficos

Após exame clínico e anamnese do paciente, verificou-se que os dentes eram naturalmente amarelados.

Intervenção terapêutica



Figura 1: Aspecto do sorriso, onde se observa os dentes naturalmente amarelados.

Foi feita na primeira consulta a profilaxia no paciente com pedra pomes, Desensibilize foi aplicado na vestibular dos elementos, antes do clareamento, pra isso foi usada a ponteira do fabricante, permaneceu sobre os dentes durante 10 minutos



Figura 2: para proteção da gengiva foi feito isolamento relativo com TOP DAM, cobrindo a gengiva marginal e as papilas, foi fotopolimerizado de 3 em 3 dentes, por cerca de 30seg a cada fotopolimerização.

Obs: para facilitar a aplicação do TOP DAM e do gel clareador, foi usado afastador labial (expandex).



Figura 3: Para a manipulação do gel clareador, foi usado Peroxido de Hidrogênio 35% (Whiteness HP MAX 35%), a recomendação do fabricante e que se utilize 3 gotas de peróxido para 1 de espessate, para o grupo de dentes do arco superior foram usadas 9 gotas de peróxido para 3 de espessate (o mesmo para a arcada inferior). Manipulando o gel na placa de mistura que acompanha o kit.



Figura 4: Aplicação do gel

Foram feitas 3 aplicações de 15 minutos cada uma. Durante o tempo de reação do gel, foi usado um micro aplicador para movimentar o gel sobre os dentes, cerca de 3 vezes em cada

aplicação, para liberar as bolhas de oxigênio e o gel fique totalmente em contato e uniforme com as superfícies dos dentes.



Figura 5: Resultado

Foi feito o clareamento do arco superior e inferior, de 2º pré molar à 2º pré molar. Feita a seleção e registro de cor usando escala e fotografia. A cor registrada foi A1.

3- Discussão

Para Azevedo (2009) o uso de agentes potencializadores como o Laser e os LEDS, embora possam causar injúrias ao tecido pulpar, geram um aumento mínimo de temperatura sem dano para o tecido por aquecerem o produto e não a estrutura dental. Isso torna o uso destes desses agentes pontencializados como causadores de injúrias controversos. Pois nem todos os pacientes desenvolvem estes sintomas¹.

Pinheiro et al., em 2011, avaliaram a morfologia do esmalte humano tratado com duas técnicas diferentes de clareamento dental empregando peróxido de hidrogênio e carbamida. Foram selecionados dez terceiros molares superiores e divididos em dois grupos: clareamento de consultório com peróxido de hidrogênio a 35% e clareamento caseiro com peróxido de carbamida 16%. Após as exposições, todos os dentes eram armazenados em saliva artificial. Como conclusão, os autores acreditam que, clareadores dentais em baixas e altas concentrações foram capazes de provocar alterações morfológicas na superfície do esmalte dental².

A técnica do clareamento dentário sofreu importantes avanços desde suas primeiras aplicações, de tal sorte que a introdução de novos materiais e métodos clareadores tornou o tratamento acessível e bastante difundido³.

Há comprovações no meio científico de que a fotoativação nos géis clareadores é desnecessária, visto que os dentes sofrem clareamento com ou sem luz, e que o uso dessas fontes pode ser prejudicial à estrutura dental, devido à inflamação pulpar e/ ou hipersensibilidade após as sessões de clareamento, graças à geração de calor que excede o limite aceitável da polpa dental⁴.

Apesar do gel utilizado no clareamento de consultório ficar menos tempo em contato com a superfície dental, no presente estudo foi encontrada efetividade semelhante entre o clareamento de consultório e a técnica associada de clareamento. O menor tempo de contato do gel clareador com a superfície dental pode ter sido compensado pela grande quantidade de radicais livres existentes na concentração do H₂O₂35%, o qual promoveu a quebra das moléculas cromógenas de maneira eficiente⁵.

4- Conclusão

Conclui-se ainda que por muitos seja apenas considerado um procedimento estético, o clareamento ajuda a manter a autoestima dos pacientes. Isso ocorre porque o padrão de beleza em relação ao sorriso é ter dentes brancos e bem alinhados. É um procedimento que pode trazer de volta a satisfação com a própria imagem proporcionando a felicidade do mesmo.

Referências Bibliográficas:

1. Sossai N, Verdinelli E.C. CLAREAMENTO DENTAL [Artigo de Revisão on the Internet]. Revista Saúde e Pesquisa, v. 4, n. 3, p. 425-436, set/dez. 2011 - ISSN 1983-1870: Universidade Paranaense ? UNIPAR; 2011 [cited 2021 Mar 23]. 12 p. Available from: <https://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/1708/1362> Discente do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Paranaense . UNIPAR.
2. Fausto H.V Cotrim, Almeida E.S, et al. CLAREAMENTO DENTAL: COM OU SEM FOTOATIVACÃO? [Dissertação on the Internet]. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo: Curso de Odontologia Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2014. CLAREAMENTO DENTAL: COM OU SEM FOTOATIVACÃO?; [cited 2021 Mar 23]; p. 5. Available from: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/293/190> Acadêmicos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
3. Oliveira J.A, Cunha V.P, Fajardo R.S, et al. Clareamento dentário x autoestima e autoimagem [Caso Clínico on the Internet]. [place unknown]: Universidade de Taubaté (UNITAU); 2014 [cited 2021 Mar 23]. 5 p. Available from: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/673/864>
4. Barbosa D.C, De?Stefani T.P, et al. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS TÉCNICAS DE CLAREAMENTO DENTAL EM CONSULTÓRIO E CLAREAMENTO DENTAL CASEIRO SUPERVISIONADO EM DENTES VITAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA [Revisão de literatura on the Internet]. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2015 [cited 2021 Mar 23]. 9 p. Available from: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/255/153> Graduanda em Odontologia.
5. Rezende M, Siqueira II S.H, Kossatz S. Clareamento dental - efeito da técnica sobre a sensibilidade dental e efetividade [Artigo original]. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. vol.68 no.3 Sao Paulo Jul./Set. 2014: Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)/Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic/; 2014. 3 s.
6. Kina M, Borgh A.P, et al. Clareamento dental em dentes vitais [Protocolo Clínico em Consultório on the Internet]. Arch Health Invest (2015) 4(4): 7-12: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)/universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO)/; 2015 [cited 2021 Mar 23]. 6 p. Available from: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/905/1192>
7. Vieira A.C, Dourado V.C, Santos L.C, et al. REAÇÕES ADVERSAS DO CLAREAMENTO DE DENTES VITAIS [Artigo de Revisão on the Internet]. Odontol. Clín.-Cient. (Online) vol.14 no.4 Recife Out./Dez. 2015: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)/Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)/Universidade Federal da Bahia (UFBA); 2015 [cited 2021 Mar 23]. 4 s. Available from: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882015000400006&script=sci_arttext

8. Marcon T.D. CONDUITAS CLÍNICAS UTILIZADAS POR CIRURGIÕES DENTISTAS EM CLAREAMENTOS DE DENTES VITAIS [Trabalho de Conclusão de Curso on the Internet]. [place unknown]: Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina; 2014 [cited 2021 Mar 23]. 54 s. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/123789/Tiago-TCC-final-bu.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
9. Neto J.M, Silva B.R, Barros K.F, Medeiros M.L, Barros J.V. Clareamento dental, aplicação em dentes vitais: uma revisão de literatura [Revisão de literatura on the Internet]. [place unknown]: Centro Universitário CESMAC (CESMAC), Maceió -AL; 2020 [cited 2021 Mar 23]. 10 p. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3086/1833>
10. Andrade C.K. CLAREAMENTO DENTAL EM DENTES VITAIS: CONSIDERAÇÕES ATUAIS [Trabalho de Conclusão de Curso on the Internet]. [place unknown]: Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará; 2018 [cited 2021 Mar 23]. 29 p. Available from: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/38616/1/2018_tcc_cklnandrade.pdf

RETALHO GENGIVAL PARA TRATAMENTO DE LESÃO DE FURCA: RELATO DE CASO

COSTA, T T S¹; José Luiz MIQUILITO², Diogo Elias MIQUILITO², Sarah Saraiva SORRENTINO², Aline Manhães PESSANHA²

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

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

*Autor para correspondência: thaliacosta0207@gmail.com

RESUMO

As lesões de furca são envolvimento localizados nas regiões interradiculares de dentes multirradiculados. A etiologia está relacionada, principalmente, a evolução progressiva da doença periodontal destrutiva que determina o comprometimento das furcas em diferentes graus, muito embora estas lesões possam também estar associadas a outros fatores. O objetivo do presente trabalho é relatar procedimento de tratamento da lesão de furca através de cirurgia de retalho gengival. Paciente, do sexo masculino, 52 anos de idade, que espontaneamente compareceu à clínica universitária da UNIG em busca de tratamento odontológico queixando-se de sensibilidade no elemento 26 e, após análise optou-se pelo tratamento exposto neste.

Palavras chave: Doença Periodontal. Lesão de Furca. Retalho Gengival.

ABSTRACT

Furcation lesions are localized involvement in these inter-root regions of multi-rooted teeth. The etiology is mainly related to the progressive evolution of destructive periodontal disease that determines the involvement of furcations in different degrees, although these lesions may also be associated with other factors. The aim of the present study is to report a procedure for treating furcation injuries through gingival flap surgery. Male patient, 52 years old, who spontaneously attended the university clinic of UNIG in search of dental treatment complaining of sensitivity in element 26 and, after analysis, we opted for the treatment exposed therein.

Keywords: Periodontal disease. Furca's injury. Gingival flap.

1 – Introdução

Em dentes multirradiculares existe a área de furca, ponto onde ocorre a divergência das raízes no complexo radicular.

As lesões de furca são envolvimento localizados nas regiões interradiculares de dentes multirradiculados. A etiologia está relacionada, principalmente, a evolução progressiva da doença periodontal destrutiva que determina o comprometimento das furcas em diferentes graus, muito embora estas lesões possam também estar associadas a outros fatores¹.

A doença periodontal desenvolve-se por intermédio de um quadro clínico e histológico de inflamação frente à presença de biofilme patogênico na cavidade oral e apresenta perda de inserção e formação de bolsa periodontal. Se não diagnosticada e tratada efetivamente, tem progressão crônica até a perda de todo osso que suporta o elemento dental².

Em dentes com anatomia radicular complexa, como os molares, o tratamento torna-se mais difícil, especialmente quando têm envolvimento de furca, onde o acesso para a raspagem subgengival é restrito³.

O trabalho relata o caso de paciente, do sexo feminino, 52 anos de idade, que espontaneamente compareceu à clínica universitária da UNIG em busca de tratamento odontológico queixando-se de sensibilidade no elemento 26 e, após análise optou-se pelo tratamento exposto neste.

2– Relato de caso

Considerações Éticas

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁴. O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico.

Informações do paciente

Paciente, do sexo masculino, 52 anos de idade, que espontaneamente compareceu à clínica universitária da UNIG em busca de tratamento odontológico queixando-se de sensibilidade no elemento 26 e, após análise optou-se pelo tratamento exposto neste.

Seu histórico clínico não apresentou alteração sistêmica de nenhuma natureza que tenha relevância para este relato.

Intervenção terapêutica

Inicialmente, fora fotografado o aspecto inicial do paciente em radiografia, onde se vê o elemento 26 com perda óssea, para que posteriormente se comprove o resultado do procedimento aqui relatado (Figura 1).



Figura 1: Radiografia Inicial.

Em seguida, pôde-se constatar o aspecto inicial da boca do paciente, apresentando bolsa periodontal de aproximadamente 12mm, como se vê na Figura 2.



Figura 2: Aspecto Inicial do Paciente.

Após constatação da bolsa periodontal, fora realizado procedimento de incisão com bisturi lâmina 15C, para realizar a iniciação do procedimento (Figura 3).



Figura 3: Incisão bisturi com lâmina 15C.

Em seguida realizou-se o descolamento da gengiva com descolador de Molt e, realizou-se a raspagem com curetas de Gracey 11/12 e 13/14 (Figura 4).



Figura 4: Descolamento da gengiva.

Após esse procedimento, se prosseguiu com a sutura do elemento, conforme se vislumbra na Figura 5.



Figura 5: Sutura.

Após 04 meses realizou-se a fotografia do pós operatório, constatando o sucesso do procedimento, tendo a profundidade da sondagem em 2mm, como se pode observar na Figura 6.



Figura 6: Pós-operatório após 04 meses.

E, após 06 meses da realização do procedimento, fora feita radiografia do elemento, para se concluir sobre a satisfação do mesmo (Figura 7).



Figura 7: Radiografia final.

3- Discussão

O termo "furca" refere-se à área anatômica de dente multirradiculares onde as raízes divergem do bulbo radicular principal comum. A área interradicular está na região contida entre as raízes e a furca e contém o septo ósseo interradicular e o ligamento periodontal⁵.

Comparados aos dentes de uma única raiz, os dentes multirradiculares são complicados pela morfologia anatômica e alta incidência de canais acessórios nas áreas de furcação⁶.

Por causa de suas localizações na parte posterior da cavidade oral e suas morfologias complicadas, é difícil para o dentista tratar os dentes multirradiculares ou educar o paciente para mantê-los. A proximidade das duas raízes bucais com uma estreita entrada da furca é evidente no molar maxilar. As duas raízes do molar maxilar estão niveladas a mesiodistal. No caso da proximidade da raiz restrita, uma fina cureta não pode alcançar ou ser inserida na área de furcação⁷.

Neste sentido, a destruição periférica causada pela infecção da polpa pode estender-se até o periodonto. Contraditoriamente, como a inflamação se expande da gengiva em direção ao ligamento periodontal, a destruição pode alcançar a polpa (pulpiteretrógrada). Em outras palavras, há uma relação reversível entre a patogenia da polpa (doença endontica) e o envolvimento de furcação (doença periodontal)⁸.

Outrossim, no entendimento de Miranda (2011, p. 201)⁹ "a precária acessibilidade através das entradas da furca e a anatomia complexa da área radicular podem limitar a efetividade dos diferentes tipos de instrumentos, isto, curetas raspadores sônicos e ultrassônicos e brocas".

O que nós vemos em termos de doença clínica, na verdade, consequência do processo inflamatório, sabidamente regulado por vários fatores de risco. Desta forma, embora as bactérias sejam parte essencial no estabelecimento da doença periodontal, outros fatores atuam ao mesmo tempo regulando a taxa de progressão e destruição dos tecidos periodontais¹⁰.

4 – Conclusão

Tendo concluído todo procedimento e, após a feitura de avaliação pós-cirúrgica, constatou-se que tal procedimento foi o mais adequado para alcançarmos objetivo satisfatório ao quadro do paciente e, que fora eficiente e eficaz no tratamento da queixa inicial relatada neste caso.

Conclui-se, portanto, que o resultado foi satisfatório e o objetivo alcançado.

Referências Bibliográficas

1. Deliberador, T. M., Nagata, M. J. H., Furlaneto, F. A. C., Messoria, M. R., Bosco, A. F., Garcia, V. G., & Santos, F. R. (2008). Abordagem conservadora no tratamento dos defeitos de furca. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 5(3), 49-55.
2. Newell, D. H. (1998). The diagnosis and treatment of molar furcation invasions. *Dental Clinics of North America*, 42(2), 301-337.
3. Duarte, C. A. (2009). *Cirurgia periodontal: pré-protética, estética e peri-implantar*. Santos.
4. Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., ... & Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218-235.

5. Rosenberg, M. M. (1992). *Tratamento periodontal e protético para casos avançados*. Quintessence.
6. Souza, L. T. H., & Ribeiro, É. D. P. (2012). Sorriso gengival: relato de caso clínica.
7. Wiederkehr, I. J. (2001). *Alternativas de tratamento para lesões de furca* (Doctoral dissertation).
8. Oppermann, R. V., & Rösing, C. K. (2013). *Periodontia Laboratorial e Clínica: Série Abeno: Odontologia Essencial-Parte Clínica*. Artes Médicas Editora.
9. Miranda, L. A., Gomes, S. C., & Oppermann, R. V. (2011). Bases Biológicas para Abordagem das Lesões de Furca: Tratamento da Doença versus Regeneração. Oppermann RV, Rosing CK. *Periodontia-Ciência e Clínica*. 1ed. São Paulo: Artes Medicas, 199-204.
10. Menezes, A. D. (2011). Aplicabilidades da RHBMP-2 na regeneração óssea em Implantodontia: revisão de literatura.

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR E INFERIOR CARACTERIZADAS: RELATO DE CASO

LOPES, T V¹; Bruno da Silva INÁCIO², Claudio PELLEGRINI ², Annalee Nogueira Sá HOSKEN²,
Hugo César Nogueira ALVIM²

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

*Autor para correspondência: thauanav@outlook.com

RESUMO

A condução de saúde bucal dos idosos é relativa a qualidade de vida assim como a saúde geral. As perdas dentárias podem estar associadas a diversos fatores, como parafunções, doença periodontal, traumatismos dentários, trauma oclusal e até mesmo cáries. O objetivo do trabalho foi explicitar a importância de uma reabilitação total superior e inferior, e seu impacto na qualidade de vida do paciente. Relata-se o caso de paciente, 75 anos, de sexo masculino, branco, que espontaneamente, procurou a clínica universitária da UNIG, com objetivo de fazer a reabilitação oral por questões estéticas e funcionais.

Palavras chave: Doença Periodontal. Qualidade de Vida. Reabilitação Oral.

ABSTRACT

Driving oral health for the elderly is related to quality of life as well as general health. Tooth loss can be associated with several factors, such as parafunctions, periodontal disease, dental trauma, occlusal trauma and even cavities. The objective of the work was to explain the importance of a total upper and lower rehabilitation, and its impact on the patient's quality of life. We report the case of a patient, 75 years old. male, white, who spontaneously sought the university clinic of UNIG, with the objective of performing oral rehabilitation for aesthetic and functional reasons.

Keywords: Periodontal Disease. Quality of life. Oral Rehabilitation.

1 – Introdução

A condução de saúde bucal dos idosos é relativa a qualidade de vida assim como a saúde geral. A saúde bucal entre os idosos é um dos grandes problemas da maioria da população de países em desenvolvimento¹.

A população idosa brasileira transparece um quadro de saúde bucal sofrível nesses indivíduos com destaque na maioria dos indivíduos desdentados totais e a ausência de programas preventivos de saúde bucal².

Buscando por um relacionamento oclusal para modificação da função do sistema estomatognático com a função de possibilitar aos indivíduos edêntulos permanecer com sua competência funcional parecida com a que eles haviam com seus dentes³.

A caracterização da gengiva na prótese total removível é muito importante para devolver a naturalidade do sorriso, assim influenciando diretamente na harmonia facial do paciente trazendo uma maior naturalidade do sorriso¹.

O objetivo do presente estudo foi descrever a reabilitação estética e funcional para o paciente edêntulo total com prótese total superior e inferior caracterizadas para uma melhor qualidade de vida.

2– Relato de caso

Considerações Éticas

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁴. O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico.

Dados do Paciente

Paciente, 75 anos. sexo masculino, branco, que espontaneamente, procurou a clínica universitária da UNIG, com objetivo de fazer a reabilitação oral por questões estéticas e funcionais.



Figura 1: Radiografia

Intervenção Terapêutica

Primeiramente, fora realizada a fotografia do aspecto inicial do paciente, comprovando o edentulismo (Figura 2 e 2-A).



Figura 2 e 2-A: Aspecto inicial do paciente

Após, para que se confeccionasse a prótese, iniciou-se o processo de moldagem, com alginato de condensação e silicone de condensação, respectivamente (Figura 3 e 3-A).



Figura 3 e 3-A: Moldagem anatômica

Em seguida, ainda em sede de moldagem, realizou-se a feitura de moldagem funcional com Godiva, tanto da parte superior, quanto da parte inferior (Figura 4 e 4-A).



Figura 4 e 4-A: Moldagem Funcional com Godiva

Após, confeccionou-se moldagem corretiva superior e inferior com pasta zinco eugenolica LIZANDA (Figura 5).



Figura 5: Moldagem corretiva

Após, realizou-se o encaixotamento superior e inferior com cera utilidade e cera 07 (Figura 6).

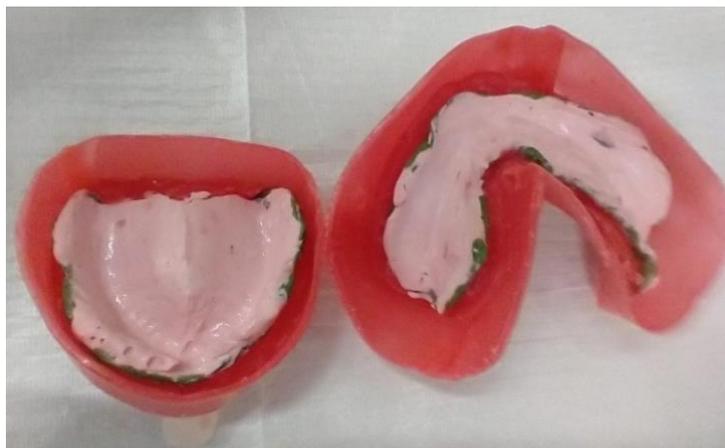


Figura 6: Encaixotamento

Realizou-se em seguida, o vazamento do gesso tipo IV, superior e inferior (Figura 7).



Figura 7: Vazamento do gesso

Em seguida, fora realizado ajuste do rolete de cera superior nas próteses totais, com auxílio de régua fox e compasso de Willis, sendo realizada também avaliação dos planos oclusais de Camper e horizontal, sendo medida a dimensão vertical (fórmula: $dvo = dvr - efl$) (Figura 8).



Figura 8: Ajuste

Após, fora realizada a montagem do modelo em cera, já finalizando o procedimento (Figura 9).



Figura 9: Montagem do modelo

E, por fim, após finalizado todo procedimento, fora realizada a prova pelo paciente e, tendo obtido o resultado desejado (Figura 10).



Figura 10: Resultado

3 – Discussão

Uma prótese estética deve manter os traços faciais típicos, o perfil, a forma e suporte dos lábios e a harmonia ao sorrir, o que resulta numa fisionomia do paciente rotulada como agradável⁵.

O sorriso é uma das mais belas e importantes expressões faciais, sendo, por isso, essencial nas expressões de felicidade, humor, amizade, concordância e apreciação. Outros autores constataram que o comprimento do lábio superior em adultos aumenta com a idade e que a instalação de novas próteses restaura a altura e o contorno dos lábios⁶.

Seja qual for o tipo de prótese dental utilizada, a reabilitação oral influencia psicossocialmente a vida do paciente. É verificado que a ausência de dentes influencia diretamente o cotidiano das pessoas, afetando a sua qualidade de vida⁷.

A seleção dos dentes artificiais é um dos aspectos mais importantes na confecção da prótese e também um dos mais difíceis pela falta muitas vezes de critérios exatos. Os métodos são baseados em estudos que relacionam formato e/ou cor do dente, com tipo facial, sexo, temperamento, cor de pele, idade, distância intercanina, distância entre canto interno dos olhos, distância interpupilar, interalar, bizigomática, papila incisiva entre outras distâncias. Essas teorias não podem ser levadas à risca, visto que cada ser humano possui características extremamente peculiares, mas devem servir de norte para fundamento e início de planejamento⁸.

Assim, mais que restabelecer a função mastigatória, ao procurar o tratamento reabilitador, os pacientes buscam reconstituir sua imagem pessoal, social e sua qualidade de vida⁹.

A reabilitação por meio de próteses pode ter um efeito positivo no comportamento e na autoimagem dos pacientes, pois, ao restabelecer de maneira adequada a estética e a função mastigatória, contribui para uma melhora na interação social dos pacientes. Todavia, o impacto da perda dentária sobre a vida das pessoas não deve ser subestimado, pois, mesmo aceitando bem suas próteses, muitos pacientes podem ter dificuldade em lidar com o edentulismo em razão dos sentimentos negativos associados a essa condição, como vergonha e sensação de incompletude¹⁰.

A aparência natural para o paciente desdentado pode ser um dos fatores mais recompensadores na reabilitação com prótese total. A instalação das próteses deve ser feita de maneira cuidadosa, observando sempre a sua retenção, estabilidade, oclusão, fonética e a sua estética¹¹.

4 - Conclusão

A instalação das próteses deve ser feita de maneira cuidadosa, observando sempre a sua retenção, estabilidade, oclusão, fonética e a sua estética.

Conclui-se que o objetivo do trabalho foi alcançado, devolvendo ao paciente melhora do sistema estomatognático, função, fonética e principalmente a estética, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

1. França, I. L., & da Cunha, M. A. P. (2018). A importância da caracterização da gengiva em prótese total removível: uma revisão da literatura. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 12(42), 1027-1033.
2. Guimarães, M. L. R., Hilgert, J. B., Hugo, F. N., Corso, A. C., Nocchi, P., & Padilha, D. M. (2015). Impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos independentes. *Scientia Medica*, 15(1), 30-33.
3. Franciozi, M. A. (2013). Influência do tipo de prótese total dupla na função mastigatória.
4. Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., ... & Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218-235.
5. Goulart, R. M., Araújo, A. C., & Rodrigues, C. R. T. (2014). Digital smile design em prótese total relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 6(1), 41-46.
6. Silva, M. E. D. S., Magalhães, C. S. D., & Ferreira, E. F. (2010). Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 813-820.
7. Marini, C. B. F. B., Rodrigues, C. R. T., Brum, S. C., & Pereira Junior, M. A. (2013). Prótese Imediata: uma solução estética e funcional-relato de caso clínico. *BJSCR*, 4(4), 24-31.
8. Silva, C. D. S. Apresentação de um método alternativo para seleção de dentes de prótese total.
9. Barbato, P. R., Nagano, H. C. M., Zanchet, F. N., Boing, A. F., & Peres, M. A. (2017). Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2012-2015). *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1803-1814.
10. Farias Neto, A., Carreiro, A. D. F. P., & Rizzatti-Barbosa, C. M. (2011). A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, 10(2), 125-128.
11. Moreira, R. D. S., Nico, L. S., & Tomita, N. E. (2011). O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 2041-2054.

FECHAMENTO DO DIASTEMA DE DENTES ANTERIORES COM RESINA COMPOSTA – RELATO DE CASO

CÂNDIDO, V P1, Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Vanessa Ferreira da SILVA², Elissa Almeida ROCHA², Renato Lenoir MARTINEZ²

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

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

*Autor correspondência. vanessapereiracandido@outlook.com.br

RESUMO

O sorriso é o cartão de visita e qualquer alteração antiestética interfere de forma negativa no seu convívio social. A presença de diastema entre incisivos centrais e laterais superiores é uma alteração muito comum, mas que interfere negativamente na estética dental. O presente trabalho tem como objetivo descrever através do relato de caso clínico a técnica de escolha para fechamento de diastema entre os incisivos centrais superiores, 11 e 21, com resina composta, realizado na clínica odontológica da Universidade Iguazu – Campus V, Itaperuna, RJ. Paciente, do sexo masculino, 53 anos de idade compareceu a clínica queixando-se do espaço entre os dentes e após anamnese e exame clínico notou-se que seria possível fechar o espaço por meio da restauração direta com resina composta. Portanto, conclui-se que é possível obter resultado satisfatório atendendo as necessidades e expectativas do paciente, através do uso de compósitos resinosos para o fechamento de diastemas em dentes anteriores, de forma minimamente invasiva e na maioria das vezes confeccionada em um única sessão, com melhor custo benefício, devolvendo estética e função melhorando sua qualidade de vida.

Palavras Chaves: Estética dentária, sorriso, diastema.

Abstract

The smile is the business card and any unsightly changes interfere negatively in your social life. The presence of diastema between central and upper lateral incisors is a very common alteration, but it negatively interferes with dental aesthetics. The present work aims to describe, through the clinical case report, the technique of choice for closing the diastema between the upper central incisors, 11 and 21, with composite resin, performed at the dental clinic of the Iguazu University - Campus V, Itaperuna, RJ. A 53-year-old male patient attended the clinic complaining of the space between his teeth and after anamnesis and clinical examination it was noted that it would be possible to close the space through direct restoration with composite resin. Therefore, it is concluded that it is possible to obtain a satisfactory result meeting the needs and expectations of the patient, through the use of resinous composites for closing diastemas in anterior teeth, in a minimally invasive way and most of the times made in a single session, with better cost benefit, returning aesthetics and function improving your quality of life.

Key Words: Dental aesthetics, smile, diastema.

1 – Introdução

O diastema é descrito como um espaço interdental, que pode ser observado em múltiplas regiões da arcada dentária, sendo mais comum na região ântero superior afetando diretamente na estética dentária. Essa alteração dentária possui diferentes etiologias, exigindo assim que o cirurgião dentista faça uma avaliação criteriosa da sua origem para oferecer ao paciente o tratamento ideal restabelecendo a estética facial. ^{1, 2, 3}

A avaliação criteriosa e bem detalhada é de suma importância, pois existem diferentes tratamentos para fechar o diastema, podendo ser mais invasivos como cirurgia na inserção do freio labial ou menos invasivo como correção do arco através do uso de aparelhos ortodônticos, laminados cerâmicos e prótese fixa. O correto diagnóstico auxiliará o cirurgião-dentista na escolha do tratamento que melhor for indicado para cada paciente ^{4, 5}.

Atualmente é possível fechar o diastema de forma menos invasiva preservando a estrutura do dente através de restaurações diretas com resina composta, devolvendo o equilíbrio e a estética. Estudos recentes destacam a evolução das resinas compostas e sistemas adesivos que permitem alcançar a estética e função natural semelhante às estruturas dentais ^{6, 7, 8, 9}. Associado a isso, as resinas compostas apresentam muitas vantagens como excelente resistência devido as diversas possibilidades de materiais existentes no mercado, restaurações confeccionadas, na maioria das vezes, em uma única sessão, boa relação custo benefício, grande facilidade de reparo, possibilidade de biomimetizar com perfeição a opacidade e a translucidez existentes nos dentes naturais com os diferentes materiais com capacidade de transparência, translucência e opacidade ¹⁰.

Mediante ao exposto, o objetivo do presente artigo é relatar a conduta clínica do fechamento do espaço interdental entre o dente 11 e 21 através da restauração direta com resina composta.

2 – Relato de Caso

Considerações Éticas: Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline ¹¹. O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. A paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informações do paciente

Paciente do sexo masculino, 53 anos de idade, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu - Campus V, Itaperuna RJ, queixando-se do espaço que havia entre os dentes superiores anteriores. Foi realizado exame clínico, físico e radiográfico.

Achados clínicos e radiográficos

Após exame clínico foi observado que as características bucais se encontravam sem nenhuma alteração, e que os dentes se encontravam em condições periodontais de saúde. Entre os dentes 11 e 21, foi verificado a existência de diastema. O dente 21 apresentava uma fratura no ângulo mesioincisal. Apresentaram contatos oclusais corretos nos movimentos de lateralidade e máxima intercuspidação habitual, e também tinham uma anatomia favorável ao procedimento restaurador.

O exame radiográfico foi realizado através de radiografia panorâmica, para se verificar os dentes 11 e 21, e demais elementos dentários, e se nelas havia um envolvimento pulpar dos

dentes. De maneira que foi possível constatar a ausência de lesões periapicais e envolvimento pulpar em relação a restauração, permitindo seguir o andamento clínico do processo.

Intervenção terapêutica

Uma vez que o paciente queria solução imediata, foi proposto o fechamento do diastema através da restauração direta com resina composta dado que o mesmo possuía indicação para o procedimento. Inicialmente foi realizada a raspagem supragenival e profilaxia da arcada superior e inferior para adequação do meio bucal, e posteriormente o registro fotográfico do aspecto inicial do sorriso (Figura 1A e 1B).



Figura 1A: Estética inicial do sorriso.

Figura 1B: Estética inicial do sorriso com os tecidos moles afastados.

Inicialmente, realizou-se a seleção de cor da resina a ser usada, por pequenos incrementos na superfície vestibular, sem aplicação de Ácido fosfórico e sistema adesivo, fotopolimerizando por 20 segundos. A cor definida foi A3.

Para poder ter previsibilidade do resultado final, optou-se por fazer restauração provisória (Figura 2) sem utilizar condicionamento com ácido fosfórico e adesivo, utilizando apenas o restaurador temporário (Fillmagic tempo, Coltene, Brasil) que foi inserido em incrementos com auxílio de tiras de poliéster e uso da espátula metálica de inserção anterior (Hirata Kihon, SS White Duflex 0010119, Brasil) e fotoativados por 20 segundos, inicialmente no dente 11 e posteriormente no dente 21.



Figura 2: Dentes 11 e 21 restaurados com restaurador provisório.

Com a aprovação do paciente em relação a estética final, realizou-se a confecção da guia palatina com silicone de condensação (Reflex, Yller. Brasil), na qual foi empregado apenas a base densa, manipulado manualmente com o catalisador, de acordo com as proporções do fabricante, com apenas uma medida, suficiente para a região anterior. A mesma foi manipulada e inserida na boca, de modo a ser acondicionada manualmente, sendo removida após a polimerização do material (Figura 3A). Obtendo - se o molde / guia palatina (Figura 3B) que irá proporcionar a reconstrução do dente de forma mais rápida e eficiente.



Figura 3A: Silicone de condensação posicionado na face palatina para copiar o modelo.
Figura 3B: Guia palatina confeccionada.

O restaurador temporário foi removido para iniciar o processo de restauração direta. Inicialmente a área de gengiva livre dos dentes 11 e 21 foi anestesiada com solução anestésica (Alphacaine 100, DFL, Brasil) para posterior inserção do fio retrator (Figura 4) (Ultrapack, Ultradente, Brasil) que foi banhado em solução hemostática (Hemostop, Dentsply, Brasil) para não sangrar durante inserção.



Figura 4: Fio retrator inserido na cervical do dente, afastando a gengiva.

Prosseguiu-se realizando o condicionamento da estrutura dental com a aplicação do ácido fosfórico a 37% (Condac37, FMG, Brasil) em esmalte por 30 segundos na face palatina e vestibular dos dois dentes e lavado pelo dobro de tempo, seguindo com a aplicação do sistema adesivo universal (Ambar universal, FGM, Brasil) com microbrasuh (Cavibrush, FGM, Brasil) de acordo com as recomendações do fabricante.

A resina composta nano-híbrida fotopolimerizável incisal (Applic, Maquira, Brasil) foi depositada na guia palatina (Figura 5) no local determinado para reconstrução da face palatina.



Figura 5: Resina depositada no local referente a face palatina dos dentes.

A guia palatina foi posicionada na cavidade oral, seguindo com a fotopolimerização por 30 segundos do compósito resinoso, que após a remoção da guia palatina deu forma a face palatina, proporcionando melhor contorno para posterior estratificação das cores com as resinas compostas (Figura 6).



Figura 6: Aparência após a inserção e fotopolimerização da resina.

Logo após, realizou-se a aplicação da resina composta de dentina, cor A3B zircônia nano-híbrida (Forma, Ultradent, Brasil) com espátula metálica proximal (Hirata Kihon, SS White Duflex, Brasil) obedecendo a estratificação natural do dente 11, tanto em espessura quanto em largura e altura. Neste momento, foi verificado os detalhes dentinários para reprodução bem definida. Para que, então, a última etapa fosse realizada, a inserção de resina composta de esmalte A2E zircônia nano-híbrida (Forma, Ultradent, Brasil). Todos os incrementos foram fotopolimerizados por, pelo menos, 20 segundos. Finalizando assim a restauração com anatomia estabelecida e cor idêntica aos outros elementos dentários.

Em seguida, deu sequência a restauração do dente 21, seguindo o mesmo protocolo realizado no dente 11. Foi utilizado durante o procedimento restaurador uma tira de poliéster entre os dentes 11 e 21 para reconstruir o ponto de contato. Primeiro realizou-se a inserção da resina de corpo A3B zircônia nano-híbrida (Forma, Ultradent, Brasil) com a espátula metálica proximal (Hirata Kihon, SS White Duflex, Brasil) e fotopolimerização de 20 segundos (Figura 7). Após foi inserida a resina composta A3E zircônia nano-híbrida (Forma, Ultradent, Brasil) com a espátula metálica anterior (Hirata Kihon, SS White Duflex, Brasil), e fotopolimerização de 20 segundos (Figura 8). Resultando em uma restauração esteticamente satisfatória antes mesmo do acabamento e polimento.



Figura 7: Resina de corpo inserida no dente 21.



Figura 8: Aspecto final do sorriso após inserção da última camada de resina composta.

Posteriormente, testou-se a oclusão, verificando os pontos de contatos entre os dentes inferiores e os dentes 11 e 21 restaurados, com papel carbono (Contacto papel/paper, Angelus, Brasil), realizando os ajustes oclusais com a ponta diamantada 3168F (Fava, Brasil) em alta rotação (Figura 9A e 9B).



Figura 9A: Ajuste oclusal sendo feito com fita de carbono.

Figura 9B: Vista palatina dos pontos de contatos que foram identificados.

O acabamento e polimento foram realizados após sete dias, para garantir que não houvesse contração da resina composta. Para realização dessa etapa o kit de acabamento e polimento (Diamond master, FGM, Brasil) foi escolhido (Figura 10).



Figura 10: Discos de lixa e pasta de polimento que foram utilizados.

Os discos foram usados em baixa rotação, seguindo a ordem de granulação, com os dentes umedecidos, o movimento aplicado nos discos sempre com direção da restauração para o esmalte, de acordo com as orientações do fabricante (Figuras 11A, 11B, 11C e 11D).



Figura 11A: Disco de lixa grossa.,Figura 11B: Disco de lixa média.,Figura 11C: Disco de lixa fina.,Figura 11D: Pasta de polimento aplicada e finalização com disco de feltro.

Após finalização dessa etapa foi possível visualizar o resultado final, atendendo as expectativas do paciente, e estética satisfatória (Figura 12A e 12B).



Figura 12A: Aspecto final do sorriso.

Figura 12B: Aspecto final com os tecidos moles afastados.

3 – Discussão

O sorriso é o elemento mais importante na estética atual, e ter um sorriso que não atende as características dos padrões estabelecidos pela sociedade e cirurgiões-dentistas tende a levar o indivíduo a um nível alto de baixa auto-estima. O diastema ântero-superior é uma das discrepâncias mais comuns e conseqüentemente a maior queixa dos pacientes visto que ao sorrir é visualmente detectável. Causado por diferentes etiologias, possui assim variadas formas de tratamento, sendo a ortodontia a maior aliada ¹².

O espaço interdental pode ser fechado através da ortodontia que dispõe de maior tempo de tratamento, mas em casos em que a oclusão se encontra alinhada e com os caninos em classe I o diastema pode ser tratado através das restaurações diretas com resina composta, sendo essa uma opção com resultado imediato e reversível ^{6, 13, 14}.

A evolução da tecnologia dos sistemas adesivos possibilita melhor adesividade com os compósitos resinosos que possuem características estéticas e funcionais semelhantes à estrutura dental. O conhecimento sobre as aplicações, manejo e características da resina composta é de fundamental importância para sua longevidade, sendo um material de fácil acesso que possibilita resultado satisfatório imediato e reversível caso o paciente fique insatisfeito ¹⁵.

Os diferentes tipos de resinas compostas permitem atualmente inovar na odontologia, a utilização de resina provisória sem a necessidade de fazer condicionamento da estrutura dental possibilita a restauração provisória com intuito de visualizar o possível resultado final e modificando de acordo com a necessidade do paciente, o procedimento viabiliza o tratamento imediato, diferente de quando se opta pelo enceramento de diagnóstico que necessita de maior tempo de trabalho clínico, tempo protético e não resulta em benefício imediato ¹⁶.

O caso clínico obteve excelente resultado devido ao fato de o paciente não possuir desordens funcionais como o bruxismo e apertamento dentário, isso resulta em maior longevidade do trabalho. Se o paciente possuir alguma dessas desordens a resina composta pode durar menos que o esperado devido ao maior risco de trincas resultante da força excessiva que é exercida sobre os dentes, correndo o risco da resina composta quebrar.

4 – Conclusão

Dessa forma, mediante ao exposto conclui-se que é possível obter resultado satisfatório atendendo as necessidades e expectativas do paciente, através do uso de compósitos resinosos para o fechamento de diastemas em dentes anteriores, de forma minimamente invasiva e na maioria das vezes confeccionada em um única sessão, com melhor custo benefício, devolvendo estética e função melhorando sua qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

1. Guerra, M. L. R. S., Venâncio, G. N., & Augusto, C. R. (2017). Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso. *Revista da faculdade de odontologia de lins*, 27(1), 63-68.
2. Andreiwolo R., Veiga W., Miragaya L., Dias KRHC. Fechamento de diastema com coroas de alumina densamente sinterizada. *RevBras Odontol.*, 2011, jan./Jun.; 68(1): 81-14.

3. Ubaldini ALM, Benetti AR, Furquim LZ, Pascotti RC. Abordagem interdisciplinar para o fechamento de diastema associados à discrepância de Bolton. *R Dental Press Estét. Maringá*: 2009, out./nov./dez.; 6(4): 80-7.
4. Berwanger, C., Rodrigues, R. B., Ev, L. D., Yamith, A., Denadai, G. D. A., Erhardt, M. C. G., & Coelho-de-Souza, F. H. (2016). Fechamento de diastema com resina composta direta-relato de caso clínico. *Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas*, 70(3), 317-322.
5. Demirci M, Tuncer S, Öztas E, Tekçe N, Uysal Ö. A 4-year clinical evaluation of directcomposite build-ups for space closure after orthodontic treatment. *Clin Oral Investig.*, 2015;(9):2187-219.
6. Schwarz, V., Simon, L. S., da Silva, S. A., Ghiggi, P. C., & Cericato, G. O. (2015). Fechamento de Diastema com resina composta. *Journal of Oral Investigations*, 2(1), 26-31.
7. Blitz N. Direct bonding in diastema closure - drama, immediate resolution. *Oral Health*.1996; 86(7): 23-26.
8. Fahl N. Achieving ultimate anterior esthetics with a new microhybrid composite. *Compendium*.2000; 21: 4-13.
9. Baratieri LN. Restaurações adesivas diretas com resinas compostas em dentes anteriores. *Ed. Santos*. São Paulo. 2002: 131p.
10. Villarroel M, Fahl N, Sousa AM, et al. Direct esthetic restorations based on translucency and opacity of composite resins. *J Esthet Restor Dent*. 2011; 23:7388.
11. Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., ... & Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218-235.
12. Pizzo Reis, P. M., Lima, P., Pimentel Garcia, F. C., & Faber, J. (2020). Effect of maxillary median diastema on the esthetics of a smile. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*, 158(4), e37–e42. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2020.07.028>
13. Simões MP; et al. Restaurações estéticas conservadoras em dentes anteriores. *R Dental Press Estét*. 2009; 6(1): 90-101.
14. Vellasco K; Campos I; Zouain-ferreira TRF; Basting RT. Dentística minimamente invasiva: plástica dental. *Arq Odontol*. 2006; 42(2): 104-112.
15. Fernandes, H. K., Silva, R., Marinho, M. A. S., de Souza OLIVEIRA, P. O., Ribeiro, J. C. R., & MOYSES, M. R. (2014). Evolução da resina composta: revisão da literatura. *Revista da universidade vale do rio verde*, 12(2), 401-411.
16. Meirelles, L., Bavia, P. F., & Vilanova, L. S. R. (2013). Aplicações clínicas do enceramento diagnóstico na reabilitação oral—uma revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, 23(1), 20-25.

ESTÉTICA EM DENTES ANTERIORES COM RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO

FERREIRA, V R¹; , Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Vanessa Ferreira da SILVA², Elissa Almeida ROCHA², Renato Lenoir MARTINEZ²

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

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

*Autor para correspondência: vitor.rferreira@hotmail.com

RESUMO

A avaliação do sorriso abrange diversos aspectos desde a composição facial até características morfológicas dos elementos dentários e, dessa forma, se qualquer um desses aspectos forem afetados, o sorriso se torna esteticamente inadequado. O objetivo deste trabalho é apresentar caso clínico, cujo plano de tratamento foi a reabilitação por meio de facetas diretas em resina composta dos elementos anteriores/superiores, a fim de devolver ao paciente a estética adequada. Paciente, 17 anos, masculino, compareceu à Clínica Universitária da UNIG, em Itaperuna, onde após avaliação e exames clínicos e radiográficos, constatou-se a necessidade da realização do procedimento em questão. Pôde-se concluir que, as restaurações diretas com a utilização de resina composta são uma solução simples, efetiva e prática e, além disso, devolvem a estética, a função e a satisfação do paciente em sorrir.

Palavras chave: Reabilitação. Resina Composta. Sorriso.

ABSTRACT

Smile evaluation covers several aspects, from facial composition to morphological characteristics of the dental elements and, therefore, if any of these aspects are affected, the smile becomes aesthetically inappropriate. The objective of this work is to present a clinical case, whose treatment plan was the rehabilitation through direct veneers in resin composed of the anterior elements, in order to return the patient to adequate esthetics. A 17-year-old male patient attended the University Clinic of UNIG, in Itaperuna, where, after evaluation and clinical and radiographic examinations, the need for the procedure in question was found. It was concluded that direct restorations with the use of composite resin are a simple, effective and practical solution and, in addition, they return the esthetics, function and the patient's satisfaction in smiling.

Keywords: Rehabilitation. Composite resin. Smile.

1 – Introdução

A avaliação estética do sorriso deve compreender diversos aspectos desde a composição facial até características morfológicas dos dentes. Em todo o caso, se qualquer um desses aspectos forem afetados, o sorriso torna-se esteticamente inadequado¹.

Nota-se a presença de trauma em alguns elementos do paciente do caso em tela e, cumpre esclarecer que o traumatismo é caracterizado por ser uma situação de urgência que envolve predominantemente um ou mais dos elementos dentários anteriores e superiores na dentição permanente, usualmente decorrido de um acidente, prática desportiva ou violência².

Ademais, é válido salientar que em uma sociedade contemporânea e mais preocupada com os padrões de beleza, o comprometimento estético resultante de uma fratura dentária em dentes anteriores afeta diretamente a autoestima, qualidade do convívio social, comportamento e relações pessoais do indivíduo acometido³.

Alguns procedimentos são sugeridos para devolver a estética como, por exemplo, clareamento, microabrasão, confecção de facetas diretas e indiretas, sendo a restauração adesiva direta, uma solução simples, efetiva e prática na intervenção de desarmonias de forma e tamanho dental por meio de resinas compostas adequadas para esmalte e dentina. Este procedimento caracteriza-se pela conservação de estrutura dental, acréscimo ou diminuição do material, menor tempo e reversibilidade do tratamento. Além disso, princípios básicos como cor, forma, tamanho, textura e brilho são essenciais para a formação de um sorriso harmônico principalmente quando utilizados em dentes anteriores⁴.

O presente estudo relata caso de paciente, 17 anos, masculino, que compareceu à Clínica Universitária da UNIG, Itaperuna, e após avaliação constatou-se fraturas nos incisivos, restaurações mal feitas, higienização oral precária, bem como gengiva inflamada e sangramento, optando pelos procedimentos relatados no próximo item.

2– Relato de caso

Considerações Éticas

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁵. O comitê de Ética da Universidade Iguazu – Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico.

Informações do paciente

Paciente, 17 anos, masculino, que compareceu à Clínica Universitária da UNIG, Itaperuna, e após avaliação constatou-se fraturas nos incisivos, restaurações mal feitas, higienização oral precária, bem como gengiva inflamada e sangramento.

Intervenção terapêutica

Inicialmente, após anamnese, fora realizado exame clínico do paciente, onde se constatou a necessidade de alguns procedimentos para que se melhorasse a estética e se devolvesse a função dos elementos, cujos tratamentos anteriores se encontravam precários.

Após exame clínico, constatou-se a presença de restaurações insatisfatórias nos dentes 11, 21 e 22, além disso o dente 22 apresentava-se vestibularizado, o dente 12 com uma fratura, classe IV, e o dente 11 com uma colagem de fragmento envolvendo os terços incisal e médio da coroa dentária. A higienização oral do paciente era precária e, por conta desta precariedade, a gengiva se encontrava muito inflamada, com sangramento, apresentando placas e cálculos. Após realização da radiografia periapical da região constatou-se que os referidos dentes apresentavam os canais devidamente herméticos, com ausência de lesão periapical.

Sendo assim, ao iniciarmos o procedimento, fora realizada uma raspagem supra e sub gengival e profilaxia criteriosa, sendo receitado ao paciente o uso de *Periogard* 0,12% (Colgate), durante 07 (sete) dias, e orientações de higiene bucal, para melhorar a saúde periodontal do paciente (Figura 1A e 1B).



Figura 1A e 1B: Aspecto inicial

Passados os sete dias, foi observado grande melhora na saúde periodontal, demonstrando sucesso no tratamento inicial, permitindo realizar o procedimento de clareamento de consultório, anteriormente a confecção das facetas diretas de resina composta, alcançando uma cor mais clara, no intuito de padronizar a estética (Figura 2A e 2B). O Clareamento foi realizado com peróxido de hidrogênio 35% (WhitenessMaxx, FGM) em duas sessões.



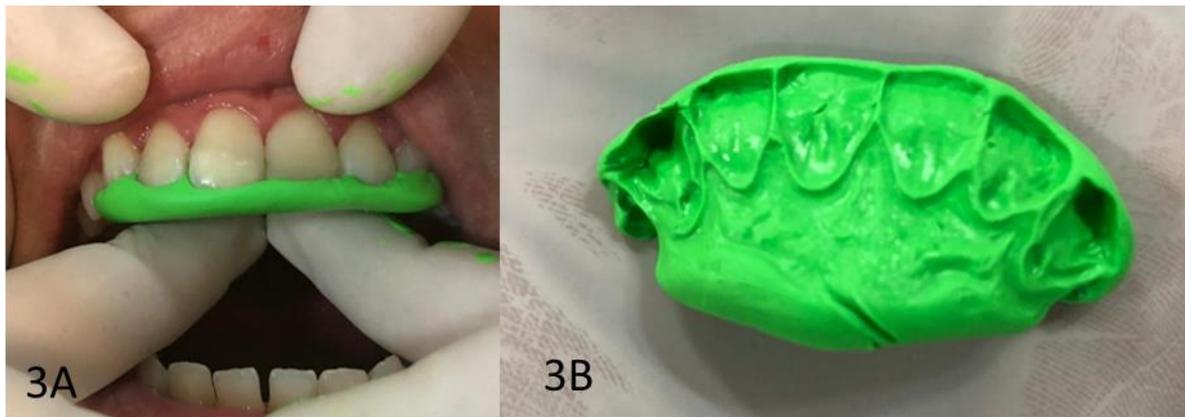
Figura 2A e 2B: Clareamento e Pós Clareamento

Após o término do procedimento de clareamento de consultório, procedeu-se com as restaurações e, para este procedimento, foram realizadas algumas sessões.

Em todas as sessões, anteriormente os procedimentos restauradores, realizou-se profilaxia.

Realizou-se restaurações, bisel, a feitura de guias palatinas, bem como acabamentos em cada um dos elementos, para que o objetivo dos procedimentos fosse alcançado, a saber: devolução da estética e da função.

O primeiro passo foi a confecção da guia palatina nos próprios dentes anterossuperiores, com o silicone de condensação (Reflex, Yller) (Figura 3A), na qual foi empregado apenas a base densa, manipulado manualmente com o catalizador, de acordo com as proporções do fabricante, com apenas uma medida, suficiente para a região anterior. A mesma foi manipulada e inserida na boca, de modo a ser acondicionada manualmente, sendo removida após a polimerização do material e, em seguida, testou-se a guia em posição, e foi realizado alívios com lâmina de bisturi, Nº 15C, na guia a fim de criar alívios e iniciar a devida confecção das facetas diretas com resina composta (Figura 3B).



Figuras 3A e 3B: Confecção de guias palatinas

A seguir expõem todo o procedimento realizado de reabilitação com a utilização das facetas diretas em resina composta.

Inicialmente, realizou-se a seleção de cor da resina a ser usada, por pequenos incrementos na superfície vestibular, sem aplicação de Ácido fosfórico e sistema adesivo, fotopolimerizando por 20 segundos. A cor definida foi A1. Sendo selecionadas as resinas A1 (Forma, Ultradent), A1D (Llis, FGM) e Incisal (Applic, Maquira).

O tratamento restaurador foi iniciado pelo dente 22, uma restauração em resina composta classe IV. No dente 12, foi realizado apenas um bisel no Ângulo cavossuperficial de 1mm com a broca diamantada 1111 (FAVA) (Figura 4A e 4B). O condicionamento ácido fosfórico 37% (Condac37, FGM) foi realizado apenas no esmalte, por 30 segundos e após irrigação com água pelo mesmo tempo (Figura 4C). O adesivo aplicado foi o AMBAR Universal (FGM, Brasil), com Microbrush (Cavibrush, FGM, Brasil), removido os excessos, foi fotopolimerizado por 20 segundos. Em seguida, foi inserido uma fina camada de resina incisal (Applic, Maquira) na guia palatina e levado a boca, pressionando contra o dente, sendo removido apenas após a fotopolimerização por 20 segundos. Removida a guia palatina, foi inserido a camada de dentina A1D (Llis, FGM), para dar opalescência, e fotopolimerizando por 20 segundos (Figura 4D). A última camada foi correspondente a resina de esmalte A1E (Forma, Ultradent), seguindo a anatomia já estabelecida do dente 22, e fotopolimerizando por 20 segundos (Figura 4E). Resultando em uma restauração esteticamente satisfatória antes mesmo do acabamento e polimento (Figura 4F).

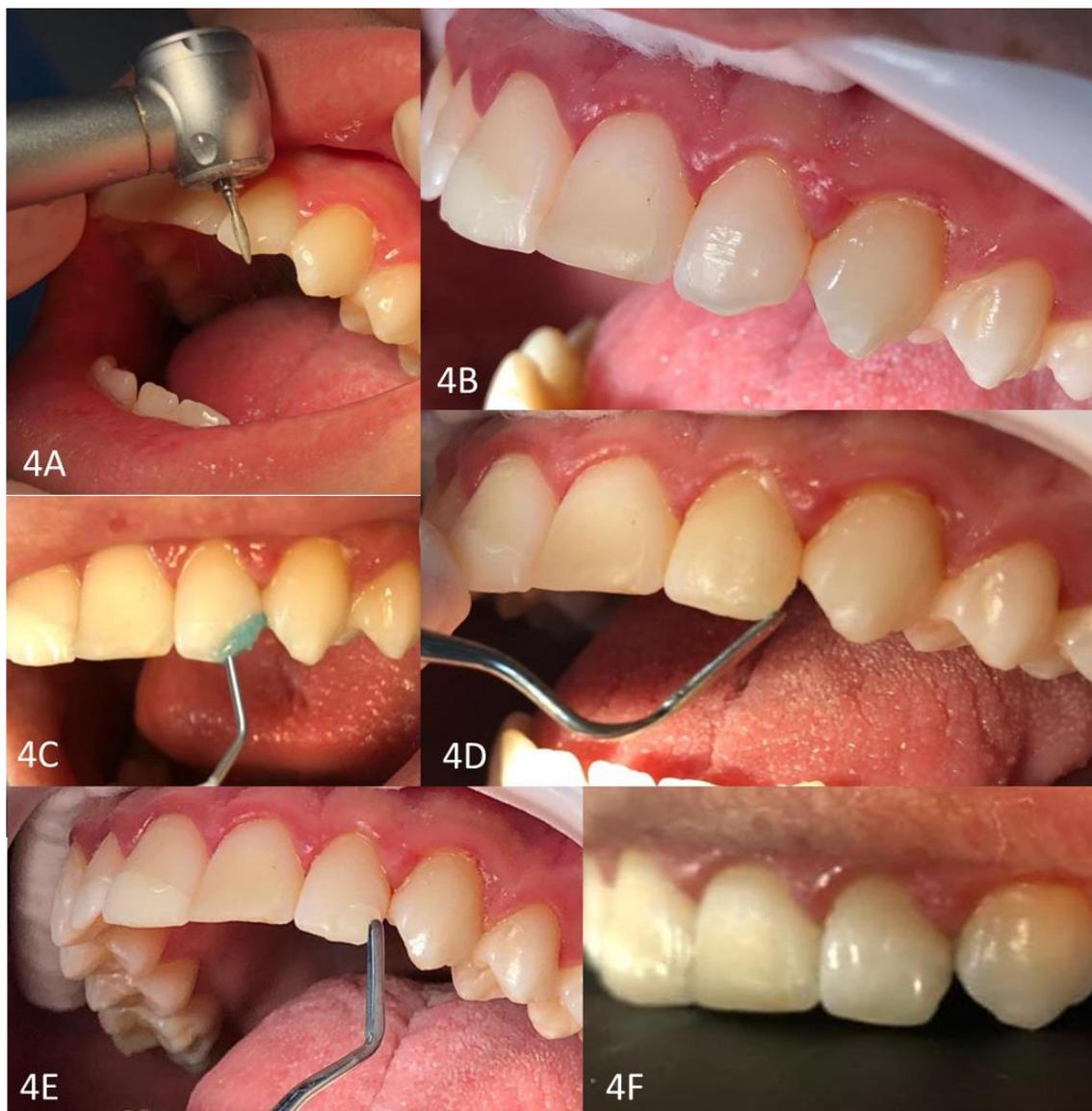


Figura 4: Preparo do bisel no Dente 22(4A); Dente 22 com bisel preparado (4B); Condicionamento ácido (4C); Inserção da resina composta de Dentina A1D (4D); Inserção da resina de Esmalte A1 (4E); Restauração Classe IV do dente 22 concluída.

Na sessão posterior, foi planejado realizar uma restauração por faceta direta em resina composta na face vestibular e uma reconstrução por aumento com resina composta na face palatina. Posteriormente, optou-se por realizar um preparo na face vestibular, dos dentes 12, com profundidade de 1,5mm, somente em esmalte, com uma broca diamantada 4138 (FAVA) (Figura 5A) com intuito de remover somente o necessário e preservar o máximo de tecido remanescente possível (Figura 5B). Prosseguiu-se realizando o condicionamento da estrutura dental com a aplicação do ácido fosfórico a 37% (Condac37, FMG, Brasil) em esmalte por 30 segundos na face vestibular (Figura 5C) e palatina (Figura 5D) do dente 12, e lavado pelo dobro de tempo, seguindo com a aplicação do sistema adesivo universal (Ambar universal, FGM, Brasil) com microbrasuh (Cavibrush, FGM, Brasil) de acordo com as recomendações do fabricante, removido os excessos, foi fotopolimerizado por 20 segundos.

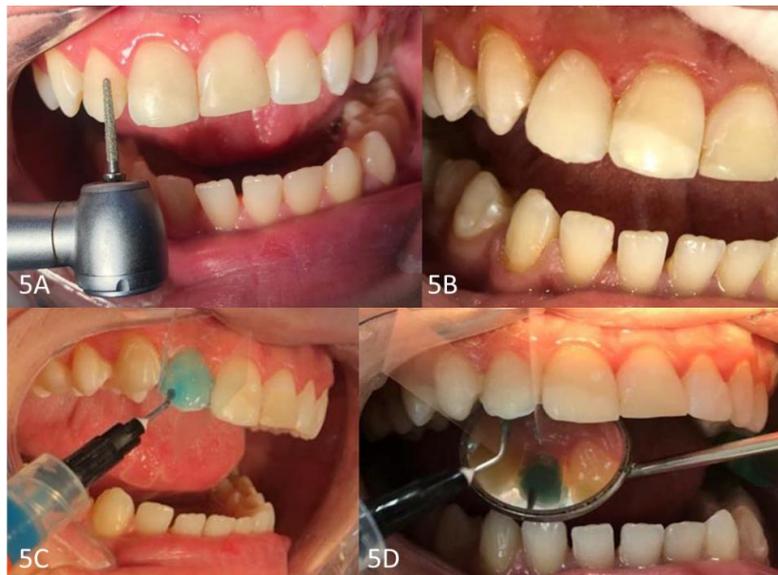


Figura 5: Preparo no Dente 12 (4A); Dente 12 preparado (4B); Condicionamento ácido na face vestibular (4C); Condicionamento ácido na face palatina (4D);

Logo após, no dente 12, a resina composta A1E (Forma, Ultradent, Brasil) foi depositada na guia palatina no local determinado para reconstrução da face palatina (Figura 6A). Em seguida, realizou-se a aplicação no vestibular da resina composta de dentina, cor A1D (Llis, FGM, Brasil) com espátula metálica (Hirata, SS White Duflex, Brasil) obedecendo a estratificação natural do dente 12, tanto em espessura quanto em largura e altura (Figura 6B). Neste momento, foi verificado os detalhes dentinários para reprodução bem definida. Para que, então, a última etapa fosse realizada, a inserção de resina composta de esmalte A1E (Forma, Ultradent, Brasil) (Figura 6C). Todos os incrementos foram fotopolimerizados por, pelo menos, 20 segundos. Finalizando assim a restauração com anatomia estabelecida e cor idêntica aos outros elementos dentários (Figura 6D).

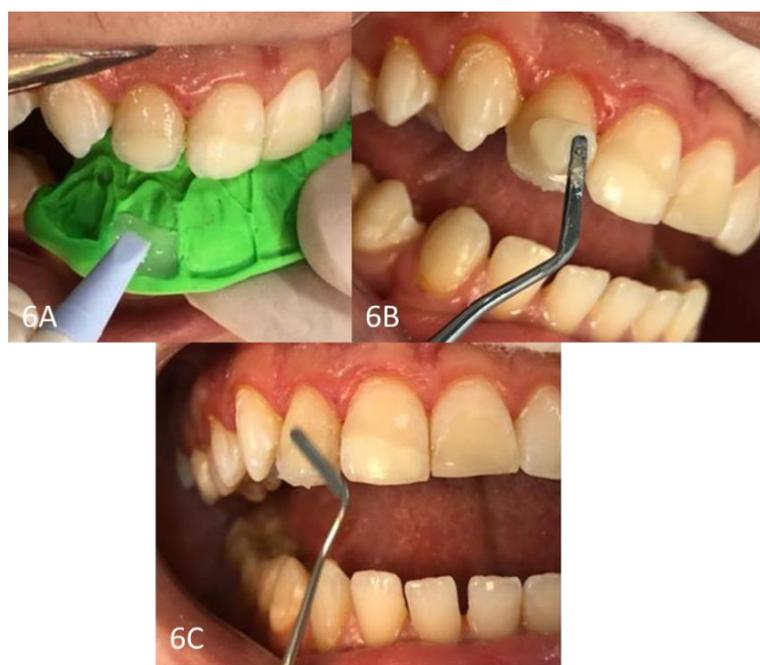


Figura 6: Inserção da resina de Esmalte A1 na palatina (6A); Inserção da resina composta de Dentina A1D (6B); Inserção da resina de Esmalte A1 no vestibular (6C);



Figura 6D: Restauração Classe IV do dente 22 concluída.

Na sessão seguinte, foi realizada a remoção da restauração insatisfatória do dente 21 com ponta diamantada 1014 (FAVA), compatível com o dente em questão. E optou-se no dente 11 foi realizada a remoção do fragmento dentário. E preparo na face vestibular, dos dentes 21 11, com profundidade de 1,5mm, somente em esmalte, com uma broca diamantada 4138 (FAVA) (Figura 7A). Em seguida, analisou-se a quantidade de estrutura dentária disponível para o prosseguimento da reabilitação. Antes da execução dos preparos, foi realizado anestesia local nos dentes 11 e 21, e posterior afastamento gengival com fio retrator Nº 000 (Ultradent), embebido com solução hemostática, e inserido com espátula própria.

Checagem da adaptação do guia de silicone já recortado na sua porção vestibular, para ter certeza de que não existem interferências, e que o guia está assentado perfeitamente na face palatina do dente a ser restaurado e também dos dentes adjacentes (Figura 7B).

Após, foi realizado a Hibridização. Iniciando-se pelo condicionamento do esmalte com ácido fosfórico a 37%, abrangendo toda a superfície preparada, e, depois nos 15 segundos finais, o condicionamento da dentina. Lavou-se com água por pelo menos o mesmo tempo do condicionamento. Aspira-se com sugador de endodontia toda a quantidade excessiva de água do esmalte, deixando a dentina levemente umedecida. Aplicou-se, então, o sistema adesivo Universal Ambar (FGM) de acordo com instruções do fabricante, com Microbrush médio. Fotopolimerização por 20 segundos.

Em todo o procedimento restaurador deste trabalho foram utilizadas espátulas flexíveis (Hirata Kihon, SS White Duflex, Brasil), para melhor acomodação dos incrementos de resina composta, bem como o emprego de pinceis de pelo macio (KOTA), com dimensões adequadas a necessidade.

Na sequência, aplicou-se uma camada fina de resina composta, translúcida, Incisal (Applic, Maquira) em toda guia palatina, logo após foi posicionada e fotoativada por 20 segundos, em boca, adaptada aos dentes, que após a remoção da guia palatina deu forma a face palatina, proporcionando melhor contorno para posterior estratificação das cores com as resinas compostas, dando início ao procedimento restaurador pela conformação da face palatina e da incisal (Figura 7C).

O segundo incremento, correspondente ao corpo da restauração, o procedimento foi realizado a cada consulta nos dentes 11 e 21, individualmente, é de uma resina opaca ou de dentina, de preferência com croma alto, no caso a Resina composta A1D (Llis, FGM), sempre tratando cada caso individualmente. Essa resina deve ser colocada na interface dente-restauração e passar sobre a zona término do preparo, sendo levada até cerca de 1,5 a 2 mm da borda incisal. Forma-se, nessa etapa, a anatomia dos mamelos dentinários com um instrumento fino, como uma sonda. Fotopolimerizar por 20 segundos (Figura 7D).

Sobre o segundo incremento de resina de Dentina, outro de croma mais baixo deve ser aplicado. O procedimento também foi realizado a cada consulta nos dentes 11 e 21, individualmente. Acrescentando um incremento único da resina de esmalte translúcido, A1 (Forma, Ultradent) por toda a superfície e acomodá-la com o pincel. Obedecendo a estratificação natural do dente, tanto em espessura quanto em largura e altura. Neste momento, foi verificado os detalhes do dente para reprodução bem definida e para que sejam mimetizados na faceta, e assim obteve-se uma estratificação natural com a resina. Esta última deve possibilitar ótimo polimento e pode ser microparticulada ou nanoparticulada. Fotopolimerizar por 40 segundos (Figura 7E). Na figura 7F, podemos visualizar o procedimento restaurador concluído, e fio retrator gengival removido.

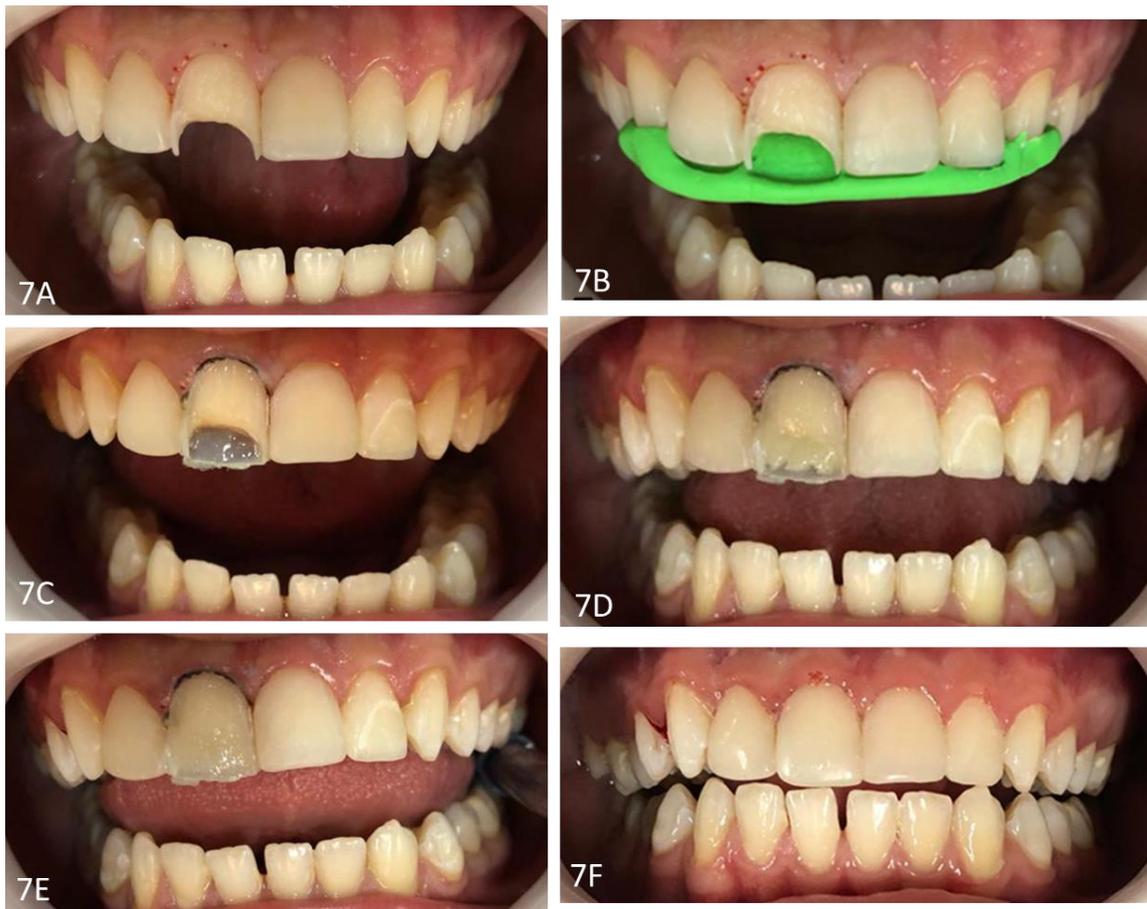


Figura 7: Remoção de restauração anterior (7A); Adaptação do guia de silicone já recortado (7B); Inserção da resina incisal com guia palatina (7C); Inserção da resina de dentina A1D (7D); Inserção da resina de esmalte A1 (7E); Restauração concluída (7F).

Aplicação de gel hidrossolúvel PowerBlock (BM4) por toda a superfície e fotopolimerização por mais 40 segundos. Essa etapa serve para polimerizar os radicais livres da superfície da resina que não polimerizam com a presença de oxigênio.

Checado os contatos oclusais com papel carbono, e realização de ajuste oclusal bem suave com as brocas 3118F e 2200F (FAVA). Pode-se fazer o acabamento e o polimento na mesma sessão ou em uma próxima, pois não há diferença significativa.

Após a realização de todas as restaurações, para finalizar, fora realizado o acabamento de forma. Dar acabamento fazendo anatomia primária e polimento inicial, com pontas diamantadas de granulação fina e com discos de lixa Diamond Master (FGM), seguindo as orientações do fabricante, sempre na direção do dente para a resina. Fazer anatomia fina e

polimento final, lembrando que a forma é mais importante do que a cor, de acordo com a textura dos dentes adjacentes. O polimento final foi feito com discos de feltro e pasta diamantada própria para polimento.

Após finalização dessa etapa foi possível visualizar o resultado final, atendendo as expectativas do paciente, e estética satisfatória (Figura 8A e 8B).

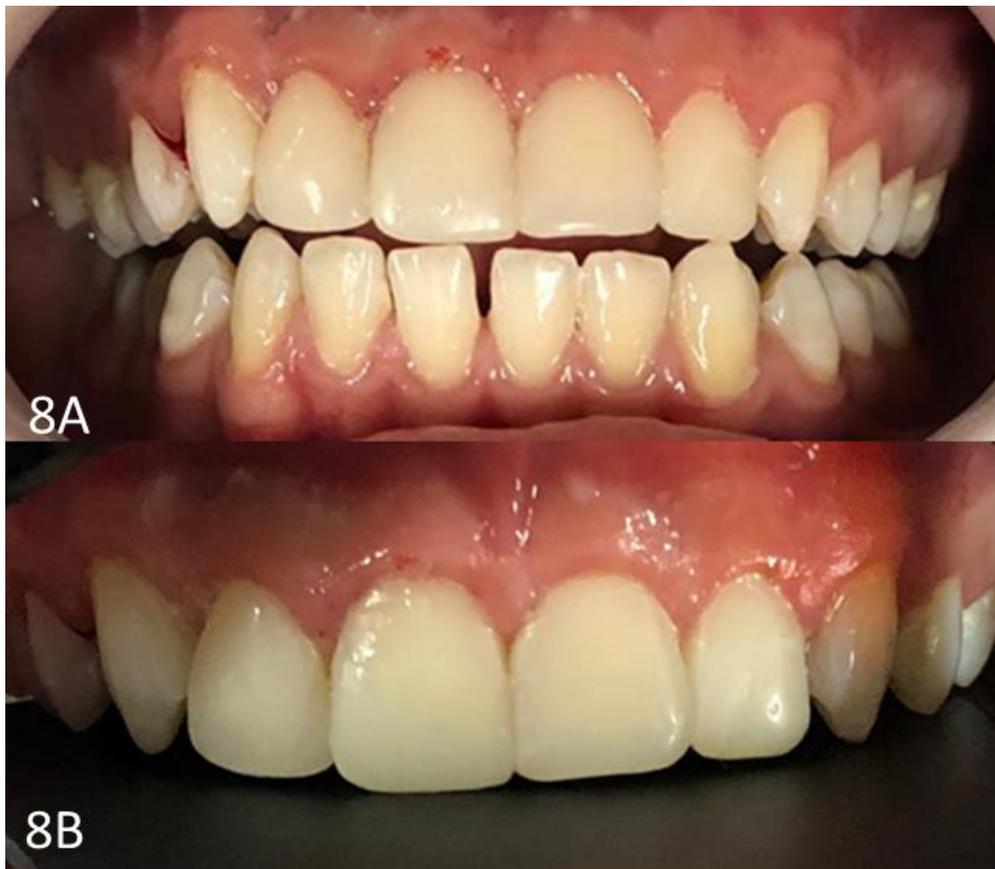


Figura 8: Restaurações Realizadas.

3- Discussão

A área da estética dentária é muito ampla, envolve princípios científicos e artísticos e está diretamente associada ao sorriso, à harmonia dental, gengiva, lábios e à face como um todo⁶.

Reabilitações estéticas em odontologia têm se tornado rotina em virtude do aumento do interesse dos pacientes por procedimentos que afetam a imagem, vaidade e aceitação social⁷.

Dessa forma, durante os últimos 20 anos, houve um avanço tecnológico na odontologia com relação às resinas compostas que permitiu a evolução de suas propriedades físicas, mecânicas e potencial de ligação à substratos por meio dos sistemas adesivos. Além disso, melhor composição e percepção de cores têm sido desenvolvidas⁸.

Neste sentido, em se tratando de facetas diretas em resina composta, além da indicação em casos de dentes conóides, fechamento de diastemas, microdontias, dentes escurecidos com necessidade de alteração cromática, harmonização de espaços, perdas estruturais por desgaste fisiológico ou patológico, perda estruturais por cárie, amelogenese imperfeita, corrosão e abrasão, também são indicações favoráveis em situações de fratura de elemento dental⁹.

A correta indicação de facetas diretas com resina composta propicia um tratamento bastante satisfatório, apresentando vantagens de preservação da estrutura dental e simplicidade de técnica, mas alguns aspectos tendem a ser observados, para que tal indicação seja satisfatória ao procedimento que se busca realizar, trazendo à tona a satisfação do paciente¹⁰.

4 – Conclusão

A utilização de resina composta para a reanatomização de dentes anteriores é uma excelente opção quando os princípios estéticos são respeitados, uma vez que possibilita a mimetização da forma, tamanho e cor dos dentes, o que trouxe ao paciente um sorriso harmônico e sua satisfação alcançada. Conclui-se, portanto, que o resultado foi satisfatório e o objetivo alcançado.

Referências Bibliográficas

1. da Silva, G. R., Waechter, D. M., Martins, L. R. M., Barreto, B. D. C. F., & Soares, C. J. (2012). Técnicas restauradoras para fraturas coronárias de dentes anteriores traumatizados. *Journal of Health Sciences*, 14(4).
2. Antunes, L. A. A., Leão, A. T., & Maia, L. C. (2012). The impact of dental trauma on quality of life of children and adolescents: a critical review and measurement instruments. *Ciencia & saude coletiva*, 17(12), 3417.
3. DA SILVA, G. R., FRACALOSSO, C., DE LUCENA, M. T. L., & MANTOVANI, M. B. (2015). Tratamento estético com diretas de resina composta—relato de caso. *Revista UNINGÁ Review*, 24(3).
4. boas Bassi, C. R. V., Wobeto, A. P., Papalexiou, V., & Freire, A. (2019). Reanatomização dental com resina composta: relato de caso clínico. *Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)*, 5(1).
5. Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., ... & Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218-235.
6. da Silva, G. R., Sousa, C. R., Martins, L. R. M., Barreto, B. D. C. F., de Oliveira, M. A. V. C., & Soares, C. J. (2012). Colagem de fragmento Dentário: revisão sistemática da literatura associada a relato de caso clínico. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 21(58).
7. Lima, R. B. W., Leite, J. T., França, R. M., Brito, M. C. T. D., Uchoa, R. D. C., & Andrade, A. K. M. D. (2013). Reabilitação estética anterior pela técnica do facetamento: relato de caso. *Rev. bras. ciênc. saúde*, 363-370.
8. Azevedo, N., Galvão, G., Nihi, V. S. C., Hoepfner, M. G., & Nihi, F. M. (2015). Otimização do sorriso com restaurações diretas de compósito resinoso nanoparticulado. *Journal of Health Sciences*, 17(1), 42-48.
9. Avelar, F. M., Penido, C. V. D. S. R., de Almeida Cruz, R., & de Oliveira Penido, S. M. M. (2009). Colagem homogênea de fragmento dentário em incisivo central superior permanente-relato de caso clínico. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, 14(1).
10. dos Reis Goyatá, F., Costa, H. V., Marques, L. H. G., Barreiros, I. D., Lanza, C. R. M., Júnior, J. B. N., & Moreno, A. (2017). Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento dental em paciente jovem: relato de caso. *Archives of Health Investigation*, 6(9).

EXTRAÇÃO DE 3º MOLAR – RELATO DE CASO

CALDEIRA Y S¹, José Alberto TINOCO², Leonardo PEIXOTO², José Luiz MIQUILITO², Silmar Antunes PEREIRA²

¹Discente do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

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

*Autor para correspondência: yannasangali@gmail.com

RESUMO

Os terceiros molares conhecidos como dente “siso” normalmente erupcionam entre 16 e 25 anos de idade. A extração é um dos procedimentos mais comuns em cirurgia bucal, uma vez que, esses dentes quando mal erupcionando ocasionam problemas periodontais, cistos e até cáries, já que a higienização se torna difícil na região. Paciente de 25 anos, sexo masculino, compareceu à clínica odontológica da UNIG queixando-se que o siso estava erupcionando e ocasionando dores recorrentes. Após o exame clínico e análise da radiografia panorâmica constatou-se que o elemento 38 já presente na cavidade oral apresentava bolsa periodontal. Em seguida foi realizado a remoção cirúrgica do terceiro molar inferior esquerdo. Ao final do tratamento, observamos que houve satisfação periodontal e cessou a dor que o paciente vinha se queixando.

Palavras Chave: Terceiro Molar, Extração; Bolsa Periodontal, Siso

Abstract

Third molars known as "wisdom teeth" usually erupt between 16 and 25 years of age. Extraction is one of the most common procedures in oral surgery, since these teeth, when barely erupting, cause periodontal problems, cysts and even cavities, since hygiene becomes difficult in the region. A 25-year-old male patient attended the dental clinic at UNIG complaining that the wisdom tooth was erupting and causing recurrent pain. After clinical examination and analysis of panoramic radiography, it was found that element 38 already present in the oral cavity had a periodontal pocket. Then, surgical removal of the lower left third molar was performed. At the end of the treatment, we observed that there was periodontal satisfaction and the pain that the patient had been complaining about ceased.

Key Words: Third Molar, Extraction; Periodontal pouch, Wisdom

1 – Introdução

A exodontia de terceiros molares é um procedimento muito comum na Odontologia, e deve ser realizada com um prévio planejamento cirúrgico baseado nos exames clínicos e radiográficos, evitando problemas trans e pós-operatórios, como hemorragia, dor, edema, alveolites, injúria ao nervo alveolar inferior, problemas periodontais em dentes adjacentes¹.

A falha na erupção dentária é uma situação comum e apresenta um aspecto desfavorável do ponto de vista funcional e estético. Os caninos e terceiros molares tem uma recorrência maior dessa impacção, porem podem ser encontradas em outros elementos².

O caminho da erupção dos terceiros molares tem sido o objetivo de vários estudos e através de achados radiográficos pode se aplicar vários métodos para auxiliar no planejamento

cirúrgico. A angulação, classificação de Pell e Gregory são altamente conhecidas, e usadas para determinar a complexidade da cirurgia³.

O objetivo desse trabalho foi relatar o procedimento cirúrgico para extração do terceiro molar (38), que apresentava grande bolsa periodontal.

2– Relato de caso

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

Informações do paciente

Paciente de 25 anos de idade, sexo masculino, caucasiano, compareceu ao consultório odontológico queixando-se de dor recorrente do lado esquerdo da face. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, o paciente apresentou dentição permanente completa, sinais de inflamação como aumento de volume, vermelhidão em região de molares inferiores esquerdo e dor à palpação. Além disso, através da sondagem periodontal minuciosa constatou-se presença de bolsa no elemento 38.

Na radiografia panorâmica observou-se o terceiro molar inferior esquerdo (38) em posição vertical (classe I, posição A de Pell & Gregory).

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos chegou-se à conclusão que o tratamento para o dente em questão foi a exodontia do mesmo.

Intervenção terapêutica

No pré-operatório foi prescrito antibiótico e corticoide, 1g de Amoxicilina e 2 comprimidos de Dexametasona 4mg, 1 hora antes do procedimento para obter um pós-operatório mais satisfatório. Foi feita a arrumação dos instrumentais na mesa de acordo com seu uso, dispondo de, afastador de Minnnesota, seringa carpule, pinça dente de rato, bisturi com cabo, descolador de Molt, alavanca reta de Seldin, forcéps 17, cureta de Lucas, pinça porta-agulha, tesoura, pinça hemostática, tubete anestésico, agulha gengival longa, gaze, cuba metálica com soro fisiológico, seringa descartável e fio de sutura de seda 3.0 (Figura 1A), logo após, foi realizada a antissepsia intra oral com clorexidina a 0,12% e extra oral com clorexidina a 0,2% (Figura 1B) e então foi colocado o campo cirúrgico no paciente.

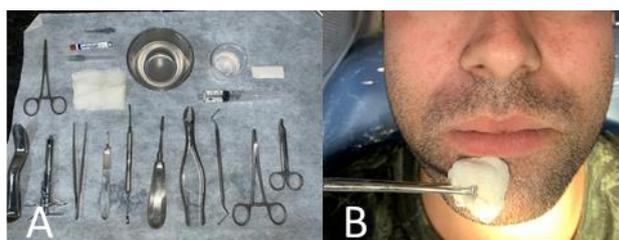


Figura 1: A- Mesa Cirúrgica. B- Antissepsia extra oral.

Após a antisepsia intra e extra oral e colocação do campo operatório, com agulha longa foi feito o bloqueio do nervo alveolar inferior e do nervo bucal (Figura 2A), com a lâmina 15 incisão em envelope na região vestibular para melhorar o acesso (Figura 2B), posteriormente foi realizado o descolamento do retalho com descolador de Molt (Figura 3C).



Figura 2: A- Anestesia Local. B- Incisão em envelope. C- Descolamento do retalho mucoperiósteo.

A exérese foi realizada com a alavanca reta de Seldin (Figura 3A) e em seguida curetagem do alvéolo com cureta de Lucas, após a extração, utilizou-se o soro fisiológico para higienização do mesmo (Figura 3B).

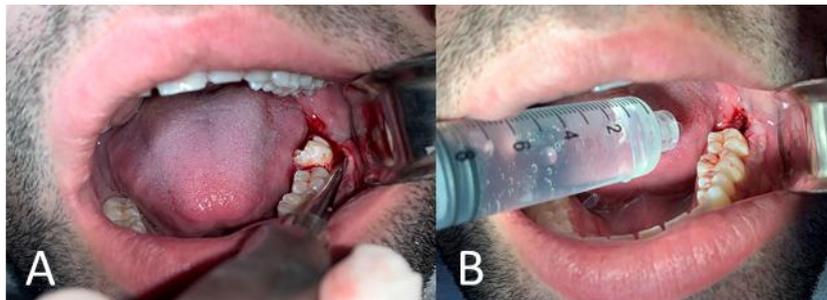


Figura 3: A- Exérese com Alavanca de Seldin. B- Irrigação com soro fisiológico.

O retalho foi reposicionado e realizada a sutura contínua festonada com fio de sutura de seda 3.0. (Figura 4A e 4B) O elemento foi extraído sem quaisquer complicações. (Figura 4C).

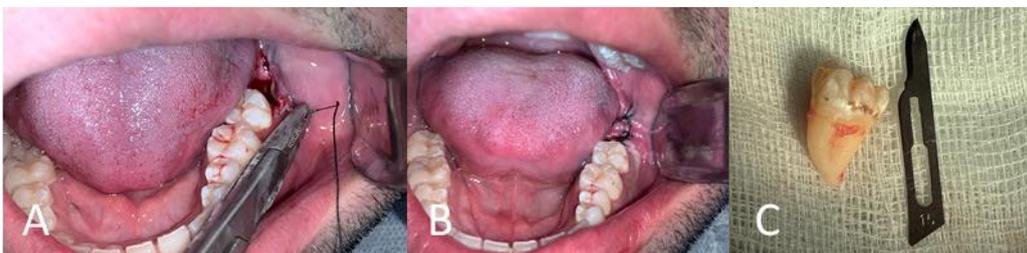


Figura 4: A- Sutura. B- Sutura contínua festonada pronta. C- Elemento 38 extraído.

Foi prescrito Amoxicilina 500mg, de 8 em 8 horas por 7 dias, Ibuprofeno 600mg, de 8 em 8 horas por 3 dias e Dipirona 500mg de 6 em 6 horas em caso de dor. O paciente retornou após 7 dias, sem queixas, com sinais de cicatrização satisfatórios, e então foi realizada a remoção da sutura.

3- Discussão

Baseados em estudo de Normando et al., (2015)⁴ nos propomos a investigar se seria necessário a exodontia de terceiros molares com doença periodontal. O principal achado após a realização da cirurgia de extração, foram os sinais clínicos de melhora no quadro de dor que o paciente apresentava.

A tomografia computadorizada (TC) tem complementado o diagnóstico e planejamento cirúrgico de casos mais complexos, pois permite a visualização de estruturas anatômicas tridimensionalmente, segundo Silva de Almeida et al., (2019)⁵. Entretanto a preparação do procedimento foi feita através de estudos da radiografia panorâmica, classificando o elemento de acordo com a posição no sentido ocluso-apical, a posição em relação ao ramo mandibular (Pell&Gregory) e ao longo eixo fisiológico do segundo molar inferior (Winter). Da mesma forma, Xavier et al., (2009)⁶ obteve bons resultados com a radiografia ortopantomográficas para avaliar os terceiros molares.

Para que facilitasse a visualização do elemento a ser extraído, a incisão de escolha foi a em envelope. Lima et al., (2018)⁷, relatou que o tipo de retalho envelope, é eficaz e evita trauma a papila e a margem gengival. Porém, encontramos na literatura, de acordo com Coulthard et al., (2014)⁸ que a incisão triangular está associada a uma redução na osteíte alveolar, sendo que maioria dos casos, ao optar por esse tipo de retalho, e realização da sutura não for bem sucedida pelo cirurgião dentista, causa deiscência da ferida.

Especulamos que a prescrição de dois comprimidos de Dexametasona 4mg no pré-operatório do terceiro molar inferior esquerdo tenha sido uma alternativa eficaz, uma vez que, em estudo realizado por Noboa et al., (2014)⁹ comparou diferentes vias de administração e concluiu que seu uso evitou dor, trismo no pós-operatório além de diminuir o quadro de dor. Orellana et al., (2007)¹⁰ concorda que a Dexametasona no pré-operatório, associada com o Ibuprofeno diminui problemas pós-cirúrgicos.

Acreditamos, portanto, que apesar do aumento da aplicabilidade clínica e eficácia da exodontia do siso para melhora no quadro de dor, evitar futuros cistos, cáries e problemas periodontais, neste estudo atingimos um resultado satisfatório utilizando esse procedimento cirúrgico por causa das condições apresentadas, como, após a realização do mesmo, cessou a dor e problema periodontal ali apresentado. Devido a essa característica, sugerimos novos estudos, com outros tipos de técnicas e terapêutica medicamentosa e maior tempo de acompanhamento.

4- Conclusão

Conclui-se que a extração do terceiro molar foi uma boa opção para evitar futuros problemas periodontais, cistos odontogênicos e até possíveis cáries. Além disso ofereceu melhora do quadro de dor do paciente.

Referências Bibliográficas:

1. Andrade, V. C., Rodrigues, R. M., Bacchi, A., Coser, R. C., & Bourguignon Filho, A. M. (2016). Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares–revisão de literatura. *Revista Saber Científico*, 2(1), 27-44.
2. Salmen, F. S., Oliveira, M. R., Gabrielli, M. A. C., Piveta, A. C. G., Pereira-Filho, V. A., & Gabrielli, M. F. R. (2016). Exodontias de terceiros molares: estudo retrospectivo de 1178 casos. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia*, 64(3), 250-255.
3. Rafetto, L. K. (2015). Managing impacted third molars. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 27(3), 363-71.

4. Normando, D. (2015). Terceiros molares: extrair ou não extrair? *Dental Press Journal of Orthodontics*, 20(4),17-18.
5. Silva, J., Costa, M. S., Lima, C. C. B., Vasconcelos, P., & de Almeida Lopes, M. C. (2019). Análise topográfica da relação de terceiros molares inferiores com os canais mandibulares através de tomografias computadorizadas. *Revista CES Odontologia*, 32(1), 3-14.
6. Xavier, C. R. G., Dias-Ribeiro, E., Ferreira-Rocha, J., Duarte, B. G., Ferreira-Júnior, O., Sant'Ana, E., & Gonçales, E. S. (2010). Avaliação das posições dos terceiros molares impactados de acordo com as classificações de Winter e Pell & Gregory em radiografias panorâmicas. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, 10(2), 83-90.
7. Lima, V. N., Momesso, G. A. C., Lemos, C. A. A., Júnior, J. S., Faverani, L. P., & Pellizzer, E. P. (2017). Comparação entre dois tipos de retalhos para remoção de terceiros molares inferiores inclusos: revisão sistemática da literatura. *Archives of Health Investigation*, 6.
8. Coulthard, P., Bailey, E., Esposito, M., Furness, S., Renton, T. F., & Worthington, H. V. (2014). Surgical techniques for the removal of mandibular wisdom teeth. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD004345.
9. Noboa, M. M., Ramacciato, J. C., Teixeira, R. G., Vicentini, C. B., Groppo, F. C., & Motta, R. H. L. (2014). Avaliação dos efeitos de duas formulações de dexametasona em cirurgias de terceiros molares inclusos. *Revista Dor*, 15(3), 163-168.
10. Orellana, A., & Salazar, E. (2007). Evaluación clínica de la terapia con dexametasona e ibuprofeno en la cirugía de los terceros molares retenidos. *Acta Odontológica Venezolana*, 45(1), 54-60.

MICROABRASÃO DE ESMALTE EM PACIENTE COM FLUOROSE: UM MÉTODO MINIMAMENTE INVASIVO PARA MELHORAR A ESTÉTICA – RELATO DE CASO

Yara Rosa CORDEIRO¹, Ana Paula DORNELLAS², Adriana PILLAR², Márcia LOUVAIN²,
Maria Lúcia PETRUCCI², Ângela BICALHO²

¹ Discente do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu – Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

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

*Autor para correspondência: yararosacordeiro@hotmail.com

RESUMO

A microabrasão de esmalte é um procedimento realizado em pacientes que apresentam fluorose dentária com a finalidade de remover manchas intrínsecas e irregularidades superficiais do esmalte dentário. A fluorose dentária tem como característica clínica mudanças distribuídas igualmente em ambas as arcadas afetando dente homólogos devido a um distúrbio de desenvolvimento do germe dentário. Nos dentes afetados, dependendo do grau de fluorose, as porosidades podem se localizar na superfície externa do esmalte dentário. Clinicamente, a porosidade é representada pela opacidade, podendo variar desde finas linhas esbranquiçadas cruzando a superfície do esmalte, ficando o esmalte inteiramente esbranquiçado e com aspecto branco-calcário, o objetivo desse estudo foi relatar o uso da técnica de microabrasão a fim de propor uma melhora estética e conservadora. Paciente 13 anos de idade, sexo feminino, compareceu à clínica odontológica da Universidade Iguazu-Campus V, Itaperuna- RJ, queixando-se que quando os dentes permanentes erupcionaram eles se apresentaram alterados com manchas brancas, simétricas e opacidade difusa, e durante a anamnese, a mãe relatou que na época da dentição decídua sua filha fazia uso diário de creme dental fluoretado infantil em quantidade excessiva e que não se preocupava muito com ingestão freqüente da pasta pois era a criança que, praticamente, assumia a responsabilidade da higiene bucal. Podemos concluir que ingestão de flúor acima dos níveis aceitáveis e por tempo prolongado causa fluorose dentária no período de formação dos dentes e quando erupcionados, a estética do paciente fica extremamente comprometida, sendo que o tratamento estético menos invasivo da fluorose é a microabrasão dentária.

Palavras Chave: Odontopediatria, Microabrasão do Esmalte, Fluorose Dentária

Abstract

Enamel microabrasion is a procedure performed on patients who present with dental fluorosis in order to remove intrinsic stains and superficial irregularities of the dental enamel. Dental fluorosis has the clinical characteristic of changes distributed equally in both arches, affecting homologous teeth due to a disturbance in the development of tooth germ. In affected teeth, depending on the degree of fluorosis, porosities can be located on the outer surface of tooth enamel. Clinically, porosity is represented by opacity, which can vary from thin whitish lines crossing the enamel surface, the enamel being whitish and with a white-limestone aspect. The objective of this study was to report the use of the microabrasion technique in order to propose a aesthetic and conservative improvement. A 13-year-old female patient attended the dental clinic at Universidade Iguazu-Campus V, Itaperuna-RJ, complaining that when the permanent teeth erupted they were altered with white, symmetrical spots and diffuse opacity, and during the anamnesis, the mother reported that at the time of primary dentition her daughter used excessive amounts of fluoride toothpaste on a daily basis and was not too

concerned with frequent ingestion of the paste as it was the child who practically assumed responsibility for oral hygiene. We can conclude that fluoride intake above acceptable levels and for a prolonged period causes dental fluorosis in the period of tooth formation and when erupted, the patient's aesthetics are extremely compromised, and the less invasive aesthetic treatment of fluorosis is dental microabrasion.

Key Words: Pediatric Dentistry, Enamel Microabrasion, Fluorosis Dental

1 – Introdução

A microabrasão dentária, resulta em um procedimento para remoção de manchas superficiais e intrínsecas do esmalte dentário por meio da ação de agentes ácidos e abrasivos. É uma opção de tratamento segura para pacientes com fluorose dentária, pois devido a ingestão de altas concentrações de fluoreto durante a formação do esmalte deixa-o com menor teor de mineral e aumenta sua porosidade. Com isso a aparência do esmalte pode variar de acordo com a sua severidade podendo ser levemente branco e opaco a marrom claro ou escuro. Isso conseqüentemente gera uma aparência antiestética no esmalte, o que leva o paciente a procurar por uma intervenção odontológica. (ROMERO et al., 2018).

Existem outros estudos utilizando diversos materiais como forma de tratamento para fluorose, sendo eles facetas diretas com resina composta, clareamento dental, infiltração de resina, entre outros. Sendo assim, a escolha do material depende do grau de severidade e profundidade do defeito no esmalte (PERDIGÃO et al., 2017).

Entretanto, a microabrasão é um tratamento mais conservador e minimamente invasivo, pois resulta em uma remoção superficial e mínima do esmalte por meio da combinação de ácidos e abrasivos, tornando um método imperceptível clinicamente promovendo assim um efeito satisfatório. (PINI et al., 2015).

O objetivo do presente estudo foi relatar o uso da técnica de microabrasão do esmalte dentário em paciente com fluorose dentária com intuito de promover uma melhora na estética e conservadora.

2– Relato de caso

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

Informações do paciente

Paciente 13 anos de idade, sexo feminino compareceu à clínica da Universidade Iguazu- Campus V, queixando-se de que seus dentes permanentes nasceram todos com manchas de cores variadas, algumas esbranquiçadas e que este fato a incomodava imensamente pois comprometia sua estética. No decorrer da anamnese, a mãe relatou que a paciente é prematura, portadora de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), possuía um leve grau de autismo e que na sua infância, apresentou deficiência nutricional com hipocalcemia.

Achados clínicos

Primeiramente uma anamnese bem detalhada foi realizada a fim de coletar todos os dados e informações importantes da paciente. Em um segundo momento, a profilaxia foi

realizada com escova dental e pasta profilática (Herjos, Coltene, Brasil). Durante o exame clínico, sob uma iluminação adequada, foi observado manchas com tonalidade esbranquiçada e opacidades difusas em todos os dentes (Fig.1).



Figura 1: Todos os dentes com manchas esbranquiçadas e opacidade difusa.

Avaliação diagnóstica

A anamnese é um fator primordial para um correto diagnóstico e tem como objetivo colher todos os dados com informações precisas sobre a paciente, seu contexto familiar, experiência odontológica anterior, história médica e clínica desse paciente assim como seus hábitos de higiene bucal. A anamnese é um processo importantíssimo para saber quais as necessidades e peculiaridades dos pacientes que serão essenciais para o sucesso do diagnóstico, tratamento clínico e prognóstico. Ao exame clínico bem acurado, foi observado que a paciente tinha a dentição permanente completa com os dentes apresentando manchas brancas e opacas do terço médio ao terço incisal/oclusal de todos os dentes. Baseado nessa avaliação clínica e com os dentes secos, foi visto que a mesma apresentava fluorose de grau 2 pelo índice TF. Imediatamente, foi solicitado à responsável maiores informações para saber, se possível, a etiologia da fluorose dentária, sendo questionada sobre o tipo de água que bebia se era fluoretada ou não, uso de bebidas ou alimentação em pó para mamadeira contendo fluoretos, chás, suplementação de flúor por profissional da saúde, o tipo de pasta de dente, concentração de flúor, frequência de escovação, quem era o responsável pela higiene bucal, se a criança engolia pasta de dente, qual a quantidade de pasta colocada na escova dental.

Ao responder tais perguntas a mãe disse em casa sempre consumiam água mineral, mas não sabia se era fluoretada ou não, nunca deu à filha suplementos fluoretados prescritos por profissionais da área de saúde, que desde muito criança era ela quem escova seus próprios dentes sempre com pasta fluoretada infantil da mesma marca (1.100ppm) cobrindo todas as cerdas da escova dental, alegando que não tinha conhecimento algum sobre a quantidade ideal de creme dental indicada para cada idade.

Intervenção terapêutica

Após a avaliação diagnóstica e profilaxia profissional com pedra pomes (Pedra Pomes, Maquira, Brasil) e água, (Fig.2), foi feito um isolamento relativo com roletes e algodão e barreira gengival (Top Dam, FGM, Brasil), (Fig. 3), pois a paciente supra citada apresentava-se com gengivite e com sangramento quando colocava o grampo para realização do isolamento absoluto.



Figura 2: Profilaxia com gaze e pedra pomes sendo realizada.



Figura 3: Confeção da barreira gengival

Para a técnica de microabrasão o material eleito foi Whitess RM da FGM, Brasil, um produto à base de ácido fluorídrico 6% e partículas de carvão de silício (Fig. 4) pois possui alta dureza, facilitando assim, a remoção do esmalte fluorótico. Vale ainda ressaltar que por possuir uma menor dureza que o esmalte íntegro, devido às porosidades, esse material desgasta, preferencialmente, ou seja, poupa desgaste desnecessário ao esmalte íntegro. O dispositivo utilizado para abrasionar as superfícies dentárias foi a taça de borracha no motor de baixa rotação e com a espátula que acompanha o kit foi feita uma fricção manual sobre o esmalte manchado por 10 segundos e alternando com a taça de borracha com redução de velocidade durante 5 a 10 segundos (Fig. 5), mantendo sempre úmida a superfície. Apesar de, esporadicamente queixar-se de desconforto, quando solicitado para interromper o procedimento devido ao isolamento relativo e uso a mesma não queria que parasse, solicitando que continuasse.



Figura 4: Seringa do produto utilizado na Microabrasão.



Figura 5: Produto sendo aplicado sobre os dentes.



Figura 6: Lavagem abundante para retirada do produto.



Figura 7: Após a aplicação do produto na primeira sessão.



Figura 8: Aplicação do Flúor gel neutro com algodão.



Figura 9: Resultado final da primeira sessão

Após cada aplicação do produto o dente foi lavado abundantemente com água, para se fazer a verificação da necessidade de mais aplicações do produto na superfície de esmalte (Fig.6).

Na primeira sessão foi repetida apenas 5 vezes, pois a mancha se apresentou bem reduzida e por não estar com isolamento absoluto (Fig. 7)

Após a lavagem e secagem dos dentes tratados foi aplicado flúor gel neutro (Flúor gel, Maquira, Brasil) durante 1 minuto (Fig. 8 e 9). Ao final da primeira sessão foi receitado que a paciente fizesse o uso de solução de clorexidina 0,12% duas vezes ao dia durante 15 dias e bochechar após a higiene bucal durante 1 minuto, também foi feita instrução de higiene oral, demonstrando uso de fio dental e técnicas de escovação para que a mesma obtivesse melhores hábitos de higiene bucal.

Na segunda sessão, após uma semana do início do tratamento, repetiu-se a mesma sequência por mais 5 vezes, porém foi possível fazer sob isolamento absoluto (Fig.10), pois após a instrução de higiene oral a gengiva da paciente já se apresentava em ótimas condições nos permitindo colocar os grampos e o lençol sem incômodos e impossibilidades. Em seguida foi repetido a mesma sequência feita na primeira sessão, aplicando o produto Whiteness Rm sobre os dentes (Fig.11), em seguida foi feito novamente o abrasionamento do produto com a taça de borracha de 5 a 10 segundos (Figura 12), seguida após a aplicação do produto os dentes foram lavados abundantemente com água (Fig.13). Após o final da aplicação foi observado um resultado satisfatório, não havendo necessidade de mais sessão. Sendo assim, em seguida, foi feito o polimento do esmalte com disco de feltro (Diamond flex, FGM, Brasil) e pasta de polimento(Diamond Excell, FGM, Brasil) (Fig.14 e 15).

Vale ressaltar que a microabrasão pode diminuir em até 10% da espessura total do esmalte dentário, o que é perfeitamente aceitável em condições clínicas, tendo por isso a indicação da aplicação de fluoreto de sódio, flúor gel neutro (Fig.16), para diminuir a sensibilidade dentária e promover a remineralização da área. Apesar da diminuição da espessura, o esmalte que sofre a microabrasão torna-se mais liso, o que o torna menos suscetível à colonização de bactérias como o *Streptococcus mutans*. Ao final da segunda sessão foi visto que a paciente não necessitava de mais sessões e intervenções, com isso, a mesma relatou que estava satisfeita com o resultado final (Fig. 17 e 18).



Figura 10: Início da segunda sessão sob isolamento absoluto.



Figura 11: Produto sendo aplicado



Figura 12: Taça de borracha sendo utilizada para abrasionar os dentes.



Figura 13: Lavagem para retirada do produto.



Figura 14: Pasta para polimento sendo aplicada sobre os dentes.



Figura 15: Disco de feltro sendo utilizado para realização do polimento final.



Figura 16: Aplicação tópica do flúor gel neutro.



Figura 17: Finalização após segunda sessão.



Figura 18: Sorriso da paciente ao final do tratamento.

3- Discussão

Baseado no estudo de Balan et al., (2013) a fluorose é uma hipomineralização do esmalte decorrente a um distúrbio causado durante o desenvolvimento do dente devido a ingestão crônica e excessiva de flúor deixando o esmalte com irregularidades e defeito de descoloração. Com isso, nos propomos a investigar se seria possível tratar fluorose dentária com microabrasão de esmalte e o principal resultado foi melhora na estética e conservação da estrutura de esmalte sem nenhuma necessidade de intervenção mais invasiva.

Observamos que parece possível utilizar o removedor de manchas por microabrasão (Whiteness RM, FGM, Brasil) devido as suas características de remoção definitiva de

manchas em esmalte, praticidade e segurança com desgaste mínimo e imperceptível do esmalte dentário. Vasconcelos et al., (2014). Entretanto hammad et al., (2020) relatou ótimos resultados com infiltrante de resina Icon, porém uma desvantagem desse produto é o custo elevado, sendo ele utilizado para mascarar manchas mais profundas do esmalte.

Salientamos que a escolha do material a ser utilizado deve ser de acordo com o grau de severidade do esmalte pigmentado, portanto na primeira escolha é mais conservador e benéfico utilizar a técnica de microabrasão antes de usar qualquer outro método mais invasivo e destrutivo como facetas estéticas, restaurações, folheados e coroas (ASHFAG et al., 2019).

Comparamos que no caso clínico poderia ter utilizado infiltrante de resina, facetas diretas devido a seus bons resultados, mas necessitaria de um desgaste maior da estrutura dentária com preparo cavitário para o emprego de material restaurador. Perdígão et al., (2017), entretanto, cita que a microabrasão tem como objetivo restabelecimento da estética, insignificante perda de estrutura dental, resultados imediatos, permanentes e sem recidiva, não causa danos aos tecidos periodontais e à polpa e requer pouco tempo de tratamento.

Em nosso estudo obtivemos bons resultados com a técnica de microabrasão do esmalte dentário. Sugerimos novos estudos com técnicas minimamente invasivas para pacientes que apresentam fluorose a fim de proporcionar a regularização, alisamento satisfatório do esmalte e a recuperar o padrão de cor desejado pelo paciente, respeitando, os princípios conservadores e estéticos praticados na Odontologia.

4- Conclusão

Baseado no estudo exposto, concluímos que a microabrasão do esmalte dentário parece ser um técnica de primeira escolha para pacientes que apresentam fluorose dentária por ser minimamente invasiva, apesar de existir diferentes medidas propostas para melhoria do aspecto estético dos dentes gravemente afetados e por ser a técnica mais descrita na literatura, deve-se, porém, considerar de suma importância, o monitoramento da ingestão de compostos químicos, principalmente, os fluoretos em crianças, desde o nascimento até os seis anos de idade, a fim de se evitar a fluorose e seu comprometimento estético.

Referências Bibliográficas:

- 1- ASHFAQ N.M., GRINDROD M., BARRY S. Um dente anterior descolorido: microabrasão do esmalte. **British Dental Journal**, v.226, n.7, p. 486-489, 2019.
- 2- ATIA G.S., MAY J. Fluorose dentária no paciente pediátrico. **Dental Update**, v. 40, n.10, p. 836–839, 2013.
- 3- BALAN B., UTHAIAH M.C., NARAYANAN S., MONNAPPA M P. Microabrasão: um método eficaz para a melhoria da estética em odontologia. **Case Reports in Dentistry**, v.2013, p. 1-4, 2013.
- 4- CELIK E.U., YILDIZ G., YAZKAN B. Avaliação Clínica da Microabrasão do Esmalte para o Tratamento Estético da Fluorose Dentária Leve a Grave. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v.25, n.6, p. 422– 430, 2013.
- 5- HAMMAD S.M., EL-WASSEFY N.A., ALSAYED M.A. Avaliação das alterações de cor de lesões de manchas brancas tratadas com três diferentes abordagens de tratamento: um estudo in vitro. **Dental Press J. Orthod.** v. 25, n. 1, p. 26-27, 2020.
- 6- HERMES S.R. Microabrasão do esmalte dental para tratamento de fluorose. **Rev. gaúch. odontol.** v.61, n.1, p. 427-433, 2013.

- 7- PERDIGÃO J., LAM V., BURSETH B., REAL C. Mascaramento de descolorações de fluorose do esmalte e desalinhamento dentário com uma combinação de clareamento caseiro, infiltração de resina e restaurações diretas de composto. **Operative Dentistry**. v.42, n.4, p.347-356, 2017.
- 8- PINI N.I.P. Microabrasão do esmalte: uma visão geral das considerações clínicas e científicas. **World Journal of Clinical Cases**. v.3, n.1, p.34-41, 2015.
- 9- ROMERO M.F., BABB C.S., DELASH J., BRACKETT W.W. Melhora estética minimamente invasiva em paciente com fluorose dentária pelo uso de microabrasão e clareamento: relato clínico. **The Journal of Prosthetic Dentistry**. v. 120, n. 3, p. 323-326, 2018.
- 10- VASCONCELOS M.Q.S.B., VIEIRA K.A., SALGUEIRO M.C.C., M., ALFAYA T.A., FERREIRA C.S., BUSSADORI S. Microabrasão: uma opção de tratamento para manchas brancas. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**. v.39, n.1, p.27– 29, 2014.
- 11- Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, Kiene H, Helfand M, Altman DG, Sox H, Werthmann PG, Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch CA, Sun GH, Hanaway P, Sudak NL, Kaszkin-Bettag M, Carpenter JE, Gagnier JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. 2017 Sep; 89:218-235.

CORREÇÃO ESTÉTICA DA ALTURA GENGIVAL: RELATO DE CASO

Maria Eduarda Costa BOTILEIRO¹, Dara Delfim Pimene Bastos¹, Aline Manhães PESSANHA²,
Diogo Elias MIQUILITO², Sarah Saraiva SORRENTINO²

¹- Discente do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu – Campus V, Itaperuna- RJ

²- Docente do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu – Campus V, Itaperuna- RJ

E-mail: botileiro22@gmail.com

RESUMO

A gengivoplastia é um recurso utilizado para fazer a correção com finalidade estética da altura do sorriso gengival de pacientes que apresentam um quantidade de gengival alternada. Mediante ao exposto, o objetivo desse estudo foi relatar uma cirurgia simples para harmonização do sorriso. Paciente, 24 anos de idade, sexo feminino, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu- Campus V, Itaperuna- RJ, com a queixa de um sorriso visualmente desarmônico. Após os exames clínicos de sondagem avaliamos uma diferença de altura gengival entre os dentes anteriores superiores. Imediatamente foi feita a marcação dos pontos sangrantes e enfim a incisão. O principal resultado encontrado foi a satisfação da paciente e a resolução do problema. O que nos faz concluir que a gengivoplastia parece ser o procedimento adequado para correção de sorriso gengival.

Palavras- Chave: Gengivoplastia; Crescimento Excessivo da Gengiva; Estética Dentária

ABSTRACT

Gingivoplasty is a resource used to make the correction with the aesthetic purpose of the height of the gingival smile of patients who have an alternating amount of gingival. Based on that, the objective of this study was to report a simple surgery to harmonize the smile. A 24-year-old female patient attended the dental clinic at Universidade Iguazu-Campus V, Itaperuna-RJ, complaining of a visually inharmonious smile. After clinical probing exams, we assessed a difference in gingival height between the upper anterior teeth. Bleeding points were immediately marked and the incision was finally made. The main result found was the patient satisfaction and problem solving. What leads us to conclude that gingivoplasty seems to be the appropriate procedure for correcting gingival smile.

Key Words: Gingivoplasty; Gingival Overgrowth; Esthetics, Dental

1-Introdução

A desarmonia do sorriso gengival é uma queixa muito comum relatada pelos pacientes que desejam estética perfeita, além da saúde periodontal é necessário estabelecer uma harmonia entre dentes, gengiva e lábios, levando em consideração a forma e for. (MONNET-CORTI et al., 2018). Quando o problema é identificado, a gengivoplastia que é uma técnica de cirurgia plástica periodontal que remove o contorno gengival excessivo dos dentes de maneira definitiva sem remoção de tecido ósseo, surge como forma de tratamento. (KALSI et al., 2015).

Outras técnicas também podem ser usadas como forma de tratamento para a exposição de sorriso gengival como a injeção de toxina botulínica para correção de excessiva exibição gengival que é uma alternativa segura, temporária e não invasiva. (DURUEL et al., 2019). A cirurgia ortognática e o reposicionamento cirúrgico do lábio também entram como forma de tratamento nos casos mais complexos, porém são técnicas mais invasivas. (RAMESH et al., 2019).

O uso da gengivoplastia como método de correção, tem se destacado por apresentar simplicidade e rapidez na técnica cirúrgica, um pós-operatório simples e com poucas complicações. (CARNIO J et al., 2015).

Diante disso, o objetivo desse estudo foi relatar o procedimento adequado para correção de sorriso gengival através da técnica de gengivoplastia restabelecendo a harmonia e estética do sorriso da paciente.

2-Relato de Caso

Considerações Éticas:

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

Informações do Paciente

Paciente 24 anos de idade, sexo feminino, compareceu a Clínica da Universidade Iguazu, queixando-se da altura do seu sorriso gengival. Sua história médica não apresentou relevância para esse caso. (Figura 1.)



Figura1.

Achados Clínicos

Primeiramente, foi realizada uma triagem pré-clínica onde a temperatura da paciente foi aferida. Em seguida, foi preenchida uma anamnese e a paciente foi examinada. No exame clínico, foi realizada uma sondagem periodontal para obter os parâmetros periodontais. A paciente apresentava saúde gengival.

Foi observado uma diferença na altura dos dentes anteriores superiores.



Figura2.

Intervenção terapêutica

Após o exame inicial e sondagem periodontal, a paciente foi anestesiada nos dentes 13 ao 23 com Lidocaína a 2% com Epinefrina 1:100.000 (Alphacaine 100, DFL- Brasil) com a técnica

infiltrativa local, foi realizado a sondagem para verificar a localização da junção cimento-esmalte (JCE) e sondagem óssea. Em seguida, a marcação dos pontos sangrantes na altura onde será realizada a incisão. Foi feita a incisão em bisel interno com a lâmina 15C (Advantive-China) (Figura 3), e realizada a correção de altura do dente 21 pois o dente 11 já apresentava uma diferença de 2mm mais alto.

Aumento de coroa clínica dos dentes 12,22,13 e 23 (Figura 4).

Após a incisão foi feita a compressão com gaze na região para estancar o sangramento.



Figura 3.



Figura 4.

Seguimentos clínicos e resultados

Após 7, 15 e 21 dias da cirurgia foi realizada o acompanhamento pós-operatório.



Após 7 dias de correção de sorriso gengival.



Após 15 dias de correção de sorriso gengival.



Após 21 dias de correção de sorriso gengival.

3- Discussão

Baseados no estudo de Force, J., & Niemiec, B. (2009) nos propomos a investigar se seria possível a correção estética da altura gengival, utilizando a técnica da gengivoplastia e o principal achado após 21 dias de acompanhamento foi o aumento da coroa clínica proporcionando um sorriso gengival estético satisfatório e reduzindo a exposição gengival.

No caso clínico apresentado, a paciente tinha 24 anos de idade e queixava-se de um “dente maior que o outro”. A conduta clínica foi realizada levando em consideração que a paciente não queria passar por procedimentos mais complexos. Diana Mostafa (2018), relatou bons resultados para correção de altura gengival com a técnica de gengivectomia e injeção de toxina botulínica como melhor opção já que removeria osso e o resultado seria mais duradouro e a injeção é um método minimamente invasivo. Entretanto, para a realização desses procedimentos a conduta cirúrgica é mais evasiva e a paciente não estava disposta a passar por tal procedimento.

Encontramos na literatura outros tipos de tratamentos, como os mais conservadores como a injeção de toxina botulínica por ser uma técnica reversível, aplicações seguras com doses controladas e fácil (MAZZUCO, M., & HEXSEL, D. 2010). A técnica aqui descrita mostrou-se eficaz e é de fácil realização pelo cirurgião-dentista, dispensando materiais complexos. Com isso, devolvemos um sorriso harmônico e saudável para paciente, de maneira rápida, fácil e com custo baixo. No entanto, não se sabe se isto teria acontecido caso tivéssemos tomado escolhido outra conduta.

Acreditamos, portanto, que apesar da gengivoplastia diminuir a diferença do sorriso gengival, oferecendo um sorriso harmonioso (Levi YLAS, et al., 2019), neste estudo atingimos um resultado satisfatório pela limitação da paciente não querer procedimentos mais complexos. Ainda sim, com o reposicionamento de lábio, é possível um resultado mais duradouro e versatilidade para diversas situações e indicações.

4- Conclusão

Baseados no exposto gengivoplastia parece ser o método de escolha para correção de altura de sorriso gengival.

Referências:

- 1- CARNIO J., CAMARGO PM., PIRIH PQ. Surgical Techniques to Increase the Apicocoronal Dimension of the Attached Gingiva: A 1-Year Comparison Between the Free Gingival Graft and the Modified Apically Repositioned Flap. **Int J Periodontics Restorative Dent.** Vol. 35, n. 4, p. 571-578, 2015.
- 2- DURUEL O., ATAMAN-DURUEL E. T., BERKER E., TOZUM T. F. Treatment of Various Types of Gummy Smile With Botulinum Toxin-A. **J CraniofacSurg.** Vol. 30, n. 3, p.876-878, 2019.
- 3- Force J, Niemiec B. Gingivectomy and gingivoplasty for gingival enlargement. **J Vet Dent.** Vol. 26, n.2, p. 132-7, 2009.
- 4- KALSI A. J., BOMFIM D. L., DARBAR U. Na Update on Crown Lengthening. Part 2: Increasing Clinical Crown Height to Facilitate Predictable Restorations. **Dent Update.** Vol. 42, n. 3, p. 230-236, 2015.
- 5- LEVI YLAS., COTA. LVS., MAIA. LP. Digital smile design for gummy smile correction. **Indian J Dent Res.** Vol. 30,n.5,p.803-806,2019.
- 6- MAZZUCO. R., HEXEL. D. Gummy smile and botulinum toxin: a new approach based on the gingival exposure area . **J Am Acad Dermatol.** Vol.63,n.6,p. 1042-51, 2010.
- 7- MONNET-CORTI V., ANTEZACK A., PIGNOLY M. Aperfeiçoando a estética do sorriso: mantenha-o rosa. **Orthod Fr.** Vol. 89, n. 1, p. 71-80, 2018.
- 8- MOSTAFA. D. A successful management of sever gummy smile using gingivectomy and botulinum toxin injection: A case report. **Int J Surg Case Rep.** Vol.42,p.169-174,2018.
- 9- RAMESH A., VELLAYAPPAN R., RAVI S., GURUMOORTHY K. Reposicionamento estético labial: uma abordagem costemicapara correção do sorriso

gingival - Uma série de casos. **J Indian Soc Periodontol** . Vol.23, n.3, p. 290–294, 2019.

- 10-Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, Kiene H, Helfand M, Altman DG, Sox H, Werthmann PG, Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch CA, Sun GH, Hanaway P, Sudak NL, Kaszkin-Bettag M, Carpenter JE, Gagnier JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **J Clin Epidemiol**. 2017 Sep; 89:218-235.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM TEMPOS DE COVID: RELATO DE CASO

Victor Barbosa EVARISTO¹, Márcia Costa LOUVAIN², Adriana Vargas M. PILLAR², Angela Mendonça F. BICALHO², Maria Lúcia V. PETRUCCI² e Ana Paula DORNELLAS²

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

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

*Autor para correspondência: victorbarbosae11@gmail.com

RESUMO

A pandemia da COVID-19 veio como um grande desafio de adaptação para realização da prática odontológica. Proteger os profissionais e os pacientes é crucial para cessar a disseminação de microrganismos causadores de doenças. Neste sentido, o presente trabalho teve o objetivo de explicitar o atendimento odontológico frente a este momento pandêmico que assola nosso globo. O relato traz à baila equipamentos de proteção individual (EPI) utilizados por profissionais da odontologia, cujo intuito é de diminuir os riscos nos consultórios e ao mesmo tempo fornecer um serviço de qualidade.

Palavras chave: COVID-19. EPI. Odontologia.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic came as a major adaptation challenge for dental practice. Protecting professionals and patients is crucial to stop the spread of disease-causing microorganisms. In this sense, the present work had the objective of explaining dental care in the face of this pandemic moment that plagues our globe. The report brings up personal protective equipment (PPE) used by dental professionals, whose aim is to reduce risks in the offices and at the same time provide a quality service.

Keywords: COVID-19. PPE. Dental Professionals.

1 – Introdução

Em 8 de janeiro de 2020, um novo Coronavírus foi oficialmente anunciado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças da China como agente etiológico de uma nova doença respiratória em humanos. A epidemia teve início em 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei na China, de onde as infecções se espalharam rapidamente para todo o mundo. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou a epidemia como uma emergência de saúde pública de interesse internacional e em 11 de março de 2020, foi oficialmente declarada a pandemia por SARSCoVID-2 (RICCI, 2020).

No Brasil, o primeiro caso da doença foi notificado em 26 de fevereiro de 2020 e a transmissão comunitária foi reconhecida em 20 de março de 2020. Desde então, esta nova realidade tem impactado fortemente em todo arcabouço que estrutura as relações e a economia e, impõe aos profissionais de saúde seu maior desafio sanitário dos últimos 100 anos (MARTELLI-JÚNIOR, et al., 2020).

Em virtude à proximidade com a face e à exposição à saliva, sangue e outros fluidos corporais, os cirurgiões-dentistas estão altamente expostos ao risco de infecção por SARS-

CoVID-2 figurando no topo da lista entre as profissões de maior risco ocupacional (MAHASE, 2020).

A partir deste relato de caso, este artigo visou relatar os cuidados que devem ser tomados para o atendimento odontológico em tempos de COVID-19 e apontar lacunas do conhecimento a serem preenchidas com a realização de novos estudos a respeito.

2– Relato de caso

Considerações Éticas

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

Equipamentos de paramentação (EPI's)

Alguns cuidados devem ser tomados em relação à proteção do profissional de odontologia, bem como para a sociedade em geral, em especial os pacientes. E, para tanto, alguns equipamentos são indispensáveis para que se tenha um atendimento de qualidade com a devida proteção.



Figura 1: Máscara n95. Fonte: <https://www.shopfisio.com.br/kit-com-100-unidades-mascara-de-protecao-n95-pff2-nutriex-p1462422>



Figura 2: Protetor facial. Fonte: Arquivo pessoal.



Figura 3: Avental descartável. Fonte: Arquivo pessoal.



Figura 4: Luva de látex descartável. Fonte: <https://www.casahospitalar.com.br/luva-latex-descartavel>

3 – Discussão

A pandemia da COVID-19 veio como um grande desafio de adaptação para realização da prática odontológica. Procedimentos comuns no consultório odontológico geram grande quantidade de gotículas e aerossol, aumentando muito o risco de contaminação do consultório e equipe. Estudos mostram que a atividade odontológica gera um raio de contaminação de até quase 2 metros e que o uso de EPI's adequados é fundamental para redução do risco de infecção pela equipe de saúde bucal (BARABARI et al., 2020).

Visando prover diretrizes para a atuação destes profissionais, autoridades sanitárias nacionais (ANVISA) e mundiais (OMS) emitiram documentos técnicos que orientam sobre o exercício seguro das profissões da saúde, incluindo a Odontologia. E além desses, outros órgãos de representação de classe, como Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) e o Conselho Federal de Odontologia (CFO) emitiram documentos norteadores (WHO, 2020).

O aumento do uso de EPI's por uma gama maior de profissionais gerou uma crise de escassez desses materiais, além do aumento expressivo do custo destes equipamentos (JORGE et al., 2020).

O uso racional dos EPI's é uma preocupação mundial, documentada pela OMS, visto o aumento súbito da procura em detrimento da baixa demanda, além das preocupações vinculadas à sustentabilidade ambiental, no que se refere ao descarte adequado destes equipamentos (BRASIL, 2020).

Entende-se que as mudanças impostas pela pandemia da COVID-19 servirão para aumentar a rigidez com a biossegurança, que é de elevada importância e que por alguns anos tem sido negligenciada na Odontologia. Proteger os profissionais e os pacientes é crucial para cessar a disseminação de microrganismos causadores de doenças (BARABARI et al., 2020).

Proteger os profissionais e os pacientes é crucial para cessar a disseminação de microrganismos causadores de doenças. Este trabalho apresentou, de forma prática, medidas essenciais para atuação odontológica durante e após a pandemia da COVID-19 e ressaltou a importância de se adotar medidas coerentes e exequíveis (MORAES, 2020).

Acredita-se que, tendo o bom senso como aliado e a união de forças entre a classe odontológica e os órgãos sanitários, é possível se fazer uma Odontologia de qualidade mesmo diante de um cenário nunca antes vivido (FRANCO et al., 2020)

4 – Conclusão

Conforme supramencionado, tendo o bom senso como aliado, a classe odontológica conseguirá executar suas funções de forma ordenada e com a mesma qualidade que em “tempos normais”, uma vez que o cenário que vivenciamos é atípico e que requer cautela e mais dedicação.

Referências Bibliográficas

1. BARABARI P, MOHARAMZADEH K. **Novel Coronavirus (COVID-19) and Dentistry—A Comprehensive Review of Literature.** Dent J. 2020;8(2):E53.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde.** ANVISA. Brasília – DF. 2020.
3. FRANCO JB, CAMARGO AR, PERES MPSM. Cuidados Odontológicos na era do COVID-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais. **Rev Assoc Paul Cir Dent.** 2020;74(1):18-21.

4. JORGE EF, AZEVEDO V, FERNANDES A, ARAÚJO M, BRITO L, FERRAZ F et al. Face Shield for Life 3D: produção colaborativa, usando a comunidade de makers dos protetores faciais padrão RC3 para os profissionais de saúde em Salvador. **Cadernos de Prospecção**. 2020;13(2):513-25.
5. MAHASE E. **China coronavirus: WHO declares international emergency as death toll exceeds 200**. BMJ. 2020; 368:m408.In Press 2020.
6. MARTELLI-JÚNIOR H, MACHADO RA, MARTELLI DRB, COLETTA RD. **Dental journals and coronavirus disease (COVID-19): A current view**. Oral Oncol. 2020; 104664
7. MORAES, DC et al. Atendimento odontológico em tempos de COVID-19: compartilhando boas práticas protetivas e de biossegurança. [Revisão de Literatura]. **Journals Bahiana**. 2020.
8. RICCI WA. Guia odontológico para atendimento durante pandemia COVID-19. Belo Horizonte, MG: **SOBRAPE**; 2020.
9. RILEY DS, BARBER MS, KIENLE GS, ARONSON JK, VON SCHOEN-ANGERER T, TUGWELL P, KIENE H, HELFAND M, ALTMAN DG, SOX H, WERTHMANN PG, MOHER D, RISON RA, SHAMSEER L, KOCH CA, SUN GH, HANAWAY P, SUDAK NL, KASZKIN-BETTAG M, CARPENTER JE, GAGNIER JJ. **CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document**. JClinEpidemiol. 2017 Sep; 89:218-235
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Advice on the use of masks in the context of COVID-19** [Internet]. 2020. Disponível em <[https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-thecommunity-during-home-care-and-in-health-care-settings-in-thecontext-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-thecommunity-during-home-care-and-in-health-care-settings-in-thecontext-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov))> Acesso em 19 out. 2020

TRATAMENTO DO SORRISO GENGIVAL COM TOXINA BOTULINICA ESTUDO DE CASO CLINICO – RELATO DE CASO

Vinícius Dias Tótola¹, Vanessa Turetta Pompei²

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

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

*Autor para correspondência. diastotola@yahoo.com.br

RESUMO

A toxina Botulínica tem sido cada vez mais usada em pequenas correções, que antes eram de difícil manejo para o cirurgião dentista, simplificando protocolos de tratamento. Mediante o exposto o objetivo deste estudo foi relatar um atendimento realizado com a mesma. Paciente, 31 anos, sexo masculino, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu – Campus V, Itaperuna – RJ, se queixando de exposição da gengiva ao sorrir. Podemos concluir que a toxina Botulínica aparenta ser de fácil manejo, baixo custo e com resultados satisfatórios quando administrada corretamente.

Palavras Chave: Toxina Botulínica; harmonia do rosto; Sorriso Gengival

Abstract:

Botulinum toxin has been increasingly used in small profile corrections that were previously difficult for the dentist to simplify treatment protocols. Based on the above, the objective of this study was to report a service performed with the same. Patient, 31 years age, male, attended the dental clinic at the Iguazu University - Campus V, Itaperuna - RJ, complaining of gum exposure while smiling. We can conclude that Botulinum toxin appears to be easy to handle, low cost and with satisfactory results when administered correctly.

Key Words: Botulinum toxin; Face harmony; Gingival Smile

INTRODUÇÃO

Os lábios têm grande importância para a harmonia do rosto, causando grande impacto estético tanto em seu terço inferior quanto na face como um todo. Em repouso, os lábios devem se tocar, podendo ter uma abertura de até 3 mm. Ao sorrir, os incisivos devem aparecer completamente expondo as papilas gengivais (PEIXOTO et al., 2010).

Um sorriso gengival é aquele que expõe uma faixa de gengiva superior a 3 mm, o que pode ocorrer por contração excessiva do músculo levantador do lábio superior e asa do nariz, encurtamento labial, crescimento vertical excessivo da maxila e redução das coroas clínicas dos elementos dentários por hiperplasia gengival. No caso da contração muscular excessiva, a toxina botulínica é uma ótima opção de tratamento, proporcionando paralisia ou redução da função dos músculos durante seu período de ação. Tal opção se mostra eficaz também nos casos em que, apesar de os lábios em repouso terem uma posição esteticamente agradável, ocorre a exposição de uma faixa de gengiva muito grande ao sorrir. No caso da hiperplasia gengival, a primeira opção de tratamento a se considerar é a gengivoplastia com o fim de aumento das coroas clínicas. (BERNARDES et al., 2017)

O tratamento consiste em diminuir o tônus muscular para que a elevação do lábio ocorra dentro do esperado. O levantador do lábio superior e da asa do nariz que se origina na

margem infra orbitaria e se insere no lábio superior e asa do nariz, e é innervado por ramos do nervo bucal e do facial, se faz responsável por levantar o lábio superior e levá-lo um pouco para frente. O músculo depressor do septo nasal também deve ser considerado como ponto de aplicação, já que anatomicamente encontra-se no osso nasal e se origina pouco acima do canino e do incisivo lateral indo se inserir na ponta e asa do nariz (CHARLES et al., 1988).

O objetivo do presente relato foi descrever o reposicionamento labial com finalidade de correção de sorriso gengival com finalidade estética e funcional utilizando de toxina botulínica.

2- Relato de caso

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

Paciente do sexo masculino, 31 anos de idade, caucasiano, com perfil dolicefálico, (Figura - 1B) apresentando aumento visível da maxila no que diz respeito ao seu crescimento vertical. (Figura - 3B)



Figura 1: Fotografias diagnóstico. A-Perfil. B-Posição dos lábios em repouso. C-Altura do sorriso e da linha gengival. Fonte: Autoria própria.

No que diz respeito ao terço inferior da face, quando eu dividimos temos um terço superior com 17mm de altura contra 18mm e 29mm dos terços médio e inferior e ao sorrir apresenta uma faixa de gengiva exposta de 4,5mm. (Figura - 2B)



Figura 2: Fotografias para avaliação de medidas e aspecto geral do sorriso. A-Altura dos lábios em repouso. B-Altura do sorriso e da linha gengival. C-Aspecto geral do sorriso do paciente. Fonte: Autoria própria.

Durante o exame clínico foi realizada a simulação do resultado esperado através do travamento dos músculos elegidos por meio de pressão digital. (Figura - 3) O paciente após constatar o efeito esperado com a aplicação decidiu por prosseguir com o procedimento.

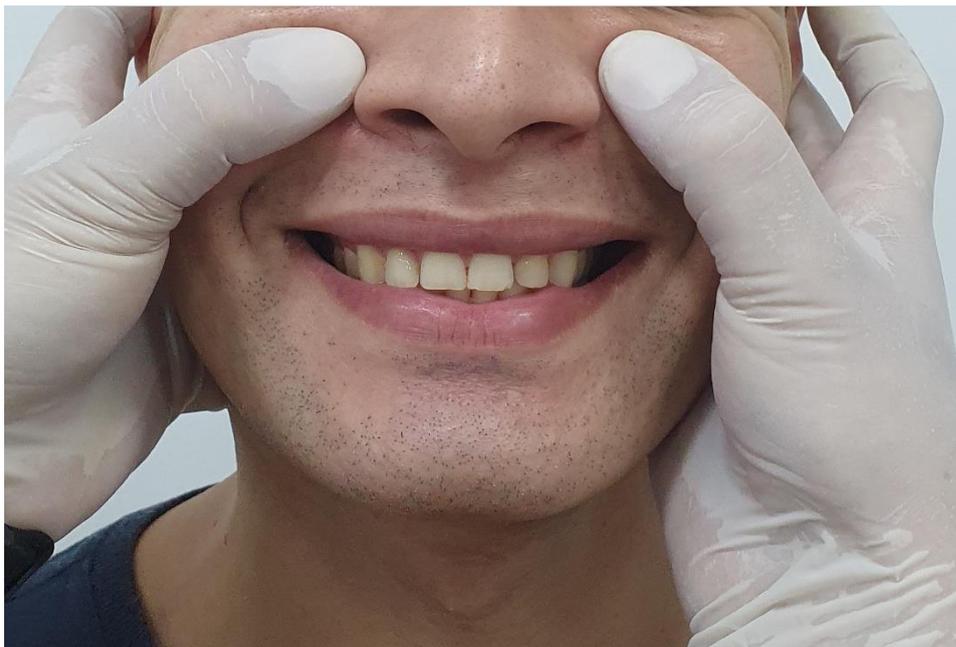


Figura 3: simulação da posição labial ao sorrir. Fonte: Autoria própria.

A bancada foi montada com o material utilizado, gaze estéril, soro fisiológico, solução de clorexidina a 0,2% seringa 30UI para insulina com agulha 31G, Pomada anestésica a base de xilocaína a 2%, luva cirúrgica estéril, lápis para marcação e beker de vidro para a solução de desinfecção. (Figura - 4)



Figura 4: Mesa preparada com material utilizado durante a aplicação. Fonte: Autoria própria.

Foi realizada a limpeza da área de aplicação com clorexidina a 0,2%, depois foi aplicado anestésico tópico a base de xilocaína a 2%, (Figura - 5A) depois então a marcação dos pontos de aplicação. (Figura - 5B)



Figura 5: Sequência de preparo do paciente para aplicação de toxina botulínica. A-Limpeza da área de trabalho com solução de clorexidina e gaze. B- marcação dos pontos elegidos para aplicação. Fonte: Autoria própria.

Depois de realizada a preparação do paciente o primeiro passo foi a manipulação da toxina botulínica sendo então a mesma reconstituída durante o processo de diluição. Durante a elaboração do plano de tratamento elegeu-se a dosagem de 3UI por ponto de aplicação e para melhor utilização na seringa de 30UI para insulina foi calculado a diluição de 1ml para 50UI de toxina, (Figura - 6A) o que corresponde então a 1,5 de toxina a cada marca da graduação da seringa afim de promover o máximo de conforto ao paciente e facilidade ao realizar a aplicação.



Figura 6: Sequência de preparo, diluição e reconstituição da toxina botulínica. A-Diluição. B-reconstituição. Fonte: Autoria própria.

A aplicação foi realizada com o paciente semi-sentado. Após o tempo de ação inicial do anestésico, foram administrados as 3UI de toxina em cada um dos 3 pontos elegidos somando 9UI no total. Foi usada a apresentação comercial botulim de 50UI da farmacêutica Blau e foram elegidos como pontos de aplicação o músculo levantador do ângulo da boca e asa do nariz em sua porção média em ambos os lados e o músculo depressor do septo nasal na sua porção do meio também. Usamos como referência visual a asa do nariz, (Figura - 7B) o bordo do lábio e o septo nasal. (Figura - 7C)

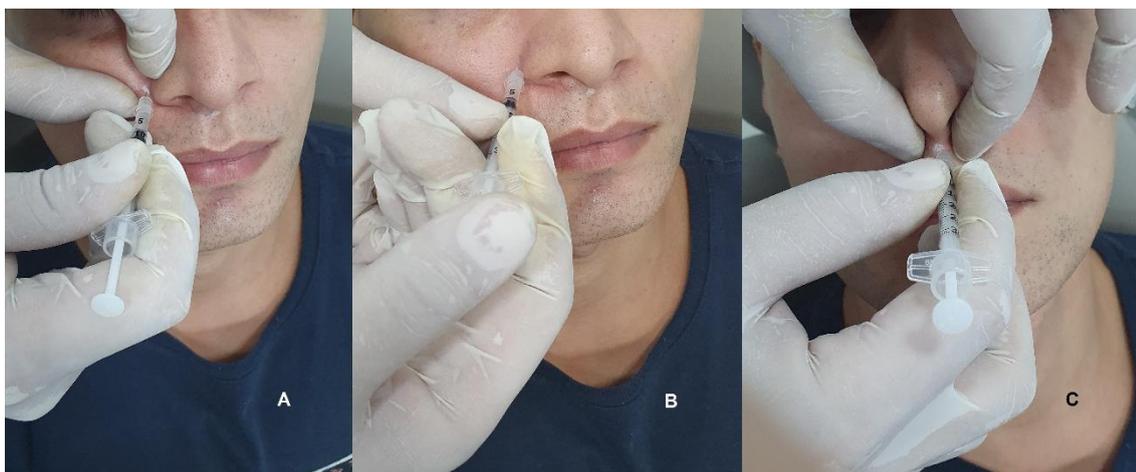


Figura 7: Sequência de aplicação da toxina botulínica. A-Pinçamento do ponto de aplicação do musculo levantador do angulo da boca e da asa do nariz. B-Aplicação no ponto marcado para o musculo levantador do angulo da boca e da asa do nariz. C-Pinçamento e aplicação do ponto marcado para o músculo depressor do septo nasal. Fonte: Autoria própria.

Visualmente temos recobrimento total da faixa de gengiva exposta pelo lábio superior no acompanhamento realizado 15 dias após a aplicação. (Figura - 8A) O paciente se mostrou satisfeito com o resultado e durante o exame físico não foi diagnosticada qualquer assimetria bem como não foi constatado comprometimento da mímica do sorriso ou de sua estética como um todo. Ao mensurarmos a diferença de posição dos lábios com as medidas obtidas antes da aplicação foi encontrada uma diferença de aproximadamente 5mm sendo capaz de recobrir a faixa de gengiva que se expunha antes ao sorrir. Além disso pudemos constatar melhora no perfil ocasionado pelo aumento do ângulo da base do nariz. (Figura - 8C)



Figura 8: Fotos de acompanhamento realizados 15 dias após a aplicação. A- Altura dos lábios ao sorrir. B- Altura dos lábios em repouso. C- Altura dos lábios e ângulo do nariz. Autoria própria.

3- Discussão

Baseados em estudo de Senise I. R. et al., (2015) nos propomos a investigar a viabilidade do tratamento de exposição gengival com a utilização de toxina botulínica. O principal achado após realização da técnica foi preservação das estruturas gengivais, dentárias e de tecidos moles tendo em vista que a mesma se trata de uma técnica não cirúrgica.

No caso clínico apresentado, o paciente queixava-se de estética insatisfatória por exposição gengival, causada por contração muscular excessiva e alongamento da maxila. A conduta clínica foi realizada levando em consideração não somente a quantidade de gengiva exposta, mas também a etiologia da mesma conforme Seixas M. R., Costa-Pinto R. A., & Araujo, T. M., (2011). Também, Emiliano, C. D. B., Winilya A. A., Sousa J. N. L. S., Rodrigues R. Q. F. & Souza M. M. L., (2016) concluíram que toxina botulínica é também uma possibilidade de tratamento para sorriso gengival com necessidade de correção estética. A realização desta técnica foi escolhida pelo fácil manejo, baixo custo e a possibilidade de tratamento em ambiente clínico com mínima intervenção.

A técnica aqui descrita mostrou-se eficaz e de fácil realização pelo cirurgião dentista, dispensando materiais complexos. Senise I. R. et al., (2015) relataram que além de fornecer medidas e proporções ideais, o tratamento com a toxina botulínica, tem uma recuperação confortável e curta. Porém, encontramos na literatura outras opções de tratamento como por

exemplo, a gengivoplastia Damante C. A. et al., (2004) onde foi utilizada uma técnica cirúrgica para aumento das coroas clínicas dos elementos dentários.

Especulamos que a utilização de toxina botulínica tenha sido uma alternativa viável e eficaz para a correção do sorriso gengival por contração excessiva do musculo levantador do ângulo da boca e asa da nariz, uma vez que, relato de caso clínico realizado por Dall Magro A., Calza S., Lauxen J., Santos R. & Valcanaia T., (2015). comparou diferentes tipos de tratamento e Silberberg N., Goldstein M. & Smidt A., (2009) concordam que a toxina botulínica é uma opção eficaz para o tratamento proposto.

Apesar de paliativa, a aplicação da toxina botulínica para correção de sorriso gengival, se apresenta como uma possibilidade aparentemente viável, dado que a mesma tem efeitos rápidos, recuperação reduzida, é minimamente invasiva e com baixos custos permitindo uma integração social melhor ao paciente trazendo ao mesmo um sorriso harmonioso contribuindo para a melhora da sua auto estima.

4- Conclusão

Neste estudo foi atingido um resultado satisfatório utilizando esse material por causa das condições apresentadas, como, por ser uma exposição total de faixa gengival na arcada superior. Devido a essa característica, sugerimos novos estudos, onde seria possível apreciar o tratamento da exposição gengival com etiologias diversas.

Referências Bibliográficas:

AYRES E. L. & SANDOVAL M. H. L.; Toxina Botulínica na Dermatologia; **EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA**; 2016.

AZENHA C. R., FILHO E. M. Protocolos em ortodontia: diagnóstico, planejamento e mecânica. **Napoleão**; 2008.

BERNARDES J.; Nova classificação aprimora tratamento do sorriso gengival; **JORNAL DA USP Ciências da Saúde**; 11/07/2017.

DALL MAGRO, A., CALZA, S., LAUXEN, J., SANTOS, R., VALCANAIA, T., & DALL'MAGRO, E. Tratamento do sorriso gengival com toxina botulínica tipo A: relato de caso. **Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF**, 20(1). 2015.

DAMANTE, CARLA ANDREOTTI et al . Clinical evaluation of the effects of low-intensity laser (GaAlAs) on wound healing after gingivoplasty in humans. **J. Appl. Oral Sci., Bauru** , v. 12, n. 2, p. 133-136, jun. 2004

EMILIANO CRISÓSTOMO DELFINO DE BRITO, WINILYA DE ABREU ALVES, JOÃO NILTON LOPES DE SOUSA, RACHEL DE QUEIROZ FERREIRA RODRIGUES, MARCÍLIA MEDEIROS LOPES DE SOUZA. Gengivectomia/gengivoplastia associada à toxina botulínica para correção do sorriso gengival. **Braz J Periodontol** - volume 26 - issue 03 September 2016

GOSS, CHARLES MAYO. Gray Anatomia. 29ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan S.A.**, 1988.

MACEDO, ANNA CAROLINA V. B. DE; NUNES, VITOR HUGO SILVA; SARDENBERG, CARLOS; MONTE ALTO, RAPHAEL; ALMEIDA, RENATO ROCHA; ALVES JR, JOEL; SANTOS, GUSTAVO OLIVEIRA. O sorriso gengival - tratamento baseado na etiologia: uma revisão de literatura / The gummy smile – treatment based on etiology: review. **Periodontia** ; 22(4): 36-44, 2012. ilus, tab

MARIA M. M. S.; ARTIGO de revisão Toxina Botulínica do Tipo A: mecanismo de ação; **ACTA FISIATR** 16(1): 25 - 37; 2009.

PEIXOTO L. M.; Análise fotográfica da influência da disposição dos lábios e dos tecidos moles na estética do sorriso; **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** - 12(3): 23-29; 2010.

ROBBINS J. W. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. **Pract Periodont Aesthet Dent**. 1999 Mar; 11(2):265-72.

SEIXAS, MAYRA REIS; COSTA-PINTO, ROBERTO A.; & ARAUJO, TELMA MARTINS DE. Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. **Dental Press J. Orthod.** . 2011, vol.16, n.2 [cited 2020-11-22], pp.131-157. <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512011000200016>.

SENISE, ISABELA RIGHETTO et al. O uso de toxina botulínica como alternativa para o tratamento do sorriso gengival causado pela hiperatividade do lábio superior. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, [S.l.], v. 23, n. 3, set. 2015. ISSN 2178-2571.

SILBERBERG N., GOLDSTEIN M., SMIDT A. Excessive gingival display – Etiology, diagnosis, and treatment modalities. **Quintessence Int**. 2009 Nov-Dec; 40(10):809-18.

