[2021]

Cadernos de Pesquisa Campus V



Universidade Iguaçu – *Campus* V.
Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil.
Vol. 8; №. 2.
Julho de 2021.

APRESENTAÇÃO

ISSN: 2447-9721

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

CONSELHO EDITORIAL

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

ISSN: 2447-9721

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

ISSN: 2447-9721

REABILITAÇÃO COM PROTESE PARCIAL REMOVIVEL PROVISORIA SUPERIOR: RELATO DE CASO. Aline Corrêa Lima e SILVA ¹ , Annalee Nogueira Sá HOSKEN ² , Hugo Cezar N ALVIM ² , Claudio PELLEGRINI ² , Bruno da Silva INÁCIO ² 5
ENDODONTIA EM DENTES DECÍDUOS: RELATO DE CASO.Amanda Alves de MORAES ¹ , Adriana PILLAR ² , Maria Lúcia PETRUCCI ² , Ângela BICALHO ² , Márcia LOUVAIN ² e Ana Paula DORNELLAS ²
INTERVENÇÕES PRIMÁRIAS EM PACIENTE COM AMELOGÊNESE IMPERFEITA: RELATO DE CASO. Ana Lívia Gomes ¹ , Karollyne Pinheiro Pacheco BALTAR ¹ , Adriana Vargas M. PILLAR ² , Angela Mendonça Filgueiras BICALHO ² e Ana Paula DORNELLAS ²
FRENECTOMIA DE FREIO LABIAL EM PACIENTE COM APARELHO ORTODÔNTICO – RELATO DE CASO. Anne Caroline de Oliveira GRIGORIO ¹ , Isabela Macedo LOPES ¹ , José Luiz MIQUILITO, Leonardo PEIXOTO ² , Silmar ANTUNES ²
REMOÇÃO CIRÚRGICA DE TÓRUS MANDIBULAR – RELATO DE CASO.Dara BASTOS¹, Maria Eduarda BOTILEIRO¹, José Alberto TINOCO², José Luiz MIQUILITO², Silmar ANTUNES 29
BICHECTOMIA: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FUNCIONAL E ESTÉTICO— RELATO DE CASO. Georgia Gomes Boatagio DIAS¹, Ana Paula DORNELLAS², Leonardo PEIXOTO², Kleber Pontes FIGUEIREDO², Vanessa Turetta MORAES²
REFORÇO INTRARRADICULAR E INTRA-CORONÁRIO COM PINO DE FIBRA DE VIDRO E NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM 1°MOLAR –RELATO DE CASO. Iasmyn Silva SOUZA ¹ , Ana Paula DORNELAS ² , Rossana dos Santos INÁCIO ² , Vanessa Ferreira da SILVA ² , Annalee Nogueira Sá HOSKEN ²
EFEITOS DO CLAREAMENTO INTERNO COM PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO APÓS RETRATAMENTO ENDODÔNTICO – RELATO DE CASO. Isabela Macedo LOPES¹, Anne Caroline de Oliveira GRIGORIO¹, Kênia Chiarelo TINOCO², Rossana dos Santos INÁCIO², Lucílio Marcos da SILVA²
REABILITAÇÃO COM PINO DE FIBRA DE VIDRO ANATOMIZADO: RELATO DE CASO. Jorge Luiz de MELLO NETTO¹, Elissa Almeida ROCHA², Renato Lenoir MARTINEZ², Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Vanessa Ferreira da SILVA²
REABILITAÇÃO FUNCIONAL E ESTÉTICA COM PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL CARACTERIZADA, DE UM PACIENTE EDENTADO SUPERIOR E INFERIOR— RELATO DE CASO. Josilaine Aparecida SOARES ¹ , Annalee Nogueira Sá HOSKEN ² , Claudio PELLEGRINI ² , Bruno da Silva INÁCIO ² , Hugo Cezar N ALVIM ²
USO DA TÉCNICA ART E SUAS VANTAGENS CLÍNICAS – RELATO DE CASO. JovanaPrúcoli SILVA ¹ , professora ² , Adriana PILLAR ² , MÁRCIA LOUVAIN e MARIA LÙCIA PETRUCCI, Ana Paula DORNELLAS ² , Ângela BICALHO ² 76
MÍNIMA INTERVENÇÃO PARA TRATAR LESÃO DE CÁRIE NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO. Aldo da Silva ZAMPIER ¹ , Angela Mendonça F. BICALHO ² , Maria Lúcia V. PETRUCCI ² e Ana Paula DORNELLAS ² 84
REFORÇO CORONÁRIO COM PINO DE FIBRA DE VIDRO: RELATO DE CASO. Amanda Souza CONCEIÇÃO¹, Elissa Almeida ROCHA², Renato Lenoir MARTINEZ², Rosa Maria de Vasconcelos
MACIEL ² , Vanessa Ferreira da SILVA ² 89

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA SUPERIOR: RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Aline Corrêa Lima e SILVA¹, ¹, Annalee Nogueira Sá HOSKEN², Hugo Cezar N ALVIM², Claudio PELLEGRINI², Bruno da Silva INÁCIO².

RESUMO

Neste sentido, o objetivo do trabalho foi vislumbrar a avaliação e procedimento de reabilitação oral com a utilização prótese removível parcial. O presente trabalho relata o caso de paciente, 57 anos, do sexo feminino, negra, que procurou a clínica universitária da UNIG se queixando de prótese mal adaptada e falta de dentes. Após avaliação clínica, exame radiográfico e modelos de estudo, optou-se pela reabilitação com prótese parcial removível provisória. O resultado da reabilitação foi satisfatório, tendo atendido às necessidades da paciente de forma temporária, para posterior tratamento definitivo.

Palavras chave: Odontologia. Prótese Parcial Provisória. Reabilitação Oral.

ABSTRACT

In this sense, the objective of the work is to envision the evaluation and oral rehabilitation procedure with the use of partial removable prosthesis. The present work reports the case of a 57-year-old female patient, black, who went to the UNIG university clinic complaining about a poorly adapted prosthesis and lack of teeth. After clinical evaluation, radiographic examination and study models, we opted for rehabilitation with a temporary removable partial prosthesis. The result of the rehabilitation was satisfactory, having met the patient's needs on a temporary basis, later definitive treatment.

Keywords: Dentistry. Provisional Partial Prosthesis. Oral Rehabilitation.

1 – Introdução

A possibilidade da perda dos dentes é um fato negativo na vida das pessoas, onde os aspectos funcionais, estéticos e psicológicos são envolvidos se tornando um momento triste da vida ocorrendo em um número considerável da população brasileira (SOUZA, 2014)

As próteses parciais constituem grande importância no tratamento de pacientes há muito tempo, devolvendo a função mastigatória, estabilidade muscular, articular e estética, haja vista a necessidade desta última, é a queixa da maioria das pessoas que buscam este tipo de tratamento e, deve ser considerada tão importante, quanto à recuperação anatômica e funcional de um dente (MIRANDA, 2016)

As ausências dentárias e suas consequências, mencionados anteriormente, na saúde bucal e sistêmica das pessoas afetadas, desafiam a odontologia a minimizar este problema, assim, a necessidade de reabilitar esse indivíduo o mais rápido possível,

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

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

^{*}Autor para correspondência: alinelimas227@gmail.com

respeitando as limitações anatômicas e financeiras do paciente, sendo este, o maior desafio do cirurgião dentista (MOREIRA, 2011)

ISSN: 2447-9721

O trabalho relata o caso de paciente, do sexo feminino, 57 anos de idade, que espontaneamente compareceu à clínica universitária da UNIG em busca de tratamento odontológico queixando-se a insatisfação com relação a estética dos dentes, onde fora realizado a reabilitação oral, com a utilização de prótese parcial removível provisória.

2- Relato de caso

Considerações Éticas

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

Informações do paciente

Paciente, 57 anos, sexo feminino, negra, empregada doméstica, apresentou-se espontaneamente à clínica universitária da UNIG. Seu histórico clínico não apresentou alteração sistêmica de nenhuma natureza que tenha relevância para este relato.

Intervenção terapêutica

Após anamnese e exame físico, notou-se a prótese parcial da paciente mal adaptada levando a perda da estética e da função mastigatória



Figura 1: Aspecto inicial

E, após análise mais criteriosa, diagnosticou cárie na face mesial do dente 13, na face distal do dente 11 e na cervical do dente 22, conforme se ilustra na figura 2.



Figura 2: Aspecto inicial dos dentes 13, 11 e 22

Para concluir o diagnóstico, foi solicitado uma radiografia panorâmica, pra que se pudesse avaliar o aspecto inicial e servir de documentação da paciente, principalmente os remanescentes superiores, tendo em vista que eles darão a sustentação para a prótese.



Figura 3: Radiografia panorâmica

Pela radiografia pôde-se observar lesão cariosa no dente 13 e comprometimento pulpar nos dentes 11 e 22.

Após, iniciou o processo de confecção da prótese, onde foi feito a individualização da moldeira superior (Figura 4) e a moldagem com alginato (Figura 5).



Figura 4: Individualização da Moldeira Superior



Figura 5: Molde Superior com Alginato

Após a moldagem, foi obtido o modelo de estudo para confecção da base de resina acrílica e plano de cera para registar a oclusão (Figura 6), selecionar a cor do dente (Figura 7) e a provar os dentes montados em cera (Figura 8).



Figura 6: Prova do plano de orientação, registro da oclusão



Figura 7: Seleção da cor do dente



Figura 8: Prova dos dentes montados em cera

E, por fim, após todos os ajustes da oclusão, foi feito a seleção da cor da gengiva para acrilização (Figura 9).

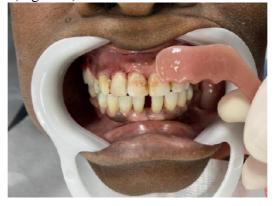


Figura 9: Seleção da cor da gengiva





Figura 10: Resultado final

3- Discussão

Conforme aduz Barbato et al. (2014, s/p) "a perda de elementos dentários é um grave problema de saúde pública, visto que grande maioria de brasileiros são desdentados totais ou parciais", ou seja, nota-se que o edentulismo influencia na qualidade de vida do indivíduo levando a severos danos ao sistema estomatognático.

O edentulismo interfere diretamente na capacidade mastigatória, sendo ela um dos processos fundamentais na vida do ser humano, responsável pela fase inicial do processo digestivo e exercendo uma função importante executada pelo sistema estomatognático. Indivíduos edêntulos demonstram menor consumo de macro e micronutrientes quando comparados àqueles com dentição funcional, além do colapso dos músculos da mastigação pela falta de estabilidade oclusal. (HOLST et al., 2005)

A obesidade e a má nutrição também têm sido associadas à perda dentária, pois há uma inter-relação da saúde bucal com a mastigação, uma vez que a ausência de elementos dentários interfere na trituração do alimento comprometendo o estado e as condições nutricionais. (FRAGOSO, 2015)

As ausências dentárias também contribuem pela diminuição da capacidade de fonação, influenciando a propriocepção orofacial e a articulação o que leva a redução de tensão da musculatura orofacial e restrição dos movimentos da articulação temporomandibular. (RICCI, 2012)

Esses fatores podem fazer com que alterem sistematicamente o posicionamento articulatório, principalmente durante a produção dos sons sibilantes. Ainda pode gerar prejuízos psicológicos e estéticos, causando sentimentos de constrangimento, de incompletude e também de resignação, dando ao paciente uma característica de envelhecimento e influenciando negativamente as relações sociais do indivíduo. (SOARES, et al., 2014)

A fim de solucionar os prejuízos que as perdas dentárias provocam na saúde do indivíduo, é indiscutível a necessidade de reabilitação. As Próteses Parciais Removíveis Provisórias são constituídas por diversos componentes, cada um deles desempenha uma função específica que visa devolver principalmente as funções estéticas, fonéticas, nutricionais próprias do sistema estomatognático influenciando diretamente no psicológico e no convívio social das pessoas, representando uma opção de baixo custo e amplo acesso da população. E, o sucesso do tratamento com prótese parcial está no reconhecimento das necessidades individuais apresentadas pelos pacientes. O

planejamento e execução adequada da técnica seguido do controle posterior são os maiores responsáveis pelo sucesso da prótese. (NETO et al., 2011

4 - Conclusão

Diante do caso clínico relatado, a Prótese Parcial Removível Provisória parece ter sido uma alternativa satisfatória à reabilitação de pacientes parcialmente edêntulos, devolvendo principalmente a função estética para posterior tratamento definitivo.

Referências Bibliográficas

- 1. BARBATO P. R, Nagano HCM,Zanchet FN,Boing AF,Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do estudo epidemiológico nacional. Cad. Saúde Pública. 2014. 23(8):1803-14.
- 2. FRAGOSO WS. **Reabilitação oral com prótese parcial removível overlay.** RGO. [periódico na internet]. 2015. 53(3): 243-6.
- 3. HOLST S et al. Prosthodontic considerations for predictable single-implant esthetics in the anterior maxilla. J Oral Maxillofac Surg., 63 (9 Suppl 2): 89-96, 2005.
- 4. MIRANDA, A. M. F. Modificação de técnica de inclusão de material resiliente em próteses totais e parciais removíveis. PCL. 2016; 8(39):81-88.
- MOREIRA RS, Nico LS, Tomita NS. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011.
- 6. NETO A. F; Carreiro AFP, Rizzatti-Barbosa CM. A prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. Odontol Clín-Cient. [periódico na internet]. 2011.
- 7. RICCI, WA. **Disfunção craniomandibular em pacientes desdentados totais com alteração da dimensão vertical.** [Dissertação de mestrado]. Araraquara. Faculdade de Odontologia da UNESP. 2012.
- 8. 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
- SOARES CJ et al. Importância do emprego de próteses provisórias na recuperação da dimensão vertical viabilizando procedimentos restauradores diretos – relato de caso. JBO, ATM e Dor Orofacia, 14(14): 27-32, 2014.
- 10. SOUZA, R. O. A. **Prótese Parcial x Aspecto psicossocial: relato de um caso clínico.** PCL. 2014; 6 (31): 262-68.

ENDODONTIA EM DENTES DECÍDUOS: RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Amanda Alves de MORAES¹, Adriana PILLAR², Maria Lúcia PETRUCCI², Ângela BICALHO², Márcia LOUVAIN² e Ana Paula DORNELLAS²

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

RESUMO

A perda precoce de dentes decíduos pode levar a diversos problemas de saúde bucal em crianças, por isto, mesmo diante de situações de comprometimento pulpar o esforço para promover a manutenção destes dentes na cavidade oral é essencial. Neste sentido o trabalho buscou versar sobre o tratamento endodontico para um paciente, 05 anos de idade, sexo masculino, pardo, que por intermédio de seu responsável procurou a clínica universitária para avaliação e queixando-se de "dor no dente". Após análise, avaliação e exames clínicos e radiográficos se indicou uma pulpectomia não instrumentada, a qual fora realizada e concluiu-se que a Técnica Endodôntica Não Instrumentada em molares parece ser uma boa opção para dentes decíduos necrosados.

Palavras chave: Dentes Decíduos. Pulpotomia. Tratamento Endodontico.

ABSTRACT

The early loss of primary teeth can lead to several oral health problems in children, therefore, even in the face of situations of pulp involvement, the effort to promote the maintenance of these teeth in the oral cavity is essential. In this sense, the work sought to deal with endodontic treatment for a patient, 05 years old, male, brown, who, through his guardian, went to the university clinic for evaluation and complained of "tooth pain". After analysis, evaluation and clinical and radiographic examinations, an uninstrumented pulpectomy was indicated, which was performed and it was concluded that the Uninstrumented Endodontic Technique in molars seems to be a good option for necrotic primary teeth.

Keywords: Deciduous Teeth. Pulpotomy. Endodontic Treatment.

1 – Introdução

A pulpectomia não instrumentada consiste na técnica em que se remove a polpa coronária. Esta técnica permite manter na cavidade bucal os dentes decíduos comprometidos endodonticamente até o período de esfoliação fisiológica. (MASSARA et al., 2012).

A terapia pulpar em dentes decíduos, pode ser conservadora, quando prioriza-se a vitalidade pulpar de todo o dente, ou da parte radicular; e pode ser radical, quando toda a polpa é retirada (ARAÚJO et al., 2010).

Para que a terapia endodôntica alcance êxito, é necessário que haja uma adequada sanificação dos canais radiculares, acompanhada de obturação satisfatória. Para a eliminação da parte orgânica e inorgânica dos canais, é necessário ser realizado o preparo químicocirúrgico, utilizando instrumentos endodônticos, soluções químicas auxiliares eficazes, com o objetivo de potencializar a ação antibacteriana da medicação intracanal nas paredes dentinárias e nos canais acessórios, através da remoção de smearlayer, permitindo, assim, adequado selamento do material obturador (AZEVEDO; BARCELOS; PRIMO, 2009).

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

^{*}Autor para correspondência: moraesamanda583@gmail.com

Neste sentido, o trabalho relata o caso de Paciente, sexo masculino, 05 anos de idade, de cor parda, que através de seu responsável fora levado à clínica universitária a fim de realizar uma avaliação, onde após diagnóstico e exame clínicos e radiográficos se optou pelo procedimento em questão.

ISSN: 2447-9721

2- Relato de caso

Considerações Éticas

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

Informações do paciente

Paciente, 05 anos, sexo masculino, pardo, apresentou-se espontaneamente à clínica universitária, por intermédio de seu responsável. Seu histórico clínico não apresentou alteração sistêmica de nenhuma natureza que tenha relevância para este relato.

Achados clínicos e radiográficos

Para analisar de forma mais detalhada o dente que passaria pelo procedimento, optouse pela feitura de radiografia, conforme a Figura 1.



Figura 1: Radiografia inicial

Intervenção terapêutica

Após anamnese e avaliação do paciente, fora preparada a mesa de cirurgia contendo todos os materiais a serem utilizados, conforme se vislumbra na Figura 2.



Figura 2: Mesa clínica organizada

Iniciando o procedimento, fora realizada a abertura e acesso da câmara pulpar, conforme apresentado na Figura 3.



Figura 3: Abertura e Acesso da câmara pulpar

Em seguida fora inserido no canal pasta CTZ e feita a vedação com o auxilio de uma guta percha, conforme se demonstra na Figura 4.

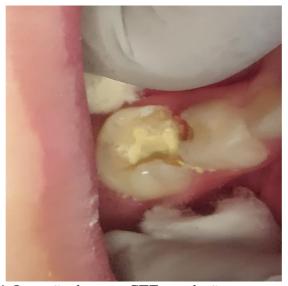


Figura 4: Inserção de pasta CTZ e vedação com guta percha

Em seguida se procedeu com a restauração de forma provisória utilizando cimento de ionômetro de vidro, conforme se vislumbra na Figura 5.



Figura 5: Restauração com ionômetro de vidro (provisório)

E, finalizando o procedimento, fora realizada outra radiografia para se observar o aspecto final do dente após a restauração com a pasta CTZ (Figura 6).



Figura 6: Radiografia final

3- Discussão

Conforme aduz Barbato et al. (2014, s/p) "a perda de elementos dentários é um grave problema de saúde pública, visto que grande maioria de brasileiros são desdentados totais ou parciais", ou seja, nota-se que o edentulismo influencia na qualidade de vida do indivíduo levando a severos danos ao sistema estomatognático

A terapia endodôntica em dentes decíduos pode ser conservadora ou radical, variando conforme a gravidade da lesão, seja ela traumática ou biológica. Devem ser levados em consideração uma anamnese bem executada e a partir de suspeita de comprometimento pulpar devem ser realizados exame clínico e radiográfico (HUTH et al., 2015).

O clínico tem como objetivo identificar abcessos, lesões cariosas profundas, alteração de cor, mobilidade e traumas na coroa. Enquanto o radiográfico pode identificar trauma na raiz, presença de lesões perirradiculares, fraturas na raiz e/ou infiltrações em restaurações. Os testes de sensibilidade pulpar não são recomendados em dentes decíduos, devido à dificuldade de *feedback* confiável da criança (BARCELOS et al., 2011).

O diagnóstico da condição pulpar é o principal fator a ser considerado para a escolha do tratamento. Esse diagnóstico é obtido por meio de um acurado exame clínico associado ao exame radiográfico, este último, composto por radiografias interproximal e oclusal modificada para os dentes anteriores, e complementar com radiografia periapical permite a visualização do dente decíduo e do seu sucessor (SILVA et al., 2015).

A pulpotomia é um procedimento conservador de terapia pulpar amplamente utilizado em Odontopediatria. Os progressos recentes no campo da biologia celular e molecular, assim como o melhor conhecimento acerca do desenvolvimento dentário, contribuíram para o surgimento de uma ampla gama de novos materiais, mais biocompatíveis, indicados para pulpotomia de dentes decíduos (GUEDES-PINTO, 2010).

ISSN: 2447-9721

Nessa perspectiva, o desafio para os novos materiais capeadores pulpares é auxiliar a polpa dentária em seu processo de reparo natural, sendo o mais biocompatível possível, diferentemente do que se preconizava no passado com o uso de materiais capeadores que promoviam a fixação dos tecidos da polpa dentária (SAKAI et al., 2009)

4 – Conclusão

Conclui-se que a técnica endodôntica realizada parece ser eficaz para o tratamento de molares decíduos com necrose pular.

Referências Bibliográficas

- 1. ARAÚJO, F. B. et al. Terapia pulpar em dentes decíduos e permanentes jovens. **Manual de referência abo-odontopediatria,** 2010. p. 194-210.
- 2. AZEVEDO, C. P.; BARCELOS, R.; PRIMO, L. Variabilidade de técnicas de tratamento endodôntico em dentes decíduos: uma revisão de literatura. **Arquivos em Odontologia**, v. 45, n. 1, p. 37-43, jan./mar. 2009.
- 3. BARBATO P. R, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do estudo epidemiológico nacional. **Cad. Saúde Pública.** 2014. 23(8):1803-14.
- 4. BARCELOS, R. et al. ZOE paste pulpectomies outcome in primary teeth: a systematic review, **J. Clin. Pediatr. Dent.**, v. 35, n. 3, p. 241-248, 2011.
- 5. GUEDES PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 8. ed. São Paulo: Santos; 2010. p. 589-612
- 6. HUTH KC, PASCHOS E, HAJEK-AL-KHATAR N, HOLLWECK R, CRISPIN A, HICKEL R. Effectiveness of 4 pulpotomy techniques--randomized controlled trial. **J Dent Res.** 2015;84:1144-8.
- 7. MASSARA, M. L. A. et al. A eficácia do hidróxido de cálcio no tratamento endodôntico de decíduos, seis anos de avaliação. Pesq. Bras. **Odontoped. Clin. Integr.,** João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 155-159, abr./jun. 2012.
- 8. 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
- 9. SAKAI VT, MORETTI AB, OLIVEIRA TM, FORNETTI AP, SANTOS CF, MACHADO MA. Pulpotomy of human primary molars with MTA and Portland cement: a randomised controlled trial. **Br Dent J.** 2009;207(3):E5; discussion 128-9. Epub 2009 Jul 24.
- 10. SILVA, A. V. C. et al. Observação dos critérios para indicação de tratamento endodôntico em dentes decíduos na prática clíncia. **Odontol. Clín. Científ.,** Recife, v. 14, n. 1, p. 571-574, jan./mar. 2015.

INTERVENÇÕES PRIMÁRIAS EM PACIENTE COM AMELOGÊNESE IMPERFEITA: RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Ana Lívia Gomes¹, Karollyne Pinheiro Pacheco BALTAR¹, Adriana Vargas M. PILLAR², Angela Mendonça Filgueiras BICALHO² e Ana Paula DORNELLAS²

Resumo

O tratamento para amelogênese imperfeita pode variar de intervenções preventivas a uma reabilitação completa, depende da gravidade de cada caso. Nos dias atuais temos disponíveis vários tipos de materiais e métodos para procedimentos restauradores, o que se torna estimulante e confuso ao mesmo tempo para os cirurgiões dentistas. O objetivo do trabalho foi proporcionar melhor qualidade de vida de uma paciente, 11 anos de idade, sexo feminino, procurou a clinica universitária com objetivo de diminuição da sensibilidade e melhora na estética. O tratamento foi realizado levando em consideração a severidade e materiais disponíveis no momento, resultando em um tratamento satisfatório. Baseados no exposto, podemos concluir que parece ser possível tratar pacientes com amelogênese imperfeita através de intervenções não definitivas no intuito de melhorar a qualidade de vida.

Palavras chaves: Amelogênese Imperfeita; qualidade de vida; estética dentária.

Abstract

Treatment for imperfect amelogenesis can range from preventive interventions to complete rehabilitation, depending on the severity of each case. Nowadays we have available several types of materials and methods for restorative procedures, which is both stimulating and confusing for dental surgeons. The objective of the work was to provide a better quality of life for a female patient, 11 years old, she went to the university clinic with the objective of reducing sensitivity and improving aesthetics. The treatment was carried out taking into account the severity and materials available at the time, resulting in a satisfactory treatment. Based on the above, we can conclude that it seems possible to treat patients with imperfect amelogenesis through non-definitive interventions in order to improve quality of life.

Keywords: Amelogenesis Imperfecta; quality of life; Esthetics, Dental.

Introdução

Atualmente, um sorriso estético tem sido de grande procura em consultórios odontológicos por pacientes incentivados pelos padrões estéticos impostos pela sociedade. Acredita-se que dentes brancos e bonitos estão associados à saúde, o que em contrapartida pessoas portadoras de deformidades dentais provocam respostas negativas. A amelogênese imperfeita (AI) é uma modificação genética de natureza ectodérmica ou hereditária que gera anomalias no esmalte dentário causando defeitos na estrutura física e aspectos clínicos, afetando dentes decíduos e permanentes. Esses pacientes apresentam alterações na cor dos dentes, podendo variar do branco-opaco ate o amarelo ao marrom, variando de paciente para paciente (FEITOSA et al., 2009; LIMA et al., 2015).

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

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

^{*}Autor para correspondência: <u>analiviagomes2016@outlook.com</u>

(AZEVEDO et al., 2013).

Existem vários tipos de tratamentos para pacientes portadores da AI, que variam de acordo com o grau de comprometimento estético e funcional dos elementos dentários. Historicamente, costumavam ser tratados com extrações e reabilitados com próteses totais. Na atualidade, procedimentos menos invasivos são preferíveis, existem técnicas restauradoras adesivas, confecções de coroas, restaurações inlay/onlay que possibilitam a reabilitação

ISSN: 2447-9721

Pacientes com AI geralmente são afetados esteticamente por causa da descoloração do dente e grande perda de tecido dentário, causando a hipersensibilidade. A polpa dentária e a dentina geralmente são normais, e as alterações histológicas incluem uma parte de esmalte hipoplássica, corrosão generalizada, aspereza irregular, frequentemente bordas rachadas e superfícies porosas (SILVA et al., 2010)Temos como prioridade a melhora na qualidade de vida, incluindo na melhoria da função, proteção da estrutura de esmalte e redução da sensibilidade (SOUZA et al., 2014).

O objetivo desse estudo foi relatar a forma de reabilitação apropriada para paciente de 11 anos com amelogênese imperfeita e sensibilidade dentária.

Relato de caso

Considerações Éticas

Toda a descrição deste relato de caso esta baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O Comitê de Ética da Universidade Iguaçu — Campus V, instituição que 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.

Paciente com 11 anos de idade, sexo feminino, procurou atendimento à Clínica de Odontologia da Universidade Iguaçu, Campus V - Itaperuna RJ por indicação após uma tentativa de tratamento.

Durante anamnese paciente queixa-se de sensibilidade e não registrava história progressiva de amelogênese imperfeita em familiares. Ao exame clínico observa-se superfície rugosa e dentes de cor amarelo acastanhado (Figuras 1 A-C).



Figura 1: Fotos intraorais – a: lateral direita, b: frontal, c: lateral esquerda.

Inicialmente, optamos em realizar a aplicação de verniz fluoretado nos dentes para diminuição da sensibilidade relatada pela paciente (Figuras 2 A-C).



Figura 2: Aplicação de verniz fluoretado- a: lateral direita, b: frontal, c lateral esquerda.

Após 20 dias a paciente retornou à clínica e realizamos o selamento dos pré-molares inferiores (44,45 e 34,35) com cimento de ionômero de vidro e nova aplicação de verniz em todos os dentes, pois obteve-se melhora na sensibilidade (Figura 3).



Figura 3: Selamento dos pré-molares com CIV e aplicação de verniz fluoretado.

Após 15 dias paciente retornou para nova consulta e queixando-se da estética dos dentes anteriores, onde o dente 21 apresentava uma falha na cervical da restauração já existente e no dente 23 falhas no esmalte (Figura 4). Portanto realizamos uma reanatomização de ambos os dentes (Figura 5).



Figura 4: Falha da restauração e na estrutura de esmalte.



Figura 5: Reanatomização dos dentes 21 e 23.

Discussão

A Amelogênese Imperfeita representa um grupo de distúrbios, de origem genômica, que afetam mais ou menos ou menos igual a estrutura do esmalte e a aparência clínica de todos ou quase todos os dentes, e podem estar relacionados a alterações morfológicas ou bioquímicas em outras partes do corpo. AI é o estado de desenvolvimento do esmalte dentário, caracterizado por hipoplasia e ou hipomineralização (CRAWFORD et AL,. 2007).

ISSN: 2447-9721

A AI de acordo com achados clínicos e achados radiográficos pode ser dividida como hipocalcificada, hipoplásica ou hipomaturas. No tipo hipocalcificado, a quantidade de esmalte dentário formado é relativamente normal, mas o grau de mineralização é baixo, é macio e frágil e pode ser facilmente removido da dentina. No tipo hipoplásico, a quantidade de esmalte é insuficiente, a mineralização do esmalte parece normal, dura e brilhante, porém deformada. E no tipo hipomaturação, o esmalte dos dentes parece estar manchado, tem cor branca opaca a marron-avermelhada, é mais macio que o normal e tende a se lascar da dentina subjacente (METE et al., 2011).

De acordo com Santos e Line (2005) a formação do esmalte requer a expressão de múltiplos genes, que podem transcrever proteínas e proteinases importantes para controlar o complexo processo de crescimento e mineralização dos cristais. Devido à expressão dos genes ou diferentes defeitos genéticos, ocorreu uma variação no fenótipo da AI. Portanto, o fenótipo da AI depende do gene envolvido, da sua localização e do tipo de mutação.

Diferentes opções de tratamento para dentes afetados pela AI tem sido propostas pela literatura. Alguns casos de coroas apresentam alta previsibilidade e estética. No entanto este método requer a remoção de uma grande quantidade de estrutura dentaria (SOUZA et al., 2014). O tratamento de escolha para este caso foi uma abordagem conservadora, sem desgastes da estrutura de esmalte com apoio do sistema fluoretado e reanatomização estética com cimento ionômero de vidro e resina composta.

Pacientes com hipoplasia de esmalte apresentam esmalte mais fino, dentes mais sensíveis e estrutura mais fraca, por isso são mais susceptíveis a rachaduras e fraturas do esmalte durante função mastigatória. Em um relato de caso a adoção da abordagem do método de prevenção com fluoreto de sódio a 22.600 ppm foi o primeiro passo, após quatro semanas paciente retornou e relatou melhora na sensibilidade. Consistindo com os dados da literatura apresentados por Petersson (2013), onde um estudo de revisão mostrou que a maioria das preparações de flúor combinadas com selantes dentinários são benéficas na redução da sensibilidade.

Acreditamos, portanto, que o diagnóstico inclui a exclusão de fatores extrínsecos ou outros fatores ambientais, o estabelecimento de possíveis padrões genéticos, identificação do fenótipo, a fim de eliminar distúrbios de desenvolvimento cronológico (CRAWFORD et AL,. 2007).

Conclusão

Baseado no exposto, podemos concluir que parece ser possível tratar pacientes com amelogênese imperfeita através de intervenções não definitivas no intuito de melhorar a qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- 1- AZEVEDO M. S., GOETTEMS M. L., TORRIANI D. D., ROMANO A. R., DEMARCO F. F. Amelogênese imperfeita: aspectos clínicos e tratamento. **Revista Gaúcha Odontol –RGO**, Porto Alegre. Vol.61, p. 491, jul./dez., 2013.
- **2-** CRAWFORD P. J., ALDRED M., BLOCH-ZUPAN A. Amelogenesis imperfecta. **Orphanet J Rare Dis.** 2007; 2: 17. Pub em 4 de abril de 2007.

ISSN: 2447-9721

- **3-** FEITOSA, D. A. DE S., DANTAS, D. C. R. E., GUÊNES, G. M. T., RIBEIRO, A. I. A. M., CAVALCANTI, A. L., BRAZ, R. Percepção de pacientes e acadêmicos de odontologia sobre estética facial e dentária. **Revista da Faculdade de Odontologia UPF.** Vol. 14, n. 1, p. 23, janeiro/abril 2009.
- **4-** LIMA R. B. W., FIGUEIREDO R. J. A., DUARTE R. M., ANDRADE A. K. M. Amelogênese imperfeita: Relato de uma reabilitação estética conservadora. **Revista Brasileira de Ciências da saúde.** Vol. 19,p. 228, n. 3, 2015.
- **5-** METE J. J., DANGE S. P., KHALIKAR N. A., VAIDYA S. P. Reabilitação funcional e estética da dentição mutilada associada à amelogênese imperfeita. *Journal of Indian Prosthodontic Society*. Vol. *12* (2), p. 94-100, Junho de 2012; e pub 28 de agosto de 2011.
- **6-** PETERSSON L. G. O papel do flúor no manejo preventivo da hipersensibilidade dentinária e cárie radicular. **Clin Oral Invest.** Vol. 17, p. 63–71 (2013).
- 7- 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.
- **8-** SANTOS M. C. L. G., LINE S. R. P. The genetic of amelogenesis imperfecta. **A** review of the literatura. **J Appl Oral Sci.** 2005; 13(3):212-7.
- **9-** SILVA C. M. S., PARISOTTO T. M,. OLIVEIRA C. S., GAVIÃO M. B. D., SANTOS M. N. Reabilitação Oral da Dentição Decídua Afetados por Amelogênese Imperfeita: Um Caso Relatório. **J Contemp Dent Pract.** 2010 May; 11(3).
- **10-**SOUZA J. F., FRAGELLI C. M. B., PASCHOAL M. A. B., CAMPOS E. A., CUNHA L. F., LOSSO E. M., CORDEIRO R. C. L. Abordagem não invasiva e multidisciplinar da reabilitação funcional e estética da amelogênese imperfeita: relato de caso pediátrico. **Case Rep Dent.** 2014, e pub 2 de julho de 2014.

FRENECTOMIA DE FREIO LABIAL EM PACIENTE COM APARELHO ORTODÔNTICO – RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Anne Caroline de Oliveira GRIGORIO¹, Isabela Macedo LOPES¹, José Luiz MIQUILITO, Leonardo PEIXOTO², Silmar ANTUNES²

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

RESUMO

A Frenectomia é um procedimento cirúrgico que visa a remoção completa de um tecido fibroso que acaba formando um freio labial ou lingual. Além disto, a remoção inclui também a região aderida no osso. Mediante ao exposto, o objetivo desse estudo foi relatar uma cirurgia de Frenectomia em uma paciente portadora de aparelho ortodôntico. Paciente, 20 anos de idade, sexo feminino, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguaçu -CAMPUS V. Itaperuna/RJ, Brasil com queixa de um certo incomodo ao sorrir e uma constante "sensação de sujeira" ente os dentes 11 e 21. Devido a essas informações relatadas pela paciente, ao exame clínico percebeu-se a presença de um freio labial superior com a inserção incorreta. Com isso, foi realizada a remoção cirúrgica desse freio utilizando a técnica convencional. Após a conclusão da intervenção cirúrgica foi possível notar a presença de um Diastema entre os incisivos, uma vez que aquele freio estava interferindo diretamente no resultado final do tratamento do aparelho ortodôntico. O principal resultado encontrado foi a satisfação da paciente com o resultado e a resolução do problema. O que nos faz concluir que quando houver um freio de inserção incorreta, seja labial ou lingual, não é recomendado começar o tratamento ortodôntico sem que o procedimento cirúrgico (Frenectomia) seja realizado.

Palavras Chave: Freio Labial; Diastema; Aparelhos Ortodônticos

Abstract

Phrenectomy is a surgical procedure that aims at the complete removal of a fibrous tissue that ends up forming a labial or lingual brake. In addition, the removal also includes the region adhered to the bone. Based on the above, the objective of this study was to report a Frenectomy surgery in a patient with an orthodontic appliance. A 20-year-old female patient attended the dental clinic at the Iguaçu University - CAMPUS V Itaperuna/RJ, Brazil complaining of a certain discomfort when smiling and a constant "feeling of dirt" between teeth 11 and 21. Due to these information reported by the patient, the clinical examination revealed the presence of an upper lip brake with incorrect insertion. Thus, the surgical removal of this brake was performed using the conventional technique. After the completion of the surgical intervention, it was possible to notice the presence of a Diastema between the incisors, since that brake was directly interfering in the final treatment of the dental appliance. The main result found was the patient's satisfaction with the result and the resolution of the problem. This leads us to conclude that when there is an improperly inserted brake, whether labial or lingual, it is not recommended to start orthodontic treatment without the surgical procedure (Frenectomy) being performed.

Key Words: Labial Frenum; Diastema; Orthodontic Appliances

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

^{*}Autor para correspondência: annecolg658@gmail.com

1 - Introdução

A Odontologia atualmente possui um leque de opções de tratamentos estéticos, com isso as pessoas tem buscado em grande escala o que se rotula de sorriso ideal, que seria, dentes alinhados, bem contornados e brancos. A persistente presença de diastema – espaço maior que 0,5 mm entre dois ou mais dentes consecutivos – acaba gerando um incomodo ao paciente, fazendo com que o mesmo procure algum tipo de tratamento (SHREE, GUJJARI, SHINI., 2012). Uma das causas do diastema é o freio labial, que é uma prega localizada na linha média, composta por um tecido fibroso, muscular ou fibromuscular e é coberto por uma membrana mucosa. Existem casos onde o freio labial superior vai descendo até a margem alveolar e se insere na papila interdental da abóbada palatina, porém o correto é a inserção na superfície interna do lábio superior até a linha média do tecido gengival interincisal aderido na maxila. Em alguns tratamentos odontológicos, como por exemplo: tratamentos ortodônticos, protéticos, fonéticos ou periodontais, a inserção incorreta do freio poderá alterar o resultado final, causando algum tipo de problema, sendo assim será necessária uma intervenção antes da realização de tais tratamentos. Quando em condições normais não há necessidade de intervenções (PIÉ-SÁNCHEZ et al., 2012).

ISSN: 2447-9721

De acordo com estudos, Monti classificou a existência de diferentes tipos de freios labiais que foram descritos conforme a suas características morfológicas: aparência alongada com margens paralelas esquerda e direita, aparência triangular em que a base coincide com o sulco vestibular e aparência triangular com sua base na posição mais baixa (PIÉ-SÁNCHEZ et al., 2012). Porém, independente da classificação em que o freio se encontra existem algumas possibilidades de tratamentos a serem realizados quando for recomendada a cirurgia: Técnica de Miller, Frenectomia com Z-plastia e Frenectomia com incisão em forma de V (EDWARDS,1977), assim como a eletrocirurgia ou radiocirurgia que foram substituídas recentemente pela cirurgia a laser (GENOVESE E OLIVI, 2010).

Em alguns casos o problema do diastema é solucionado com tratamento ortodôntico, mas se não houver uma atenção a presença do freio labial, no final do tratamento pode acontecer a recidiva desse espaço. A realização da cirurgia de Frenectomia é recomendada assim que os incisivos laterais permanentes erupcionam e quando essa cirurgia não é feita antes de ocorrer a movimentação dos dentes pelo aparelho ortodôntico, aquele tecido ficará acumulado, pois ao contrário do tecido ósseo o tecido gengival não é reabsorvido, assim quando o aparelho ortodôntico for retirado essas fibras comprimidas tendem a voltar para sua posição inicial, consequentemente causando a volta do diastema em pouco tempo. Por esse motivo não é indicado iniciar o tratamento ortodôntico antes da realização da cirurgia de Frenectomia (MACEDO et al., 2012).

O objetivo do presente estudo foi descrever uma cirurgia com o intuito de remover um tecido de inserção incorreta para que não haja interferência no tratamento ortodôntico além de facilitar na higiene oral, mantendo a saúde periodontal boa e sem a presença de alimentos retidos naquela região.

2- Relato de caso

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

Informações do paciente

Paciente de 20 anos de idade, sexo feminino, melanoderma, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguaçu – Campus V queixando-se de uma "pelinha" entre os dentes que causava um desconforto, trazendo uma sensação de que havia alguma "sujeira" naquela região, e ao sorrir ficava aparente. A paciente ainda relatou que tinha esses desconfortos desde quando era criança. Atualmente ela está em um tratamento ortodôntico, e antes de começar o tratamento havia a presença de um diastema entre os incisivos centrais superiores. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato (Figura1).

ISSN: 2447-9721



Figura 1: Freio labial superior hipertrófico. Fonte: Autoria própria.

Achados clínicos

Primeiramente, foi realizada uma triagem pré-clínica onde a paciente não apresentou nenhum sinal ou sintoma do Corona vírus (COVID-19), em seguida, na primeira consulta, uma anamnese foi preenchida e a paciente foi examinada na clínica odontológica da Universidade Iguaçu – Campus V. Durante o exame, foi observado a presença de um freio labial superior hipertrófico entre os incisivos centrais superiores. Com a presença do freio labial superior alterada, percebeu-se um grande volume, uma inserção incorreta e o mesmo sendo indevidamente comprimido pelo aparelho ortodôntico. Além disso, também foi observado um acúmulo de placa naquela região, pelo fato de o local ter se tornado de fácil acesso para acúmulo de restos de alimentos.

Avaliação diagnóstica

Baseado no exame clínico e físico, a intervenção cirúrgica foi marcada porque a paciente se encontrava em um tratamento ortodôntico, onde a presença do freio labial superior hipertrófico iria consequentemente influenciar no resultado final. Caso essa cirurgia não fosse realizada, a partir do momento em que o aparelho ortodôntico fosse removido, aquele tecido hipertrofiado retornaria a sua posição inicial, fazendo com que os espaços (diastemas) entre os incisivos centrais retornem.

Intervenção terapêutica

Imediatamente após o diagnóstico concluído, foi feita uma antissepsia local extraoral com Digluconato de Clorexidina sem álcool (Clorexidina 2%, Riohex, Brasil) e outra intraoral com Digluconato de Clorexidina (Clorexidina 0,12%, Riohex Gard, Brasil). Em seguida a paciente foi anestesiada com Lidocaína 2% (Alphacaine, DFL, Brasil) (Figura 2A) e depois foi colocado uma agulha para sutura 3-0 com fio de nylon (Technew, Brasil) com a finalidade de marcar o limite da incisão (Figura 2B).

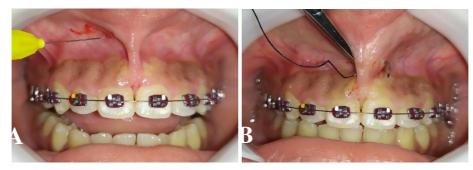


Figura 2: A- Anestesia local. B- Limitação para incisão com fio de sutura. Fonte: Autoria própria.

Com uma lâmina de bisturi Nº 15 (Advantive- Sterilance, China) foi realizada a incisão em forma de V pela face vestibular (Figura 3A) e incisão pela face palatina, assim removendo todo tecido excedido (Figura 3B). Para eliminar qualquer resquício de tecido, foi utilizada uma cureta MACCALL 13-14 (Figura 3C).



Figura 3: A- Incisão em forma de V pela face vestibular. B- Incisão pela face palatina. C-Curetagem para eliminação de resquício de tecido. Fonte: Autoria própria.

Depois disso, foi realizada a manobra de esfregaço com uma gaze estéril que foi inserida entre o dente 11 e 21 para tirar também qualquer tecido que tenha ficado (Figura 4A). Em seguida, o local foi suturado com pontos simples, utilizando uma agulha para sutura 3-0 com fio de nylon (Technew, Brasil) (Figura 4B). Por fim, foi feita uma prescrição escrita com: Amoxicilina 500mg (1 comprimido de 8 em 8 horas por 7 dias) e Paracetamol 750 mg (1 comprimido de 6 em 6 horas, em caso de dor). Também foram feitas recomendações pósoperatórias à paciente: Não abaixar a cabeça; Não fazer nenhum tipo exercício físico por pelo menos 7 dias; Alimentação pastosa e fria por 48 horas; Evitar alimentos quentes e duros; Higienização normal nos dentes e língua; Banhar a região com PerioGard.

Figura 4: A- Manobra de esfregaço. B- Sutura. C- Ponto simples. Fonte: Autoria própria.

Segmentos clínicos

Após 7 dias a paciente retornou. Foi observado que não havia secreção purulenta, o processo de cicatrização estava satisfatório e foi realizado a remoção da sutura (Figura 5).



Figura 5: Remoção da sutura após 7 dias. Fonte: Autoria Própria.

3- Discussão

Baseado no estudo de Shree et al., (2012), nos propomos a investigar se seria possível realizar a remoção cirúrgica (Frenectomia) do freio labial superior onde havia a presença de um diastema que estava sendo fechado incorretamente com aparelho ortodôntico. E o principal achado após a realização da técnica cirúrgica foi que houve um maior conforto a paciente, facilitando na higiene e excluindo qualquer possibilidade de recidiva do diastema.

No caso clínico apresentado, a paciente queixava-se de estética insatisfatória e a presença do freio labial com inserção incorreta, causando um incômodo e dificuldade de higienização. A conduta clínica foi realizada levando em consideração não somente a inserção do freio, mas também a presença do tratamento ortodôntico. Cardoso., (2008) relatou bons resultados no fechamento de diastema utilizando aparelho ortodôntico, e complementação e finalização com resina composta. Sendo esta uma opção de tratamento mais conservadora que restabelece a estética e função dos dentes. Da mesma forma, Costa et al.., (2009) concluíram que a realização da cirurgia de Frenectomia também é uma possibilidade de tratamento para fechamento de diastemas em dentes anteriores, visto que após um tempo de cicatrização houve sucesso. Porém, em seu estudo, pelo fato do paciente ser infantil, não foi necessária uma intervenção ortodôntica.

Para que o diastema fosse completamente fechado, foi realizada uma Frenectomia para remoção do freio labial. A técnica aqui descrita mostrou-se eficaz e de fácil realização pelo cirurgião dentista. Shree et al., (2012) relataram diversas técnicas que traria resultados satisfatório que são eficazes excluindo qualquer possibilidade de retorno do diastema após a remoção do aparelho ortodôntico. Porém encontramos na literatura outros tipos de tratamentos para o fechamento de diastema como por exemplo, a técnica descrita segundo Guerra et al., (2017) onde foi utilizada a resina composta, sendo que na maioria dos casos, a Frenectomia associada ao tratamento ortodôntico é a mais indicada.

Especulamos que a realização da Frenectomia tenha sido uma alternativa eficaz para o fechamento de diastema, uma vez que, o relato de caso clínico realizado por Macedo et al., (2012) concluíram que a remoção cirúrgica do freio labial hipertrófico apresenta excelentes resultados sendo a conduta mais adequada para que não haja a possibilidade de

recidiva. Shashua; Artun, (1999) concorda que a utilização do tratamento ortodôntico para fechamento de diastema sem a realização da Frenectomia, deixa a desejar pois há grande possibilidade do reaparecimento do Diastema.

ISSN: 2447-9721

Acreditamos, portanto, que apesar de existirem diversas técnicas ou possibilidades de tratamentos, neste estudo atingimos um resultado satisfatório porque realizamos a Frenectomia pela técnica convencional, por se tratar de um freio labial hipertrófico, havia a necessidade de garantir a retirada total do tecido aderido no lábio e no osso. Devido às circunstâncias, sugerimos novos estudos, com um tempo maior de acompanhamento para que seja possível avaliar o resultado após a remoção do aparelho ortodôntico.

4- Conclusão

Baseados no exposto, concluímos que a cirurgia de Frenectomia parece ser a melhor escolha para fechamento de diastema mesmo com a presença de aparelho ortodôntico. Além disso, permitiu a restauração da estética, facilidade de higienização e ausência de acúmulo de alimentos.

Referências Bibliográficas:

- 1. ABULLAIS S. S., DANI N., NINGAPPA P., et al. Paralleling technique for frenectomy and oral hygiene evaluation after frenectomy. **J Indian Soc Periodontol.** Vol. 20 (1), 2016.
- 2. CALISIR M., EGE B., Evaluation of patient perceptions after frenectomy operations: A comparison of neodymium-doped yttrium aluminum garnet laser and conventional techniques in the same patients. **Nigerian Journal of Clinical Practice.** Vol. 21 (8), 2018.
- 3. CARDOSO N., Finalização de tratamento ortodôntico com fechamento de diastemas pela técnica direta. **Clínica international of brazilian Dentistry.** Vol 4 (3), 2008.
- 4. COSTA H. S., FARIAS I. O. B., CARDOSO C. G., Frenectomia labial superior como terapia no fechamento de diastema interincisal. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** Vol 63(4), 2009
- 5. DEVISHREE, GUJJARI S.K., SHUBHASHINI P.V., Frenectomy: A Review with the Reports of Surgical Techniques. **Journal of Clinical and Diagnostic Research.** Vol. 6 (9), 2012.
- 6. ERGIN E., KUTUK Z.B., CAKIR F.Y., GURGAN S., Comparison of two different composite resins used for tooth reshaping and diastema closure in a 4-year follow-up. **Nigerian Journal of Clinical Practice.** Vol. 21 (9), 2018.
- 7. GOYAL A., NIKHIL V., SINGH R., Diastema Closure in Anterior Teeth Using a Posterior Matrix. Case Reports in Dentistry. Vol. 2012, 2016. GKANTIDIS N., KOLOKITHA O.E., TOPOUZELIS N., Management of maxillary midline diastema with emphasis on etiology. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. Vol. 32, 2008.
- 8. MACEDO M., CASTRO B., PENIDO S., Oliveira e PENIDO C., Frenectomia labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico. **RFO, Passo Fundo.** Vol. 17 (3), 2012.
- 9. NETO J. V., RIBEIRO A. V., SILVA FILHO O. G., O dilema do diastema mediano e o freio labial superior: Análise de pontos fundamentais. **ROBRAC Revista Odontológica do Brasil Central.** Vol 6(19), 1996.
- 10. OESTERLE L., SHELLHART W., Maxillary midline diastema: A look at the causes. **JADA.** Vol. 130, 1999.

- ISSN: 2447-9721
- 11. OLIVI M., GENOVESE M.D., OLIVI G., Laser labial frenectomy: a simplified and predictable technique. Retrospective clinical study. **European Journal of Paediatric Dentistry.** Vol. 19 (1), 2016.
- 12. PIÉ-SÁNCHEZ J., ESPAÑA-TOST A.J., ARNABAT-DOMÍNGUEZ J., GAY-ESCODA C., Comparative study of upper lip frenectomy with the CO2 laser versus the Er, Cr:YSGG laser. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** Vol 17 (2), 2012.
- 13. SHASHUA D., ARTUN J., Relapse after orthodontic correction of maxillary median diastema: a follow-up evaluation of consecutive cases. **The Angle Orthodontist.** Vol 69 (3), 1999.

REMOÇÃO CIRÚRGICA DE TÓRUS MANDIBULAR – RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Dara BASTOS¹, Maria Eduarda BOTILEIRO¹, José Alberto TINOCO², José Luiz MIQUILITO² Silmar ANTUNES

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

RESUMO

O torus mandibular apresenta-se como uma questão relacionada à saúde bucal que afeta diversos indivíduos. Apesar de normalmente, não apresentar sintomatologia dolorosa, em alguns casos, esta extose pode interferir na qualidade de vida do indivíduo. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi relatar a remoção cirúrgica de um torus mandibular, em um paciente de 55 anos de idade, do sexo masculino, e que compareceu à clínica queixando-se de um aumento do volume no assoalho da boca, de crescimento lento, sem sintomatologia dolorosa, com mais de seis anos. Durante a consulta foi constatada a presença de diversas exostoses na superfície lingual da mandíbula, indo desde a região de caninos até molares, recobertas de mucosa bucal normal. Assim, foi identificada a necessidade da remoção do torus através de um procedimento cirúrgico. Após a realização da cirurgia, observou-se uma rápida recuperação do paciente, sem nenhuma complicação pós-operatória. Dessa forma, conclui-se que, quando necessário, o torus mandibular, pode ser removido, cirurgicamente, de forma rápida e sem complicações, visando sempre a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Palavras Chave: Exostoses; Diagnóstico; Cirurgia Bucal.

Abstract

The mandibular torus presents itself as an issue related to oral health that affects several individuals. Although normally, it does not present painful symptoms, in some cases, this extosis can interfere with the individual's quality of life. Therefore, the objective of this study was to report the surgical removal of a mandibular torus, in a 55-year-old male patient, who attended the clinic complaining of an increase in the volume of the floor of the mouth, of slow growth, without painful symptoms, over six years old. During the consultation, the presence of several exostoses was found on the lingual surface of the mandible, ranging from the canine region to the molars, covered with normal oral mucosa. Therefore, the need to remove the torus through a surgical procedure was identified. After the surgery, a quick recovery of the patient was observed, without any postoperative complications. Consequently, it is concluded that, when necessary, the mandibular torus can be surgically removed quickly and without complications, always aiming at improving the patient's quality of life.

Key Words: Exostoses; Diagnosis; Oral surgery.

1 – Introdução

Segundo Nascimento Filho *et al* (2004), o toro mandibular ou extose mandibular, é um aumento de tecido ósseo que se desenvolve principalmente na região de canino e pré-

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

^{*}Autor para correspondência. darabastos93@gmail.com

molares ao longo da superfície lingual da mandíbula. Auskalnis*et al* (2015), acrescentam que alguns estudos apontam que o tórus mandibular apresenta predisposição genética, origem multifatorial e pode estar intimamente associado a sobrecarga oclusal. No que diz respeito às características dessa lesão, Martins *et al* (2007) apontam que esta apresenta caráter assintomático e crescimento lento, geralmente não exigindo tratamento. Quando necessário, é indicada a remoção cirúrgica.

ISSN: 2447-9721

Diversas causas possíveis foram discutidas com o intuito de explicar a etiologia de tórus mandibular, mas ainda não existe um modelo incontestável. A genética é atualmente, a teoria mais aceita, porém, ela não explica todos os casos (AUSKALNIS *et al*, 2015). Alguns estudos apontam lesões superficiais como causa de tórus mandibular e outros mencionam como causa, determinados hábitos alimentares.

As exostoses bucais podem causar retenção de alimentos e, portanto comprometimento da saúde periodontal, causando preocupações ao paciente pela falta de estética e a dificuldade de realizar procedimentos de higiene bucal (MEDSINGE *et al*, 2015). A remoção é recomendada por alguns autores, apenas em casos muito extremos. Para evitar a remoção, pode-se utilizar um implante protético para a reabilitação da mandíbula (GARCÍA-GARCÍA *et al*, 2010).

Dessa forma, este estudo tem como objetivo descrever a remoção cirúrgica de um tórus mandibular, através da utilização de instrumentos e técnicas adequadas, de maneira a oportunizar uma melhor qualidade de vida para o paciente.

2 – Relato de Caso

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

Informações do paciente

Um paciente de 55 anos de idade, do sexo masculino, compareceu à clínica odontológica da UNIG – Universidade Iguaçu Campus V, relatando um aumento de volume no assoalho da boca, com mais de 6 (seis) anos. Relatou ainda que o crescimento deste volume era lento e não apresentava nenhuma sintomatologia dolorosa.

Achados Clínicos

Durante a realização da consulta foi constatado a presença de múltiplas exostoses na superfície lingual da mandíbula, desde a região de caninos até molares, recobertas de mucosa bucal normal, conforme demonstrado pela Figura 1.



Figura 1: Fotografia inicial demonstrando a presença de múltiplas exostoses na superfície lingual da mandíbula

Intervenção terapêutica

Após o diagnóstico, o paciente foi anestesiado com uma infiltração regional, conforme demonstrado na Figura 2.



Figura 2: Paciente sendo anestesiado

Com o paciente anestesiado foi realizada uma incisão tipo envelope com lâmina de bisturi n° 15 na lingual, abrangendo desde o canino até o segundo molar conforme demonstrando nas Figuras 3 e 4.



Figura 3: Incisão tipo envelope com lâmina de bisturi nº 15 (Etapa 1)

Figura 4: Incisão tipo envelope com lâmina de bisturi nº 15 (Etapa 2)

Após a incisão foi utilizado um instrumento rotatório de alta rotação com broca cirúrgica *Zekrya*, iniciou-se a confecção de canaletas para segmentação do tecido, apresentado na Figura 5. Após essa etapa, iniciou-se a clivagem dos segmentos através da utilização de um descolador de *molt*, conforme demonstrado na Figura 6.



Figura 5: Confecção de canaletas para segmentação do tecido



Figura 6: Clivagem dos segmentos

Depois destas etapas as extoses foram retiradas conforme demonstrado na Figura 7.



Figura 7: Extoses removidas

Por fim, foi realizada a síntese dos bordos teciduais com fio de seda 3-0, conforme demonstrado na Figura 8 e após essa síntese foi aplicado um cimento cirúrgico sobre a sutura, com o intuito de facilitar a cicatrização do tecido, processo apresentado na Figura 9.



Figura 8: Síntese dos bordos teciduais



Figura 9: Aplicação de cimento cirúrgico

No pós-operatório, foram dadas as orientações pertinentes ao paciente, sendo prescrito um esquema terapêutico composto por Amoxicilina 500mg de 8/8 horas, por um período de 7 (sete) dias, além do analgésico (Dipirona Sódica 40 mg/ml) para controle da dor. Foi receitado também um anti-inflamatório (Ibuprofeno 600 mg), com o retorno do paciente marcado para 7 (sete) dias após o procedimento para a remoção da sutura e reavaliação. No qual o paciente apresentou cicatrização perfeita sem nenhuma complicação pós - operatória.

Figura 10: 1 mês após a cirurgia.

3 – Discussão

De acordo com Miranda-Gutiérrez e Sánchez-Cruz (2014), o torus mandibular não é uma condição patológica, mas sim um processo de variação anatômico. Esta variação pode ser observada de maneira clara, no paciente estudado, uma vez que este relatava sentir um aumento de volume no assoalho da boca, em um período de mais de 6 (seis) anos, deixando claro que não apresentava nenhuma sintomatologia dolorosa, o que evidencia o aspecto anatômico deste volume. Esta questão de ser um crescimento ósseo benigno, também é evidenciada por Fernández *et al* (2009), quando este deixa claro que o torus mandibular geralmente apresenta-se sob a forma assintomática. Apesar de não apresentar nenhuma sintomatologia, dolorosa, no estudo do caso em questão, optou-se pela retirada dessa extose de maneira a propiciar uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Paula, Rezende e Paula (2010) apontam que a maioria dos estudiosos acreditam que fatores ambientais, hábitos parafuncionais e hereditariedade, refletem a etiologia do torus. No paciente em questão, não houve durante a consulta informações precisas que pudessem determinar a origem de sua extose de maneira específica, deixando claro apenas que não era uma alteração recente.

O processo cirúrgico, iniciou-se a partir da aplicação de uma anestesia de infiltração regional, de maneira a permitir a realização de um processo que não causasse incômodo. Castillo, Marquez e Caballero (2008), também discorrendo acerca de um estudo de caso com o mesmo cenário, também apontam para a realização de uma anestesia local, o que se alinha com o observado no estudo de caso em questão.

No que diz respeito ao processo de recuperação, o paciente recuperou-se de maneira rápida, sem nenhuma complicação oriunda do processo de operação. Apesar de na maioria dos casos, a cirurgia não ser realizada, Cortéz, González e Fernández (2006), apontam que em casos em que a extose esteja com um volume muito grande, recomenda-se a extração, conforme apresentado pelo paciente deste estudo. Assim, fica evidente que o processo de diagnóstico e construção do tratamento, precisa levar em consideração os aspectos específicos de cada paciente.

Assim, fica evidente que o torus mandibular do estudo de caso em questão, só exigiu a realização de um procedimento cirúrgico devido ao seu volume acentuado, ainda que não causasse nenhuma sintomatologia dolorosa ao paciente. Dessa forma, ressalta-se a importância da avaliação adequada de cada paciente de maneira a oportunizar a prescrição da melhor forma de tratamento, visando sempre contribuir para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

4 - Conclusão

Com base no relato apresentado e nos conhecimentos apreendidos através da revisão de literatura, pode-se afirmar que o torus mandibular, caracteriza-se como uma condição

anatômica, benigna e geralmente assintomática. Pode-se perceber também que, em casos específicos, em que esta condição aumenta muito seu volume, ou que esteja causando alguma

ISSN: 2447-9721

espécie de transtorno e/ou impedimento ao paciente, a cirurgia de remoção é o procedimento mais indicado, sendo este realizado, geralmente, sem complicações antes, durante ou após o procedimento cirúrgico.

Referências Bibliográficas:

- 1-AUSKALNIS, Adomaset al. Etiologia multifatorial da mandibularis: estudo de gêmeos. *Stomatologija, Baltic dental e maxilo-facilJournal*,v. 17, p. 35-40, 2015.
- 2-CASTILLO, Manuel Ramon Osorio; MARQUEZ, Hernando Alberto Alvarado; CABALLERO, Antonio Diaz. Cirugía de Torus Mandibular. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, v. 5, n. 2, p. 111-114, 2° semestre de 2008.
- 3-CÓRTES, José Vicente Ricart; GONZÁLEZ, Cele Cifuentes; FERNÁNDEZ, Ana Belén Paños. Un paciente com... Torus Mandibular. *Revista Clínica de Medicina de Família*, v. 1, n. 5, p. 242-244, out. 2006.
- 4-FERNÁNDEZ, Ramón Fuentes *et al.* Torus Palatino y Torus Mandibular. *Int. J. Odontostomat*, v. 3, n. 2, p. 113-117, 2009.
- 5-GARCÍA-GARCÍA, Andres S. et al. Estado actual do toro palatino e toro mandibularis. *Med. Oral Oral Patol. Cir. Bucal*, v. 15, n. 2, p. 353-360, mar. 2010.
- 6-MARTINS, Manoela Domingues et al. Toro palatino e mandibular: revisão de literatura. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 57-62, 2007.
- 7-MEDSINGE, Sonali V. et al. Exostose bucal: uma entidade rara. *J. Int. Oral Health*, v. 7, n. 5, p. 62-64, mai. 2015.
- 8-MIRANDA-GUTIÉRREZ, César Raymundo; SÁNCHEZ-CRUZ, María Gorett. Torus palatinos y mandibulares em pacientes que acuden a consulta al Servicio de Odontología del Hospital Militar Regional de Acapulco, Guerrero. *Rev Sanid Milit Mex*, v. 68, n. 5, p. 272-275, set./out. 2014.
- 9-NASCIMENTO FILHO, Ernesto et al. Osteomasexofíticos múltiplos de ossos craniofaciais não associados à Síndrome de Gardner: relato de caso. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*,São Paulo, v. 70, n. 6, p. 836-839, dez. 2004.
- 10-PAULA, Janice Simpson de; REZENDE, Claudia de Castro; PAULA, Marcos Vinícius Queiroz de. Torus Mandibular. *Revista Odonto*, v. 18, n. 35, p. 1-6, jan./jun. 2010.

BICHECTOMIA: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FUNCIONAL E ESTÉTICO-RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Georgia Gomes Boatagio DIAS¹, Ana Paula DORNELLAS², Leonardo PEIXOTO², Kleber Pontes FIGUEIREDO², Vanessa Turetta MORAES²

Resumo

A cirurgia de bichectomia, atualmente, está sendo utilizada frequentemente pelos dentistas para remoção da bola de Bichat, em pacientes que apresentam um volumoso coxim adiposo bucal. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi relatar o procedimento cirúrgico de remoção da bola de Bichat utilizando a técnica de bichectomia com incisão intraoral e seus efeitos funcionais, estéticos e psicológicos para a paciente. Paciente 19 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, estudante, compareceu ao consultório odontológico queixando-se de mordedura nas bochechas e de que estava insatisfeita com o volume excessivo bochechas. Após o diagnóstico confirmado através de exame clínico, constatou-se grande volume do coxim gorduroso bucal e mordedura na mucosa jugal em ambos os lados. Em seguida, foi realizado o tratamento, que foi a remoção cirúrgica do coxim gorduro bucal utilizando a técnica de Bichectomia com incisão intraoral. Ao final do tratamento, foi feito o acompanhamento e observamos que houve resultado estético e funcional, com a diminuição da mordedura na mucosal jugal, além da satisafação da paciente e autoestima melhorada. Portanto, conclui-se que parece ser possível remover o coxim adiposo bucal com grande volume utilizando a técnica de incisão intraoral, restaurando não só a melhora da estética, como também a função e autoestima do paciente.

Palavras Chave: Cirurgia Estética; Cuidados Pós-Operatórios; Tecido Adiposo.

Abstract

Bichectomy surgery is currently being used frequently by dentists to remove the Bichat ball in patients who have a bulky buccal fat pad. In view of the above, the objective of this study was to report the surgical procedure for removing the bicolor ball using the bichectomy technique with intraoral incision and its functional, aesthetic and psychological effects for the patient. A 19-year-old female patient, Caucasian, student, attended the dental office complaining of a bite on her cheeks and that she was dissatisfied with the excessive volume on her cheeks. After the diagnosis confirmed by clinical examination, a large volume of the buccal fat pad was found and a bite in the cheek mucosa on both sides. Then, the treatment was performed, which was the surgical removal of the oral fat pad using the Bichectomy technique with intraoral incision. At the end of the treatment, follow-up was carried out and we observed that there was na aesthetic and functional result, with a reduction in the bite in the cheek mucosal, in addition to the patient's satisfaction and improved self-esteem. Therefore, it is concluded that it seems possible to remove the buccal fat pad with a large volume using the intraoral incision technique, restoring not only the improvement of aesthetics, but also the function and self-esteem of the patient.

Key Words: Esthetic Surgery; Postoperative Care; Adipose Tissue.

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

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

^{*}Autor para correspondência. g.botagio.dias@bol.com.br

1 - Introdução

O coxim gorduroso bucal (BFP), também denominado bola Bichat é um tecido distinto entre os músculos da face (MOURA et al., 2018), descrita por Marie François Xavier Bichat em 1802, que é profunda e encontra- se em ambos os lados da face entre os músculos bucinadores e músculos masseter (lateralmente) e os músculos superficiais do rosto, como o zigomático maior e o zigomático menor.

ISSN: 2447-9721

Fisiologicamente, suas principais funções são o preenchimento do espaço mastigatório, amortecendo e reduzindo o atrito entre os músculos da mastigação e preservando os músculos faciais sensíveis de lesões (ZHANG et al., 2002). Atualmente, a técnica cirúrgica de remoção da bola de Bichat, técnica de val / bichectomia tem sido bastante utilizada por dentistas com finalidade principal de eliminar mordeduras da mucosa jugal (MOURA et al., 2018; STORRER et al., 2019). E é um procedimento realizado também, para remodelação da bochecha e refinamento da silhueta facial, deixando o rosto mais magro, que deve ser indicada apenas para pacientes com grande volume do coxim gorduroso bucal (SEZGIN et al., 2019).

Além disso, a remoção da bola de Bichat pode melhorar as proeminências zigomáticas resultando em um triângulo invertido de beleza, dando aspecto de juventude (MOURA et al., 2018). Uma contra indicação absoluta foi relatado na literatura, o procedimento é contra indicado para pacientes com atrofia hemifacial, onde atrofia do coxim gorduroso bucal é bem comum (DUBIN et al., 1989).

Em uma revisão sistemática de 8 dos 220 artigos estudados, foi notório que a técnica cirúrgica de bichectomia tem um aspecto inicial favorável e bom resultado em relação à estética da face dos pacientes com baixo número de complicações, mas há uma falta de acompanhamento para avaliar os resultados de longo prazo (MOURA et al., 2018). Entretanto, não existe nenhum estudo relatando, as necessidades e expectativas do paciente no pré-operatório, bem como a autoestima e satisfação do paciente pós-remoção cirúrgica da bola de Bichat.

O objetivo desse estudo foi relatar o procedimento cirúrgico de remoção da bola de Bichat utilizando a técnica de bichectomia com incisão intraoral e seus efeitos funcionais, estéticos e psicológicos para o paciente.

2- Relato de caso

Considerações Éticas: Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017). O comitê de Ética da Universidade Iguaçu – Campus V, instituição na qual a aluna está matriculada, 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 19 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, estudante, compareceu ao consultório odontológico queixando-se de mordedura nas bochechas e de que estava insatisfeita com sua estética. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

Achados clínicos

Ao exame clínico, a paciente preencheu a anamnese e no exame físico apresentou com grande volume do coxim gorduroso bucal (Figura 1) e mordedura na mucosa jugal em ambos os lados.



Figura 1: Fonte: Volume do coxim gorduroso bucal. Autoria própria

Avaliação diagnóstica Intervenção terapêutica

Imediatamente após o diagnóstico, foi realizada a profilaxia antibiótica pré- operatória com 1 comprimido de amoxicilina clavulanizada 875 miligramas e 1 comprimido de Dexametasona 4 miligramas à paciente, 30 minutos antes do procedimento. Foi feita a montagem da bancada cirúrgica, onde foram colocados todos os materiais necessários ao procedimento: afastador Minessota, seringa carpule com refluxo, agulha curta (20mm) (Unoject, DFL, Brasil) calibre 30G, 4 tubetes de anestésico articaína 4% (Articaine, DFL, Brasil), cabo de bisturi nº 3, lâmina N 12 (Advantive- Sterilance, China), pinça Allis, pinça hemostática, tesoura cirúrgica, porta agulha, agulha para sutura 3-0 com fio de nylon (Technew, Brasil), cuba metálica, Digluconato de Clorexidina sem álcool (Clorexidina 2%, Riohex, Brasil) e gazes (Figura 2).



Figura 2: Bancada cirúrgica. Fonte: Autoria própria.

Em seguida, a paciente foi orientada à lavar o rosto com água e sabão e secar. Então, a antissepsia foi feita com gase e clorexidina sem álcool 2% e colocação do campo cirúrgico na paciente, para início da cirurgia.

Iniciou- se a anestesia troncular do nervo alveolar superior posterior bilateralmente, com 1 tubete de anestésico articaína 4% para cada lado, na sequência, anestesia troncular do nervo bucal bilateralmente com 1 tubete de articaína 4% para cada lado (Figura 3A). O procedimento foi realizado primeiro do lado esquerdo e na sequência do lado direito, seguindo os mesmos passos em ambos os lados, com uma caneta foi feita a marcação do local da incisão, 1 centímetro abaixo e para trás do ducto parotídeo(Figura 3B).



Figura 3: A- Anestesia. B- Marcação do local da incisão. Fonte: Autoria própria.

Com o bisturi realizou -se a incisão no local da marcação (Figura 4A), em seguida, a divulsão dos tecidos com a pinça Allis, até conseguir o acesso à bola de Bichat (Figura 4B).

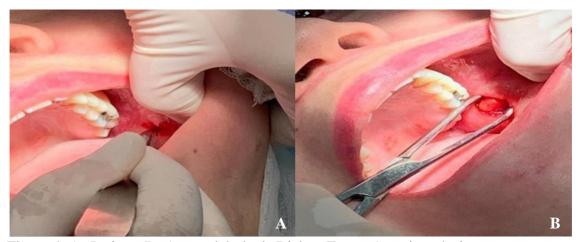


Figura 4: A- Incisão. B- Acesso à bola de Bichat. Fonte: Autoria própria.

E depois separando as fibras que estavam conectadas à mesma, com o auxílio também da pinça hemostática e através de movimentos de rotação (Figura 5A), todo o tecido gorduroso foi removido (Figura 5B).

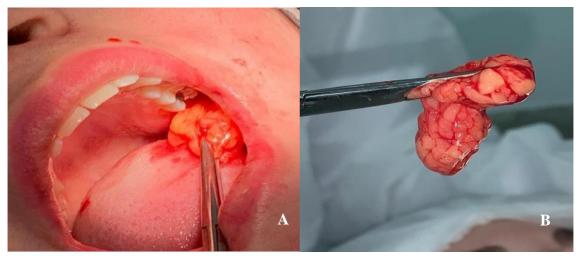


Figura 5: A- Remoção da bola de Bichat. B- Bola de Bichat totalmente removida. Fonte: Autoria própria.

O tecido foi colocado numa seringa, totalizando aproximadamente 3,5 ml (Figura 6A). Durante o procedimento, a região foi mantida limpa, com gases e sugando todo sangue e saliva, após foi feita hemostasia com compressa de gaze. Logo, a sutura com pontos simples foi executada com agulha para sutura 3-0 e fio de nylon (Figura 6B). Os mesmos passos foram seguidos no lado direito, onde foi obtido, também, aproximadamente 3,5 ml de tecido (Figura 6A).



Figura 6: A- Seringa com o tecido gorduroso removido de ambos os lados. B- Sutura Fonte: Autoria própria.

Por fim, foi feita a prescrição escrita com os seguintes medicamentos: Amoxicilina clavulinizada 875 miligramas_ 1caixa (1 comprimido de 12 em 12 horas durante 7 dias) (Figura 7A); Dexametasona 4 miligramas_ 1caixa (1 comprimido de 12 em 12 horas durante 5 dias); Dipirona 1 grama_ 1 caixa (1 comprimido de 4 em 4 horas, em caso de dor)

Também foram feitas as recomendações pós- operatório à paciente: 1. Fazer compressas com gelo nas primeiras 24 horas; 2. Descansar e dormir com a cabeça elevada;

3. Não dormir de lado por 4 dias. Usar apoio de cabeça; 4. Evitar abaixar a cabeça; 5. Não se expor ao sol ou à fonte de calor por 4 dias; 6. Não se exercitar por pelo menos 7 dias; 7. Alimentação pastosa e fria por 48 horas; 8. Evitar alimentos quentes e duros por 7 dias; 9. Higienização normal dos dentes e da língua, evitando a área da cirurgia; 10. Não fazer bochechos por 7 dias; 11. Evitar o travamento da boca, estimulando os movimentos normais de abertura e fechamento de forma leve por 4 dias; 12. Podem ocorrer dores leves, edema e manchas arroxeadas na região das bochechas, estendendo-se à região infra palpebral até o 7° dia; 13. Seguir rigorosamente os horários das medicações prescritas.

ISSN: 2447-9721

Seguimentos clínicos e resultados

Após 15 dias a paciente retornou. Foi feita a remoção da sutura e avaliação dos resultados (Figura 8A). Observamos que a incisão já estava cicatrizando, mas o edema ainda estava presente em ambos os lados da face, o que é normal nesses casos (Figura 8B).



Figura 8: A- remoção da sutura. B- resultado após 15 dias. Fonte: Autoria própria.

Concluídos 30 dias após a cirugia, a paciente retornou, novamente, par acompanhamentoe avaliação do resultado final (Figura 9).



Figura 9: Resultado após 30 dias. Fonte: Autoria própria.

3- Discussão

Baseados no estudo de Moura et al., (2018) nos propomos a investigar se seria possível a remoção do coxim adiposo bucal com grande volume utilizando a técnica de incisão intraoral. O principal achado após realização da técnica foi a eliminação das mordeduras da mucosa jugal, remodelação da bochecha e refinamento da silhueta facial, deixando o rosto mais magro, melhorando a função, estética e aspectos psicológicos da paciente.

Especulamos que parece ser eficaz a utilização da técnica de bichectomia com incisão intraoral, devido a remoção satisfatória do coxim adiposo bucal e os resultados iniciais favoráveis em relação à estética (MOURA et al., 2018). Entretanto, Valencia et al., (20019), comparou a técnica padrão de incisão intraoral com um método alternativo, usando hidrodissecção para facilitar a dissecção do coxim adiposo bucal e concluiu que a excisão da gordura bucal com hidrodissecção é uma alternativa eficaz que facilita a remoção com menos manipulação, tornando este procedimento mais eficiente e mais agradável para o paciente. Porém, utilizamos a técnica de incisão intraoral, por ser a técnica padrão entre os dentistas e apresentar mais relatos sobre a mesma na literatura.

Salientamos que a cirurgia para remoção da bola de Bichat não é indicada para todos os pacientes, deve ser reservada apenas àqueles que apresentam aumento do coxim adiposo bucal (SEZGIN et al., 2018). Entretanto, existem causas que sugerem o aumento das bochechas e podem ser confundidas com aumento do volume do coxim adiposo bucal durante o diagnóstico, como exemplo, lesões benignas, como lipoma, hemangioma, bem como hiperplasia inflamatória, neuroma traumático, abscessos e neoplasias de glândulas salivares (YOUSUF et al., 2010). Em nosso caso clínico foi fácil diagnóstico, porque, a paciente apresentava bochechas volumosas e além disso, apresentava linha de mordedura interna na mucosa jugal, identificando o grande volume de tecido gorduroso.

Comparamos que no nosso caso clínico poderíamos ter utilizado terapia a laser de baixo nível, devido seus efeitos semelhantes aos da Dexametasona, no controle da dor, edema e qualidade de vida (SILVA et al., 2020). Porém, devido o auto custo da terapia a laser de baixo nível, indicamos a Dexametasona.

Acreditamos, portanto, que apesar do aumento da utilização da técnica de bichectomia com incisão intraoral pelos dentistas, neste estudo conseguimos um bom resultado utilizando essa técnica, por causa das condições apresentadas, ou seja, o grande volume da bola de Bichat, a mordedura na mucosa jugal e insatisfação da paciente quanto a estética facial, necessitava da remoção cirúrgica do coxim adiposo bucal. Os resultados foram acompanhados durante um mês após a realização do procedimento, entretanto, se a paciente

fosse acompanhada durante um ano, não sabemos se o resultado permaneceria ou melhoraria, por isso, sugerimos novos estudos, com tempo de acompanhamento maior após a realização.

ISSN: 2447-9721

4- Conclusão

Baseados no exposto, concluímos que a realização da técnica de bichectomia intraoral parece ser uma técnica de escolha para a remoção da bola de Bichat, em pacientes com coxim adiposo bucal volumoso. Além disso, permitiu a eliminação das mordeduras da mucosa jugal, remodelação das bochechas, deixando o rosto com aspecto mais magro melhorando a autoestima da paciente.

Refêrencias Bibliográficas:

- Da SILVA D. A. C., ALMEIDA FDL. DS., OTA T. M. N., GUIMARAES DM., FERNANDES K. P.S. Effects of Dexamethasone and Photobiomodulation on Pain, Swelling, and Quality of Life After Buccal Fat Pad Removal: A Clinical Trial. Journal of Oral Maxillofacial Surgery. Vol. 20, p. S0278-2391, 2020.
- 2. DUBIN B., JACKSON I. T., HALIM A., TRIPLETT W. W., FERREIRA M. Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance. **Plast Reconstr Surg**. Vol. 83 (2), p. 257-264, 1989.
- 3. HASSANI A., KHOJASTEH A., ALIKHASI M., VAZIRI H. Measurement of volume changes of sinus floor augmentation covered with buccal fat pad: a case series study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. Vol. 107(3), p. 369-374, 2009.
- 4. MOURA LB., SPIN JR., SPIN-NETO R., PEREIRA-FILHO VA. Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: an established technique? **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** Vol. 23 (4), p. 478-484, 2018.
- 5. RILEY DS., BARBER MS., KIENLE GS., ARONSON JK., VON SCHOENANGERER T., TUGWELL P., KIENE H., HELFAND M., ALTMAN DG., SOX H., WERTHMANN PG., MOHER D., RISON RA., SHAMSEER L., KOCH CA., SUN GH., HANAWAY P., SUDAK NL., KASZKIN-BETTAG M., CARPENTER JE., GAGNIER JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemiol.** Vol. 89, p. 218-235, 2017.
- 6. RODRIGUEZ C. G., KRAUL LF., CARDOSO TW., EDUARDO CP., ARANHA AC. C., De FREITAS P. M., Photobiomodulation in the Postoperative of Bichectomy Surgeries: Case Series. **Photomed Laser Surg**. Vol. 36 (7), p. 391-394, 2018.
- 7. SEZGIN B., TATAR S., BOGE M., OZMEN S., YAVUZER R. The Excision of the Buccal Fat Pad for Cheek Refinement: Volumetric Considerations. **Aesthet Surg J**. Vol. 39(6), p. 585-592, 2019.

- 8. STORRER CL. M., MULLER LL., PISSAIA J. F., ANDRADE C. F., TREVISANI CR. T., DELIBERADOR T. M., Treatment of Miller Class I Gingival Recession with Using Nonpedicle Adipose Tissue after Bichectomy Surgical Technique: A Case Report. Case Rep Dent. Vol. 2019, p. 1-5, 2019.
- 9. VALENCIA L. C., PÉREZ G. F., KAPLAN J., FERNÁNDEZ-RIERA R. Excisão de tecido adiposo bucal: Técnica de Hidrodissecção. **Jornal de Cirurgia Estética**. Vol. 39 (10), p.1037–1045, 2019.
- VIEIRA G. M., JORGE FD., FRANCO E. J., DIAS L. DC., GUIMARÃES MDC. M., OLIVEIRA L. A., Lesions of the Parotid Gland and Buccal Artery After Buccal Fat Pad Reduction. J Craniofac Surg. Vol. 30(3), p. 790-792, 2019.
- 11. ZHANG HM., YAN YP., QI KM., WANG JQ., LIU ZF. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. **Plast Reconstr Surg**. Vol. 109 (7), p. 2509-2518, 2002.
- 12. YOURSUF S., TUBBS R. S., WARTMANN C. T., KAPOS T., COHENGADOL A. A., LOUKAS M. A review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. **Surg Radiol Anat.** Vol. 32, p. 427–436, 2010.

REFORÇO INTRARRADICULAR E INTRA-CORONÁRIO COM PINO DE FIBRA DE VIDRO E NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM 1°MOLAR – RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Iasmyn Silva SOUZA¹, Ana Paula DORNELAS², Rossana dos Santos INÁCIO², Vanessa Ferreira da SILVA², Annalee Nogueira Sá HOSKEN²

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

RESUMO

Os retentores intrarradiculares, como os pinos de fibra de vidro, tornam-se uma alternativa crucial para reforçar a estrutura de dentes tratados endodonticamente, uma vez após o tratamento são mais susceptíveis a fratura. Mediante ao exposto, o objetivo desse estudo foi relatar a utilização do pino de fibra de vidro no restabelecimento da função e forma de um dente com tratamento endodôntico. Paciente, 32 anos de idade, sexo masculino, compareceu a Clínica Odontológica Integrada da Universidade Iguaçu – Campus V, queixando-se que era preciso realizar tratamento protético em dente com extensa destruição coronária. Após o exame clínico e radiográfico, foi constatado que o dente 46 apresentava restauração provisória extensa e canais devidamente herméticos. Em seguida, foi planejada a reabilitação imediata com pino de fibra de vidro e reforço intra-coronário com resina composta. O procedimento realizado foi idealizado para devolver função e estética, o que gerou um resultado muito positivo para o paciente. Com isso, conclui-se que a reabilitação com pino de fibra de vidro parece ser uma solução precisa para reconstruir dentes severamente destruídos.

Palavras Chave: Endodontia; Estética Dentária; Dente não Vital

ABSTRACT

Intra-root retainers, such as fiberglass pins, become a crucial alternative to reinforce the structure of endodontically treated teeth, since after treatment they are more susceptible to fracture. In light of the above, the objective of this study was to report the use of the fiberglass pin to restore the function and shape of a tooth with endodontic treatment. A 32-year-old male patient attended the Integrated Dental Clinic of the Iguaçu University - Campus V, complaining that it was necessary to perform prosthetic treatment on teeth with extensive coronary destruction. After clinical and radiographic examination, tooth 46 was found to have extensive provisional restoration and properly sealed channels. Then, immediate rehabilitation with fiberglass pin and intra-coronary reinforcement with composite resin was planned. The procedure performed was designed to restore function and aesthetics, which generated a very positive result for the patient. With that, it is concluded that the rehabilitation with fiberglass post seems to be a precise solution to reconstruct severely destroyed teeth.

Key Words: Endodontics; Esthetics, Dental; Tooth, Nonvital

^{*}Autor para correspondência. iasmyn_7@hotmail.com

1 Introdução

A cárie dentária é a doença bucal mais predominante no mundo, seguida da doença periodontal e câncer de lábios e cavidade oral. Embora, tais patologias possam ser evitáveis, sua permanência, sobretudo na população adulta, configura um impasse presente na saúde coletiva. Posto isso, uma lesão cariosa, sem a devida intervenção precoce, pode ocasionar uma infecção pulpar, e posterior necessidade de tratamento endodôntico (PERES et al., 2019).

ISSN: 2447-9721

Estudos apontam que os pinos pré-fabricados, por possuírem propriedades mecânicas e estéticas satisfatórias, são uma ótima alternativa para reabilitar dentes tratados endodonticamente com pouca estrutura remanescente, uma vez que tornam-se friáveis e susceptíveis a fratura (COSTA et al., 2020).

Consoante a isso, a utilização de pino de fibra de vidro configura-se uma alternativa rápida e satisfatória para reabilitar dentes com extensa destruição coronária após tratamento endodôntico, tendo em vista que não necessita de processo laboratorial (MELO et al., 2015). Apesar disso, ainda há dados científicos limitados em relação à precisão técnica necessária. Outrossim, não há dados comparativos primordiais que assegurem qual retentor intrarradicular é o mais ideal (SILVA et al., 2019).

Diante disso, o objetivo do relato foi apresentar o pino de fibra de vidro como um coadjuvante crucial na reabilitação funcional e estética de dentes com tratamento endodôntico.

2 Relato de caso

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

Paciente, 32 anos de idade, sexo masculino, caucasiano, compareceu a Clínica Odontológica Integrada da Universidade Iguaçu — Campus V, queixando-se de necessidade de realizar uma intervenção protética em dente tratado endodonticamente. Sua história médica não apresenta relevância para esse relato. Durante o exame clínico, foi observado que o paciente possui dentição permanente completa e ausência de hábitos parafuncionais. Além disso, apresenta restaurações satisfatórias de resina composta nos dentes 14, 16, e 36, e ausência de lesão cariosa. Constatou-se, no dente 46, restauração provisória extensa (figura 1). Optou-se por realizar radiografia periapical da região e foi observado que o referido dente estava com os canais devidamente herméticos e o canal disto vestibular da raiz distal estava desobstruído 16 milímetros, o suficiente para promover retenção e estabilidade para um retentor intrarradicular (figura 2).



Figura 1: fotografia inicial. Fonte: autoria própria.

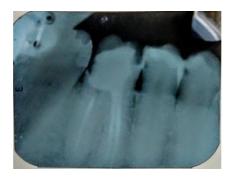


Figura 2: radiografia inicial. Fonte: autoria própria.

De acordo com os aspectos clínicos e radiográficos, estabeleceu-se como conduta para reabilitação funcional e estética a realização de cimentação de pino de fibra de vidro. Sob isolamento absoluto, removeu-se o material restaurador provisório com a broca FG 1015 HL. Em seguida, foi realizada a seleção do pino de fibra de vidro número 1 (Whitepost, FGM, Brasil), e preparo do referido retentor. Após a limpeza com álcool 70%, aplicou-se o silano (Silano Agente de União, Villevie, Brasil) e ácido fosfórico 37% (Condac37, FGM, Brasil) no pino (Figura 3A) e no conduto (Figura 3B). Em seguida, foi realizada a devida lavagem e secagem, e feita a remoção de umidade do conduto com ponta de papel absorvente compatível com o diâmetro do canal.



Figura 3: A - Aplicação de ácido fosfórico 37% no pino pré-fabricado. B - Aplicação de ácido fosfórico 37% no canal disto vestibular da raiz distal. C- Secagem do conduto com ponta de papel absorvente. Fonte: autoria própria.

Em seguida, aplicou-se o adesivo (Adper Single Bond 2, 3M ESPE, Brasil) no retentor intrarradicular e no conduto (figura 4A) e foi realizada a fotoativação. Posteriormente, o cimento resinoso cor A2 (Allcem CORE, FGM, Brasil) foi aplicado (figura 4B) e o pino de fibra de vidro posiconado adequadamente no canal disto vestibular (figura 4C) para posterior fotoativação (figura 4D).



Figura 4: Sequência de cimentação de pino de fibra de vidro. A- Aplicação do adesivo. B-Inserção do cimento resinoso no interior do conduto. C- Colocação do pino. D- Fotoativação por 40 segundos. Fonte: autoria própria.

Após isso, optou-se por realizar o núcleo de preenchimento com cimento resinoso cor A2 (Allcem CORE, FGM, Brasil) (figura 5), já que o mesmo apresenta indicação para tal função.



Figura 5: Aspecto do dente após o núcleo de preenchimento. Fonte: autoria própria

Na sequência, houve a fotoativação de cada face por 40 segundos e o corte do pino com ponta diamantada tronco-cônica (figura 6).

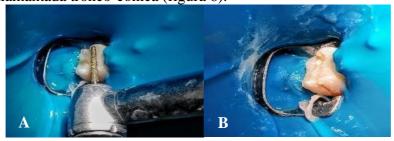


Figura 6: Sequência de corte do retentor intrarradicular. A- Corte do pino com ponta diamantada tronco-cônica. B- Aspecto final. Fonte: autoria própria.

Em virtude da extensa destruição coronária, a sequência de tratamento mais indicada seria a confecção de restauração indireta do tipo Onlay, no entanto, por não haver tempo clínico hábil, foi preconizado restabelecer a função imediata com restauração direta em resina composta fotopolimerizável cor A3E (forma, Ultradent, Brasil) (figura 7). O paciente está ciente da necessidade de concluir o tratamento proposto.



Figura 7: Aspecto final do dente 46 após reabilitação funcional com resina composta. Fonte: autoria própria.

3 Discussão

Com base nos estudos de Lessa et al.,(2018) nos propomos a analisar se seria possível a reabilitação corono-radicular de dentes com extensa destruição coronária utilizando

pino de fibra de vidro. O principal achado após a realização do procedimento foi que o referido retentor apresentou características mecânicas e biológicas ideais para restabelecer função e estética ao remanescente dentário.

ISSN: 2447-9721

Encontramos na literatura outras opções de retentores intrarradiculares que poderiam ser utilizados no caso clínico pronunciado, no entanto, os estudos de Ditzel et al.,(2020) indicam que dentes reabilitados com pino de fibra de vidro estão menos propensos a fratura. Com base nisso, acreditamos que esse retentor intrarradicular tenha sido o mais indicado para a situação apresentada, uma vez que Soares et al.,(2018) afirma que a decisão do tratamento restaurador está relacionada, sobretudo, com a quantidade e qualidade da estrutura dentária remanescente.

Consideramos que parece viável utilizar o pino de fibra de vidro tendo em vista que suas características proporcionam, através do cimento resinoso, adesão precisa à dentina, além de não demandar etapas laboratoriais, o que permite uma reabilitação com sessões clínicas reduzidas (JUNIOR D. F et al.,2016). Com isso, no caso clínico apresentado, a conduta imediata foi devolver a qualidade de vida ao paciente, promovendo função e estética, considerando os aspectos sociais e biomecânicos envolvidos.

Especulamos que a utilização do pino de fibra de vidro aliada à restauração em resina composta tenha sido a alternativa mais eficaz no reforço corono-radicular, uma vez que não foi possível realizar o tratamento protético (OLIVEIRA et al.,2019). Carvalho et al.,(2018) concorda que restauração direta de resina composta em dente posterior configura-se como uma alternativa plausível quando o objetivo é aplicar a técnica adequada em sessão única, reduzindo os custos e restabelecendo a devida função.

Nesse estudo, atingimos um resultado satisfatório em virtude da adequada técnica empregada, contudo, sabemos que cada situação clínica exige um plano de tratamento ímpar, considerando as características morfológicas do remanescente dentário. Assim sendo, destacamos a importância do paciente realizar o tratamento protético, quando possível, e sugerimos novos estudos que enfatizem os riscos de fratura em dentes que não apresentam uma oclusão ideal.

4 Conclusão

Dado o exposto, concluímos que o pino de fibra de vidro aliado à restauração direta em resina composta parece ser uma possibilidade satisfatória em reabilitações de dentes com tratamento endodôntico, quando o objetivo é devolver função e estética em apenas uma sessão clínica.

Referências Bibliográficas:

- 1. CARVALHO D. S., PERES G. L., BOER N. P., MARTIN O. C. L., ANTONIO R. C., FERNANDES S. L., SILVA T. C. G. Finalização do tratamento endodôntico, cimentação de pino de fibra de vidro e restauração direta em sessão única. **Arquives of health investigation**. Vol. 7, 2018.
- DITZEL A. S., MANFRON AP. T., NASR JK. C., RAMIRES MA. CORREA M. F. Núcleos metálicos fundidos vs pinos de fibra de vidro: revisão de literatura. Revista Gestão & Saúde. Vol. 22, p. 101-111, 2020.
- 3. FARIA-E-SILVA AL., VERSLUIS A., SOARES CJ., VERÍSSIMO C., KIM HC., RODRIGUES M. P., SANTOS-FILHO PC. F. How biomechanics can

- affect the endodontic treated teeth and their restorative procedures? **Braz. Oral Res.** Vol.32, p. 169-183, 2018.
- 4. JUNIOR D. F., BECK H. Vantagens dos pinos de fibra de vidro. Revista de Odontologia da UBC. Vol. 6, p. 40-52, 2016.
- 5. LESSA AM. G., LEAL G. S., SOUZA T. R., DIAS Y. V. Características do pino de fibra de vidro e aplicações clínicas: uma revisão de literatura. **Id on Line Rev. Mult. Psic**. Vol. 12, p. 14-26, 2018.
- MELO A. R. S., ALMEIDA A. N. C. L., FIGUEIROA A., LEITE E. B. C., MADUREIRA I. T., SALES T. L. L. Reconstrução de dentes severamente destruídos com pino de fibra de vidro. **Odontol. Clín. Cient**. Vol. 14(3), p. 725728, Jul/Sep., 2015.
- OLIVEIRA A. A., OLIVEIRA B. F., SOUZA ER. L., GUENES GM. T., SANTOS JF. D., PALMEIRA J. T., CRUZ JH. A., MEDEIROS L. A. D. M., LACERDA MG. A., GOMES NM. L., SILVIS R. L. B. Reabilitação estética de dente posterior com retentores intrarradiculares e resina composta – relato de caso clínico. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol. 27, p. 37-41, 2019.
- 8. OLIVEIRA B. F., SÁ E. T. F., COSTA F. A. N. C., CRUZ J. H. A., PALMEIRA J. T., SILVA R. L. B. S. Restauração estética com pino de fibra de vidro e resina composta: relato de caso clínico. **Research, Society and Development**. Vol 9, 2020.
- 9. PERES M. A., MACPHERSON L. MD., WEYANT R. J., DALY B., VENTURELLI R., MATHUR M.R., LISTL S., CELESTE R. K., GUARNIZOHERREÑO C. C., KEARNS C., BENZIAN H., ALLISON P., WATT R. G. Oral diseases: a global public health challenge. **Rev. Lancet**. Vol. 394, p. 249-60, 2019.
- 10.RILEY D. S., BARBER M. S., KIENLE. G. S., ARONSON J. K., VON S. A. T., TUGWELL P., KIENLE 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 B. M., CARPENTER J. E., GAGNIER J. J. Care guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **Journal of Clinical Epidemiology**. Vol. 89, p. 218-235, 2017.
 - 11. SILVA N. L., ARAÚJO L. R. A., TEIXEIRA M. V., NAKAWAGA R. K. L. Retentores intrarradiculares reanatomizados: uma abordagem simples na odontologia estética. **Facsete**, p.12, 2019.

EFEITOS DO CLAREAMENTO INTERNO COM PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO APÓS RETRATAMENTO ENDODÔNTICO – RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Isabela Macedo LOPES¹, Anne Caroline de Oliveira GRIGORIO¹, Kênia Chiarelo TINOCO², Rossana dos Santos INÁCIO², Lucílio Marcos da SILVA²

RESUMO

Atualmente, os pacientes tem se mostrado muito mais preocupados com a aparência dos seus dentes, por isso a busca por um sorriso visualmente estético tem se tornado mais comum nos consultórios através principalmente do clareamento. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um clareamento dental interno, com o uso do peróxido de hidrogênio 35%, realizado no incisivo central superior esquerdo sem vitalidade e aparentemente com o tratamento endodôntico satisfatório. Paciente do sexo masculino, 53 anos, compareceu a clínica odontológica da UNIG queixando-se de escurecimento no dente 21. Através do exame clínico e radiográfico foi diagnosticada uma lesão apical no dente, onde houve a necessidade da realização do retratamento endodôntico. Após os tratamentos o resultado satisfatório do retratamento foi obtido, porém um bom resultado não foi alcançado no clareamento devido a uma grande quantidade de resina composta presente no dente. Portanto conclui-se que apesar da variação o clareamento dental em dentes não vitais é de grande importância tanto para a estética como para o bem-estar do paciente.

Palavras Chave: Clareamento dental; Estética Dentária; Retratamento

Abstract

Currently, patients have been shown to be much more concerned with the appearance of their teeth, so the search for a visually aesthetic smile has become more common in offices through mainly whitening. The objective of this study is to report a clinical case of an internal tooth whitening, using the hydrogen peroxide 35%, performed on the left upper central incisor with no vitality and apparently with satisfactory endodontic treatment. A 53-year-old male patient attended the dental clinic at UNIG complaining of darkening of tooth 21. Through clinical and radiographic examination, an apical lesion on the tooth was diagnosed, where endodontic retreatment was necessary. After the treatments, a satisfactory retreatment result was obtained, but a good result was not achieved in the bleaching due to a large amount of composite resin present in the tooth. Therefore, it is concluded that despite the variation, tooth whitening on non-vital teeth is of great importance both for aesthetics and for the well-being of the patient.

Keywords: Tooth Bleaching; Esthetics Dental; Retreatment

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

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

^{*}Autor para correspondência. isabela0703@hotmail.com

1 - Introdução

A coloração dos dentes tem se mostrado um assunto de grande preocupação entre os pacientes e quando um único dente tem sua cor alterada a negação pode ser ainda maior, pois essa única mudança é mais aparente (BERSEZIO et al, 2018). A etiologia dessa alteração é variada, podendo ser causada por fatores intrínsecos ou extrínsecos (sistêmicos ou locais). Em relação à alteração de um único dente a origem dessa desarmonia está relacionada aos fatores intrínsecos locais, que pode ter como causa a necrose pulpar, hemorragia intrapulpar, restos de tecidos deixados após tratamento endodôntico, materiais endodôntico, entre outros (BARAKAH & LWAKEEL, 2019). Em alguns casos a realização do retratamento endodôntico é necessária, pois existem diversos fatores relacionados com o sucesso da terapia endodôntica, como: patologias, técnica realizada, anatomia do dente, e até o sistema imunológico do paciente, (WERLANG et al, 2016) sendo assim o tratamento endodôntico não pode ser considerado finalizado quando o canal é obturado, pois o acompanhamento do pós-operatório é essencial para avaliar o sucesso da intervenção (KALED et al 2011). Se esses tratamentos não forem realizados as consequências vão afetar diretamente a autoestima do paciente.

ISSN: 2447-9721

Quando se trata de dentes não vitais a intervenção pode ser feita através de clareamento interno, facetas ou coroas com diferentes materiais, sendo os dois últimos mais invasivos, pois será necessário realizar desgastes da estrutura dentária. Para a realização do clareamento em dentes não vitais existem 3 tipos de materiais, peróxido de hidrogênio, perborato de sódio e peróxido de carbamida, sendo o peróxido de hidrogênio o agente principal e o mais utilizado em dentes com canal tratado (REITZER et al, 2019).

Em dentes não vitais (com canal tratado) que se apresentam escurecidos o tratamento de primeira escolha pelo cirurgião dentista é o clareamento interno, por ser uma intervenção menos invasiva, com resultados satisfatórios e valor econômico acessível. Apresentando assim alta taxa de satisfação entre os pacientes, pois estes conseguem perceber a diferença logo na primeira sessão (BERSEZIO et al, 2018).

O objetivo do presente estudo foi descrever a reabilitação estética através de um retratamento endodôntico seguido por um clareamento interno, efetuados no incisivo central superior que apresentava uma grande alteração de cor. Para a realização do clareamento foi utilizando peróxido de hidrogênio (Whiteness HP 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 Iguaçu — Campus V, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informações do paciente

Um homem de 53 anos de idade, sexo masculino, melanoderma, compareceu à clínica odontológica da UNIG queixando-se de escurecimento no dente 21. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

Achados clínicos e radiográficos

Primeiramente foi realizada uma triagem pré-clínica onde o paciente não apresentou nenhum sinal ou sintoma do Coronavírus (COVID-19). No exame clínico o paciente apresentou dentição permanente incompleta (ausência dos dentes 46 e 47). Além disso apresentava restaurações satisfatórias nos dentes 17, 16, 15, 14, 12, 21, 22, 24, 26, 27, 37, 36, 44 e 45. Sendo que o dente 21 se apresentava com um escurecimento considerável dos demais e continha uma grande quantidade de resina composta (Figura 1).

No exame radiográfico periapical observou-se que o incisivo central superior esquerdo (21) apresentava tratamento endodôntico insatisfatório realizado há mais de 10 anos e presença de lesão periapical (Figura 2).

ISSN: 2447-9721



Figura 1: Foto inicial, dente 21 escurecido e com restauração em resina composta. Fonte: Autoria própria.



Figura 2: Radiografia inicial, dente 21 com tratamento endodôntico insatisfatório e presença de lesão periapical.

Fonte: Autoria própria.

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos chegou-se à conclusão que o tratamento para o dente em questão foi retratamento endodôntico para posterior realização de clareamento interno.

Intervenção terapêutica

Na primeira sessão após os procedimentos de antissepsia, anestesia e isolamento absoluto, foi realizado o acesso com broca esférica de alta rotação 1014 (Fava, Brasil), para remoção da resina composta e início da remoção da guta percha presente no canal radicular, sob excelente visualização e iluminação de um microscópio operatório (DFVasconcelos, Brasil) (Figura 3).

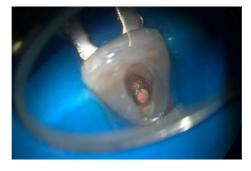


Figura 3: Guta-percha vista pelo microscópio. Fonte: Autoria própria.

A remoção do material obturador e a remodelação do canal foram realizadas com brocas de baixa rotação Gates Glidden números 2, 3 e 4 (Microdont, Brasil) com movimentos suaves. A remoção foi auxiliada pela irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 2,5%. A Instrumentação foi realizada com instrumentos manuais, limas Kerr e Flexo File de 25 e 28mm de comprimento (Dentsply Sirona, Estados Unidos) e foi iniciada em 15 mm com a lima nº 120 até 28 mm com a lima nº 30, foi feita a radiografia de odontometria, fechando o comprimento de patência em 28 mm e o comprimento de trabalho em 27 mm (Figura 4). O batente foi confeccionado em 27 mm com as limas 30, 35 e 40. A sessão foi finalizada colocando uma bolinha de algodão umedecida em tricresol e um restaurador provisório (Villevie, Brasil).



Figura 4: Radiografia de odontometria. Fonte: Autoria própria.

Na segunda sessão após o procedimento de anestesia e isolamento absoluto, o restaurador provisório foi removido e foi colocado o EDTA (Biodinâmica, Brasil) durante 1 minuto para a remoção da smear layer e posterior irrigação com hipoclorito de sódio a 2,5%. Após a secagem do canal com pontas de papel absorvente, foi realizada a obturação iniciando com a prova de cone, onde o cone de guta percha número 45 (Dentsply Sirona, Estados Unidos) foi selecionado, pois ficou mais bem adaptado em 27 mm (Figura 5A) e a radiografia de prova de cone foi realizada (Figura 5B).





Figura 5: A- Prova do cone. B- Radiografia de prova de cone. Fonte: Autoria própria.

O cimento endodôntico (Endofill, Dentsply Sirona, Estados Unidos) foi manipulado em uma placa de vidro com uma espátula flexível e o canal foi obturado utilizando a técnica da condensação lateral (Figura 6). Com um condensador aquecido em uma lamparina os cones foram cortados e uma bolinha de algodão e o obturador provisório colocados.



Figura 6: Radiografia de obturação. Fonte: Autoria própria.

Na terceira sessão após o procedimento de anestesia e isolamento absoluto, a obturação provisória foi removida e uma porção de resina foi retirada do interior da coroa com uma broca esférica de baixa rotação Nº 6 (Broca Carbide, Prima Dental, Reino Unido) para chegar no esmalte do dente (Figura 7A). Em seguida 3 mm de guta percha foram retirados com uma broca de Gates Nº 3 (Figura 7B) para seguinte confecção do tampão cervical, depositando nos 3 mm retirados uma camada de CIV fotopolimerizável (Ionoseal, Voco, Alemanha) (Figura 7C) que foi fotopolimerizada por 20 segundos.



Figura 7: A- Remoção da camada de resina. B- Remoção dos 3 mm de guta percha. C- Tampão cervical. Fonte: Autoria própria.

Foi realizada uma limpeza com água oxigenada e feito um condicionamento com ácido fosfórico (Condac 37, FGM, Brasil) no interior do dente por 15 segundos e após secagem do local o material clareador (Whiteness HP 35%, FGM, Brasil) foi manipulado de acordo com a proporção recomendada pelo fabricante (3 gotas de peróxido de hidrogênio para 1 gota de espessante) (Figura 8A). A mistura foi colocada em uma seringa adaptada com uma ponteira aplicadora e o material foi depositado diretamente no interior da abertura coronária para que não ficasse nenhum espaço preenchido por ar que pudesse atrapalhar o contato do material com as paredes de dentina, na face vestibular não foi aplicado produto, pois se tratava de uma região com grande quantidade de resina composta. O material ficou em repouso no local durante 15 minutos (Figura 8 B e C), sendo que por duas vezes foi realizada fotoativação de 1 minuto pelas faces vestibular e palatina. O gel clareador foi agitado com um instrumental, quando necessário, para remover bolhas que fossem se formando e pudessem impedir seu contato com a superfície do esmalte e dentina. Este processo se repetiu por 3 vezes. Ao final dos procedimentos, uma bolinha de algodão foi colocada no canal seguido do selamento provisório da cavidade de acesso com obturador provisório (Villevie, Brasil) (Figura 9).

Figura 8: A- Manipulação do material clareador. B- Material sendo inserido. C- Material inserido. Fonte: Autoria própria.



Foto 9: Resultado das 3 aplicações feitas. Fonte: Autoria própria.

Após 3 semanas foi realizada uma sessão para verificação do padrão de cor obtido e uma nova sessão de clareamento foi realizada seguindo o mesmo protocolo da primeira. Visto que o resultado não foi satisfatório a palatina foi restaurada com resina composta cor A2D (Forma, Ultradent, EUA) e uma radiografia final foi efetuada (figura 10). Um pequeno desgaste foi realizado pela vestibular (Figura 11 A) e o mesmo foi suficiente, pois o clareamento ajudou na mudança de cor, por fim uma faceta em resina composta foi confeccionada (figura 11 B) com as resinas A2D e A3E.



Figura 10: Radiografia final. Fonte: Autoria própria.





Figura 11: A- Desgaste realizado. B- Faceta finalizada. Fonte: Autoria própria.

3- Discussão

Baseados em estudo Barakah & Lwakeel, (2019) nos propomos a investigar se seria possível o clareamento dental interno em dentes tratados endodonticamente. O principal achado após realização da técnica foi preservação da estrutura dentária, visto que não foi necessário a realização de grandes desgastes, assim como reabilitação estética e funcional.

No caso clínico apresentado, o paciente queixava-se de estética insatisfatória, causada por um escurecimento de dente em área estética. A conduta clínica foi realizada levando-se em consideração que o tratamento endodôntico encontrava-se insatisfatório e com presença de lesão periapical, portanto, o retratamento foi realizado. Rocha et al., (2017) relataram bons resultados na realização do retratamento endodôntico não cirúrgico, sendo essa uma abordagem mais conservadora que apresentou bons resultados. Da mesma forma, Fehlberg & Bittencourt concluíram que em alguns casos a cirurgia parendodôntica é também uma possibilidade de tratamento para dentes com lesões periapicais e quando bem executada apresenta taxa de sucesso bem elevada. Entretanto, se trata de um procedimento mais invasivo, sendo necessária uma maior intervenção no paciente.

Após a conclusão do retratamento, para que o clareamento interno fosse realizado uma pequena parte da guta percha foi removida e após todos os preparos o gel clareador, peróxido de hidrogênio 35%, foi aplicado. A técnica aqui descrita mostrou-se eficaz e de fácil realização pelo cirurgião dentista, dispensando materiais complexos. Bortolatto et al. ,(2012) relataram que a escolha do peróxido de hidrogênio 35% permitiu a recuperação da harmonia do sorriso, apresentando resultado satisfatório. Já de acordo com Zimmerli et al. (2010) o peróxido de hidrogênio pode prejudicar a microdureza do esmalte e da dentina sendo para eles uma melhor opção o uso do perborato de sódio combinado com peróxido hidrogênio, pois estes não apresentaram nenhuma alteração. Porém, encontramos na literatura outros tipos de técnicas, onde o peróxido de hidrogênio é utilizado e os resultados são muito satisfatórios.

Especulamos que a utilização de faceta em resina composta tenha sido uma alternativa eficaz para uniformizar a coloração do dente e devolver a estética ao paciente, uma vez que, o estudo realizado por Cardoso et al., (2011) relatou ter promovido um resultado estético altamente satisfatório com harmonia do sorriso e naturalidade. Porém o clareamento interno foi a escolha inicial visando preservar a estrutura dentária.

Em nosso estudo não foi possível conseguir o resultado esperado apenas com a realização do clareamento interno. O dente em questão apresentava uma grande quantidade de resina composta na face vestibular que não foi completamente evidenciada antes da intervenção. Apesar de não ter conseguido obter uma coloração semelhante aos dentes adjacentes com o clareamento, obtivemos uma grande melhora na cor, criando condições para que o resultado esperado pudesse ser obtido através da remoção de todo o material restaurador presente e

confecção de uma faceta estética em resina fotopolimerizável sem a necessidade de grandes desgastes na estrutura do dente.

ISSN: 2447-9721

4- Conclusão

Baseado no exposto, concluímos que a realização do clareamento interno em dentes não vitais com peróxido de hidrogênio 35% apesar de apresentar excelentes resultados, neste caso, com a quantidade de aplicações realizadas, não foi suficiente para a obtenção de uma coloração semelhante aos dentes adjacentes. Apesar disto, a grande melhora obtida com o clareamento criou condições para que pudesse ser realizado um tratamento restaurador complementar sem a necessidade de maiores desgastes na estrutura dental.

Referências Bibliográficas

- 1. BARAKAH, RANA; ALWAKEEL, REEM. Clareamento dentário tratado com Endo não vital com perborato de sódio. **Current Health Sciences Journal**, v. 45, n. 3, pág. 329, 2019.
- 2. BERSEZIO, C., ESTAY, J., SÁEZ, M., SÁNCHEZ, F., VERNAL, R., & FERNÁNDEZ, E.. Acompanhamento de seis meses do efeito do clareamento não vital na IL-1β e RANK-L: um ensaio clínico randomizado. **Odontologia Operatória**, v. 44, n. 6, pág. 581-588, 2019.
- 3. BERSEZIO, C., LEDEZMA, P., MAYER, C., RIVERA, O., JUNIOR, OBO, & FERNÁNDEZ, E. Eficácia e efeito do clareamento não vital na qualidade de vida de pacientes até 6 meses pós-tratamento: um ensaio clínico randomizado. **Clinical Oral Investigations**, v. 22, n. 9, pág. 3013-3019, 2018.
- 4. BERSEZIO, C., SÁNCHEZ, F., ESTAY, J., LEDEZMA, P., VERNAL, R., GARLET, G., ... & FERNÁNDEZ, E. Avaliação dos marcadores inflamatórios IL 1β e RANK L após o clareamento não vital: Um acompanhamento de 3 meses. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry , v. 32, n. 1, pág. 119-126, 2020.
- BORTOLATTO, J., CORSI, C. E., PRESOTO, C. D., CIOFFI, S. S., & OLIVEIRA JÚNIOR, O. B. D. Clareamento interno em dentes despolpados como alternativa a procedimentos invasivos: relato de caso. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, p. 142-152, 2012.
- 6. CARDOSO, P. C., DE ALMEIDA DECURCIO, R., PACHECO, A. F. R., JÚNIOR, L. J. E. M., DE LIMA, P. L. A., & DA SILVA, R. F. Facetas diretas de resina composta e clareamento dental: estratégias para dentes escurecidos. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 20, n. 55, 2011.
- 7. CHÉRCOLES-RUIZ, ANNA; SANCHEZ-TORRES, ALBA; GAY-ESCODA, COSME. Endodontia, retratamento endodôntico e cirurgia apical versus extração dentária e colocação de implantes: uma revisão sistemática. **Journal of endodontics**, v. 43, n. 5, pág. 679-686, 2017.
- 8. CIOFFI, S. S., BORTOLATTO, J. F., CORSI, C. E., CAMPOS, E. A., & OLIVEIRA JUNIOR, O. B. D. Clareamento dental interno utilizando técnica imediata—relato de caso. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 40, n. Especial, p. 0-0, 2013.
- 9. DA ROCHA, M. P., SILVA, R. V., DA SILVA, L. R. M., ROCHA, T. C. M., DE BRITO, A. M., & PEREIRA, R. P. Retratamento endodôntico não cirúrgico: relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 270-276, 2017.

- 10. DE CARVALHO, R. A., PINTO, A. L. R., DAHER, A. H., DAVID, G. P., EL ZAYEK, P. S. L., & MACIEL, A. L. M. Faceta direta com resina composta em dente escurecido tratado endodonticamente e provisório com dente de estoque e ribbond. Anais da Jornada Odontológica de Anápolis-JOA, 2019.
- 11. DEL FABBRO, M., CORBELLA, S., SEQUEIRA BYRON, P., TSESIS, I., ROSEN, E., LOLATO, A., & TASCHIERI, S. Procedimentos endodônticos para retratamento de lesões periapicais. **Banco de dados de revisões sistemáticas Cochrane**, n. 10, 2016. . Art. Nº: CD005511
- 12. DEL FABBRO, M., TASCHIERI, S., TESTORI, T., FRANCETTI, L., & WEINSTEIN, RL. Retratamento endodôntico cirúrgico versus não cirúrgico para lesões perirradiculares. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2007.
- 13. DEVJI, TAHIRA. A técnica de clareamento ambulante para dentes tratados endodonticamente com peróxido de hidrogênio a 35% e peróxido de carbamida a 37% pode resultar em melhorias semelhantes na cor do dente e na satisfação do paciente. **The Journal of the American Dental Association**, v. 149, n. 8, pág. e113, 2018.
- 14. FEHLBERG, B. K., & BITTENCOURT, G. Cirurgia parendodôntica apicoectomia e obturação simultânea de canais radiculares com agregado de trióxido mineral (MTA): relato de caso. **CEP**, v. 13, p. 48-57, 2019.
- 15. GUIMARÃES, K. B., POST, L. K., BEZERRA, M. F., ISOLAN, C. P., & HOSNI, E. S. Cirurgia parendodôntica com obturação simultânea dos canais radiculares: relato de caso clínico. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 5, n. 2, p. 188-194, 2006.
- 16. GUPTA, SAURABH K .; SAXENA, PAYAL. Avaliação da satisfação do paciente após clareamento não vital em dentes anteriores intactos e traumatizados e descoloridos. Traumatologia Dental , v. 30, n. 5, pág. 396-399, 2014.
- 17. JACOBOVITZ, M., PAPPEN, F. G., LIMA, R. K. P. Obturação com MTA associada à cirurgia parendodôntica no retratamento de reabsorção radicular apical externa-relato de caso. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 6, n. 2, p. 208-213, 2009.
- 18. KALED, G. H., FARIA, M. I. A., HECK, A. R., ARAGÃO, E. M. D., MORAIS, S. H., & SOUZA, R. C. D. Retratamento endodôntico: análise comparativa da efetividade da remoção da obturação dos canais radiculares realizada por três métodos. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 59, n. 1, p. 103-108, 2011.
- 19. MORETI, L. C. T., NUNES, L. R., OGATA, M., FERNANDES, K. G. C., BOER, N. C. P., CRUZ, M. C. C., & SIMONATO, L. E. Cirurgia parendodôntica como opção para casos especiais: relato de caso. **Arch. Health Invest**, p. 134-138, 2019.
- 20. REITZER, FRANÇOIS; EHLINGER, CLAIRE; MINOUX, MARYLINE. Técnica modificada de clareamento interno / externo para dentes descoloridos não vitais: relato de caso. **Quintessence International**, v. 50, n. 10, pág. 802-807, 2019.
- 21. RILEY DS, BARBER MS, KIENLE GS, ARONSON JK, VON SCHOEN-ANGERER T, TUGWELL P,KIENE H, HELFAND M, ALTMAN DG, SOX H, WERTHMANN PG, MOHER D, RISON RA, SHAMSEER L, KOCH CA, SUN GH, HANAWAY P, SUDAK NL, KASZKIN-BETTAG M, CARPENTER JE, GAGNIER JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemiol**. Vol. 89. p. 218-235. 2017.

- ISSN: 2447-9721
- 22. SOUZA, D. M., SILVA, R. V., PEREIRA, R. P., & NUNES, E. Reintervenção endodôntica com limas ProTaper Universal Retratamento: relato de caso. **Dent. press endod**, p. 21-26, 2016.
- 23. VERISSIMO, C., MILITO, G. D. A., & REIS, B. R. Reabilitação estética de dente anterior escurecido com facetas em resina composta: relato de caso. **Full dent. sci**, p. 482-489, 2013.
- 24. VIRDEE, S., THOMAS, M. Um guia do médico para a remoção de guta-percha durante o retratamento endodôntico. *Br Dent J* 222, 251–257 (2017).
- 25. WERLANG, A. I., BALDISSARELLI, F., WERLANG, F. A., VANNI, J. R., & HARTMANN, M. S. M. Insucesso no tratamento endodôntico: uma revisão de literatura. **Revista Tecnológica**, v. 5, n. 2, p. 31-47, 2016.
- 26. ZIMMERLI, BRIGITTE; JEGER, FRANZISKA; LUSSI, ADRIAN. Clareamento de dentes não vitais. **Schweiz Monatsschr Zahnmed**, v. 120, n. 4, pág. 306-13, 2010.

REABILITAÇÃO COM PINO DE FIBRA DE VIDRO ANATOMIZADO: RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Jorge Luiz de MELLO NETTO¹, Elissa Almeida ROCHA², Renato Lenoir MARTINEZ², Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Vanessa Ferreira da SILVA²

- 1- Discente do Curso de Odontologia Universidade Iguaçu Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.
- 2- Docente do Curso de Odontologia. Universidade Iguaçu Campus V. Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

Pinos de fibra de vidro possuem boas propriedades mecânicas e estéticas, técnica de fácil utilização e ainda possibilidade de união adesiva aos materiais resinosos. O presente trabalho teve como objetivo relatar através da descrição de caso clínico, a reabilitação com pino de fibra de vidro anatomizado em paciente pós tratamento endodôntico abrangendo as vantagens e indicações clínicas da técnica. Paciente, 21 anos, sexo masculino compareceu à clínica da Universidade Iguaçu, Campus V, Itaperuna, e após avaliação se indicou a reabilitação com pino de fibra de vidro no elemento 25, seguido de indicação para aumento de coroa clínica e onlay. Após confecção do retentor intrarradicular conclui-se que o pino de fibra de vidro constitui uma alternativa bastante satisfatória no que se refere à reabilitação dental desde que haja um planejamento adequado do remanescente dentário assim como da estabilidade oclusal do paciente e que a aplicação da técnica pino de fibra de vidro anatômico representa uma alternativa individualizada, prática, rápida e estética sendo possível obter excelente prognóstico e uma condição clínica satisfatória.

Palavras chave: Avaliação. Pinos de Fibra de Vidro. Reabilitação.

ABSTRACT

Fiberglass pins have good mechanical and aesthetic properties, an easy-to-use technique and even the possibility of adhesive bonding to resinous materials. The purpose of the present was to report, through the description of a clinical case, the rehabilitation with an anatomized fiberglass pin in a patient after endodontic treatment, covering the advantages and clinical indications of the technique. A 21-year-old male patient attended the clinic at Universidade Iguaçu, Campus V, Itaperuna, and after evaluation, rehabilitation was indicated with a fiberglass pin on element 25, followed by an indication to increase the clinical crown and onlay. After making the intraradicular retainer, it is concluded that the fiberglass pin constitutes a very satisfactory alternative with regard to dental rehabilitation, provided that there is an adequate planning of the remaining tooth as well as the patient's occlusal stability and that the application of the pin technique anatomical fiberglass represents an individualized, practical, fast and aesthetic alternative, being possible to obtain an excellent prognosis and a satisfactory clinical condition.

Keywords: Avaliation. Fiberglass Pins. Rehabilitation.

^{*}Autor para correspondência: nettomellotombos4@gmail.com

1 - Introdução

A utilização de retentores intrarradiculares nas reabilitações estética e funcional de dentes com grande perda de estrutura coronária e com tratamento endodôntico se faz necessária para retenção e estabilidade da restauração, bem como para uma correta distribuição das forças mastigatórias sobre a raiz e o periodonto (FERREIRA, 2018).

ISSN: 2447-9721

Para aumentar a probabilidade de sucesso clínico dos pinos, alguns protocolos devem ser seguidos de maneira criteriosa e para escolher o melhor retentor para cada caso, anatomia do canal radicular, padrão de oclusão do paciente, posição em que o dente se encontra no arco e quantidade e resistência da estrutura dental remanescente devem ser avaliados. Já, em relação ao material, o profissional deve analisar principalmente a compatibilidade com os materiais restauradores e a facilidade de removê-los, quando necessário (BARBOSA, 2016).

Os pinos de fibra de vidro são esteticamente favoráveis, pois permitem a passagem de luz, apresentando, assim, coloração próxima à da estrutura dental sadia em procedimentos restauradores com compósitos e cerâmicas e, além disso, desgastam menos a dentina intrarradicular, permitem maior união à dentina por meio de sistemas adesivos e apresentam módulo de elasticidade semelhante ao da dentina, ausência de corrosão e maior resistência à fadiga e à fratura (FERREIRA, 2018).

Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi relatar através da descrição de caso clínico, a reabilitação com pino de fibra de vidro anatomizado em paciente pós tratamento endodôntico abrangendo as vantagens e indicações clínicas da técnica.

2- Relato de Caso

Considerações Éticas

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

Informações do paciente

Paciente 21 anos de idade, sexo masculino, compareceu a clínica da UNIG após tratamento endodôntico do dente 25 com indicação para reabilitação com pino de fibra de vidro. Sua história médica não apresenta relevância para este caso.

Achados Clínicos

Primeiramente uma anamnese foi preenchida e em seguida foi realizado exame clínico bucal onde constatou-se no dente 25 perda de estrutura coronária com restauração provisória e relato do paciente de realização de tratamento endodôntico prévio, prosseguindo-se assim pedido de exame radiográfico periapical.

Avaliação Diagnóstica

Baseado no exame clínico e na radiografia periapical do dente 25 verificamos que o tratamento endodôntico realizado previamente era satisfatório e que a correta indicação era confecção de pino de fibra de vidro, aumento de coroa clínica e preparo indireto (*onlay*) para reabilitação funcional do elemento dentário.

Intervenção Terapêutica

Após diagnóstico, o dente 25 foi isolado com lençol de borracha, arco de young e grampo 208, e sob isolamento absoluto foi removida a restauração provisória, seguido da desobstrução do canal palatino desobstruindo 14 mm com caneta de baixa rotação no sentido horário utilizando as brocas de Gates Glidden nº. 1, 2 e 3 respectivamente com movimentos suaves de penetração e jatos de ar para remover os debris da guta percha (figura 1).



Figura 1: Aspecto clínico após desobstrução do conduto palatino.

Em seguida foi feito o teste do pino e marcação da sua medida (figura 2) para manter a referência de seu tamanho de acordo com a desobstrução, e foi verificado que seria necessário a anatomização do pino para adaptação ideal do mesmo no conduto. Foi então realizado condicionamento do pino de fibra de vidro nº2 (WhitePost DC - FGM) com ácido fosfórico 37 % (Condac 37% - FGM) por 60 segundos, lavagem abundante com água por 60 segundos, e o pino permaneceu no pote dappen de vidro embebido em silano durante 5 minutos até sua evaporação total (Prosil - FGM) e em seguida foi aplicado adesivo (Ambar - FGM) com auxílio do microbrush e fotopolimerizado. Procedeu-se sobre o pino à aplicação de resina composta Forma A2B (Ultradent) para modelagem e anatomização do pino no conduto previamente aplicado com microbrush um lubrificante à base de água. O pino assim foi então encaixado no conduto radicular e prosseguiu-se com a fotopolimerização do mesmo concluindo a etapa de anatomização do retentor intrarradicular. Com pino já modelado foi realizado novamente o preparo do pino de fibra de vidro e do conduto com condicionamento ácido fosfórico 37% (Condac 37% - FGM) por 30 segundos, lavado abundantemente com água, secado e aplicado o sistema adesivo sem fotopolimerização em ambos.



Figura 2: Verificação do pino de fibra de vidro com marcação de referência no conduto radicular desobstruído.

Foi realizado a cimentação do pino com cimento resinoso Enforce + A2 dual (Dentsply) (figura 3A, 3B, 3C e 3D) de acordo com as normas do fabricante, seguido da inserção do pino de fibra de vidro anatomizado no conduto radicular preparado até a marcação previamente estabelecida e realizada fotopolimerização por 60 segundos em todas as direções.

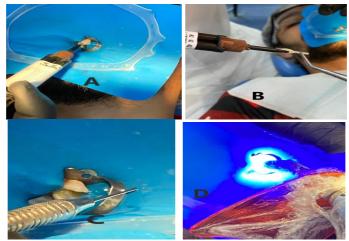


Figura 3: A- Inserção de cimento resinoso Enforce + A2 dual (Dentsply) no interior do conduto; B- Adição de cimento resinoso no pino de fibra; C- Inserção do pino anatomizado no conduto; D- Finalização da cimentação através da fotopolimerização.

Imediatamente foi confeccionado o núcleo de preenchimento com resina composta Forma A2B (Ultradent) (figura 4) e após foi realizado o corte do pino com a ponta diamantada cônica montada em alta rotação (figura 5), seguida da remoção do isolamento e radiografia periapical final (figura 6).



Figura 4: Aspecto clínico após a confecção imediata do núcleo de preenchimento.



Figura 5: Aspecto clínico final após corte do pino e remoção do isolamento absoluto.

Figura 6: Aspecto radiográfico final

Seguimentos Clínicos e Resultados

Após 15 dias o paciente retornou para nossa avaliação. Observou-se que a confecção do pino de fibra de vidro anatomizado e o núcleo de preenchimento estavam satisfatórios, e devido à pouca estrutura dentária remanescente e o nível do término cervical dental, foi indicado cirurgia de aumento de coroa clínica e posterior confecção de coroa *onlay*.

3 -Discussão

O pino anatômico está indicado para a reconstrução de um dente tratado endodonticamente quando a anatomia das paredes dos canais radiculares após o preparo não é perfeitamente circular, e quando há uma perda importante de estrutura coronária. Na ausência de remanescente coronário, a associação entre coroa cerâmica e pino de fibra têm mostrado melhor comportamento biomecânico quando comparado à coroa cerâmica e pino núcleo fundido. (VERÍSSIMO et al., 2014)

Apesar de um ensaio clínico randomizado e uma revisão sistemática, ambos recentemente publicados, ter mostrado que pinos rígidos poderiam apresentar maior sobrevivência clínica à longo prazo em dentes sem remanescente, acreditamos que acompanhamentos clínicos de casos com pinos anatômicos de fibra de vidro são altamente indicados, e em dentes sem remanescentes, deveriam ser utilizados somente em casos de pacientes com estabilidade oclusal (AURELIO et al., 2015).

O uso de pinos de fibra de vidro anatômicos em canais amplos representa uma alternativa aos pinos-núcleos metálicos fundidos, por apresentarem fraturas radiculares mais favoráveis quando comparados aos pinos metálicos ou pinos de fibra com pinos acessórios (CLAVIJO, 2017) e por esse motivo a escolha do pino de fibra de vidro anatomizado foi preconizado para o caso clínico relatado nesse trabalho.

De acordo com Gomes et al. (2016, s/p) "o uso de pinos anatômicos diretos em canais radiculares alargados é uma técnica prática e rápida que pode ser aplicada tanto para restaurações diretas quanto indiretas" e, sendo assim, seu objetivo é de aumentar a resistência de união entre o pino de fibra e o canal radicular, minimizando o risco de fraturas catastróficas frequentemente observado com pinos metálicos.

Além disso, para Grandini et al. (2013, s/p), "a técnica do pino anatômico permite realizar a individualização do pino em um atendimento apenas, diferente dos sistemas clássicos que requerem uma etapa laboratorial", o que favorece o tempo de trabalho do cirurgião dentista, assim como para o paciente, quando se pensa em número de sessões clínicas.

4- Conclusão

Conclui-se que o pino de fibra de vidro constitui uma alternativa bastante satisfatória no que se refere à reabilitação dental desde que haja um planejamento adequado do remanescente dentário assim como da estabilidade oclusal do paciente e que a aplicação da técnica pino de fibra de vidro anatômico representa uma alternativa individualizada, prática, rápida e estética sendo possível obter excelente prognóstico e uma condição clínica satisfatória.

ISSN: 2447-9721

Referências Bibliográficas

- 1. AURELIO I. L, Fraga S, Rippe MP, Valandro LF. Are posts necessary for the restoration of root filled teeth with limited tissue loss? A structured review of laboratory and clinical studies. Int Endod J. 2015.
- 2. BARBOSA I. F. Pinos de fibra: revisão da literatura. **Rev Uningá Review** 2016; 28(1):83-7.
- 3. CLAVIJO VG, Reis JM, Kabbach W, Silva AL, Oliveira Junior OB, Andrade MF. Fracture strength of flared bovine roots restored with different intraradicular posts. **J Appl Oral Sci.** 2017. 17:574-8.
- 4. FERREIRA, G. C. Reabilitação em dentes anteriores com pinos de fibra de vidro e coroas metal free: relato de caso. **RFO UPF, Passo Fundo**, v. 23, n. 3, p. 300-304, set./dez. 2018
- 5. GOMES GM, Monte-Alto RV, Santos GO, Fai CK, Loguercio AD, Gomes OM, et al. Use of a Direct Anatomic Post in a Flared Root Canal: A Three-year Follow-up. **Oper Dent.** 2016;41:E23-8.
- 6. GRANDINI S, Sapio S, Simonetti M. Use of anatomic post and core for reconstructing an endodontically treated tooth: a case report. **J Adhes Dent.** 2013. 5:243-7.
- 7. RILEY DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P,Kiene H, Helfand M, Altman DG, Sox H, Werthmann PG, Moher D, Rison RA, Shamseer L, Koch CA, Sun GH, Hanaway P, Sudak NL, Kaszkin-Bettag M, Carpenter JE, Gagnier JJ. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemiol**. 2017 Sep; 89:218-235.
- 8. VERISSIMO C, Simamoto Junior PC, Soares CJ, Noritomi PY, Santos-Filho PC. Effect of the crown, post, and remaining coronal dentin on the biomechanical behavior of endodontically treated maxillary central incisors. **J Prosthet Dent.** 2014. 111:234-46.

REABILITAÇÃO FUNCIONAL E ESTÉTICA COM PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL CARACTERIZADA, DE UM PACIENTE EDENTADO SUPERIOR E INFERIOR- RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Josilaine Aparecida SOARES¹, Annalee Nogueira Sá HOSKEN², Claudio PELLEGRINI², Bruno da Silva INÁCIO², Hugo Cezar N ALVIM²

RESUMO

A perda total dos dentes naturais da arcada superior e/ou inferior é definida como edentulismo e é muito comum, principalmente, na população idosa. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi relatar a reabilitação de um edentado total superior e inferior com grande reabsorção do rebordo ósseo residual. Paciente sexo feminino, 50 anos de idade, caucasiana, compareceu a clínica odontológica queixando-se de que suas próteses totais superior e inferior estavam desgastadas e que elas haviam sido confeccionadas à cerca de 25 anos atrás. Após o diagnóstico confirmado através de exame clínico e radiográfico, constatou-se que os dentes das próteses estavam desgastados e que a paciente apresentava o rebordo ósseo residual bastante reabsorvido. Em seguida, foi realizado o tratamento para as arcadas superior e inferior edêntulas, que foi a reabilitação das mesmas com prótese total removível. O principal resultado foi a satisfação da paciente, observamos que houve recuperação da função e estética, obtida através das próteses totais removíveis, além do aspecto natural da gengiva caracterizada, proporcionado com a utilização do Sistema Thomas- Gomes, que contribui para melhor aceitação da paciente. Portanto, conclui-se que parece ser possível reabilitar arcadas edêntulas totais, devolvendo função, estética e qualidade de vida.

Palavras Chave: Prótese Total; Reabilitação Bucal; Qualidade de Vida.

Abstract

The total loss of natural teeth in the upper and / or lower arch is defined as edentulism and is very common, especially in the elderly population. Given the above, the objective of this study was to report the rehabilitation of an upper and lower total edentate with great resorption of the residual bone ridge. A 50-year-old Caucasian female patient attended the dental clinic complaining that her upper and lower dentures were worn out and that they had been made about 25 years ago. After the diagnosis confirmed by clinical and radiographic examination, it was found that the teeth of the prostheses were worn and that the patient had a residual bone rim that was quite reabsorbed. Then, treatment was performed for the upper and lower edentulous arches, which was the rehabilitation of the same with a removable total prosthesis. The main result was patient satisfaction, we observed that there was a recovery of function and aesthetics, obtained through removable dentures, in addition to the natural aspect of the characterized gingiva, provided with the use of the Thomas-Gomes System, which contributes to better patient acceptance. Therefore, it is concluded that it seems possible to rehabilitate total edentulous arches, returning function, aesthetics and quality of life.

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

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

^{*}Autor para correspondência. josilainesoaress@hotmail.com

Key Words: Denture, Complete; Mouth Rehabilitation; Quality of Life.

1 – Introdução

O edentulismo total é definido como uma perda de todos os dentes naturais, que pode ser da arcada superior e/ou inferior, e é muito comum em todo o mundo, principalmente, na população idosa. Alguns fatores são determinantes nesse processo, como a idade, cárie dentária, doença periodontal, câncer de boca, traumas, entre outros. Resultando em limitações funcionais (mastigação, deglutição e fala), estética e perda óssea da região, afetando negativamente a qualidade de vida (ALVES et al., 2018).

ISSN: 2447-9721

Como tratamento, a reabilitação por meio de próteses totais removíveis devolve de maneira efetiva a função mastigatória e a estética, além de contribuir positivamente no comportamento e autoimagem dos pacientes, melhorando a interação social. Todavia, o impacto da perda dos dentes sobre a vida dos indivíduos não deve ser subestimado, pois, mesmo aceitando bem suas próteses, podem ter dificuldade em lidar com o edentulismo em razão dos sentimentos negativos associados a essa condição, como vergonha e sensação de incompletude, além de exigirem um determinado tempo para adaptação (PROBST et al., 2016).

Para melhor aceitação por parte dos pacientes, várias técnicas podem ser utilizadas para assemelhar ao máximo a prótese do natural, já que a indicação desta para a perda total de dentes é o mais comum (SHANKAR et al., 2017). Uma das técnicas utilizadas atualmente é o Sistema Tomaz Gomes, que é uma técnica artesanal na qual o técnico de laboratório cria na camada de gengiva da prótese total um aspecto "camuflado" tentando imitar as nuances de cor que existem em uma gengiva natural. Existe uma escala de modelos de cor padronizada chamada STG (Sistema Tomaz-Gomes), onde estão a maioria das diferentes opções. Essa escala é sobreposta à gengiva existente do paciente para verificar qual a cor mais adequada, tendo como finalidade criar uma transição natural entre a gengiva do paciente e a gengiva da prótese protocolo, proporcionando ao paciente uma sensação de naturalidade. Entretanto, não existe estudo relatando a utilização desta técnica.

O objetivo do presente relato foi descrever a reabilitação funcional e estética de um edentado total superior e inferior com uma prótese total removível, destacando o reestabelecimento funcional, estético e a utilização do Sistema Tomaz- Gomes e seus benefícios para aceitação e qualidade de vida dos pacientes.

2- Relato de caso

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

Informações do paciente

Sexo feminino, 50 anos de idade, caucasiana, compareceu a clínica odontológica queixando-se de que suas próteses totais superior e inferior estavam desgastadas e que elas haviam sido confeccionadas à cerca de 25 anos atrás. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

Achados clínicos

Ao exame clínico, a paciente apresentou ausência total da dentição permanente com próteses totais superiores e inferiores ambas desgastadas na face oclusal, ausência de hábitos parafuncionais ou qualquer sinal de disfunção (Figura 1). Além disso, apresentava rebordos residuais reduzidos.

ISSN: 2447-9721



Figura 1: Próteses totais desgastadas. Fonte: Autoria própria.

No raio x panorâmico observou-se extensa reabsorção óssea dos processos alveolares residuais (Figura 2).

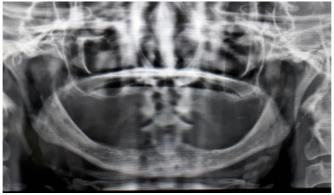


Figura 2: Raio x panorâmico, mostrando a extensa reabsorção óssea dos processos alveolares residuias. Fonte: Autoria própria.

Avaliação diagnóstica

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos chegou-se à conclusão que o tratamento foi a reabilitação com próteses totais superior e inferior substituindo as próteses antigas.

Intervenção terapêutica

Após a remoção das próteses antigas, foi realizada a moldagem anatômica com moldeira metálica e alginato (Alginato Hydrogum, Zhermack, Itália), que foi manipulado seguindo as instruções do fabricante numa cuba e com espátula plástica, primeiro foi feita a moldagem superior com o profissional atrás da cadeira odontológica (Figura 3A), obtenção do molde (Figura 3C), e depois inferior com o profissional de frente para o paciente (Figura 3B) e obtenção do molde (Figura 3D). Posteriormente, foi confeccionado o modelo de trabalho, através do vazamento dos moldes com gesso pedra Tipo III (Gesso Pedra Herodent, Coltene,

Brasil), que foi manipulado segundo o fabricante, numa cuba com espátula metálica para gesso e enviados para o laboratório para confecção da moldeira individual (Figura 3E).

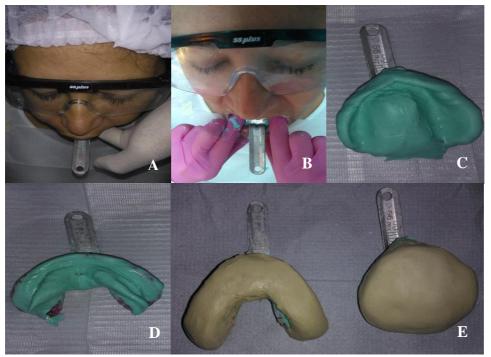


Figura 3: A-Moldagem anatômica inicial superior. B- Moldagem anatômica inicial inferior. C- Molde superior. D- Molde inferior. E- Confecção Modelo de trabalho superior e inferior. Fonte: Autoria própria.

Em uma segunda consulta clínica, com a moldeira individual confeccionada pelo laboratório, foi realizada a moldagem funcional, para determinação da área chapeável, com godiva de baixa fusão (Godiva Exata, DFL, Brasil), a godiva foi plastificada na chama da lamparina e colocada ao redor da moldeira individual, aquecida novamente para homogeneizar seu grau de plasticidade, em seguida, foi mergulhada numa cuba com água, para chegar numa temperatura confortável ao paciente, e então a moldeira foi levada à boca do paciente com uma pressão firme, lenta e bilateral, primeiro na arcada superior e durante a moldagem anterior foi pedido para a paciente comprimir os lábios para a frente ("jogar beijo") e na região posterior (região de post- damming) para a paciente pronunciar o "ah" contínuo, após o molde esfriar foi removido e feito o exame do molde. Na sequência, foi realizada a moldagem inferior, ao levar a moldeira com a godiva à boca da paciente, foi pedido para a paciente "limpar" o lábio inferior com a língua para o lado.

Na mesma consulta foi realizada também, a moldagem corretiva no interior da moldeira individual, com pasta leve (Fluido Light Body, Speedex- Coltene, Brasil) e catalisador (Catalisador Universal, Speedex- Coltene, Brasil) do kit de silicone de condensação. O material foi manipulado de acordo com as instruções do fabricante, em uma placa de vidro com espátula número 31, colocado na moldeira e levado à boca do paciente, primeiro a moldagem da arcada superior, após tomar presa, a moldeira foi removida da boca e examinada e foi feita a moldagem inferior, após presa a moldeira foi removida e examinada. Em seguida, foi confeccionado o encaixotamento dos moldes superior e inferior com cera utilidade (Cera Utility, Newwax- technew, Brasil), acomodando a cera em sentido horizontal na face externa dos moldes abaixo do selado periférico e no selado posterior a cera foi colocada por baixo (Figura 4).

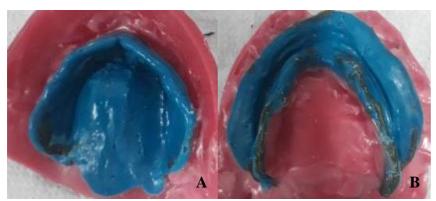


Figura 4: Moldagem funcional, corretiva e encaixotamento do molde superior (A) e inferior (B).

Então, foi manipulado o gesso tipo IV (Gesso Tipo IV, Herostone- Coltene, Brasil) de acordo com as instruções do fabricante, numa cuba com espátula metálica para gesso, vazado para obtenção dos modelos e enviado para o laboratório para confecção dos planos de orientação com cera (Figura 5).

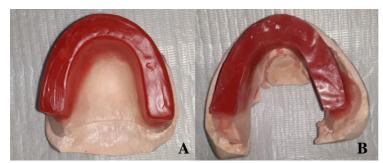


Figura 5: Planos de orientação com cera superior (A) e inferior (B).

Foi calculada a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) da paciente, medindo a Dimensão Vertical de Repouso (DVR) com o compasso de Willis, com os lábios tocando em repouso, foi medido da base do nariz até a base da mandíbula e obteve 5,5 centímetros, em seguida, foi medido da comissura palpebral à comissura labial e obteve 5,5 centímetros. As duas medidas foram somadas e divididas por 2= DVR (5,5 + 5,5: 2= 5,5). A DVR (5,5) foi subtraída por 4 milímetros que equivale ao espaço funcional livre o valor obtido é igual à Dimensão Vertical de Oclusão (5,5 - 0,4= 5,1 centímetros). Então, foi ajustado o plano de orientação do arco superior: Plano de Camper paralelo com o plano oclusal, utilizando a régua de Fox, foi retirado os excessos de cera; Plano Frontal perpendicular ao plano oclusal, observando a paciente de perfil; trespasse incisal, paciente com a boca semiaberta, as incisais dos incisivos tocando a linha do seco/molhado do lábio inferior; corredor bucal, com a paciente sorrindo ao máximo, deve haver um espaço da vestibular dos dentes até a mucosa jugal, de canino para trás; e a zona neutra, que deve ser de forma que tenha espaço para a língua. Depois, foi ajustado o plano de orientação inferior: ajustando o plano oclusal de acordo com o superior, a cera foi retirada até ocluir totalmente arco superior com o inferior; foram observadas também a curva de Spee que é uma linha traçada dos incisivos até o molar do mesmo lado, curva de Wilson que é a linha da vestibular de um molar até a vestibular do molar do outro lado e a zona neutra deixando o espaço para a língua.

Por último, foi realizado o ajuste final, foram traçadas as linhas de referência nos planos de cera: linha média que corresponde ao plano sagital; linha alta do sorriso, com a paciente sorrindo ao máximo obteve a altura cérvico incisal; e linha do canino, com a paciente sorrindo ao máximo foi traçada a linha atrás da asa do nariz (Figura 6).

Figua 6: Linhas de orientação no plano de cera.

Foi realizada a seleção da cor dos dentes utilizando a escala de cor Vipi- Dent plus, a cor definida foi 62 (Figura 7A). Então, os planos de cera ajustados foram enviados ao laboratório (Figura 7B), juntamente com o número da cor de dente selecionado, para a montagem dos dentes artificiais no plano de cera.



Figura 7: A- Escala de cor Vipi Dent plus; B- Planos de cera ajustados. Fonte: Autoria própria.

Com a montagem pronta dos dentes artificiais no plano de cera, foi realizada a prova dos dentes montados em cera (Figura 8A), feitos os ajustes finais e seleção da cor da gengiva utilizando a Escala de Cores de Gengivas Sistema Tomas Gomes STG – VIPI (Figura 8B), selecionada a cor de gengiva n°1. Os dentes montados em cera juntamente com a cor de gengiva selecionada foram enviados ao laboratório para inclusão da gengiva artificial.





A

Figura 8: A- Dentes artificiais montados no plano de cera. Fonte: Autoria própria. B- Escala de Cores de Gengivas Sistema Tomas Gomes STG – VIPI. Fonte: Gogle Chorome.

Finalizada a prótese total caracterizada superior e inferior, foi feito o ajuste oclusal na paciente, realizando marcações dos pontos de contato com papel carbono (AccuFilm, EUA) e desgastes necessários com broca minicut e peça reta. Então, a prótese total foi entregue para a paciente (Figura 9).





Figura 9: Prótese total caracterizada superior e inferior. Fonte: Autoria própria.

3- Discussão

Baseados no estudo de Ellis J. S. et al., (2007) nos propomos a investigar se seria possível reabilitar as arcadas edêntulas superior e inferior com rebordos residuais reduzidos utilizando prótese total removível. O principal achado após realização do procedimento foi a reabilitação da função mastigatória e estética, assim como a satisfação da paciente.

No caso clínico apresentado, a paciente queixava-se de estética insatisfatória e perda da função de suas próteses, causada pelo desgaste. A conduta clínica foi realizada levando em consideração a queixa principal da paciente e avaliação clínica. Ellis J. S. et al., (2007) compararam a reabilitação com uma prótese total convencional e com uma duplicada e concluíram que em ambos os grupos houve satisfação e nenhuma das técnicas foi superior a outra. Entretanto, Probst LF. et al, (2018) concluíram que a reabilitação com prótese total suportada por implantes é mais eficaz, acompanhada por um custo incremental comparada à prótese total convencional. Porém, utilizamos a prótese total convencional, por ser menos invasivo, devido o baixo custo e por continuar sendo de uso rotineiro na prática odontológica.

Salientamos que a reabilitação com prótese total removível está diretamente relacionada com a qualidade de vida do paciente, fala, mastigação e estética (ALVES et al., 2018). A técnica aqui descrita mostrou-se eficaz para reabilitação funcional e estética, além de melhora na qualidade de vida da paciente. Porém, Rodrigues et al., (2010) relataram que o tipo de prótese e sua estabilidade não interferem na fala.

Comparamos que no nosso caso clínico poderíamos ter utilizado uma prótese suportada por implantes (PROBST et al., 2018), mas devido a limitações financeira e por causa desse tipo de procedimento não ser realizado à nível de graduação, optamos pela técnica de realização da prótese total convencional. Outra opção, descrita na literatura é a técnica revisada por Alharb N. et al., (2017), de impressão 3D de próteses dentárias, que oferece novas possibilidades na fabricação de próteses odontológicas, porém, ainda possui limitações.

Em nosso estudo, conseguimos um bom resultado utilizando o Sistema Tomaz-Gomes para seleção da gengiva da prótese total, tornando-a com as características mais

próximas da gengiva natural da paciente, contribuindo para melhor aceitação da paciente, por representar muito o natural, além de melhora na qualidade de vida. Entretanto, não sabemos se o mesmo resultado de aceitação da paciente, poderia ser encontrado se utilizássemos a cor da gengiva comum, sem ser caracterizada.

ISSN: 2447-9721

4- Conclusão

Baseados no exposto, concluímos que a utilização da prótese total removível parece ser a técnica de escolha para a reabilitação funcional e estética de edentados superior e inferior. Além disso, a utilização do Sistema Tomaz- Gomes permitiu melhor aceitação das próteses totais removíveis pela paciente, melhorando aspectos psicológicos e qualidade de vida.

Refêrencias Bibliográficas:

- 1. ALVES A. C., CAVALCANTI R. V. A., CALDERON P. S., PERNAMBUCO L., ALCHIERI J. C. Quality of life related to complete denture. **Acta Odontol**. Vol. 31 (2), p. 91-96, 2018.
- 2. ALHARBI N., WISMEIJER D., OSMAN RB. Additive Manufacturing Techniques in Prosthodontics: Where Do We Currently Stand? A Critical Review. **Int J Prosthodont**. Vol. 30 (5), p. 474-484, 2017.
- 3. CAVALCANTI R. V. A., BIANCHINI E. M. G. Verification and morfofunctional analysis of mastication characteristics in individuals using removable dental prosthesis. **Rev CEFAC**. Vol. 10 (4), p. 490-502, 2008.
- 4. DEEB MA., ABDULJABBAR T., VOHRA F., ZAFAR M. S., HUSSAIN M. Avaliação de fatores que influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRS) de pacientes com prótese removível. **Pak J Med Sci.** Vol 36 (2), p. 213-218, 2020.
- 5. ELLIS J. S., PELEKIS N. D., THOMASON J.M., Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. **J Prosthodont**. Vol. 16 (1), p. 37-42, 2007.
- 6. KERN JS., KERN T., WOLFART S., HEUSSEN N. A systematic review and metaanalysis of removable and fixed implant-supported prostheses in edentulous jaws: post-loading implant loss. **Clin Oral Implants Res**. Vol. 27(2), p.174-95, 2016.
- 7. PROBST LF., AMBROSANO GM. B., CORTELLAZZI KL., GUERRA L. M., RIBEIRO-DASILVA M., TOMAR S., CIARÂNTOLA M., KONKOWSKI I. P. S., POSSOBON RDF. Factors associated with feelings arising from total tooth loss and expectations of denture replacement in adults and elderly. **Cad. Saúde Colet.** Vol. 24 (3), p. 347-354, 2016.

- 8. PROBST LF., VANNI T., CAVALCANTE DDF. B., DA SILVA ET., CAVALCANTI YW., PASSERI LA., PEREIRA CP. Custo-efetividade da prótese dentária implantada em comparação com a prótese dentária convencional. Rev. Saúde pública. Vol 53 (69), p. 1-13, 2019.
- 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. **JClin Epidemiol.** Vol. 89, p. 218-235, 2017.
- 10. RODRIGUES LC. B., PEGORARO LF., BRASOLOTTO A. G., BERRETIN-FELIX G., GENARO K. F. Speech in different oral prosthetic rehabilitation modalities for elderly individuals. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. Vol. 22 (2), p. 151-156, 2010.
- 11. SHANKAR T., GOWD S., SURESAN V., MANTRI S., SAXENA S., MISHRA P., PANDAY P. Denture Hygiene Knowledge and Practices among Complete Denture Wearers attending a Postgraduate Dental Institute. **The Journal of Contemporary Dental Practice**. Vol. 18 (8), p. 714-721, 2017.

USO DA TÉCNICA ART E SUAS VANTAGENS CLÍNICAS – RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

JovanaPrúcoli SILVA¹, professora², Adriana PILLAR², MÁRCIA LOUVAIN e MARIA LÙCIA PETRUCCI, Ana Paula DORNELLAS², Ângela BICALHO²

RESUMO

A técnica restauradora atraumática (ART), tem sido bem desenvolvida e amplamente usada em trabalho de campo, tem sido adotada cada vez mais nos anos atuais na odontologia, sendo utilizada no contexto clínico tanto na saúde pública quanto na privada, técnica com fácil execução, mínima intervenção e preservando os tecidos dentinários.

É uma técnica restauradora que usa instrumentais manuais considerada uma das mais conservadoras, removendo somente tecido infectado e realizando o preenchimento da cavidade com o cimento de ionômero de vidro fotoativado com capacidade de adesão a estrutura dental, mesmo porque, de acordo com a técnica ART, é preconizado também o deliberado selamento das fóssulas e fissuras sobre a cavidade, por pressão digital, é antimicrobiano, tem excelente selamento marginal e promove a liberação de carga de flúor na cavidade eliminando a cárie recorrente.

O objetivo desse trabalho, foi relatar o caso clínico de um paciente pediátrico de 11 anos, sexo feminino, onde identificamos um acometimento por lesão cariosa no primeiro molar superior, classificado no ICDAS score 5 o qual foi submetido ao tratamento com a técnica ART.

Essa técnica tem como grande vantagem por ser conservadora, passiva e de fácil remineralização, propiciando portanto, o aumento da expectativa de longevidade do dente tratado.

Em épocas de pandemia ou em surto em saúde pública, ela diminui a chance de contaminação do profissional pelo paciente bem como o risco de infecção cruzada entre os pacientes por não utilizar instrumentos rotatórias os quais são altamente dispersantes de aerossóis que podem estar contaminados.

Diante disso podemos concluir que essa técnica é muito eficaz, possui inúmeras vantagens quando bem indicada e bem executada, baixo custo, fácil de execução, rápida, praticamente indolor e propicia ao paciente um alto grau de satisfação.

Palavras Chave: técnica minimamente invasiva, tratamento restaurador atraumático, cimento de ionômero de vidro, pandemia.

Abstract

The atraumatic restorative technique (ART), has been well developed and widely used in fieldwork, has been adopted more and more in the current years in dentistry, being used in the clinical context in both public and private health, a technique with easy execution, minimal intervention and preserving dentinal tissues.

It is a restorative technique that uses manual instruments considered one of the most conservative, removing only infected tissue and filling the cavity with photo-activated glass ionomer cement with the ability to adhere to the dental structure, even because, according to

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

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

^{*}Autor para correspondência. 1996jovanaprucoli@gmail.com

the ART technique, it is also recommended the deliberate sealing of the pits and fissures on the cavity, by digital pressure, it is antimicrobial, has excellent marginal sealing and promotes the release of fluoride charge in the cavity, eliminating recurrent caries.

ISSN: 2447-9721

The objective of this study was to report the clinical case of an 11-year-old female pediatric patient, where we identified an affection due to a carious lesion in the upper first molar, classified in the ICDAS score 5 which was submitted to treatment with the ART technique.

This technique has the great advantage of being conservative, passive and easy to remineralize, thus providing an increase in the longevity expectation of the treated tooth.

In times of pandemic or public health outbreak, it reduces the chance of contamination of the professional by the patient as well as the risk of cross-infection among patients by not using rotating instruments which are highly dispersing aerosols that may be contaminated.

Therefore, we can conclude that this technique is very effective, has numerous advantages when well indicated and well executed, low cost, easy to perform, fast, practically painless and provides the patient with a high degree of satisfaction.

Key Words: Preservation of dentinal tissues; ease of execution; permanent dental restoration

1 – Introdução

Mesmo com grandes avanços tecnológicos e científicos na odontologia, a cárie dentária continua sendo uma doença muito prevalente afetando grande parte da população, é uma doença crônica, multifatorial comum na infância e que pode ser prevenida controlada e até mesmo revertida, sabendo sua etiologia. (REZENDE et al., 2015)

Quando não tratada devidamente podem ocorrer lesões em elementos dentários que tendem a evoluir criando cavidades, acarretando perda de estrutura, cada vez mais extensas, levando à necessidade de tratamentos maiores, mais invasivos ou a perda de dentes. (LOSSO et al., 2009).

Um fator importante é saber diagnosticar na fase inicial, pois minimiza danos, garantindo assim uma maior sobrevida aos dentes acometidos por lesões cariosas, porém em estágio avançado, pode ocasionar a perda do dente, comprometimento sistêmico ou até mesmo, psicológico. (CATARINE et al.,2019).

Há alguns anos preconiza-se a remoção total do tecido cariado, causando exposição pulpar e mais desconforto para os pacientes. A odontologia vem se atualizando cada dia mais, com técnicas com mínima intervenção, se adaptando em diferentes campos operatórios.

A técnica ART, criada nos anos 80, vem cada dia mais sendo usada por ser tratar de uma técnica simples que consiste na remoção do tecido cariado através de instrumentais manuais, como curetas, escavadores, colheres de dentina, e posterior aplicação do material restaurador cimento de ionômero de vidro fotoativado, material esse de alta viscosidade, adesivo, biocompatível, além de preservar tecidos sadios e passíveis de remineralização, oferece a grande vantagem de não ser dispersor de aerossol, garantindo assim, segurança ao cirurgião-dentista e sua equipe. (NUNES et al., 2020).

Estudos indicam grande aplicação da técnica de Tratamento Restaurador Atraumático em populações menos assistidas e destacam tanto sua eficácia com sua viabilidade no âmbito monetário, sendo aplicada em populações com outros perfis. (DUTRA et al., 2015).

A técnica ART sendo utilizada na clínica de Odontopediatria, mantém uma filosofia de mínima intervenção, sendo realizada com o intuito de preservar o máximo possível de tecido dentário saudável, além da realização dos procedimentos com mais rapidez, reduzindo portanto, significativamente, a ansiedade da criança. (SILVA et al., 2017).

ISSN: 2447-9721

O objetivo deste estudo foi descrever a técnica utilizada em protocolo ART, que é uma técnica minimamente invasiva, bem como as vantagens da mesma tanto para o profissional cirurgião dentista quanto para seus pacientes, visando além da manutenção da saúde da cavidade oral a preservação da condição de saúde do individuo como um todo e por ser recomendada em tempos de pandemia pois proporciona maior segurança tanto para o profissional quanto para o paciente.

2 - Relatos de Caso

Considerações Éticas:

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

Considerações do Paciente:

Paciente pediátrico de 11 anos, sexo feminino, chegou à clínica odontológica da UNIG, campus V, Itaperuna, para uma consulta de rotina, em que foi feita uma profilaxia com escova de dente e pasta profilática, fio dental nos espaços interproximais, higienização de língua com gaze e soro fisiológico.

Durante a inspeção visual com a classificação do ICDAS, foi diagnosticada na face oclusal do primeiro molar superior uma cárie severa ativa, score 5.

Foi escolhida para realização do procedimento restaurador, uma técnica minimamente invasiva, ART, por estamos em tempos de pandemia (covid-19) e por ser uma técnica rápida, confortável, preservando assim tanto o paciente quanto o profissional de infecção cruzada, como mostrado na figura abaixo.



Figura1: Lesão de cárie severa ativa na oclusal do dente16.

Preparados os materiais e instrumentais, cinzel, curetas, bolinha de algodão, copo com água, cimento de ionômero de vidro fotoativado, pinça, espelho clínico, sonda exploradora preconizada pela OMS, colheres de dentina, Hollemback, espátula 24 e bloco de papel encerado.

O Riva Late Cure é um material restaurador à base de ionômero de vidro, radiopaco e reforçado por resina. Apresenta adesão ao dente, libera flúor, possui alta resistência a compressão.

Em seguida foi feita a remoção seletiva do tecido infectado, com colher de dentina número 11,5 removendo as paredes circundantes e preservando a parede pulpar. A última camada mais clara e passiva de remineralização foi deixada. Para melhorar o acesso à cavidade e facilitar a adaptação do material restaurador, o cimento de ionômero de vidro e para o contorno das margens, utilizou-se um cinzel número 3, como mostra a figura abaixo.



Figura: 2 Remoção seletiva da dentina com instrumental.

Após isolamento relativo com rolinhos de algodão, foi realizada a profilaxia do dente 16 com água e pedra pomes, lavagem e secagem com bolinha de algodão, repetido por três vezes.

Isolamento relativo com rolo de algodão, condicionamento ácido com Riva Conditioner nas superfícies por 10 segundos, lavagem e secagem com bolinha de algodão e novamente, repetiu-se três vezes, removido o excesso de água, mantendo úmido e evitando contaminação, ver a figura abaixo.

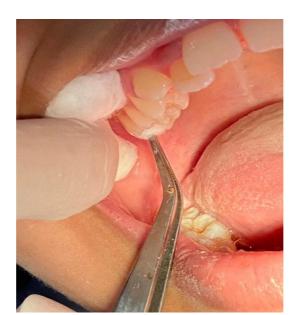


Figura 3: Lavagem/ secagem com bolinha de algodão

O material restaurador de escolha foi o cimento de ionômero de vidro, Riva Light Cure A3, reforçado com resina o qual, de acordo com o fabricante, o frasco do pó foi agitado e batido suavemente na mão, colocondo a quantidade de 1 medida de pó para 2 gotas do líquido, com o frasco em posição perpendicular ao bloco. O pó, o qual foi previamente dividido em duas partes iguais e encorporado ao líquido com auxílio de uma espátula plástica, aglutinando cada metade por 15 segundo, obtendo-se assim uma massa viscosa, vítrea e úmida. Em seguida o material, já manipulado, foi levado à cavidade em uma espátula com a finalidade de preencher a cavidade, e com o cuidado de não encorporar ar dentro da restauração. Fotopolimerizou-se por 20 segundos com a luz bem posicionada próximo à superfície do cimento, garantindo assim, um melhor vedamento hermético da cavidade, conforme visto na figura abaixo.



Figura 4: material restaurador bem adaptado na cavidade

Em seguida foi feita a retirada dos rolinhos de algodão com a pinça. A oclusão foi verificada e constatou-se que estava correta, sem excesso ou falta de material restaurador, não havendo necessidade de desgaste, como mostra a figura 5.



Figura 5: Testando a oclusal com o carbono.

Em seguida foi feita a proteção com verniz na restauração com a finalidade de não ocorrer hidratação ou desidratação no ambiente oral. E a orientação para o paciente de aguardar 60 minutos sem a ingestão de alimentos foi dada e reforçada.

3 -Discussão

O ART foi desenvolvido mediante à necessidade de combate à doença cárie, causadora de sérios danos ao paciente, levando em muitas das vezes a perda de elementos dentais, inicialmente pensada para atender uma parte da população que não tinha acesso às clínicas odontológicas com estruturas adequadas e materiais de alta tecnologia. Entretanto, devido aos ótimos resultados alcançados nos tratamentos foi expandida para outros públicos atendendo à uma grande parte da população. Esse protocolo passou a ser utilizado principalmente pelos profissionais da rede pública de saúde (REZENDE et al., 2015).

De acordo com NOGUEIRA (2015), o presente tratamento é muito utilizado na saúde pública, por ser uma técnica com mínima intervenção, rápida e eficaz. Ótima para ser executada em lugares com pouca infra-estrutura aonde não tem energia elétrica, cadeiras odontológicas ou até mesmo água encanada, também podem ser utilizadas pra os atendimentos como por exemplos postos de saúde, escolas, campos abertos entre outros.

As vantagens da técnica ART, estão diretamente ligadas às vantagens do uso do ionômero de vidro como material restaurador, devido às suas características de liberação de flúor, boa adesão química e física, biocompatibilidade com a estrutura dental, bem como a prevenção de cáries recorrente. (LADEWIG et al.,2017)

Diante disso, é importante conhecer a técnica, e aplicá-la, pois com base em estudos realizados, o presente tratamento se tornou recurso alternativo, e por mais que seja recomendável para todos pacientes, suas principais indicações são para crianças, idosos, pacientes com necessidades especiais, onde há pouca infra-estrutura, surtos de saúde pública como covid-19, além disso, é de baixo custo, eficiente e indicada a qualquer público. (COUTINHO et al., 2012)

4 - Conclusão

Sendo assim, o tratamento descrito na técnica de ART, parece ser capaz de apresentar ótimos resultados, através de uma técnica simples, minimamente invasiva e de baixo custo, promove saúde bucal bem como preveni novos problemas relacionados à doença cárie. Além disso, por não utilizar instrumentais rotatórios tende a carretar menor geração de aerossol, preservando também, a saúde dos profissionais, prevenindo, assim infecções direta ou cruzada.

ISSN: 2447-9721

Dando ênfase que apesar de ser de baixo custo e ter a mesma eficiência de qualquer outra técnica na Odontologia, necessita de treinamento e capacitação, além de conhecimento técnico e prático do cirurgião dentista e do auxiliar de saúde bucal.

Referencias Bibliográfica

- 1-ALMEIDA., A.L., ET AL. experiência de cárie entre mães e filhos: influência defatores socioeconômicos e comportamentais. odontol clín.-cient. . a novel assessment tool monitoring the level of patient anxiety during third molar surgery procedure heliyon. Acesso em 5 de julho, 2020
- 2-ARAYA-SALAS., CRISTÓBAL., ET AL. Consideraciones para laatención de urgencia asociación latinoamericana de odontopediatría tratamento da doença cárie em época de covid-19: protocolos clínicos para controle dos aerossóis. Revlatinoamodontop. 2020; 10 (2). ; 10(2) disponível em revista odontopediatria org ediciones. acesso em: 05 julho. 2020.
- 3-BADARÓ MM., LEITE-FERNANDES VMF., MARTIN LT., OLIVEIRA VC., WATANABE E., PARANHOS HF., ET AL. Antibiofilm activity of an experimental ricinuscommunis dentifrice on soft denture liners. braz dent brasil. ministério da saúde. agência nacional de vigilância sanitária. Serviços. 03 julho 2020.
- 4-CARVALHO TP., MASKE TT., SIGNORI C., BRAUNER KV., OLIVEIRA EF., CENCI MS., ET AL. desenvolvimento de lesões de cárie em dentina em um modelo de biofilme simplificado in vitro: um estudo piloto rev. **Revista odonto lunesp**. 2018, jan –feb. 47(1):40 -4 *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017.
- 5-DORRI_M., MARTINEZ-ZAPATA_MJ., WALSH_T., MARINHO_VCC., SHEIHAM (DECEASED)_A., ZAROR_C., ET Al. Atraumatic restorative treatment versus conventional restorative treatment for managing dental caries.

for deep caries lesion in primary teeth study protocol for a noninferiority randomized clinical. **trial BMC Oral Health** 2019.

6-RICARDO LIMA.,SABRINA RIBEIRO.,AMANDA LOPES.,JULIELY MOURA.,LUIZ FERNANDO ANDRADE., NATHAN HENRIQUE., KATHARINA HOLANDA., ET AL. Tratamento restaurador atraumático (art) e manejo da

doença cárie em adultos maiores: uma revisão. **Revista fluminense de odontologia** –janeiro / julho 2020.

7-HELLEN SANTANA., FERNANDO SANTOS., ANA TEIXEIRA., LARISSA BORGES-PALUCH., ET AL. cárie dentária: fatores de risco em escolares do ensino público fundamental. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde** v. 16 | n. 1 | Ano 2018.

- 8-LADEWIG NM., ET AL. efficacy of conventional treatment with composite resin and atraumatic restorative treatment in posterior primary teeth: study protocol for a **Randomised controlled trial bmj open** 2017; 7(1):1-6.
- 9-LADEWIG NM., SAHIARA CS., YOSHIOKA L., ET AL. efficacy of conventional treatment with composite resin and atraumatic odontológica y medidas preventivas para covid-19 odontológicos: prevenção e controle de riscos. brasília: **ministério da saúde**, 2006.156 p. (84-334-1050-61. odontologia.
- 10-LUIZ MAURÍCIO NOGUEIRA NUNES., ANTÔNIA MOTA AZEREDO ONGARATTO., DÉBORA DE SOUZA MONTEIRO DIONÍSIO., ELEONORA MARIA CLAUDINO GONÇALVES., WILLIAM CARLOS SILVA BARBOSA., ET AL. Os desafios da prática odontológica em tempos de pandemia. **Revista Interface Integrando Fonoaudiologia e Odontologia,** Vol 1, jan./jul, 2020.
- 11-NATHALIA MIRANDA LADEWIG., CÍNTIA SAORI SAHIARA., LAYSA YOSHIOKA., ISABEL CRISTINA OLEGÁRIO., ISABELA FLORIANO., TAMARA KERBER TEDESCO., FAUSTO MEDEIROS MENDES., MARIANA MINATEL BRAGA., DANIELA PROCIDA RAGGIO., ET AL. Efficacy of conventional treatment with composite resin and atraumatic restorative treatment in posterior primary teeth: study protocol for arandomised controlled trial. **Prepublicatio view these the journal online.** Maio 2017.
- 12-RILEY DS., BARBER MS., KIENLE GS., ARONSON JK., VON SCHOEN-ANGERER T., TUGWELLP, KIENE H., HELFAND M., ALTMAN DG., SOX H., WERTHMANN PG., MOHER D., RISON RA., SHAMSEER L., KOCH CA., SUN GH., HANAWAY P., SUDAK N., KASZKIN-BETTAG M., CARPENTER JE., GAGNIER JJ., ET AL. care guidelines for case reports: explanation and elaboration document. jclinepidemiol. 2017 SEP; 89:218-235.
- 13-SANTANA VKR., PEREIRA EF., BOTELHO KVG., ET AL. tratamento restaurador atraumático tra, o que é, indicações, contra indicações, protocolo clínico do tra, e como implantar esta técnica na rotina do cirurgião dentista. **ciências biológicas e de saúde unit** 2018 JULHO; 3(3): 33 -42.
- 14-SPEZZIA S., ET AL. cimento de ionômero de vidro: **revisão de literatura. journal of oral investigations.** 2017, jul.-dez; 6 (2):74-88.
- Vol.1, p. 373-379, 2011. **Revodonto bvsaludorg.** acesso em: 25 set. 2017. em 19 fev. 2017.

MÍNIMA INTERVENÇÃO PARA TRATAR LESÃO DE CÁRIE NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Aldo da Silva ZAMPIER¹, Angela Mendonça F. BICALHO², Maria Lúcia V. PETRUCCI² e Ana Paula DORNELLAS²

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

RESUMO

A cárie na infância é um desafio para a odontopediatria, pois a estética é uma preocupação muito importante, juntamente com a função e manutenção dos dentes, por isso é fundamental a reabilitação. O objetivo deste trabalho foi relatar o tratamento de cárie inicial na infância. Paciente, de 06 anos de idade, pardo, de sexo masculino, representado legalmente por responsáveis que o trouxeram à clínica universitária para restauração do dente cariado, cujo procedimento realizado foi uma restauração com a utilização de ionômero de vidro. Concluiu-se que a restauração parece ter sido indicada no intuito de evitar problemas maiores.

Palavras chave: Cárie. Odontopediatria. Reabilitação.

ABSTRACT

Childhood caries is a challenge for pediatric dentistry, as aesthetics is a very important concern, along with the function and maintenance of teeth, so rehabilitation is essential. The aim of this study was to report the treatment of early caries in childhood. 06-year-old, brown, male patient, legally represented by guardians who brought him to the university clinic for restoration of the decayed tooth, whose procedure performed, was a restoration using a glass ionometer. It was concluded that the restoration seems to have been indicated in order to avoid major problems.

Keywords: Caries. Childhood. Rehabilitation.

1 – Introdução

A cárie dentária é uma das doenças crônicas mais comuns da infância. Sua etiologia tem caráter multifatorial e envolve interações entre o substrato dental e os microrganismos do hospedeiro, que são modificados por outros fatores tais como tempo, composição e frequência da dieta, saliva (fluxo, composição e capacidade tampão), presença de flúor, condições socioeconômicas e hábitos comportamentais do indivíduo e do meio em que ele está inserido (BONINI et al., 2014).

Segundo Kawashita et al. (2011, s/p) "a cárie dental é considerada uma doença passível de prevenção, podendo a mesma ser paralisada e até mesmo potencialmente revertida quando detectada e controlada em seus estágios mais precoces."

Além dos fatores etiológicos supramencionados, muito se questiona acerca da associação entre aleitamento materno e a Cárie Precoce na Infância (CPI), que se caracteriza pela literatura como uma doença crônica e infecciosa, de etiologia multifatorial, também, e

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

^{*}Autor para correspondência: aldo.zampier@gmail.com

que é caracterizada pela presença de um ou mais dentes decíduos cariados (RIBEIRO et al., 2014).

ISSN: 2447-9721

Não existem evidências científicas que comprovem tal informação e, além disso, essa relação se torna mais complexa na medida em que outras variáveis, tais como introdução de sacarose na dieta do lactente, infecção precoce por *Streptococcus mutans* e condições sociais desfavoráveis tendem a gerar confusões sobre ela (LEMOS et al., 2012).

O presente trabalho, relata o caso de paciente, 6 anos de idade, que fora levado à clínica universitária por sua responsável, e após avaliação detectou-se cárie inicial no dente 46

2- Relato de caso

Considerações Éticas

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

Informações do Paciente

Paciente, 06 anos de idade, pardo, sexo masculino, por intermédio de seu responsável fora trazido à clínica universitária para a realização de restauração de dente com cárie.

Intervenção Terapêutica

Após avaliação, fora constatado dente cariado do paciente, conforme havia se queixado, cuja figura 1 demonstra.



Figura 1: Cárie diagnosticada no dente 46

Após diagnóstico, fora realizado o isolamento relativo e a secagem do dente, conforme vislumbra-se na Figura 2.

Figura 2: Realização de isolamento relativo e secagem do dente 46.

Em seguida, foi executada a manipulação do ionômero de vidro (civ) até a consistência especificada pelo fabricante.

Após realizada a manipulação, fora aplicado o cimento de ionômero de vidro na cavidade (Figura 3)



Figura 3: Aplicação do cimento de ionômero de vidro

Em seguida se aplicou vaselina liquida no dente, sendo comprimido o cimento manipulado, por aproximadamente 15 segundos, para que se tomasse presa (Figura 4)



Figura 4: Aplicação de vaselina

E, por fim, fora concluída a restauração e verificou-se a oclusão pós tratamento.



Figura 5: Resultado da restauração

3- Discussão

A cárie é uma doença infecciosa crônica, de etiologia multifatorial, resultante da aderência de uma bactéria específica que metaboliza o açúcar produzindo ácido, desmineralizando a superfície dentária originando uma lesão cariosa, sendo esta progressiva e mais comum na infância, tornando-se um problema grave para a saúde pública mundial (WAGGORNER et al., 2015).

De acordo com a literatura, a prevalência da cárie na infância é muito variada ao redor do mundo e, esta variação ocorre devido às diversas definições e critérios. Porém, a prevalência é maior em países subdesenvolvidos, onde a precariedade do atendimento e a escassez de insumos e informação ainda é um grande aliado, onde a classe social, baixa escolaridade e higiene bucal têm índice ainda elevado (GHAZAL et al., 2013).

A reabilitação de dentes acometidos com cárie precoce na infância é um grande desafio para a odontologia, mesmo com a tecnologia avançada e com as informações mais difundidas entre a população (ARANTES et al., 2009)

Porém, com a evolução dessas tecnologias as opções restauradoras aumentaram, fazendo com que os procedimentos sejam mais simplificados e mais céleres, por se tratar de crianças (CARNEIRO et al., 2015).

E, outro fator muito importante se desenha em nossa sociedade, que é a função estética, mesmo sendo em crianças pequenas. Mas a preocupação com dentes brancos e perfeitos é algo intrínseco às pessoas, podendo ocasionar, até mesmo, bullying nas escolas por conta da fuga do padrão, que é um aspecto relativamente novo, mas que já se encontra muito presente nos dias atuais (CASAGRANDE et al., 2013).

Diante disto, pode-se dizer que o presente se concluiu de forma satisfatória, utilizando de método tradicional para a restauração do dente e controlando a doença e, para que se iniba a proliferação ou novos acometimentos, todas as informações necessárias sobre cuidados, foram passados aos responsáveis.

4 - Conclusão

Conclui-se que em tratamento de reabilitação infantil, o planejamento é imprescindível para que se obtenha um excelente prognóstico e uma condição clínica satisfatória para realização do trabalho.

Referências Bibliográficas

1. ARANTES R, SANTOS RV, FRAZÃO P, COIMBRA JR CEA. Caries, genderandsocio-economic change in the Xavante Indians from Central Brazil. Ann of Hum Biol. 2009; 36(2):162-75.

ISSN: 2447-9721

- 2. BONINI, G. C. et al. **Rebilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância: relato de caso.** Rev. Assoc. Paul Cir Dent. 2014; 68(1):22-9
- 3. CARNEIRO, R. et al. Functional and esthetic alternatives for rehabilitation of severely injured anterior decíduos teeth. Arquivo Brasileiro de Odontologia/ PUC-MG. Belo Horizonte, v.1, n. 1, 2015.
- 4. CASAGRANDE, L. et al. Randomized clinical Trial of adhesive restorations in primary molars. Am J Dent. V. 26, n. 6. 2013.
- 5. GHAZAL, TSA. et al. **Prevalence, Incidence and Risk Factors for Early.** MS thesis. University of Iowa. 2013
- 6. KAWASHITA Y, KITAMURA M, SAITO T. **Early childhood caries.** Int J Dent. 2011 Jul;2011:725320
- 7. LEMOS LVFM, CORREIA MF, SPOLIDÓRIO DMP, MYAKI SI, ZUANON ACC. Cariogenicidade do leite materno: mito ou evidência científica. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2012 Abr-Jun;12(2):273-278.
- 8. RIBEIRO NME, RIBEIRO MAS. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. J Pediatr (Rio J). 2014 Nov;80(5 Supl):S199-S210.
- 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. WAGGONER, WF. et al. **Restoring primary anterior teeth: update for 2014.** Pediatt Dent. V. 37, n. 2. 2015

REFORÇO CORONÁRIO COM PINO DE FIBRA DE VIDRO: RELATO DE CASO

ISSN: 2447-9721

Amanda Souza CONCEIÇÃO¹, Elissa Almeida ROCHA², Renato Lenoir MARTINEZ², Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Vanessa Ferreira da SILVA²

1- Discente do Curso de Odontologia da Universidade Iguaçu - Campus V, Itaperuna - RJ, Brasil. 2- Docente do Curso de Odontologia da Universidade Iguaçu - Campus V, Itaperuna - RJ, Brasil. *Autor para correspondência: <u>170014054@aluno.unig.edu.br</u>

RESUMO

A técnica para retentor intrarradicular é um recurso usado na odontologia para dentes tratados endodonticamente, dando assim mais suporte a estrutura dentária. Mediante ao exposto, o objetivo desse trabalho foi relatar através de um caso clínico a confecção de pino de fibra de vidro em dente tratado endodonticamente com o intuito de reforçar a estrutura coronária remanescente para sua posterior reabilitação com a restauração com resina composta direta. Podemos concluir que os pinos de fibra de vidro intrarradiculares são uma ótima opção para prover essa função de resistência radicular, e além de serem estéticos, não precisam de opacificador e não sofrem corrosão, possibilitando uma reconstrução em resina composta direta, devolvendo assim a estética e a função do dente, uma opção rápida e sem custo elevado.

Palavras chave: Endodontia; Técnica para Retentor Intrarradicular; Restauração Dentária Permanente.

ABSTRACT

The technique for intraradicular retainer is a resource used in dentistry for endodontically treated teeth, thus giving more support to the dental structure. Based on the above, the objective of this study was to report, through a clinical case, the manufacture of fiberglass pins on endodontically treated teeth in order to reinforce the remaining coronary structure for later rehabilitation with restoration with direct composite resin. We can conclude that intraradicular fiberglass pins are a great option to provide this root resistance function, and in addition to being aesthetic, they do not need an opacifier and do not suffer corrosion, allowing a reconstruction in direct composite resin, thus returning the aesthetics and the function of the tooth, a quick and inexpensive option.

Keywords: Endodontics; Post and Core Technique; Dental Restoration, Permanent.

1 - Introdução

O sucesso e o fracasso de um tratamento endodôntico, são fatores que podem interferir na recuperação definitiva de um dente tratado endodonticamente e devem ser identificados e avaliados antes do tratamento restaurador (RODRIGUES et al., 2009).

Um grande desafio para a Odontologia, é restabelecer a forma, função e estética em dentes com extensa destruição coronária. Uma opção viável e uma solução rápida, sem custo

elevado e dispensando etapa laboratorial, são a utilização de pinos intrarradiculares de fibra de vidro e restauração com resina composta (MELO et al., 2015).

É importante o conhecimento da anatomia do canal radicular para a seleção do pino, dos tecidos dentários, possibilitando um desgaste racional da dentina, da oclusão, dos materiais e das técnicas restauradoras (MUNIZ et al., 2005).

O objetivo desse estudo foi relatar através de um caso clínico a confecção de pino de fibra de vidro em dente tratado endodonticamente com o intuito de reforçar a estrutura coronária remanescente para sua posterior reabilitação com a restauração em resina composta direta, devolvendo assim a estética e a função do dente.

2- Relato de caso

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

Paciente, 40 anos de idade, sexo feminino, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguaçu — Campus V — RJ, após tratamento endodôntico no dente 25, com a finalidade de reabilitação da estrutura coronária remanescente do dente relatado (figura 1), onde após exame clínico e radiográfico foi observado, havendo a necessidade de um reforço coronário prévio à restauração para o restabelecimento funcional e estético do dente.



Figura 1: Aspecto clínico inicial do dente 25 após finalização do tratamento endodôntico.

Sendo constatada através da radiografia periapical o tratamento endodôntico satisfatório, foi realizado a prévia seleção do o pino de fibra de vidro de acordo com as características do conduto radicular. Com o auxílio do raio-x periapical, também foi possível a determinação do comprimento de desobstrução seguindo a proporção de 2/3 do comprimento da raiz, deixando assim um remanescente endodôntico de 4mm, e também do diâmetro do canal, sendo de 1/3 do diâmetro da raiz em média.

Após a seleção do pino de fibra de vidro foi feito o isolamento absoluto com arco de Young, lençol de borracha e grampo 209, e logo após seguiu-se com a remoção de todo material provisório com auxílio de uma ponta diamantada 1014 montada em alta rotação (Figura 2).



Figura 2: Dente 25 com isolamento absoluto após remoção do material restaurador provisório.

A desobstrução do canal palatino foi até o limite estabelecido de 16 mm a qual foi realizada com caneta de baixa rotação no sentido horário e brocas de Gates Glidden nº. 1, 2 e 3 (CA Maillefer - Dentsply) respectivamente com movimentos suaves de penetração, seguidas das brocas de Largo nº1 e 2 (Figura 3).



Figura 3: Desobstrução do conduto palatino.

Após a remoção do material obturador (Figura 4), irrigação com soro fisiológico do conduto radicular e secagem com jato de ar e cone de papel absorvente, foi realizada a prova do pino de fibra de vidro (Figura 5).



Figura 4: Aspecto do dente 25 após desobstrução do canal palatino.



Figura 5: Prova do pino de fibra de vidra no conduto desobstruído.

Com o pino de fibra selecionado de acordo com a adaptação correta no canal radicular, fez-se o condicionamento da estrutura dentária com ácido fosfórico 37% (AllPrime) por 30 segundos (figura 6), lavagem abundante com água, secagem com pontas de papel absorventes, aplicação do adesivo autocondicionante (Ambar FGM) sem fotopolimeração.



Figura 6: Condicionamento da estrutura dental com ácido fosfórico 37%.

Em seguida, o pino de fibra de vidro (Whitepost, FGM) também foi condicionado com aplicação de ácido fosfórico a 37% por 30 segundos, lavagem com água e secagem com jato de ar, aplicação do Silano (Villevie) por 1 minuto, secagem com leve jato de ar por 5 segundos, aplicação do adesivo autocondicionante (Ambar FGM) com auxílio de microbrush, também sem fotopolimerização nesse momento.

A partir do preparo do pino e do dente acima descritos foi feita a cimentação do pino bem adaptado ao canal radicular com o cimento resinoso dual (Allcem Core A2 FGM) (Figura 7), seguida da fotopolimerização por 40 segundos em cada face. Na sequência foi feito o corte do pino no limite demarcado com a ponta diamantada 2200, e seguiu-se para a finalização com a restauração direta definitiva em resina composta.

ISSN: 2447-9721



Figura 7: Cimentação do pino de fibra de vidro com cimento resinoso dual.

3- Discussão

A principal função dos pinos intrarradiculares é a retenção do material restaurador coronário e são uma opção de escolha quando há ainda algum remanescente coronário, servindo então como retentores para o núcleo de preenchimento (BARBOSA et al., 2016).

Para sucesso clínico dos pinos, alguns protocolos devem ser seguidos de maneira criteriosa e a escolha do retentor para cada caso deve ser baseada sempre em consideração à anatomia do canal radicular, posição do dente na arcada, padrão de oclusão do paciente, remanescente dentário (BARBOSA et al., 2016), o que foi seguido para a escolha e confecção do plano de tratamento desse relato de caso.

Em relação a técnica do pino de fibra de vidro em si, é necessário fazer o condicionamento com o ácido para remover a lama dentinária ou smear layer e promover melhores condições para a penetração do sistema adesivo e favorecer uma melhor adesão e formação da camada híbrida (CONCEIÇÃO et al., 2004), assim como a escolha do cimento dual para esses casos são os aconselhados, pois apresentam vantagens em comparação à outros cimentos tais como: baixa solubilidade em fluido oral, reforço à estrutura dental remanescente (SILVEIRA et al., 2011).

As vantagens dos pinos de fibra de vidro intrarradiculares são o desgaste mais conservador, sem etapas laboratoriais e moldagens, sessão clínica única, baixo módulo de elasticidade, o que diminui as tensões sobre a porção radicular evitando a formação de trincas e fraturas (MELO et al., 2015), fato pelo qual foi o retentor intrarradicular selecionado para esse trabalho.

4- Conclusão

Dentes endodonticamente tratados e com algum remanescente coronário, necessitam de um reforço intrarradicular e os pinos de fibra de vidro intrarradiculares são uma ótima opção para prover essa função de resistência radicular, e além de serem estéticos, não precisam de opacificador e não sofrem corrosão, possibilitando uma reconstrução em resina composta direta, devolvendo assim a estética e a função do dente, uma opção rápida e sem custo elevado.

Referências Bibliográficas:

1. ABREU R., SCHNEIDER, M., & AROSSI, I. A. Reconstrução anterior em resina composta associada a pino de fibra de vidro: relato de caso. **Revista Brasileira de Odontologia.** Vol. 70, n.2, pp. 156-159, 2013.

ISSN: 2447-9721

- 2. BARBOSA I. F., BARRETO, B. C. T., COELHO, M. D. O., PEREIRA, G. D. D. S., & DE CARVALHO, Z. M. C. (2016). Pinos de fibra: revisão da literatura. **Revista UNINGÁ Review**. Vol. 28, n. 1, 2016.
- 3. BELTRÃO, M.C. G. Influência Da Transfixação Horizontal Por Um Pino De Fibra De Vidro Na Resistência À Fratura De Molares Endodonticamente Tratados. **Tese** (**Programa de Mestrado em Odontologia**). **Faculdade de Odontologia**, **Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul**. 2007.
- CARVALHO, Â. M. G., RENNER, S. H., ALMEIDA, J. V. D., MONDELLI, R. F. L., & VALERA, R. C. Análise crítica dos pinos intraradiculares de cerâmica, fibra de carbono e fibra de vidro. JBD, Rev. Íbero-Am. Odontol. Estét. Dent. Oper. 37-46, 2005.
- CONCEIÇÃO, A. A. B., CONCEIÇÃO, E. N., BRAZ, R., FERREIRA, E., & DANTAS, D. C. R. E. Influência do sistema adesivo na retenção de pinos de fibras de vidro. RGO (Porto Alegre). 58-61, 2006.
- 6. DO NASCIMENTO COSTA, F. A., DE ARAÚJO CRUZ, J. H., DE SÁ, E. T. F., PALMEIRA, J. T., PONTES, N. G., DE OLIVEIRA, B. F., ... & JUNIOR, E. C. F. Restauração estética com pino de fibra de vidro e resina composta: relato de caso clínico. **Research, Society and Development**. Vol. *9* n.7, p. e810974899e810974899, 2020.
- 7. FERREIRA, M. B. D. C., CARLINI-JÚNIOR, B., SILVA-SOUZA, Y. T., GOMES, É. A., & SPAZZIN, A. O. Pino de fibra de vidro anatômico: relato de caso. **Journal of Oral Investigations**. Vol. 7 n.1, p. 52-61, 2018.
- 8. 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. Reconstrução de dentes severamente destruídos com pino de fibra de vidro. **Odontologia ClínicoCientífica (Online).** Vol. 14 n. 3, p. 725 728. 2015.
- 9. MORO, M. AGOSTINHO, A. M., MATSUMOTO, W. Núcleos metálicos fundidos x pinos pré-fabricados. **Revista Íbero-americana de Prótese Clínica & Laboratical**. Vol. 7, n. 36, 2010.
- 10. PESSOA, V. L. R., DE MELO MONTEIRO, G. Q., DE OLIVEIRA, N. G., & ESPÍNDOLA-CASTRO, L. F. Desgaste dentinário seletivo associado à pino de fibra de vidro. **Revista Ciência Plural**. Vol.5 n. 3, p.132-142, 2019.
- 11. MUNIZ, L., GÓES, C. F., OLIVEIRA, A. C. P. C., MATHIAS, P., BEZERRA, R. B., & FONTES, C. M. Restaurações diretas associadas a pinos de fibra de vidro em dentes fraturados. Relato de caso clínico. **Rev Dental Press Estét**. Vol. 2 n. 3, p. 45-57, 2005.
- 12. RILEY DS., et al.Guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **JClin Epidemiol**. Vol. 89, p. 218-235, 2017.
- 13. SILVEIRA, O. C., Silva, R. B., DAMETTO, F. R., MACHADO, C. T., SANTOS, A. J. S., & CAVALCANTI, A. L. Efeito do tipo de cimento na resistência à extrusão de pino de fibra de vidro. **Revista Eletrônica de Materiais e Processos**.Vol.6 n.1, p. 28-34, 2011.