

[2023]

Cadernos de Pesquisa Campus V



Universidade Iguçu – *Campus V.*

Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil.

Vol. 10; Nº. 1.

Janeiro de 2023.

APRESENTAÇÃO

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

CONSELHO EDITORIAL

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

SECRETÁRIA E EXPEDIENTE

Sissa Rezende Gazal
Tel: (22) 3823-4028
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

EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR: RELATO DE CASO.....	5
CLAREAMENTO DENTAL: RELATO DE CASO	10
GENGIVOPLASTIA: RELATO DE CASO	17
EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR SEMI INCLUSO - RELATO DE CASO	24
RETENÇÃO PROLONGADA EM DENTES DECÍDUOS: INTERVENÇÃO EM PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE CASO-.....	31
CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA: REGULARIZAÇÃO DE REBORDO ALVEOLAR RELATO DE CASO-38	
DIVULGAÇÃO DE CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS SOBRE DISPLASIA DO ECTODERMA EM REDES SOCIAIS: RELATO DE CASO-.....	47
CONFECÇÃO DE RESTAURAÇÃO DIRETA - INDIRETA EM DENTES POSTERIORES: RELATO DE CASO.....	56
AUMENTO DE COROA CLÍNICA PARA CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL: RELATO DE CASO..	64
CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL: RELATO DE CASO.....	72
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM INCISIVO CENTRAL SUPERIOR FRATURADO: RELATO DE CASO..	79
USO DA TELEORIENTAÇÃO PARA MANEJO EM PACIENTE COM NECROSE PULPAR- RELATO DE CASO..	90
FECHAMENTO DE DIASTEMA COM FACETA DIRETA COM RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO-.	99
REABILITAÇÃO FUNCIONAL COM USO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL: RELATO DE CASO..	108
FRENOTOMIA LINGUAL: RELATO DE CASO	113
FACETA DIRETA DE RESINA COMPOSTA EM DENTE ESCURECIDO:RELATO DE CASO.....	118
REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL IMEDIATA SUPERIOR: RELATO DE CASO	126
REABILITAÇÃO BUCAL: RELATO DE CASO	130
MICROABRASÃO EM DENTES COM MANCHAS BRANCAS: RELATO DE CASO	136
DISPOSITIVO PARA ADEQUAÇÃO CORPORAL DE PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS: RELATO DE CASO	142
RESTAURAÇÃO SEMI DIRETA EM MOLAR: RELATO DE CASO.....	150
DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE FRENECTOMIA COMO AÇÃO PRÉVIA PARA O TRATAMENTO DE DIASTEMA: RELATO DE CASO	158

EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR: RELATO DE CASO

Anna Helena Lopes Botelho de Amorim CRUZ¹, Samela Maria da Silva DONATO¹
Michele Dias Xavier Von HELD¹, José Alberto Chiarelo TINOCO² José Luiz
MIQUILITO²

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

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

*Autor para correspondência: ah.botelho@hotmail.com

RESUMO

Sabemos que a exodontia de sisos inferiores é a cirurgia mais comum em consultórios odontológicos realizados por dentistas e buco-maxilo-facial. Baseado no exposto, esse estudo objetivou relatar as condutas necessárias para exodontia de terceiro molar. A cirurgia de remoção de siso mostra como tratamento eficaz tanto como pré-operatório quanto o pós-operatório. Paciente 23 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu Campus-V de Itaperuna queixando-se de dor na região posterior inferior. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato, o que faz concluir que a exodontia de terceiro molar parece ser eficaz para o tratamento e melhor satisfação do paciente.

Palavras-chaves: Exodontia; Dente Serotino; Extração de dente

ABSTRACT

We know that the extraction of lower wisdom teeth is the most common surgery in dental offices performed by dentists and oral and maxillofacial. Based on the above, this study aimed to report the necessary procedures for third molar extraction. Details of the patient that wisdom tooth removal surgery shows as effective treatment both as pre-op and post-op. A 23-year-old female patient, Caucasian, attended the dental clinic of the Universidade Iguazu Campus-V de Itaperuna complaining of pain in the lower posterior region. His medical history did not present any type of systemic alteration that is relevant to this report, which leads to the conclusion that third molar extraction seems to be effective for treatment and better patient satisfaction.

Key words: Surgery; Oral Molar, Third; Tooth Extraction

1- INTRODUÇÃO

Os terceiros molares são dentes que possui formatos anômalos, que apresentam diversas possibilidades de formas, tamanho e raízes. Sua permanência ou não na cavidade bucal depende principalmente de espaço suficiente para completa erupção.¹

A necessidade de se indicar ou não a remoção de um dente incluso ou impactado na clínica odontológica é diária, e vários aspectos devem ser analisados como a idade do paciente, sua condição sistêmica, proximidade de estrutura nobres e o grau de dificuldade na exodontia.²

Verificando-se dessa forma o benefício para realização do procedimento. A relação com estruturas anatômicas importantes faz com que a cirurgia dos terceiros molares deva ser muito bem planejada e realizada de forma que as mesmas não sejam lesionadas.³ O cirurgião-dentista deve ter amplo conhecimento da anatomia da região operada e dos princípios de cirurgia, evitando dessa forma acidentes e complicações no transoperatório e pós-operatório.⁴

Baseado no exposto, o objetivo deste estudo foi relatar as condutas necessárias para exodontia de terceiro molar.⁵

2- RELATO DE CASO

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁶ A paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e esclarecido. Paciente, 23 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu a clínica integrada odontológica da Universidade Iguazu Campus-V de Itaperuna queixando-se de dor na região posterior inferior. Sua histórica médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

Ao exame radiográfico solicitado a paciente apresentou a presença do elemento 48 disto angulado sob capuz gengival

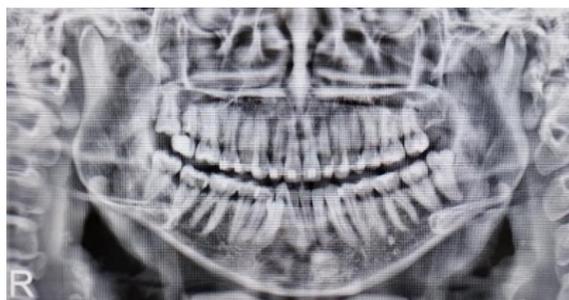


Figura 1: Radiografia panorâmica da paciente revelando a presença do elemento 48 distoangulado sob capuz gengival.



Figura 2: Terceiro molar sob capuz gengival

Iniciamos o procedimento com o preparo da mesa cirúrgica (Figura 3A). Seguimos com antissepsia intraoral realizando o bochecho com clorexidina 0,12% sem álcool, com auxílio de uma pinça Allis e gaze estéril foi realizada antissepsia extraoral, com clorexidina 2%, logo após foi realizado anestesia do nervo alveolar inferior, bloqueio do nervo bucal e isquemia ao redor do elemento com solução anestésica de lidocaína com adrenalina a 2% utilizando agulha longa (Figura 3B). Em seguida foi realizado a diérese do local com a lâmina de bisturi reta inserida na oclusal do elemento para incisão (Figura 3C).

**FIGURA 3A: Foto da mesa - 3B: bloqueio do nervo alveolar inferior- 3C: retalho oclusal**

Iniciando com o descolamento na região do tecido mucoso com o descolador de molt na área distal, palatina e mesial para melhor remoção, após o descolamento total o elemento foi exposto com mais facilidade fazendo a remoção com o fórceps 16 (Figura 4).

**Figura 4: Descolamento final do retalho do elemento 48**

Em seguida o elemento foi extraído e foi realizado a irrigação no alvéolo com soro fisiológico 0,9% e depois foi dado início de sutura com fio não absorvível utilizando a técnica do ponto X para auxiliar na hemostasia (FIGURA 5). Finalizando a cirurgia foi prescrita antibiótico terapia amoxicilina de 500mg de 8 em 8 horas por 7 dias; nimesulida

de 100mg 2 comprimidos ao dia por 5 dias e em caso de dor dipirona de 1gm de 6 em 6 horas.



Figura 5A:remoção do dente 48-5B:irrigação com soro fisiológico 5C:Sutura finalizada.

3- DISCUSSÃO

Baseado no estudo de Bartuli et al. (2013)⁷ nos proporciona a investigar se seria possível realizar exodontia de um terceiro molar utilizando a técnica de osteostomia e o principal resultado foi a remoção de terceiro molar para melhor conforto do paciente.

Estudos preconizam o uso da técnica de piezoelétrica que pode ser utilizado para extrações de terceiro molar que pode gerar menos danos e complicações. Entretanto a técnica de osteostomia utilizado nesse estudo apresenta-se como uma solução mais viável e rápida.⁸

Durante a exodontia de terceiros molares, faz-se necessário, em alguns casos, a execução de técnicas como a odontosecção e osteotomia, para possibilitar a luxação e exérese desses elementos utilizando peças de mão convencionais e rotativos cortantes. Já o piezocirurgia é uma técnica mais demorada quando é comparada com o instrumento rotativo convencional, devido ao lento corte micrométrico, levando mais tempo para concluir a osteotomia e odontosecção, além de ser uma técnica mais cara que a convencional.⁹

As técnicas de sutura dividem-se em dois tipos: as suturas interrompidas e as suturas contínuas, sendo que as primeiras permitem uma melhor adaptação dos bordos da ferida cirúrgica e um risco de deiscência menor comparativamente às suturas contínuas, isto porque a falta de uma única sutura não leva a que a linha inteira de sutura se separe, sendo possível manter a ferida fechada.¹⁰

A dor mais severa manifesta-se durante as primeiras 3 a 5 horas depois da exodontia, e tem tendência a diminuir durante os dias seguintes, prolongando-se

durante cerca de uma semana. O ibuprofeno e a sua combinação com paracetamol devem ser a primeira opção para a diminuição da dor após a exodontia, mas os estudos recentes sugerem a utilização de terapia a laser de baixo nível, comprovando que a laserterapia é eficaz na diminuição da intensidade da dor posteriormente à remoção dos terceiros molares inclusos, podendo ser utilizada para aliviar os sintomas pós-operatórios dos pacientes.⁹ Apesar dos bons resultados obtido nesse estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.¹¹

4- Conclusão

Conclui-se que a exodontia de terceiro molar parece ser eficaz para o tratamento e melhor satisfação do paciente.

Referências Bibliográficas:

- 1- Figún, M.R.Garino, R.R. Anatomia Odontológica Funcional e Aplicada. São Paulo: Médica Panamericana, 2003
- 2- Ness, G.M., Peterson, L.J. Princípio de cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson: Dentes Impactados, Cap.8, v.1,2. Ed.São Paulo: Ed. Santos 2008.
- 3- Medeiros, P.J. Cirurgia dos dentes inclusos, São Paulo: ed.Santos, 2003.
- 4- Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol, v.89, p.218-235, 2017.
- 5- Osunde, O., Saheeb, B., & Adebola, R. (2011). Comparative Study of Effect of Single and Multiple Suture Techniques on Inflammatory Complications After Third Molar Surgery. J Oral Maxillofac Surg, 69, 971-976.
- 6- Oliveira, J. (2015). Estudo comparativo de diferentes técnicas de sutura após a extração de terceiros molares inferiores inclusos e semi inclusos [Tese de mestrado em Medicina Dentária]. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.
- 7- Antunes, H. D. (2014). Complicações Associadas à Extração de Terceiros Molares Inclusos. 1-64
- 8- Barreiro-Torres, J., Diniz-Freitas, M., Lago-Méndez, L., Gude-Sampedro, F., Gándara-Rey, J.-M., & García-García, A. (2010). Evaluation of the surgical difficulty in lower third molar extraction. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 15(6), 869-874. doi:10.4317/medoral.15.e869
- 9- Eshghpour, M., Ahrari, F., & Takallu, M. (2016). Is low level laser therapy effective in management of pain and swelling after mandibular third molar surgery. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 74(7), 1-21. doi: 10.1016/j.joms.2016.02.030
- 10- Escoda, C. G., Santos, L. G., Torres, A. S., & Vilas, J. M. (2015). Effect of the suture technique on postoperative pain, swelling and trismus after removal of lower third molars: A randomized clinical trial. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 20(3), 372-377. doi:10.4317/medoral.20307

CLAREAMENTO DENTAL: RELATO DE CASO

Jéssica PAIVA¹; Elissa Almeida ROCHA², Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Kleber Pontes FIGUEIREDO², Bruno INÁCIO²

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

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

*Autor para correspondência: jessica_silvap05@hotmail.com

RESUMO

A busca por um sorriso mais bonito e harmônico é cada vez mais comum, sendo o clareamento dental um dos procedimentos mais buscados pelos pacientes. A estética dental possui influência na autoestima e no convívio social muitas vezes sendo a chave para um sorriso mais espontâneo e satisfeito. O objetivo do trabalho é relatar o caso da paciente, que insatisfeita com a aparência do sorriso, procurou a clínica universitária odontológica da UNIG para a realização do procedimento de clareamento dental. Demonstrar através do caso clínico que a técnica de clareamento dental de consultório foi eficaz na reabilitação estética de dentes com alteração de cor.

Palavras chave: Clareamento. Estética. Odontologia.

ABSTRACT

The search for a more beautiful and harmonious smile is increasingly common, and tooth whitening is one of the most sought after procedures by patients. Dental aesthetics have an influence on self-esteem and social interaction, often being the key to a more spontaneous and satisfied smile. The objective of this study is to report the case of the patient, who, dissatisfied with the appearance of the smile, sought the university dental clinic of UNIG to perform the dental whitening procedure. To demonstrate through the clinical case that the dental whitening technique of office was effective in the aesthetic rehabilitation of teeth with color alteration.

Keywords: Whitening. Aesthetics. Dentistry.

1 – INTRODUÇÃO

Há décadas considerava-se função básica dos dentistas os tratamentos restauradores, esta função está sendo revista atualmente. Conforme a diminuição dos índices de lesão cariosa e a acuidade de que a estética dental possui influência na autoestima e no convívio social, o direcionamento é voltado a odontologia estética¹.

Quando se utiliza dos atuais padrões de beleza, o sorriso tem grande relevância, e tem sido visto por muitos, como um meio de comunicação interativa de grande

importância na sociedade. Assim sendo, dentes escuros e amarelados são o motivo de maior insatisfação em relação à estética dental, e torna o clareamento o procedimento estético mais procurado na odontologia².

O clareamento dental é um tratamento cosmético muito solicitado nos consultórios odontológicos, devido ao grande apelo na parte estética, por dentes brancos e bem alinhados. Em dentes amarelados, como no caso em que se relata este trabalho, o clareamento externo é o mais indicado, por ser um tratamento cujo procedimento é simples, de baixo custo e eficiente a curto prazo³, porém, podem ocorrer efeitos deletérios para os dentes e suas estruturas de suporte, como, por exemplo, a reabsorção, sendo esta, a mais grave descrita pela literatura⁴.

Baseados no exposto, o objetivo deste estudo foi relatar o que é clareamento dental, com específicos direcionamentos: descrever os tipos de técnicas e como são realizadas, e relatar os pontos positivos e negativos do clareamento dental.

2– RELATO DE CASO

Considerações Éticas:

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

Informações do paciente:

Paciente, 25 anos de idade, sexo feminino, compareceu a clínica odontológica Unig Campus 5. Queixou-se de desconforto com a estética de todos os dentes, relatou que estavam amarelados e a incomodava.

Intervenção terapêutica:

Antes de iniciar o procedimento foi montada a mesa com todos os equipamentos e materiais necessários para a realização do mesmo (Figura 1).

mesial do elemento 26 e da mesial do elemento 36 a mesial do elemento 46. E a aplicação do dessensibilizante por 10 minutos. (Figura 4).



Figura 4: Barreira gengival fotopolimerizada e dessensibilizante 10 min. Fonte: Autoria própria

Em seguida aplicou-se a mistura com o peróxido de hidrogênio 35% e espessante, na proporção de 3 gotas de espessante para 9 gotas de peróxido de hidrogênio e fotopolimerizando por duas vezes totalizando 2 aplicações (Figura 5).



Figura 5: Aplicação do peróxido de hidrogênio 35%. Fonte: Autoria própria

O material utilizado e a barreira gengival foram removidos com sugador cirúrgico (Figura 6).



Figura 6: Remoção do gel clareador. Fonte: Autoria própria

Após a realização de 2 sessões com 2 aplicações em cada, fotografou o resultado final. Para melhor estabilização, a paciente realizou também o clareamento caseiro com peróxido de carbamida 16% por 20 dias. (Figura 7).



Figura 7: Aspecto final. Fonte: Autoria própria

3 – DISCUSSÃO

Baseados no estudo de referência Franci et al., 2018 nos propomos a investigar se seria possível fazer clareamento dental de consultório utilizando peróxido de hidrogênio de 35%. E o principal resultado foi dentes mais brancos devolvendo estética e satisfação ao paciente. A odontologia estética se desenvolveu e inovou consideravelmente nos últimos anos na busca de técnicas para melhorar a aparência dos dentes. Com isso, houve um grande avanço tecnológico na área de materiais restauradores estéticos e adesivos e de técnicas menos invasivas que requerem menor desgaste dental, e o surgimento e a consagração de técnicas extremamente conservadoras como o clareamento dental⁶.

A técnica do clareamento dental para aperfeiçoar a estética dos dentes aumentou apenas depois da inserção do sistema de clareamento caseiro, em 1990. Esta técnica mostra-se de fácil aplicação, baixo custo, disponibilidade para todas as classes, segurança dos materiais utilizados, alta porcentagem de procedimentos bem sucedidos. Os agentes clareadores mais utilizados para a descoloração do dente são: peróxido de carbamida e peróxido de hidrogênio. Quando utilizados, esses agentes agem nos tecidos dentais, conseguindo oxigenar as substâncias corantes que são absorvidas pelos tecidos dos dentes⁷.

A busca de um sorriso harmônico sem alterações cromáticas contrastantes tem sido buscada pelos pacientes. Fatores locais, sistêmicos e iatrogênicos podem levar ao escurecimento dental localizado ou generalizado, o escurecimento coronário pós-tratamento endodôntico, em sua maior parte, provocada por iatrogenias⁸. Para o efetivo sucesso no tratamento clareador intracoronal, os dentes devem sofrer uma adequada seleção. A existência de um tratamento endodôntico que exiba evidências clínicas e radiográficas de sucesso, a observância das condições clínicas da coroa, a análise do tipo de impregnação, do tempo de escurecimento e da idade do paciente devem ser consideradas com critério e cautela⁹.

O clareamento dental é um procedimento odontológico procurado por muitos pacientes que almejam um sorriso branco e harmônico¹⁰, onde em elementos dentários amarelados, o clareamento externo é mais indicado por ser um procedimento relativamente simples, de custo favorável, pouco invasivo e muito eficiente¹¹.

Apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isto, sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4 - CONCLUSÃO

Conclui-se que a técnica de clareamento dental de consultório com Peróxido de Hidrogênio 35% foi eficaz com resultado satisfatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badole, G. P., Warhadpande, M. M., Bahadure, R. N., & Badole, S. G. (2013). Aesthetic rehabilitation of discoloured nonvital anterior tooth with carbamide peroxide bleaching: Case series. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 7(12), 3073.
2. de Souza, C. R., Augusto, C. R., de Aquino, E. P., da Cunha Alves, J., Pires, R. P., & Venâncio, G. N. (2017). Reabilitação estética de dente anterior escurecido: relato de caso. *Archives of health investigation*, 6(8).
3. Leite, T. C., & Dias, K. R. H. C. (2011). Efeitos dos agentes clareadores sobre a polpa dental: revisão de literatura. *Revista brasileira de Odontologia*, 67(2), 203.
4. de MIRANDA, E. A., KLEMPA, H. L., & PEREIRA, J. L. N. (2011). CLAREAMENTO INTERNO EM DENTES NÃO VITAIS-UMA ALTERNATIVA A TRATAMENTOS RESTAURADORES INVASIVOS: RELATO DE CASO. *DENS*, 19(2).
5. Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., ... & Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218-235.
6. Francci, C., Marson, F. C., Briso, A. L. F., & Gomes, M. N. (2018). Clareamento dental: técnicas e conceitos atuais:[revisão]. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, 78-89.
7. Barbosa, D. C., Ceretta, L. B., Ceretta, R. A., & Simões, P. W. (2015). Estudo comparativo entre as técnicas de clareamento dental em consultório e clareamento dental caseiro supervisionado em dentes vitais: uma revisão de literatura. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 27(3), 244-252.
8. Costa, C. A. D. S., Ribeiro, A. P. D., & Sacono, N. T. (2010). Clareamento dentário: princípios e efeitos biológicos:[revisão]. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, 68-77.
9. de Campos, E. A., Gonzaga, C. C., & Baratto-Filho, F. (2021). Repercussões endodônticas dos procedimentos clareadores. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 8(2), e21-e32.

10. Menezes Filho, P. F., Lopes, S. R. P., Coêlho, M. C. D. A., Nogueira, L. R. G. D. C., & Oertli, D. C. B. (2007). Comparação da resistência radicular à fratura empregando três tipos de retentores intra-radiculares. *Odontol. clín.-cient*, 71-77.,
11. Rodrigues, E., Panzarini, S. R., & Pedrini, D. (2006). Clareamento dentário após traumatismo dento-alveolar. *RGO (Porto Alegre)*, 379-383.

GENGIVOPLASTIA: RELATO DE CASO

Luís Felipe Tinoco de Oliveira AZEVEDO¹; Aline Manhães PESSANHA², José Luiz MIQUILITO², Diogo Elias MIQUILITO², Sarah Saraiva SORRENTINO²

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

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

*Autor para correspondência. luisfelipetinoco@hotmail.com

RESUMO

O procedimento de gengivoplastia consiste basicamente na intervenção cirúrgica com o intuito de reduzir a exposição gengival exagerada ao sorrir, que por vezes afeta a estética do sorriso, tornando o procedimento recomendável, por se tratar de uma cirurgia que irá remodelar a gengiva do indivíduo de maneira a tornar a região mais harmônica esteticamente. É um procedimento considerado estético e os resultados são imediatos após sua realização. Este trabalho tem como principal objetivo discutir sobre a necessidade de realização de gengivoplastia, apresentando a técnica e o relato de caso, como forma de apresentar a relevância da realização da cirurgia como meio de correção estética. No relato de caso, uma paciente de 32 anos procurou a clínica da UNIG para relatar sua insatisfação com a aparência da área gengival, e após a realização dos exames clínicos foi possível verificar que a paciente poderia se submeter a gengivoplastia, sendo realizado o procedimento, sendo possível verificar que após o procedimento, a estética da cavidade bucal da paciente melhorou consideravelmente com a redução da área gengival dela.

Palavras- Chave: Gengivoplastia; Estética; sorriso gengival

ABSTRACT

The gingivoplasty procedure basically consists of surgical intervention with the aim of reducing exaggerated gingival exposure when smiling, which sometimes affects the aesthetics of the smile, making the procedure recommendable, as it is a surgery that will remodel the individual's gums in a to make the region aesthetically more harmonic. It is a procedure considered aesthetic and the results are immediate after its performance. The main objective of this work is to discuss the need to perform gingivoplasty, presenting the technique and the case report, as a way of presenting the relevance of performing the surgery as a means of aesthetic correction. In the case report, a 32-year-old patient sought the UNIG clinic to report her dissatisfaction with the appearance of the gingival area, and after carrying out the clinical examinations, it was possible to verify that the patient could undergo gingivoplasty, and the procedure was performed. it was possible to verify that after the procedure, the aesthetics of the patient's oral cavity improved considerably with the reduction of her gingival area.

Key-words: Gingivoplasty; Aesthetics; Gingival Area.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de técnicas que tenham como objetivo a saúde periodontal e até mesmo a melhoria estética do sorriso, se trata de uma necessidade válida no que diz respeito a satisfação e a melhora da qualidade de vida do paciente, levando em consideração que o formato do sorriso do paciente se apresenta como um dos fatores relativos a autoestima de uma pessoa¹.

A gengivoplastia se caracteriza como um procedimento de cirurgia plástica periodontal, com o objetivo de melhorar a harmonia do sorriso de um indivíduo, o que é realizado através do desenvolvimento de uma cirurgia de gengivoplastia, que irá remodelar a área em questão².

A realização da gengivoplastia é desenvolvida com o uso de bisturi, sendo necessário que uma incisão seja realizada para que o tecido gengival seja devidamente deslocado do osso, e sejam feitos os devidos procedimentos na estrutura óssea do paciente, e após a realização dos procedimentos, é realizado o posicionamento das gengivas e a sutura da região³.

Levando em consideração o que foi explicitado, este trabalho tem como principal objetivo apresentar uma cirurgia de gengivoplastia, promovendo uma discussão a respeito dos resultados que forem apresentados, proporcionando uma análise sobre o procedimento cirúrgico e os resultados que estão associados a ele.

2– RELATO DE CASO

Considerações Éticas: A descrição completa do relato de caso foi fundamentada a partir do CARE guideline⁴. No que se refere ao Comitê de Ética da UNIG – CAMPUS V, instituição em que houve atendimento ao paciente, dispensa a submissão para a aprovação, por se tratar de estudo de caso clínico. O paciente assinou e está de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.

Informações do Paciente:

A paciente, na data do procedimento, tinha 32 anos de idade, sexo feminino, foi à clínica de odontologia da UNIG (Campus V) queixando-se que “sua gengiva fazia com que seu sorriso estivesse desarmônico”.

Achados clínicos

Foi realizada uma sondagem periodontal, sendo constatado a necessidade de realização de gengivoplastia para correção da margem gengival que estava sem harmonia (Figura 1).



Figura 1: Sorriso da paciente. Fonte: Autoria própria.

O exame físico foi realizado com a utilização de sonda milimetrada da OMS Golgran (Figura 2), constatando saúde periodontal.



Figura 2: Sonda milimetrada. Fonte: Autoria própria.

Após a realização da sondagem periodontal (Figura 3) foi verificada a necessidade de se realizar uma gengivoplastia.



Figura 3: Aparência da arcada dentária da paciente antes da gengivoplastia. Fonte: Autoria própria.

Intervenção terapêutica

Primeiramente a paciente foi devidamente preparada para assepsia intraoral com clorexidina 0,12% e extra oral com clorexidina 0,2 %.

Após, foi aplicado dois tubetes de lidocaína a 2% na região em que a cirurgia seria realizada (Figura 4) sendo realizada a técnica anestésica infiltrativa terminal, com o intuito de desenvolver o bloqueio anestésico.



Figura 4: Bloqueio anestésico na região da cirurgia. Fonte: Autoria própria.

Após a anestesia, foi realizado o a marcação dos pontos sangrantes na gengiva com a sonda milimetrada. A incisão em bisel interno com lâmina 15C (SwannMorton, Inglaterra) e com a Cureta de Gracey 5-6 o excesso gengival foi devidamente removido. Após, foi realizada um retalho para verificação da necessidade de osteotomia. (Figura 5).



Figura 5: retalho periodontal. Fonte: Autoria própria.

Após a cirurgia, nota-se uma melhora considerável na aparência e harmonia do sorriso da paciente (Figura 6).



Figura 6: Resultado pós-operatório imediato. Fonte: Autoria própria.

Foi prescrito à paciente o uso de dipirona de 1g em caso de dor.

A paciente foi orientada a realizar os devidos cuidados pós-operatórios, sendo evidenciada a importância deste cuidado como forma de se evitar infecções e possíveis complicações, além disso, de acordo com o relato da paciente foi possível verificar que em pouco mais de 24 horas não havia indícios de desconforto na região em que o procedimento foi realizado.

3- DISCUSSÃO

A gengivoplastia, é um procedimento cirúrgico que tem como objetivo remover o excesso de tecido gengival do paciente, e para que seja possível seu desenvolvimento, é necessário que o indivíduo esteja com a área gengival saudável, pois em casos em que há evidência de periodontite, o procedimento não pode ser realizado⁵. No relato de caso apresentado, a paciente se mostrou apta a realização do procedimento, levando em consideração que ela possuía saúde periodontal, a qualificando para o desenvolvimento da cirurgia de gengivoplastia.

A realização de uma gengivoplastia é indicada quando existe por parte do paciente, insatisfação com relação ao formato do sorriso que ele possui, levando em consideração que o excesso da área gengival e/ou uma gengiva assimétrica, potencialmente pode gerar prejuízos à autoestima de uma pessoa, fazendo com que o

procedimento cirúrgico se apresente como uma forma eficaz para resolução da demanda do paciente, e por se caracterizar como um procedimento de caráter permanente⁶.

Para o desenvolvimento de uma gengivoplastia, é necessário que inicialmente seja realizado o bloqueio anestésico da área em que o procedimento irá se desenvolver, e posteriormente, devem ser realizadas incisões que serão responsáveis por determinar a área final que será removida, sendo comum que a cirurgia seja realizada com o bisturi, pois mesmo com a existência da técnica com o uso de laser, é um procedimento que apresenta resultados eficazes, com custos consideravelmente menores, o que o torna mais acessível⁷. O desenvolvimento da gengivoplastia com o uso do laser é indicado principalmente em casos em que o paciente necessita de uma recuperação rápida, levando em consideração que a cicatrização com esta técnica ocorrerá em um tempo menor, por ser minimamente invasiva⁷. No caso relatado, foi realizada a anestesia no local com lidocaína 2%, e posteriormente foi feita uma incisão com o uso de bisturi na região gengival que seria remodelada.

Após a realização das incisões, é feito o descolamento da gengiva do osso, o que permite o remodelamento ósseo, ação que é fundamental para que o procedimento não retroceda posteriormente, e no caso relatado, a paciente se submeteu a este procedimento, sendo possível realizar o descolamento da gengiva para que houvesse uma remodelação do osso, sendo comum a realização de osteotomia, que consiste na remoção do osso que situado na inserção do dente, o que irá auxiliar na promoção do remodelamento da área em que a gengivoplastia será realizada^{8,9}. No relato de caso, o descolamento da gengiva da paciente foi realizado com êxito, o que permitiu que a região óssea fosse devidamente alterada.

A última etapa da gengivoplastia consiste no posicionamento das gengivas e sua devida sutura, e no caso relatado, este procedimento foi realizado com êxito, o que levou a um resultado que foi condizente com as demandas apresentadas pela paciente, o que foi possível devido a aplicação dos procedimentos relatados, visto que todos eles são relevantes para o alcance do resultado almejado^{10,11}.

É importante destacar, que por ser um estudo com uma amostra pequena, é recomendável que seja realizada uma pesquisa mais abrangente a respeito da técnica apresentada, como forma de desenvolvimento do procedimento de maneira mais eficaz de acordo com a demanda que do cirurgião-dentista e paciente.

CONCLUSÃO

A partir do que foi apresentado, é possível concluir que a realização da gengivoplastia em pacientes que apresenta área gengival extensa pode se apresentar como uma opção para que o sorriso do paciente se torne mais harmônico, levando em consideração que os resultados estéticos relacionados a esta prática cirúrgica são consideráveis e potencialmente podem promover maior satisfação do indivíduo com relação a sua aparência.

Referências bibliográficas

1. Huang X, Zhu W, Zhang X, Fu Y. Modified gingivoplasty for hereditary gingival fibromatosis: two case reports. *BMC Oral Health*. 2022 Nov 23;22(1):523. doi: 10.1186/s12903-022-02411-y. PMID: 36424563; PMCID: PMC9694548.
2. Thoma DS, Naenni N, Figuero E, Hämmerle CHF, Schwarz F, Jung RE, SanzSánchez I. Effects of soft tissue augmentation procedures on peri-implant health or disease: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res*. 2018 Mar;29 Suppl 15:32-49. doi: 10.1111/clr.13114. PMID: 29498129.
3. Ferreira Gonçalves C, Mundim AP, Martins RFS, Gagliardi RM, Santos PSS, Ayrton de Toledo O. Hereditary Gingival Fibromatosis: a Case Report with Seven-Year Follow-up. *Acta Stomatol Croat*. 2018 Sep;52(3):254-258. doi: 10.15644/asc52/3/9. PMID: 30510301; PMCID: PMC6238873.
4. Riley DS, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. 2017. pii: S0895-4356(17)30037-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.02.
5. Ribeiro, L. **Harmonização do sorriso gengival através da gengivoplastia e gengivectomia: Uma revisão de Literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário AGES – Paripiranga, 2021.
6. Matos, M.; Valle, L.; Mota, A; Naves, R. **O uso da Toxina Botulínica na correção do sorriso gengival – Revisão de Literatura**. Revista Periodontia. Salvador-BA, 2017.
7. Soares, Rafaela. **Correção do sorriso gengival por métodos não cirúrgicos – Revisão narrativa**. Mestrado integrado em Medicina Dentária. Universidade de Lisboa. Lisboa, 2021.
8. Godoy de Oliveira PT, Somacal DC, Júnior LHB, Spohr AM. Aesthetic Rehabilitation in Teeth with Wear from Bruxism and Acid Erosion. *Open Dent J*. 2018 Jul 31;12:486-493. doi: 10.2174/1874210601812010486. PMID: 30159094; PMCID: PMC6080063.
9. Uppal J, Trivedi H, Gupta ND, Bey A. Periodontal management of severe periodontitis and generalized gingival enlargement in a patient with chronic renal failure. *J Indian Soc Periodontol*. 2020 May-Jun;24(3):284-288. doi: 10.4103/jisp.jisp_194_19. Epub 2020 Jan 27. PMID: 32773982; PMCID: PMC7307469.
10. Santos AECGD, Bussadori SK, Pinto MM, Pantano Junior DA, Brugnera A Jr, Zanin FAA, Rodrigues MFSD, Motta LJ, Horliana ACRT. Evaluation of in-office tooth whitening treatment with violet LED: protocol for a randomised controlled clinical trial. *BMJ Open*. 2018 Sep 4;8(9):e021414. doi: 10.1136/bmjopen-2017021414. PMID: 30181185; PMCID: PMC6129043.
11. Takano M, Sugahara K, Koyachi M, Odaka K, Matsunaga S, Homma S, Abe S, Katakura A, Shibahara T. Maxillary reconstruction using tunneling flap technique with

3D custom-made titanium mesh plate and particulate cancellous bone and marrow graft: a case report. *Maxillofac Plast Reconstr Surg.* 2019 Oct 17;41(1):43. doi: 10.1186/s40902-019-0228-y. PMID: 31649904; PMCID: PMC6797690.

EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR SEMI INCLUSO - RELATO DE CASO

Maria Eduarda MOREIRA¹, Nívea Marina SILVA¹, Felipe Estites BUSSADE², Leonardo PEIXOTO², José Alberto TINOCO²

1-Discentes do curso de Odontologia da Universidade Iguazu, Campus V -Itaperuna\RJ.

2-Docente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu Campus V-Itaperuna\RJ.

E-mail para correspondência: mariaeduardapontes71@yahoo.com

RESUMO

Sabemos que o terceiro molar semi-incluso é quando o siso não consegue erupcionar totalmente até a sua posição normal na arcada dentária. Esse estudo objetivou estabelecer a relação de risco benefício na extração de um terceiro molar inferior semi-incluso. Paciente, 21 anos de idade, sexo masculino compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu - Campos V Itaperuna, queixando de dificuldade na higienização na região posterior de mandíbula. Após anamnese (exame clínico e radiográfico) chegou á conclusão que a exodontia de terceiro molar inferior direito semi-incluso era indicada. Paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico que constou de osteotomia, extração propriamente dita. O resultado pós operatório foi satisfatório para o paciente trazendo a melhora na qualidade de vida e uma eficaz higienização na região posterior de mandíbula. Conclui-se que a técnica utilizada foi eficaz para exodontia de terceiro molar inferior semi-incluso.

Palavras-chave: Terceiro molar; extração; Mandíbula.

ABSTRACT

We know that a semi-included third molar is when the wisdom tooth fails to fully erupt to its normal position in the dental arch. This study aimed to establish the risk-benefit ratio in the extraction of a semi-impacted lower third molar. A 21-year-old male patient attended the dental clinic at Universidade Iguazu - Campos V Itaperuna, complaining of difficulty cleaning the posterior region of the mandible. After anamnesis (clinical and radiographic examination) he came to the conclusion that extraction of the semi-impacted lower right third molar was indicated. The patient underwent a surgical procedure that consisted of osteotomy, extraction itself. The postoperative result was satisfactory for the patient, bringing an improvement in quality of life and effective hygiene in the posterior region of the mandible. It is concluded that the technique used was effective for the extraction of a semi-included lower third molar.

Key-words: Third molar; extraction; jaw.

1- INTRODUÇÃO

Estudos mostram que a prevalência de terceiros molares impactados é de 72% dos casos. A obstrução ou posição anormal e à falta de espaço podem levar o siso a essa posição. Podendo destruir dentes e ossos adjacentes e causar doenças dentárias inflamatórias manifestadas por inchaço dos dentes infectados, afetando a qualidade de vida do paciente. ¹

Na literatura encontramos diversas técnicas de exodontia de terceiros molares inferiores impactados como a coronectomia que faz a exodontia completa do siso inferior impactado, evitando danos ao nervo alveolar inferior durante a remoção dos terceiros molares inferiores. ²

Sabe –se que alterações patológicas, como pericoronarite, reabsorção radicular, doença da gengiva e osso alveolar (periodontite), cárie podem estar associadas a dentes sisos impactados. A prevenção do apinhamento tardio dos incisivos inferiores, prevenção de danos a estruturas adjacentes, como o segundo molar inferior pode ser uma das razões para a indicação da remoção profilática de terceiros molares inferiores impactados assintomáticos e livres de doença.³ A adequação do meio bucal, com uma efetiva higienização na região, quando da remoção do terceiro molar trará uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Baseado no exposto, esse estudo objetivou relatar os procedimentos adotados para a extração de um terceiro molar semi incluso.

2- RELATO DE CASO

-Considerações éticas:

Toda descrição deste caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline.⁴ O paciente assinou e concordou com o termo de consentimento Livre e Esclarecido.

-Informações do paciente:

Paciente de 21 anos de idade, sexo masculino, caucasiano, compareceu a Clínica Odontológica da Universidade Iguazu Campos V Itaperuna. Queixou-se do terceiro molar o incomodava e que tinha dificuldade de higienização na região posterior da mandíbula. Sua história médica não apresentou nenhuma alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

-Achados clínicos e radiográficos:

Ao exame clínico verificou-se ausência de placa, paciente não apresentava lesão de cárie, paciente com boa higiene bucal. Através da radiografia verificou-se a presença do terceiro molar inferior direito semi-incluso, que era a queixa principal do paciente (Figura 1).



Figura1: Radiografia panorâmica do paciente revelando a presença de terceiro molar inferior direito semi incluso. Fonte: Arquivo pessoal.

Através da radiografia panorâmica e do exame clínico do paciente (Figura 2) viu a necessidade de fazer a extração do terceiro molar inferior direito semi-incluso. Que trará uma melhor higienização para esse local, dando ao paciente uma melhor qualidade de vida.

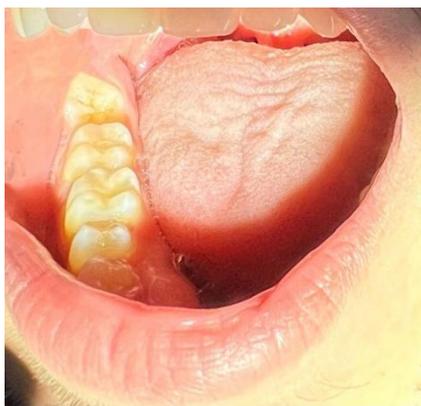


Figura 2: Terceiro molar inferior direito semi-incluído. Fonte: Arquivo pessoal.

-Intervenção terapêutica:

Foi prescrito para o paciente antibiótico terapia profilática, um comprimido de Amoxicilina 500mg 1 hora antes do procedimento de exodontia.

Após a montagem da mesa clínica cirúrgica (Figura 3), foi feito antissepsia intra-oral com clorexidina 0,12% e extra-oral com clorexidina a 0,2%. Foi realizada anestesia do nervo alveolar inferior direito (Figura 4A) e anestesia no nervo bucal (Figura 4B) com o anestésico local de escolha Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000



Figura 3: Mesa Clínica cirúrgica. Fonte: Arquivo pessoal.



Figura 4: A:Anestesia do nervo alveolar inferior direito B:Anestesia do nervo bucal. Fonte: Arquivo pessoal.

Após a anestesia realizou a incisão do tecido com bisturi e lâmina 15. (Figura 5A). Em sequência foi feito descolamento do tecido.(Figura 5B). Deslocamento total do tecido (Figura 5C).

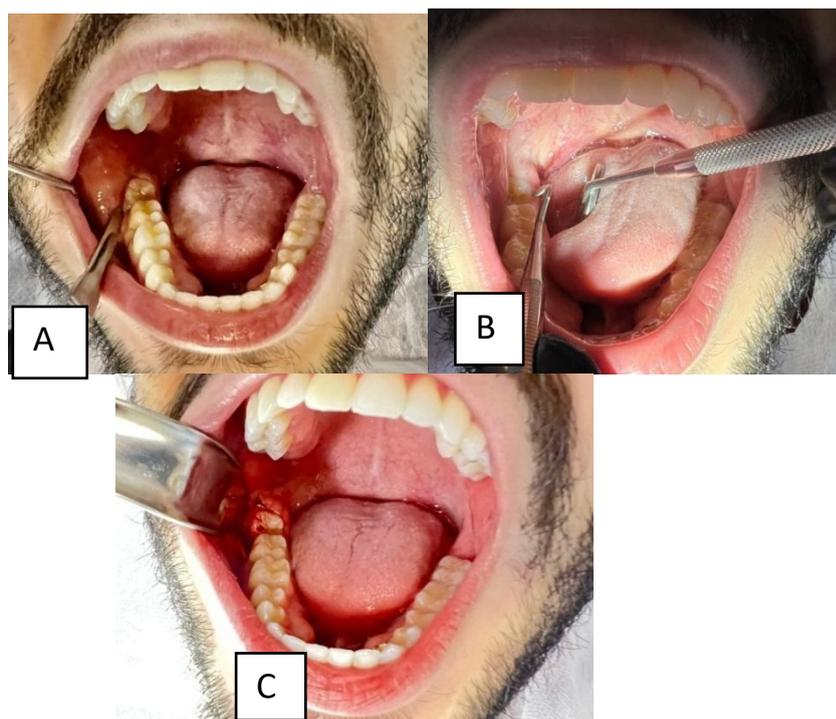


Figura 5: A:Deslocamento do tecido mucoso e periósteo. B:Incisão do tecido. C:Descolamento total do tecido. Fonte:Arquivo pessoal.

Com a exposição do tecido, realizou a osteotomia na região vestibular do dente com o uso da broca cirúrgica Zekrya (Figura 6).



Figura 6: Osteotomia vestibular com a broca cirúrgica Zekrya. Fonte:Arquivo pessoal.

Em seguida, com alavanca reta foi dado o início da luxação (Figura 7A). Seguida de irrigação com o uso de soro fisiológico 0,9% (Figura 7B).

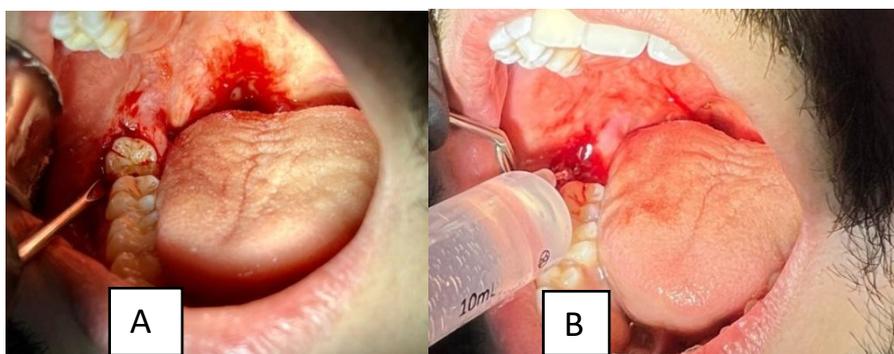


Figura 7: A: Luxação. B: Irrigação abundante com soro fisiológico 0,9%. Fonte: Arquivo pessoal.

Após a exodontia do dente 48, foi pedido para o paciente ocluir sobre uma gaze estéril fazendo a compressão do local. Em seguida iniciou a sutura com fio de seda 3.0 (Figura 8A) realizando 4 pontos simples. (Figura 8B). Foi prescrito Amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas durante 7 dias, Dipirona 500mg de 6 em 6 horas (em caso de dor), Nimesulida 100mg de 12 em 12 horas por 3 dias.



Figura 8: A: Início da sutura. B: Ponto simples. Fonte: Arquivo pessoal.
Registrou-se o dente 48 extraído (Figura 9)



Figura 9: Dente 48 extraído. Fonte: Arquivo pessoal.

3- DISCUSSÃO

Baseados no estudo de Andersson M, 1998⁵ nos propomos a investigar se seria possível a exodontia do terceiro molar semi incluído, utilizando a remoção profilática. E o principal resultado foi a adequação do meio bucal, com o retorno da higienização eficaz da região.

A remoção de terceiros molares incluídos é o procedimento cirúrgico mais comumente realizado na prática nos consultórios odontológicos.⁶ Sabe-se que características faciais do paciente, categorização radiograficamente do dente e idade pode classificar o grau de dificuldade para extração de sisos⁷, definindo qual técnica deve ser usada em cada caso.

Muitas das vezes a Alveolite, a infecção e a parestesia do nervo alveolar inferior, em associação a remoção de terceiros molares inferiores impactados são algumas das complicações que podem ocorrer no período pós-operatório.⁸ Dessa forma procedimentos de extração que diminua o trauma do osso e tecidos moles deve prioridade para os Cirurgiões Dentistas.⁹

Quando os terceiros molares estão impactados, existem diversas técnicas para exodontia, por exemplo a cirurgia minimamente invasiva para extração de terceiros molares fornece proteção mais eficaz para saúde bucal e capacidade mastigatória, acelera a

reabilitação do paciente.¹⁰ No caso apresentado nesse relato de caso, o siso estava semi-incluso, e com isso não foi possível realizar a técnica minimamente invasiva.

Apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que trata-se de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4- CONCLUSÃO

Conclui-se que a extração profilática do terceiro molar inferior semi-incluso, quando extremamente indicada, poderá trazer benefícios na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Dodson TB, Susarla SM. Impacted wisdom teeth. *BMJ Clin Evid.* 2014 Aug 29;2014:1302. PMID: 25170946; PMCID: PMC4148832.
- 2- Cervera-Espert J, Pérez-Martínez S, Cervera-Ballester J, Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M. Coronectomy of impacted mandibular third molars: A meta-analysis and systematic review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016 Jul 1;21(4):e505-13. doi: 10.4317/medoral.21074. PMID: 27031064; PMCID: PMC4920466.
- 3- Ghaemini H, Nienhuijs ME, Toedtling V, Perry J, Tummers M, Hoppenreijts TJ, Van der Sanden WJ, Mettes TG. Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic disease-free impacted wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 May 4;5(5):CD003879. doi: 10.1002/14651858.CD003879.pub5. PMID: 32368796; PMCID: PMC7199383.
- 4- Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.
- 5- Anderson M. Removal of asymptomatic third molars: indications, contraindications, risks and benefits. *J Indiana Dent Assoc.* 1998 Spring;77(1):41-6. PMID: 9800550.
- 6- Farish SE, Bouloux GF. General technique of third molar removal. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2007 Feb;19(1):23-43, v-vi. doi: 10.1016/j.coms.2006.11.012. PMID: 18088862.
- 7- Koerner KR. The removal of impacted third molars. Principles and procedures. *Dent Clin North Am.* 1994 Apr;38(2):255-78. PMID: 8206177
- 8- Blondeau F, Daniel NG. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. *J Can Dent Assoc.* 2007 May;73(4):325. PMID: 17484797
- 9- Mavrodi A, Ohanyan A, Kechagias N, Tsekos A, Vahtsevanos K. Influence of two different surgical techniques on the difficulty of impacted lower third molar extraction and their post-operative complications. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2015 Sep 1;20(5):e640-4. doi: 10.4317/medoral.20605. PMID: 26116843; PMCID: PMC4598936.
- 10- Nie T, Chang B, Tian L, Cao S, Wang J, Qi H, Gao L. Correlation of Complex Impacted Mandibular Teeth with Pericoronitis and Effect of Minimally Invasive Tooth Extraction on Patients' Long-term Outcome of Masticatory Ability. *Emerg*

Med Int. 2022 Oct 17;2022:6389900. doi: 10.1155/2022/6389900. PMID: 36299854; PMCID: PMC9592224.

RETENÇÃO PROLONGADA EM DENTES DECÍDUOS: INTERVENÇÃO EM PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE CASO

Jossandra DIAMANTINO¹; Gabriel MENDES¹; Maria Lucia PETRUCCI², Ângela BICALHO², Marcia LOUVAIN²

1. Discente do curso de Odontologia da Universidade Iguçu, Campus V – Itaperuna/RJ
2. Docente do curso de Odontologia da Universidade Iguçu, Campus V – Itaperuna/RJ

E-mail para correspondência: jossandradiamantino@gmail.com

RESUMO

A retenção prolongada ocorre quando não há uma reabsorção radicular uniforme e adequada dos dentes decíduos, impedindo que ocorra a erupção dos dentes permanentes. Os dentes decíduos são responsáveis por servir de guia de erupção para o seu sucessor. O objetivo desse estudo foi relatar as condutas necessárias para a intervenção terapêutica da retenção prolongada em dente decíduo em paciente com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Paciente cinco anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu à clínica odontológica de Odontopediatria, acompanhada de sua mãe, que se queixava que o dente de leite não havia “caído” e o permanente estava “nascendo” atrás, e que notou também, algumas manchas presentes nos dentes da filha. A paciente apresentava TEA, suporte 1, associado ao Transtorno Opositor Desafiador (TOD) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Após anamnese e exame clínico podemos chegar ao diagnóstico de retenção prolongada dos dentes 71 e 81. O procedimento de escolha foi a exodontia dos dentes 71 e 81. Após um mês do procedimento, a paciente retornou a clínica odontológica de Odontopediatria e foi observado sucesso clínico. Com isso, podemos concluir que a exodontia pareceu ser eficaz no tratamento da retenção prolongada em dentes decíduos, no paciente infantil com TEA.

Palavra-chave: Erupção Dentária; Dente Decíduo; Transtorno do Espectro Autista.

ABSTRACT

Prolonged retention occurs when there is not a uniform and adequate root resorption of the deciduous teeth, preventing it from causing the eruption of the permanent teeth. The deciduous teeth are responsible for serving as an eruption guide for their successor. Compared to the above, the aim of this study was to report the necessary conducts for the therapeutic intervention of prolonged retention in primary teeth in patients with ASD. A five-year-old female patient, Caucasian, attended the Pediatric Dentistry dental clinic, accompanied by her mother, who complained that the baby tooth had not “fallen out” and the permanent one was “becoming” behind, and who also noticed, some stains present on the daughter's teeth. The patient had Autistic Spectrum Disorder (ASD), support 1, associated with Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD). After anamnesis and clinical examination, we reached the diagnosis of prolonged retention of teeth 71 and 81. The procedure of choice was the extraction of teeth 71 and 81. With this, we can conclude that tooth extraction should be effective in the treatment of prolonged retention in deciduous teeth, in children with ASD.

Key-words: Tooth Eruption; Tooth Deciduous; Autism Spectrum Disorder.

1-INTRODUÇÃO

A retenção prolongada ocorre quando não há uma reabsorção radicular uniforme e adequada dos dentes decíduos, impedindo que ocorra a erupção dos dentes permanentes¹. Os dentes decíduos são responsáveis por servir de guia de erupção para o seu sucessor².

Na literatura, observamos que a esfoliação e a reabsorção radicular dos dentes decíduos estão interligadas a fatores locais, ambientais e hereditários^{3,4,5} e qualquer alteração nesses fatores poderia afetar sua reabsorção radicular, tendo como consequência a retenção prolongada⁶.

Para realizar qualquer tipo de tratamento em pacientes portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA), o cirurgião dentista precisa estar ciente das principais características clínicas, que são padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesse ou atividades, dificuldade de comunicação e seu prognóstico está relacionado pela presença de deficiência intelectual e gravidade do diagnóstico⁷.

Neste contexto, podemos perceber que a maioria dos casos de retenção prolongada dos dentes decíduos é seguida de intervenção cirúrgica, onde são extraídos os dentes retidos, com o intuito de impedir a impaction ou o mal posicionamento do dente permanente⁸. E que quando se trata de uma paciente com TEA, existe a necessidade de maior habilidade, conhecimento e interação durante o procedimento clínico.

Baseado no exposto, o objetivo desse estudo foi relatar as condutas necessárias para a intervenção terapêutica da retenção prolongada em dente decíduo em paciente com TEA.

2-RELATO DE CASO

-Considerações Éticas

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁹. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

-Informações do Paciente

Paciente cinco anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu à clínica odontológica de Odontopediatria, acompanhada de sua mãe, que se queixava que o dente de leite não havia “caído” e o permanente estava “nascendo” atrás, e que notou também, algumas manchas presentes nos dentes da filha. A paciente apresentava Transtorno do Espectro Autista (TEA), Suporte 1, associado a Transtorno Opositor Desafiador (TOD) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

-Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, paciente apresentava dentição mista, incisivos centrais inferiores decíduos, mordida cruzada anterior, Hipomineralização de Molares Decíduos (HMD) nos dentes 75 e 85 e retenção prolongada dos dentes 71 e 81 (Figura 1).



Figura 1: Exame clínico inicial - retenção prolongada dos dentes 71 e 81. Fonte: Arquivo Pessoal.

Considerando os aspectos clínicos chegou-se ao diagnóstico de retenção prolongada dos dentes 71 e 81.

-Intervenção Terapêutica

Inicialmente, aplicamos o anestésico tópico (Benzotop, DFL, Brasil) na face vestibular, lingual e proximais com o auxílio de uma pinça clínica e uma bolinha de algodão esterilizada, friccionando durante um minuto. Após a aplicação, anestesiámos a paciente com o auxílio de uma carpule (Golgran, Brasil) com agulha curta e Lidocaína 2% com vasoconstritor, através da técnica anestésica interpapilar, realizamos a extração do dente 71 com o fórceps 151 infantil (Golgran, Brasil), por meio do movimento de rotação (Figuras 2 e 3).

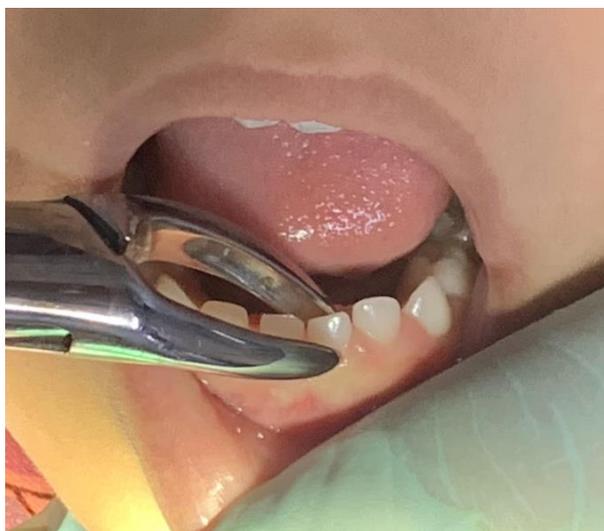


Figura 2: Posicionamento do Fórceps 151 infantil no dente 71. Fonte: Arquivo Pessoal.



Figura 3: Exodontia do dente 71. Fonte: Arquivo Pessoal.

Com o fórceps 151 infantil (Golgran, Brasil), realizamos a extração do dente 81 e movimento de rotação (Figura 4).



Figura 4: Exodontia do dente 81. Fonte: Arquivo Pessoal.

Pedimos para a paciente ocluir com uma gaze esterilizada a fim de estancar o sangramento e demos orientação pós-operatória quanto à alimentação e região anestesiada.

-Seguimento Clínico

Após um mês do procedimento realizado, a paciente retornou à clínica odontológica de Odontopediatria, para acompanhamento, e foi observado sucesso clínico (Figura 5).



Figura 5: Acompanhamento após 1 mês da exodontia. Fonte: Arquivo Pessoal.

Após três meses da exodontia a responsável pela paciente enviou uma foto através de um aplicativo de conversa para tele acompanhamento (Figura 6).



Figura 6: Imagem enviada pela responsável. Fonte: Arquivo pessoal.

3-DISCUSSÃO

Estudos analisados¹⁰ relatam que existe necessidade da extração do dente com retenção prolongada. Assim, em conformidade como nosso relato de caso, realizamos a exodontia com o diagnóstico da retenção prolongada. E, os principais resultados foram menor acúmulo de placa nos dentes retidos e melhor posicionamento dos dentes permanentes.

Para o diagnóstico de retenção prolongada dos dentes decíduos, deve-se observar a melhor conduta para prevenir ou evitar danos a oclusão do paciente¹¹. Devemos considerar que o dente supranumerário pode impedir a erupção do dente permanente, mantendo o dente decíduo no arco, impedindo com que ocorra o processo de rizólise¹². Assim, no momento do diagnóstico do nosso estudo, realizamos o planejamento para a exodontia dos dentes decíduos, para auxiliar no posicionamento dos dentes permanentes.

Alguns autores apontam a retenção prolongada como um motivo para o aumento no número de crianças que sofrem bullying. A aparência física gera mais abalos emocionais do que qualquer deficiência física, como por exemplo, as desordens dentárias¹³ pois, os padrões estéticos influenciam nas relações sociais, podendo prejudicar a qualidade de vida do paciente, devido ao bullying e perda de autoestima¹⁴. Entretanto, em nosso

relato de caso, a criança não sofreu qualquer tipo de alteração emocional, provocada pelos colegas no ambiente escolar.

Na clínica odontopediátrica, as cirurgias podem ser desconfortáveis para o paciente, principalmente se ele ainda não teve contato com a anestesia¹⁵. Quando se trata de um paciente com TEA a abordagem do comportamento deve ser mais cuidadosa para o sucesso clínico. Em nosso estudo a paciente ficou confortável, colaborando durante o procedimento, principalmente por utilizarmos as técnicas de gestão comportamental, que auxiliaram no controle de comportamento.

Apesar dos bons resultados obtidos com a exodontia dos dentes que apresentavam retenção prolongada em paciente infantil com TEA, vale ressaltar que se trata de um relato de caso com apenas um paciente. São necessários mais ensaios clínicos e estudos para comprovar além da técnica, o atendimento ao paciente TEA, englobando as possibilidades de atendimento nas cirurgias, visto que é sempre um desafio para a odontopediatria, principalmente com uma intervenção mais invasiva.

4-CONCLUSÃO

Conclui-se que a exodontia pareceu ser eficaz no tratamento da retenção prolongada em dentes decíduos, no paciente infantil com TEA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- GRABER, TM Ortodontia: princípios e prática. 3ª Filadélfia: Saunders, 1972.
- 2- FREITAS, M. Etiologia das maloclusões: fatores intrínsecos. 2000. 93 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- 3- BRAUER, JC; BAHADOR, MA Variações na calcificação e erupção dos dentes decíduos e permanentes. J Am Dent Assoc , Chicago, v. 29, no. 11, pág. 1373-1387, agosto de 1942.
- 4- HARALABAKIS, NB; YIAGTZIS, SC; TOUTOUNTZAKIS, NM Esfoliação prematura ou retardada de dentes decíduos e reabsorção e formação radicular. Angle Orthod, Appleton, v. 64, n. 1, pág. 151–156, janeiro de 1994.
- 5- MILLER, BG Investigações da influência da vascularização e inervação na reabsorção e erupção dentária. J Dent Res , Chicago, v. 36, no. 5, pág. 669–676, outubro de 1957.
- 6- NANDA, RS Reabsorção radicular de dentes decíduos em crianças indígenas. Arch Oral Biol , Nova York, v. 14, no. 1, pág. 1021–1030, janeiro de 1969.
- 7- Sanchack KE, Thomas CA. Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles. Am Fam Physician. 2016 Dec 15;94(12):972-979. PMID: 28075089.
- 8- Bellão, A. F., Robim, L. E. C., Moreti, L. C. T., Sakashita, M. S., & Cruz, M. C. C. da. (2018). P 007 - Retenção prolongada de dentes decíduos: relato de caso. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, 6. Recuperado de <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/2819>
- 9- Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol, v.89, p.218-235, 2017.
- 10- Ribeiro, J. A. J. (2014). Motivos de extracção em Odontopediatria (Doctoral dissertation, [sn]).
- 11- Candeiro GTM, Praxedes ACS, Bringel AFS, Oliveira FRR, Amorim HHT, Fernandes LA, Vale IS. Ocorrência de Molares Supranumerários em Pacientes da Clínica de Radiologia da Universidade Federal do Ceará. Rev Fac Odontol Porto Alegre. 2009;50(2): 30-2
- 12- Badauy CM. Estudo epidemiológico da retenção prolongada de dentes decíduos. UFES Rev Odontol. 2001;3(2):35-9.

- 13- Peresa KG, Traebertb ESA, MarcenescW. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. *Rev Saúde Pública*2002; 36(2):230-6.
- 14- Moreira AM, Pinto LS, Pinto KVA, Côrreia PG, Jeziorski SAZ, Velasque KS, Rosa DP. Impacto da má oclusão na dentição decídua e permanente na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão de literatura. *Rev. Bras. Odontol.* 2015.72(2). 1-2.
- 15- Campbell RL, Shetty NS, Shetty KS, Pope HL, Campbell JR. Pediatric Dental Surgery Under General Anesthesia: Uncooperative Children. *Anesth Prog.* 2018 Winter;65(4):225-230.

CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA: REGULARIZAÇÃO DE REBORDO ALVEOLAR RELATO DE CASO

Gabriel TOLEDO¹; Silvana MARTINS¹; Matheus FERNANDES¹; Felipe Estites BUSSADE², Leonardo PEIXOTO², Silmar ANTUNES²

1- Discente do curso de odontologia da UNIG, Campus V - Itaperuna/RJ

2- Docente do curso de odontologia da UNIG, Campus V - Itaperuna/RJ

E-mail para correspondência: data030800@gmail.com

RESUMO

Sabe-se que as cirurgias que antecedem procedimentos protéticos são essenciais para as etapas de confecção desta mesma prótese e sua posterior adaptação com estabilidade. As regularizações ósseas ou outros tipos de cirurgias podem ser realizadas de diversas formas, com uso de diversas técnicas, sendo que aqui discutiu-se o uso de brocas associadas a micromotor odontológico para se obter desgaste ósseo. Adotando este conceito, o objetivo deste estudo foi relatar as condutas necessárias para a regularização e suavização de rebordo alveolar. Sendo assim, paciente, 80 anos, sexo masculino compareceu à clínica odontológica da Universidade Iguazu - Campus V, queixando-se de incomodo nas tentativas de adaptar suas próteses. Não possuía comorbidades médicas e aceitou o tratamento proposto, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após exame clínico e radiográfico, optou-se por uma técnica cirúrgica com micromotor odontológico de baixa rotação em conjunto à brocas de desgaste associada a limas para osso. Concluiu-se que a técnica proposta parece ter eficácia para regularização de rebordo alveolar.

Palavras-chaves: Rebordo Alveolar; Cirurgia Pré-Protética; Desgaste Ósseo.

ABSTRACT

It is known that the surgeries that precede prosthetic procedures are essential for the manufacturing stages of this same prosthesis and subsequent adaptation with stability. Bone regularizations or other types of surgeries can be performed in several ways, with the use of several techniques, and here the use of drills associated with dental micromotor to obtain bone abrasion was discussed. Adopting this concept, the aim of this study was to report the necessary procedures for the regularization and smoothing of the alveolar ridge. Thus, an 80-year-old male patient came to the dental clinic of the Iguazu University - Campus V complaining discomfort when trying to adapt his prosthesis. He had no medical comorbidities and accepted the proposed treatment, signing an informed consent form. After clinical and radiographic examination, we opted for a surgical technique with a dental micromotor of low rotation in conjunction with abrasion burs associated with bone files. The conclusion is that the proposed technique seems to be effective for regularization of the alveolar ridge.

Key-Words: Alveolar Ridge; Pre-prosthetic Surgery; Bone Wear.

1 - INTRODUÇÃO

A cirurgia pré-protética se enquadra dentro de qualquer procedimento cirúrgico realizado na cavidade bucal, podendo ser remoção ou aparo de exostoses, alveoloplastias, frenectomias, cirurgias de remoção de hiperplasias e que tem por objetivo viabilizar o uso, adaptação e retenção de uma prótese, seja ela removível ou fixa.¹

Na literatura encontramos diversas formas e técnicas para realização de cirurgias pré-protéticas que envolvem regularização óssea, principalmente quando olhamos para o passado, o que não se fez manualmente necessário aqui. Uma das mais citadas é a aplicação de osteótomo e martelo na remoção de massas ósseas, todavia este método pode se mostrar invasivo aos olhos do paciente e menos prático ao profissional, ficando bastante ligado ao estudo de técnicas de manipulação óssea em cadáveres.^{1,2}

Observa-se que a regularização e suavização da cortical óssea é muito bem-sucedida quando utiliza-se o micromotor odontológico de baixa rotação em conjunto a brocas de tungstênio maxicut/minicut e limas para osso^{1,3}. A recuperação mostra-se mais rápida e o pós-operatório menos enfadonho.¹

Baseado no exposto, o objetivo deste estudo foi relatar as condutas necessárias para a regularização e suavização de rebordo alveolar, uma vez que o paciente desejava sua função mandibular restabelecida e sua qualidade de vida ampliada. Dessa forma, possibilitou-se a promoção e melhora da sua saúde bucal e geral.

Antes do proposto relato, faz-se necessária uma abertura para comentar e explicar como será conduzida a discussão com base na metodologia teórica adotada. No presente trabalho o consenso foi de que seria muito mais abrangente, completo e inclusivo se fosse discutido, além da técnica usada aqui, diversas possibilidades de casos cirúrgicos pré-protéticos. Ou seja, no tópico em que se corre a discussão, foram expostos vários casos já relatados ao longo dos anos nos artigos e livros mais relevantes na Bucomaxilo com suas respectivas técnicas. Essa decisão ficou evidente ao pesquisador tendo em vista a constatação de uma base literária insuficiente quando o assunto é exclusivamente as técnicas para regularização de rebordos alveolares, ou seja, percebeu-se uma carência de conteúdo atualizado ou relevante ao cenário abordado aqui. Além disso, essa opção parece ter trazido acréscimo na riqueza de informações e detalhes.

2 - RELATO DE CASO

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do *CARE guideline*⁴. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Indivíduo de 80 anos, sexo masculino, pardo, compareceu à clínica odontológica da Universidade Iguazu, Campus-V, queixando-se de dor ao tentar adaptar sua prótese total removível em região mandibular. Apesar de hipertenso e diabético, sua história médica básica era estável, conseguindo controlar suas patologias com medicamentos.

Após realização de exame físico, constatou-se ausência dentária total em arcada inferior. Por intermédio de sua queixa principal, observou-se um rebordo alveolar agressivamente irregular e estrambótico (Figura 2). Analisando sua radiografia panorâmica,

viu-se uma orla reabsorvida e concisa, com ausência de demais características relevantes para a realização do procedimento cirúrgico. Com a mesa montada, iniciou-se todo o processo (Figura 1).



Figura 1: Mesa cirúrgica utilizada.



Figura 2: Rebordo alveolar irregular de paciente supracitado.

Foi feita antissepsia intra-oral com clorexidina na concentração de 0,12% e extra-oral na concentração de 2%. Seguiu-se para a anestesia do nervo mentoniano e incisivo da mandíbula em seus lados esquerdo e direito, utilizando carpule com refluxo, agulha curta e solução anestésica lidocaína 2% com epinefrina ⁵ (Figuras 3 a 5).

Figura 3: Antissepsia extra-oral com clorexidina 2%.

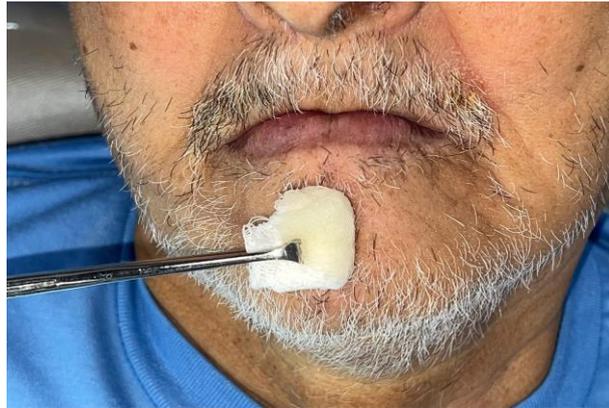


Figura 4: Anestesia do nervo incisivo e mentoniano da mandíbula, lado direito.

Figura 5: Anestesia do nervo incisivo e mentoniano da mandíbula, lado esquerdo.

Abriu-se um retalho com lâmina 15 de extensão média em sentido lateral que abrangia aproximadamente regiões de prés-molares (44/45) até canino do lado oposto (33). Foi feito o descolamento total da região retalhada com descolador de Molt e com o afastador de minnesota segurou-se o retalho em sua posição de trabalho (Figuras 6 a 8).

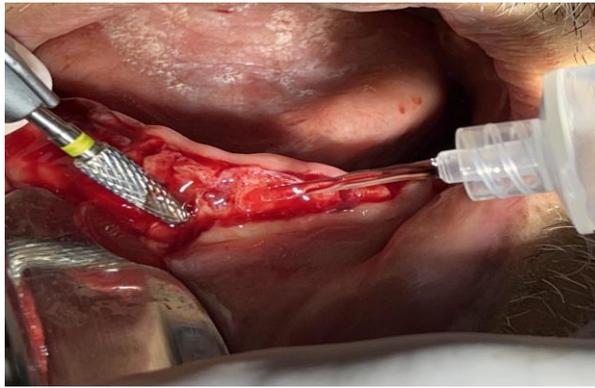


Figura 6: Início de incisão em rebordo alveolar com uso de lâmina 15.



Figura 7: Continuação de incisão em rebordo alveolar com uso de lâmina 15.

O rebordo foi imediatamente regularizado com uma broca maxicut em conjunto à peça reta e acertado com limas para osso (Figuras 9 e 10).



Figuras 9: Regularização do rebordo alveolar com uso de broca maxicut e irrigação com soro



fisiológico.

Figuras 10: Rebordo já regularizado.

Por fim, realizou-se a sutura em ponto contínuo festonado com fio de seda não absorvível 3-0 por toda a extensão do corte (Figuras 11 a 13).

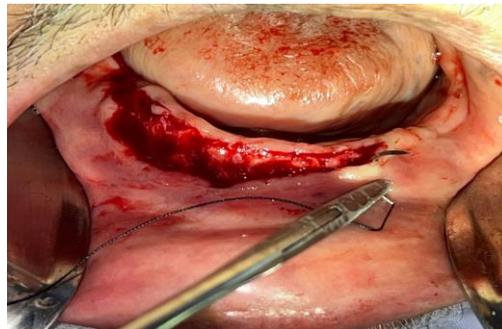


Figura 11: Início da etapa de sutura com porta agulha e fio de seda.



Figura 12: Sutura contínua festonada concluída.

Ressalta-se que fora prescrito amoxicilina de 500mg para uso de 8/8h durante 7 dias, assim como dipirona 500mg de 6/6h em caso de dor. Paciente retornou à clínica após sete dias da realização do procedimento cirúrgico apresentando uma cicatrização satisfatória. Realizou-se remoção de sutura e encaminhamento para confecção de sua prótese total inferior. Em termos atuais, paciente já se encontra com a mesma e sua adaptação ficou perfeita.

3 - DISCUSSÃO

Baseado no estudo de Hupp e Tucker^{6, 7} foi proposto investigar se seria possível realizar uma cirurgia de regularização de rebordo alveolar utilizando micromotor odontológico de baixa rotação em conjunto a brocas de tungstênio maxicut/minicut e limas para osso como um passo pré-protético. O principal resultado foi o rebordo alinhado e, posteriormente, uma prótese bem adaptada. Paciente não apresenta nenhum tipo de queixa ou problema, seja com a prótese ou a cirurgia.

Entretanto, quando há a necessidade de juntar as especialidades de cirurgia e prótese, não podemos limitar as ideias e nem manter foco exclusivo somente no já supracitado procedimento. Assim como já esclarecido na introdução, foi entendido que era necessário falar sobre outros tópicos do mesmo tema. Considerando o dilatado nível de possibilidades, é preciso, em um trabalho como este, apresentar essas outras possibilidades, patologias e procedimentos catalogados. Analisando o assunto das exodontias, sejam múltiplas ou unitárias, devemos considerar a hipótese de desgaste ósseo imediato em pontos estratégicos. Em alguns planos de tratamento, a extração dentária poderá estar associada a alveoloplastias imediatas, já em outros, essa associação é obrigatória⁸. Uma das modalidades pouco citadas é a intra-septal, que consiste em partir o osso utilizando uma pinça-goiva, deprimindo a tábua vestibular abaixo do córtex labial para que haja mínima elevação do retalho mucoperiosteal, ajudando no arredondamento do rebordo remanescente⁷.

Não menos usual do que a regularização de rebordos alveolares, vale ressaltar a importância da observação de exostoses, massas ósseas benignas de origem duvidosa, e como elas influenciam a adaptação de uma prótese pensando nos níveis de dor relatada pelo contato interno com a mucosa delgada de recobrimento. As exostoses mais comuns são os toros mandibulares e palatinos. Por mais que de forma livre não atrapalhe a vida do indivíduo, na tentativa de confeccionar um trabalho protético extenso, mostra-se precisamente indicada sua retirada. As técnicas variam imensamente, podendo considerar literário o uso de goivas, brocas de baixa rotação, limas e brocas de alta rotação⁹.

Pode-se anunciar que problemas de tecidos moles intra bucais parecem estar presentes no cotidiano de diversas sociedades. Freios labiais e linguais são um extenso e estudado problema. É possível resumir que a inserção deste freio, que nada mais é do que uma banda tecidual fibrosa recoberta com mucosa, pode variar na altura da crista óssea que se relaciona com a papila local. Em quase todos os casos de prótese total será necessário retirar o excesso deste tecido por conta da impossibilidade de adaptação medial da peça, com o fragmento atingindo o complexo ali presente. Podemos considerar que as técnicas mais comentadas são a da excisão simples, dupla pinçagem e frenectomia a laser⁷.

Abordando um caso mais raro, vamos falar sobre uma patologia comentada superficialmente e que pode se mostrar de difícil diagnóstico, seja por pouca experiência ou falta de conhecimento profissional, a hiperplasia papilar. Originando-se de próteses mal

adaptadas, ela pode piorar ao entrar em contato com etiologias fúngicas ou má higiene oral. Em termos de procedimento, é muito importante ressaltar que há indicação para remoção deste fragmento quando for impedida a etapa protética. Ressalta-se que é de suma relevância explicar que aqui não devemos atingir o periósteo, mas somente remover os excessos até o encontro de mucosa firme. O sangramento em região palatina, lugar mais comum para esta hiperplasia, é abundante, porém técnicas diferentes podem ser planejadas, levando o fator sangramento em consideração ou não. É correto usar lâmina fria, abrasão acrílica com baixa rotação e bisturi elétrico. Este último é o mais apreciado por oferecer controle hemostático em um esquema de manipulação oral limpo, além de ser mais seguro⁹

É possível perceber que não somente os rebordos trazem problemas protéticos, sendo indicado conhecer os vários casos existentes na literatura. Conclui-se que apesar dos bons resultados obtidos neste estudo de orla alveolar, é importante destacar que se trata de um relato de caso com uma amostragem pequena. Portanto, fica sugerido que se façam mais estudos com um tempo de acompanhamento maior.^{10, 11}

4 - CONCLUSÃO

Conclui-se que a técnica cirúrgica com micromotor odontológico de baixa rotação em conjunto a brocas de tungstênio maxicut/minicut e limas para osso parece ter boa eficácia no quesito regularização de rebordo alveolar.

Ainda assim, não é preciso e nem se deve desconsiderar outras técnicas e formas de atuação e intervenção em orla alveolar ou em qualquer possibilidade cirúrgica que preceda uma prótese. Inclusive, como ficou claro na introdução, essas outras possibilidades foram abordadas e explicitadas aqui.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Cryslyne Otacílio Silva, “CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA: REVISÃO DE LITERATURA,” *facsete*, acesso em 1 de março de 2023, <https://faculdadefacsete.edu.br/monografia/items/show/648>.
- 2- Tomazic PV, Gellner V, Koele W, Hammer GP, Braun EM, Gerstenberger C, Clarici G, Holl E, Braun H, Stammberger H, Mokry M. Feasibility of piezoelectric endoscopic transsphenoidal craniotomy: a cadaveric study. *Biomed Res Int*. 2014;2014:341876. doi: 10.1155/2014/341876. Epub 2014 Feb 9. PMID: 24689037; PMCID: PMC3933521.²
- 3- MARZOLA C. TOLEDO JL, OLIVEIRA MG. As cirurgias pré protéticas. *Rev Odont ato*. v. 20, n. 7, p. 749-834, 2012.³
- 4- Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.⁴
- 5- Malamed. Técnicas de Anestesia Regional em Odontologia. In *Manual de Anestesia Local*. 6º edição. ed. 2013.⁵
- 6- Hupp et al. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 5º edição. ed. 2008.
- 7- Tucker et al. *Cirurgia Pré-protética*. In *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 5º edição. ed. 2008.
- 8- Hupp. Princípios de exodontia mais complexa. In *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 5º edição. ed. 2008.
- 9- Prado; Salim. *Cirurgia Pré-protética*. In *Cirurgia Bucomaxilofacial Diagnóstico e Tratamento*. 1º edição. ed. 2004.
- 10 - Hillerup S. (1994). Preprosthetic surgery in the elderly. *The Journal of prosthetic dentistry*, 72(5), 551–558. [https://doi.org/10.1016/0022-3913\(94\)90130-9](https://doi.org/10.1016/0022-3913(94)90130-9).

11 - Pingarron-Martin, L., Arias-Gallo, J., Ong, H. S., & Chamorro Pons, M. (2013). Le fort I osteotomy with bone grafts in preprosthetic surgery: technical note. *Craniomaxillofacial trauma & reconstruction*, 6(2), 143–146. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1333876>.

DIVULGAÇÃO DE CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS SOBRE DISPLASIA DO ECTODERMA EM REDES SOCIAIS: RELATO DE CASO

Matheus FERNANDES¹; Silvana MARTINS¹; Adriana Vargas M. PILLAR², Maria Lúcia PETRUCCI², Angela Mendonça Filgueiras BICALHO², Márcia LOUVAIN² e Ana Paula DORNELLAS²

1- Discente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu- Campus V, Itaperuna -RJ.

2- Docente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu- Campus V, Itaperuna -RJ.

E-mail para correspondência: matheusfn2@outlook.com

RESUMO

O uso das redes sociais nos dias de hoje, tanto por adultos quanto crianças, é uma das formas mais exploradas sobre divulgação de conteúdo. Mesmo sendo muito comum, ainda existem cuidados que devem ser tomados ao usar esses meios. Baseados no exposto, o objetivo desse estudo foi relatar processo de divulgação de informações científicas sobre a displasia do ectoderma, vinda das famílias na clínica materno infantil no intuito de conscientizar a respeito dessa patologia pouco falada. Paciente do sexo masculino, 5 anos de idade, apresentou-se a clínica de odontologia materno infantil e pacientes com necessidades especiais, da Universidade Iguazu Campus V, com o objetivo de tratamento odontológico. Conclui-se que a divulgação de achados científicos sobre a displasia do ectoderma através das redes sociais, parece ser eficaz no que diz respeito a conscientização e divulgação de informações sobre a displasia do ectoderma.

Palavras-Chave: Displasia ectodérmica; Reabilitação; Disseminação de Informação.

ABSTRACT

The use of social networks these days, both by adults and children, is one of the most explored ways of disseminating content. Even though it is very common, there are still precautions that must be taken when using these means. Based on the above, the objective of this study was to report the process of dissemination of scientific information about ectodermal dysplasia, coming from families in the maternal and child clinic in order to raise awareness about this little-known pathology. Male patient, 5 years old, presented to the maternal and child dentistry clinic and patients with special needs, at Universidade Iguazu Campus V, with the aim of dental treatment. It is concluded that the dissemination of scientific findings on ectodermal dysplasia through social networks seems to be effective in terms of raising awareness and disseminating information about ectodermal dysplasia.

Key-words: Ectodermal Dysplasia; Rehabilitation; Information Dissemination.

1 - INTRODUÇÃO

O uso das redes sociais nos dias de hoje, tanto por adultos quanto crianças, é uma das formas mais exploradas sobre divulgação de conteúdo¹. Mesmo sendo muito comum, ainda existem cuidados que devem ser tomados ao usar esses meios.

Na literatura encontramos diversos meio de comunicações que podemos usar para compartilhar informações, tais como jornais e revistas científicas². Porém, se pensarmos em acessibilidade, não é uma boa estratégia, pois esses meios, muitas vezes, possuem uma linguagem difícil, e a maioria são em outros idiomas, o que dificulta a compreensão por grande parte da população. Contribuindo para divulgação de conteúdos que denominamos fake News.

Neste contexto, uma patologia pouco falada e principalmente divulgada nas redes, conhecida como displasia ectoderma, pertencente ao grupo de distúrbios hereditários da ectoderme, onde há o acometimento da pele, cabelos, unhas, glândulas sudoríparas e dentes³. Essa doença, possui como manifestações odontológicas, a diminuição do fluxo salivar, anodontia e dentes com formato anormal. Além dos aspectos visíveis, pode-se ressaltar as alterações (questões) emocionais. Por ser uma criança e conviver em ambiente escolar, torna-se ainda mais difícil o convívio, devido a questões como o bullying.

Baseados no exposto, o objetivo desse estudo foi relatar processo de divulgação de informações científicas sobre a displasia do ectoderma, vinda das famílias na clínica materno infantil no intuito de conscientizar a respeito dessa patologia pouco falada.

2 - RELATO DE CASO

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁴. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Paciente do sexo masculino, 5 anos de idade, apresentou-se acompanhado de sua mãe à clínica de odontologia materno infantil e pacientes com necessidades especiais, da Universidade Iguazu - Campus V, com o objetivo de tratamento odontológico, após a mãe

ser orientada a procurar a UNIG através de um aluno no aplicativo Whatsapp (Figura 1), onde a mesma relata sua angústia por não saber lidar com o caso do filho. Apesar de saber o diagnóstico da criança, a mesma não possui muitas informações ou ajuda que possa melhorar a qualidade de vida de seu filho.

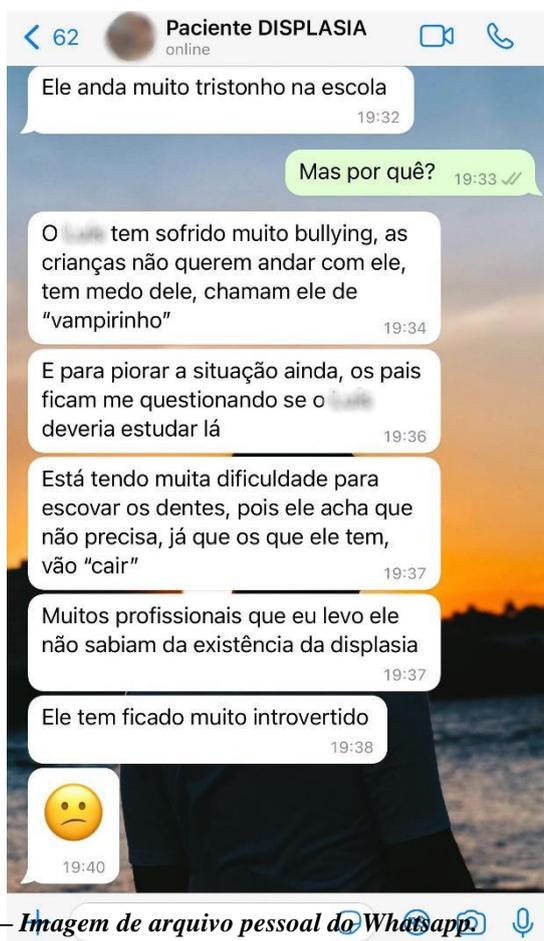


Figura 1 – Imagem de arquivo pessoal do Whatsapp

Ao exame extraoral (Figura 2) observou-se pele ressecada, cabelos e sobrancelhas “ralos”, além das unhas quebradiças. Ao exame clínico intraoral verificou-se a ausência de muitos dentes, fluxo salivar diminuído (boca seca), e os dentes presentes na boca, em formato de lança (Figura 3). Através da radiografia panorâmica (Figura 4), confirmou-se a falta dos dentes e sinais observados no exame clínico intraoral. Com as informações obtidas, identificamos o paciente como portador da displasia do ectoderma.



Figura 2 – Imagem frontal do paciente.



Figura 3 – Imagem dos dentes do paciente.



Figura 4 – Radiografia panorâmica.

Buscando reintegrar o paciente à sociedade, foi confeccionada uma prótese parcial removível (Figura 5), que através dessa reabilitação oral, o paciente poderá além da reintegração social, ter uma boa função mastigatória, fonética e estética. Todas as etapas de ajuste foram realizadas proporcionando o melhor conforto possível ao paciente.



Figura 5 – Prótese parcial removível.

Podemos observar que a ausência dos dentes foi suprida e o paciente passou a ter um sorriso normal, com boa adaptação da prótese (Figura 6 A-B). No entanto, ressaltamos à mãe do paciente que a mesma é uma prótese de caráter provisório, e tendo em vista o crescimento maxilar e mandibular do paciente, deverá ser substituída periodicamente.



Figura 6: A – Antes da prótese; B – Depois da prótese.

Com a entrega da prótese, observamos a satisfação da família e principalmente da criança, que pôde sorrir normalmente como todas as outras crianças, sendo nítido observar que sua auto-estima foi elevada.

Com o intuito de ajudar mais pessoas que vivem a mesma dificuldade e às vezes não sabem o que é a displasia do ectoderma ou como amenizar as manifestações clínicas, julgamos necessário divulgar informações sobre a displasia de forma a conscientizá-los em relação às características que irão observar, sugerir formas de reabilitação oral, despertar curiosidades, fornecer informações com embasamento científico de forma útil que possa contribuir para uma boa adaptação da criança ao convívio social. Todas essas informações estão sendo divulgadas através da rede social, na página do Instagram @ectodermicabrazil, como mostra a figura 7.



Figura 7 – Imagem da página do Instagram.

Observa-se que muitas pessoas, até mesmo profissionais da área da saúde não possuem conhecimento à respeito da displasia do ectoderma. Devido a isso, foi idealizado um post no Feed da página do Instagram citado sobre informações das principais características da displasia (Figura 8).



Figura 8 – Post do Instagram.

Com o intuito de tentar resolver o problema inicial, que era a prática do bullying na escola e a tristeza do paciente (conforme figura 1), foi idealizado a criação de um projeto além do Instagram, cujo objetivo era a criação de um programa sem fins lucrativos, na Universidade Iguazu Campus V, que visava a divulgação, conscientização e acolhimento desses pacientes. Onde possam buscar informações e conhecimento, e receber além disso, uma ajuda no que for possível para devolver a auto estima desse paciente e a felicidade da família.

3- DISCUSSÃO

Baseados no estudo de Timothy et al., 2019⁵ nos propomos a investigar se seria possível conscientizar a população sobre a displasia do ectoderma através do instagram. E

o principal resultado foi a divulgação de achados científicos para uma parcela da população que não se sentia representada⁶.

Estudos preconizam o uso de jornais e revistas como forma de divulgação de informações⁷. Entretanto, o uso das redes sociais quando feito da maneira correta, apresenta-se como uma alternativa confiável e resolutive. Sem falar que, é de fácil acesso e propagação⁸.

Devido à dificuldade ao acesso de informações, tem-se visto necessário o uso de medidas que vão ajudar no fácil e rápido entendimento da população a determinados assuntos⁹. Uma das opções para facilitar esse acesso, é o letramento digital¹⁰, que consiste na aplicação de diferentes meios de apresentação, como por exemplo: fotos, vídeos, sons, cores e desenhos.

Um dos fatores associados a pacientes com esse tipo de displasia, e que geram desconforto, é o preconceito estético e o bullying, que é feito em vários ambientes possíveis¹¹. Em muitos casos, o paciente começa a se queixar da necessidade de conviver em sociedade, fica introspectivo e com medo de alguém fazer algum tipo de piada. Sem contar que, devido a agenesia, muitos se questionam da importância da escovação, pois não vêm motivos para ‘preservar’ algo que em breve poderá ‘sair’.

Apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4- CONCLUSÃO

Conclui-se que a divulgação de achados científicos sobre a displasia do ectoderma através das redes sociais, parece ser eficaz no que diz respeito a conscientização e divulgação de informações sobre a displasia do ectoderma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Eke P. I. (2011). Using social media for research and public health surveillance. *Journal of dental research*, 90(9), 1045–1046. <https://doi.org/10.1177/0022034511415277>
- 2- Docherty, M., & Smith, R. (1999). The case for structuring the discussion of scientific papers. *BMJ (Clinical research ed.)*, 318(7193), 1224–1225. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7193.1224>
- 3- Reyes-Realí, J., Mendoza-Ramos, M. I., Garrido-Guerrero, E., Méndez-Catalá, C. F., Méndez-Cruz, A. R., & Pozo-Molina, G. (2018). Hypohidrotic ectodermal dysplasia: clinical and molecular review. *International journal of dermatology*, 57(8), 965–972. <https://doi.org/10.1111/ijd.14048>

- 4- Riley, D.S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.
- 5- Greiwe, J., & Nyenhuis, S. M. (2020). Wearable Technology and How This Can Be Implemented into Clinical Practice. *Current allergy and asthma reports*, 20(8), 36. <https://doi.org/10.1007/s11882-020-00927-3>
- 6- Wright, J. T., Fete, M., Schneider, H., Zinser, M., Koster, M. I., Clarke, A. J., Hadj-Rabia, S., Tadini, G., Pagnan, N., Visinoni, A. F., Bergendal, B., Abbott, B., Fete, T., Stanford, C., Butcher, C., D'Souza, R. N., Sybert, V. P., & Morasso, M. I. (2019). Ectodermal dysplasias: Classification and organization by phenotype, genotype and molecular pathway. *American journal of medical genetics. Part A*, 179(3), 442–447. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.61045>
- 7- Burgette JM, Dahl ZT, Weyant RJ, McNeil DW, Foxman B, Marazita ML. Opposition to Early Dental Visit by Dentists: A Qualitative Study on Mothers' Social Networks. *JDR Clinical & Translational Research*. 2023;8(1):48-55. doi:10.1177/23800844211059072
- 8- Constantinescu S. N. (2017). Journal of Cellular and Molecular Medicine: the Future. *Journal of cellular and molecular medicine*, 21(2), 206–207. <https://doi.org/10.1111/jcmm.13075>
- 9- Farsi D. (2021). Social Media and Health Care, Part I: Literature Review of Social Media Use by Health Care Providers. *Journal of medical Internet research*, 23(4), e23205. <https://doi.org/10.2196/23205>
- 10- Eke P. I. (2011). Using social media for research and public health surveillance. *Journal of dental research*, 90(9), 1045–1046. <https://doi.org/10.1177/0022034511415277>

CONFECÇÃO DE RESTAURAÇÃO DIRETA - INDIRETA EM DENTES POSTERIORES: RELATO DE CASO

Nicole PERES¹; Thais ROCHA¹; Renato Lenoir MARTINEZ², Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Vanessa Ferreira da SILVA² e Elissa ROCHA²

1- Discente do curso de odontologia Universidade Iguazu Campus V- Itaperuna- RJ

2- Docente do curso de odontologia Universidade Iguazu Campus V- Itaperuna- RJ

Email para correspondência: nicoleperes2901@gmail.com

RESUMO

Sabemos que a restauração é feita em dentes destruídos por cárie. Baseados no exposto, esse estudo objetivou relatar a praticidade e vantagens da técnica direta – indireta em dentes posteriores. Paciente do sexo masculino, caucasiano, 22 anos de idade compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu Campus V. Queixando-se de uma “restauração que havia quebrado”. Após anamnese e exame clínico chegou-se à conclusão que o dente dele havia fraturado e necessitava de uma restauração. O procedimento adotado foi uma confecção de restauração direta – indireta realizada em uma única sessão no qual foi cimentada com cimento resinoso. O que nos faz concluir que apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que trata-se de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

PALAVRAS CHAVES: Restauração dentária; Resinas Compostas; Preparação Dentária

ABSTRACT

We know that restoration is done on teeth destroyed by caries. Based on the above, this study aimed to report the importance of the direct - indirect technique in posterior teeth. Male, Caucasian, 22-year-old patient attended the dental clinic of Universidade Iguazu Campus V. Complaining about a “restoration that had broken”. After anamnesis and clinical examination, it was concluded that his tooth had fractured and needed restoration. The procedure adopted was a direct-indirect restoration in which it was cemented with resin cement. Which makes us conclude that despite the good results obtained in this study, it is important to emphasize that it is a case report with a small sample. Because of this, we suggest more robust studies with a longer follow-up time.

KEY-WORDS: Dental restoration; Composite resins; dental preparation

1-INTRODUÇÃO

A cárie dentária pode ocorrer na dentição decídua e permanente devido ao acúmulo de biofilme, causando a desmineralização do dente levando a cavitação. Quando não tratada, pode levar a grandes perdas de estruturas dentárias, sendo a técnica da resina direta – indireta uma forma de reabilitação onde há o controle de polimerização, o material escolhido para a cimentação é importante para a longevidade da técnica devido a sua compatibilidade com o material^{1,2,3}.

Na literatura encontramos diversas técnicas para a restauração de um dente destruído por cárie, como a restauração com resina indireta, porém necessita de um passo a mais podendo levar a mais uma consulta porque temos que fazer a moldagem para a confecção da peça⁴.

Na técnica direta – indireta a peça é fabricada a mão livre e intraoral mente, permite a colagem da peça na mesma consulta, diminuindo um passo e promove o mesmo controle na contração de polimerização, oferecendo a grande resistência as tensões garantindo o sucesso na restauração⁵.

Baseado no exposto, o objetivo desse estudo foi relatar as condutas necessárias para a confecção da restauração direta – indireta em pacientes com fraturas coronárias.

2-RELATO DE CASO

Toda a descrição desse caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁶. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Paciente do sexo masculino, caucasiano, 22 anos de idade compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu Campus V. Queixando se de uma “restauração que havia quebrado”. Sua história médica não apresentou nenhuma alteração sistêmica que tenha relevância para este relato.

Ao exame clínico observamos a necessidade de um reparo em algumas restaurações, a necessidade de uma raspagem sub gengival e orientação ao paciente, de acordo com a queixa principal o dente se apresentava quebrado e incomodando o paciente (Figura 1).



Figura 1: Imagem inicial: Resina insatisfatória. Arquivo pessoal

Ao exame radiográfico periapical mostrou uma imagem radiolúcida indicando um espaço (GAP) entre a resina e fundo da cavidade (dentina de fundo) o que é sugestivo de falha na adesão e contração de polimerização (Figura 2).



Figura 2: Radiografia inicial. Arquivo pessoal

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos chegou-se ao diagnóstico de resina sem adesão e não proporcionando uma reconexão da estrutura dentária, levou ao stress mecânico na estrutura e sua fratura.

Após raspagem sub gengival e profilaxia profissional, selecionamos as cores da resina utilizada e removemos toda resina insatisfatória, em seguida foi realizada a análise da estrutura dentária com a finalidade de tomada de decisão para melhor técnica restauradora, observou-se fragilidade na cúspide vestibular, indicando realização de uma restauração indireta, a fim de proporcionar melhor resistência e redução da contração de polimerização.

Após a análise estrutural iniciou-se o protocolo de adesão, que foi realizado da seguinte forma: ataque ácido (condicionador ácido condac 37 %- fgm) por 30 segundos em esmalte, aplicação do adesivo (ambar universal- fgm) e foto polimerização (Figura 3 A-D).

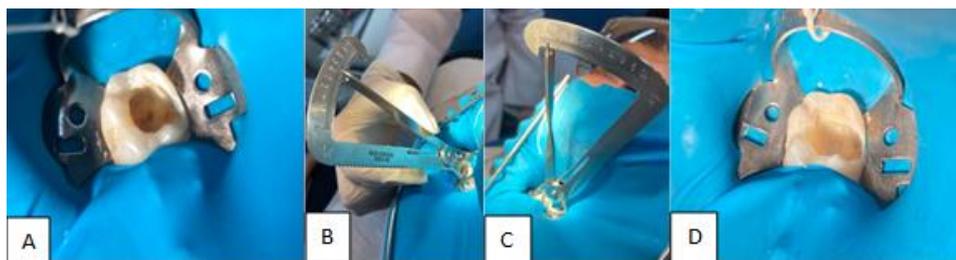


Figura 3: A- Remoção da resina insatisfatória, B- Análise da parede vestibular com 4mm C- Análise da parede lingual com menos de 1mm e D- Dente após ataque ácido e aplicação do adesivo. Arquivo pessoal

Realizamos o núcleo de preenchimento com resina composta de dentina cor A2D (Forma- Ultradent) até o nível de fratura (Figura 4).



Figura 4: Dente restaurado até linha de fratura. Arquivo pessoal

Na consulta seguinte foi realizado o preparo dentário e a confecção da restauração onlay direto no dente preparado na boca do paciente, foi inserido uma bola de resina cor A2E (Forma Ultradent) e foi feita toda a anatomia do dente e a fotopolimerização da peça no dente. (Figura 5 A-B).

Após a fotopolimerização a restauração foi removida da cavidade com auxílio de uma sonda.



Figura 5: A- Bola de resina B- Peça fotopolimerizada. Arquivo pessoal

Logo após a remoção da peça iniciou-se o protocolo de cimentação: Na preparação da peça foi realizado aplicação de ácido fosfórico 37%(condicionador ácido condac 37 %-fgm) por 60 segundos e lavagem abundante, na sequência aplicação do silano que ficou na peça até sua secagem total (Figura 6 A-B).

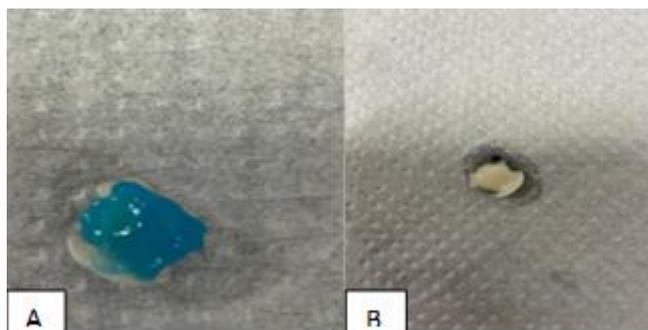


Figura 6: A- Ácido fosfórico na peça B- Aplicação do silano. Arquivo pessoal

Após o preparo da peça foi realizado preparo do dente, com ataque ácido por 60 segundos e lavagem abundante, aplicação do adesivo e a fotopolimerização (Figura 7 A-B).



Figura 7: A- Aplicação de ácido no dente B- Dente após aplicação do adesivo. Arquivo pessoal

A peça foi inserida na cavidade preparada com um cimento resinoso (Maxcem Elite, Universal Resin Cement, Brasil) aguardou-se o tempo de presa inicial pressionando a peça contra o dente para que não ocorresse nenhum gap ou desadaptação da peça (Figura 8 A-B).

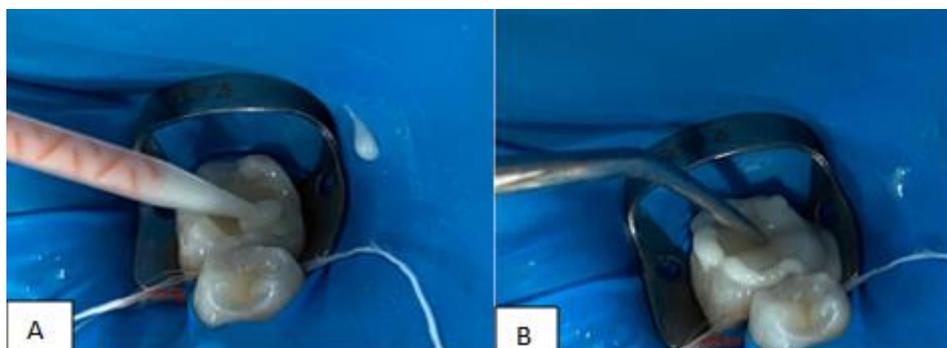


Figura 8: A- Aplicação de cimento, B- Pressionando com pinça até o momento de presa. Arquivo pessoal.

Foi realizado o ajuste oclusal com pontas multilaminadas e o polimento da restauração na mesma sessão (Figura 9 A-B).

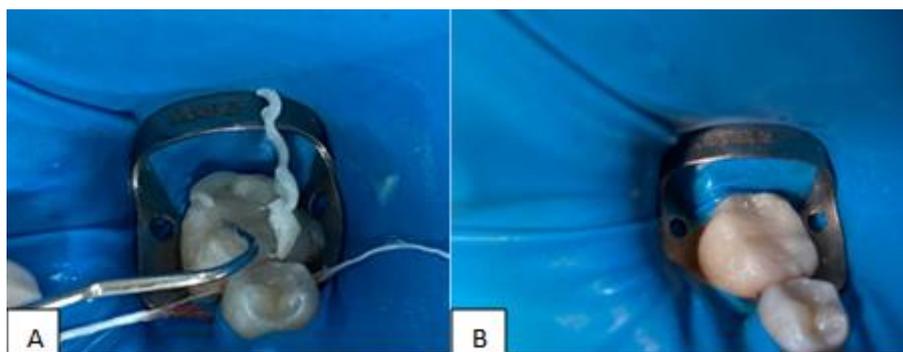


Figura 9: A- Retirando excesso, B- Ajuste feito. Arquivo pessoal

Foi realizado um acompanhamento por 6 meses e a radiografia final foi feita neste tempo e com isso podemos comprovar a adesão da resina com o dente uma boa vedação da cimentação (Figura 10 A-B).



Figura 10: A- Radiografia final, B- Resultado final. Arquivo pessoal

3-DISCUSSÃO

Baseados no estudo de Fahl et al. 1995. Nos propomos a investigar se seria possível realizar a confecção de uma restauração direta – indireta. E o principal resultado foi devolver a função para o paciente, a peça feita intraoralmente reduzindo um passo é conseguindo controlar as contrações de polimerização, sem sensibilidade pós-operatória, evitando novas fraturas e trincas⁷.

Os estudos mostram a técnica direta – indireta como a melhor escolha quando temos uma grande perda de estrutura coronária, pois nos permite controlar a polimerização da resina no qual o paciente vai sentir menos sensibilidade pós-operatória, nos possibilitando em uma única consulta a confecção e cimentação da peça e trazendo menos intercorrências comprada a resina direta⁸.

Dentre as vantagens da técnica podemos citar que diminui um passo na consulta, no qual não precisamos submeter o paciente a uma moldagem, causando um desconforto e evitando o gasto de material, essa técnica nos possibilita a confecção em boca fazendo a

peça a mão livre e conseguimos controlar as contrações da resina, na técnica indireta o paciente necessita passar por esse processo e a peça não é cimentada na mesma consulta o que gera um gasto a mais⁹.

A cimento escolhido para a cimentação da peça foi o cimento resinoso visto que a espessura era compatível com a técnica que influencia totalmente no resultado final que leva a longevidade do trabalho e a satisfação do paciente, a cimentação com resina Flow mostra uma mudança de cor após o envelhecimento do dente que aos olhos do paciente é inaceitável,^{10,11}.

Apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que trata-se de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4-CONCLUSÃO

Baseado no exposto a técnica direta- indireta parece ser eficaz para uma restauração de um dente com grande perda de estrutura coronária, devolvendo para o paciente a função e feita intraoralmente em apenas uma consulta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, et al. Dental caries. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17030. Published 2017 May 25. doi:10.1038/nrdp.2017.30
- 2- FAHL JR, N. (1996): “As Facetas de Resina Composta Direta/Indireta: Relato de Caso”. *Prática de Periodontia e Odontologia Estética* 8(7): 627-638, setembro.
- 3- Heboyan A, Vardanyan A, Karobari MI, et al. Dental Luting Cements: An Updated Comprehensive Review. *Molecules*. 2023;28(4):1619. Published 2023 Feb 8. doi:10.3390/molecules28041619
- 4- Galiatsatos A, Galiatsatos P, Bergou D. Clinical Longevity of Indirect Composite Resin Inlays and Onlays: An Up to 9-Year Prospective Study. *Eur J Dent*. 2022;16(1):202-208. doi:10.1055/s-0041-1735420
- 5- The-Direct-Indirect-Composite-Resin-Veneers-A-Case-Report.pdf
- 6- Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.
- 7- The-Direct-Indirect-Composite-Resin-Veneers-A-Case-Report.pdf
- 8- Rodrigues MP, Soares PBF, Gomes MAB, et al. Direct resin composite restoration of endodontically-treated permanent molars in adolescents: bite force and patient-specific finite element analysis. *J Appl Oral Sci*. 2020;28:e20190544. doi:10.1590/1678-7757-2019-0544
- 9- da Veiga AM, Cunha AC, Ferreira DM, et al. Longevity of direct and indirect resin composite restorations in permanent posterior teeth: A systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2016;54:1-12. doi:10.1016/j.jdent.2016.08.003
- 10- Prieto LT, Pimenta de Araújo CT, Araujo Pierote JJ, Salles de Oliveira DCR, Coppini EK, Sartini Paulillo LAM. Evaluation of degree of conversion and the effect of thermal

aging on the color stability of resin cements and flowable composite. *J Conserv Dent.* 2018;21(1):47-51. doi:10.4103/JCD.JCD_128_17

11- Heboyan A, Vardanyan A, Karobari MI, et al. Dental Luting Cements: An Updated

Comprehensive Review. *Molecules.* 2023;28(4):1619. Published 2023 Feb 8.

doi:10.3390/molecules28041619

AUMENTO DE COROA CLÍNICA PARA CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL: RELATO DE CASO

Filipe MARZORQUE¹; Marco Túlio MOREIRA¹; Aline Manhães PESSANHA², Sarah Saraiva SORRENTINO², José Luiz MIQUILITO² e Diogo MIQUILITO²

1- Discente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu- Campus V, Itaperuna -RJ.

2- Docente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu- Campus V, Itaperuna -RJ.

E-mail para correspondência: filipemarzorque125@gmail.com

RESUMO

A estética do sorriso é um fator importante na vida de um indivíduo, e deve ser estabelecida uma relação simétrica entre os elementos dentários e a gengiva para um sorriso equilibrado. Dessa forma, esse estudo teve como objetivo relatar um caso sobre o aumento de coroa clínica para correção do sorriso gengival, sendo um procedimento indicado e indispensável para alcançar o funcionamento e a estética ideal que o paciente deseja. A Paciente que foi submetida ao procedimento já era adulta, sexo feminino, 21 anos. E procurou a Clínica do curso de odontologia da universidade Iguazu Campus V – Itaperuna RJ com a queixa principal excesso de gengiva quando sorria. Após o exame clínico foi possível perceber esse excesso principalmente na região dos dentes 24, 23, 22, 21, 11, 12, 13, 14. Após realizar o procedimento, aguardamos um período de 07 dias para remover os pontos e avaliar o sucesso da cirurgia. Baseado no caso apresentado, concluiu-se que o aumento de coroa clínica parece ser um método eficaz para obter sucesso na correção do sorriso gengival.

Palavras-chave: Periodontia, Aumento da Coroa Clínica, Estética.

ABSTRACT:

The aesthetics of the smile is an important factor in an individual's life, and a symmetrical relationship between the dental elements and the gingiva must be established for a balanced smile. Thus, this study aimed to report a case on the lengthening of the clinical crown to correct the gummy smile, being an indicated and indispensable procedure to achieve the ideal functioning and aesthetics that the patient desires. The patient who underwent the procedure was already an adult, female, 21 years old. And he sought out the Clinic of the Dentistry course at the University Iguazu Campus V – Itaperuna RJ with the main complaint of excessive gums when he smiled. After the clinical examination, it was possible to notice this excess, mainly in the region of teeth 24, 23, 22, 21, 11, 12, 13, 14. After performing the procedure, we waited a period of 07 days to remove the stitches and evaluate the success of the procedure. surgery. Based on the presented case, it is concluded that the clinical crown lengthening seems to be an effective method to obtain success in the correction of the gummy smile.

Key-words: Periodontics, Clinical Crown Lengthening, Aesthetics.

1- INTRODUÇÃO

A estética do sorriso é um fator importante na vida de um indivíduo, e deve ser estabelecida uma relação simétrica entre os elementos dentários e a gengiva para um sorriso equilibrado. A exposição excessiva da gengiva causa uma desarmonia no sorriso, e conseqüentemente pode causar desconfortos psicológicos e problemas de interação social no cotidiano desse indivíduo¹.

Diversos estudos apontam vários tipos de procedimentos com técnicas diferentes para o aumento de coroa clínica com fins estéticos como a gengivectomia por exemplo. Porém, a seleção da técnica depende de vários fatores relacionados ao paciente e o procedimento usado em cada caso vai depender da relação de posição do dente e também da relação clínica da coroa para raiz, que incluem proximidade e morfologia dessa estrutura. Então, é possível concluir que a mesma técnica não funciona para todos os pacientes e, por isso, o tratamento individualizado é necessário para ter sucesso na correção do sorriso².

De acordo com a literatura, um sorriso considerado normal deve apresentar desde a borda superior até a margem gengival apenas 1 a 2mm de exibição gengival. Acima de 4mm já proporciona uma exibição gengival excessiva, o que traz um desconforto nesse paciente em relação a estética³. Dessa forma, o aumento de coroa clínica para correção do sorriso gengival é indicado e indispensável para alcançar o funcionamento e a estética ideal que o paciente deseja⁴.

Baseado no exposto, é possível concluir que o sorriso harmônico é um determinante importante no meio social do indivíduo, e quando existe essa desarmonia no sorriso e o paciente relata incômodo, a correção deve ser realizada para o seu bem-estar em geral.

2- RELATO DE CASO:

Considerações éticas: Toda descrição desse relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁵. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Paciente adulto, sexo feminino, 21 anos, procurou a Clínica do curso de odontologia da universidade Iguçu Campus V – Itaperuna RJ, com a queixa principal

excesso de gengiva quando sorria. Após o exame clínico foi possível perceber esse excesso principalmente na região dos dentes 24, 23, 22, 21, 11, 12, 13, 14 (Figura 1).



Figura 1: Foto inicial, antes de qualquer procedimento. Fonte: Arquivo pessoal.

Durante a anamnese, sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relatório. Então, foi feita a sondagem para verificar se a saúde gengival dessa paciente estava dentro dos padrões de normalidade. E logo após esse exame, foi preparado a mesa com os instrumentais necessários para realizar o procedimento de aumento de coroa clínica (Figura 2).



Figura 2: Bancada com os instrumentos necessários para o procedimento. Fonte: Arquivo pessoal.

Uma hora antes da cirurgia foi pedido a paciente que tomasse quatro cápsulas de Amoxicilina – 500mg e dois comprimidos de Decadron – 4mg, Antes de iniciar a cirurgia, foi colocado um campo cirúrgico na paciente, colocado o abridor expandex, realizada a antissepsia, seguido de um exame clínico bem detalhado e uma sondagem com uma sonda

milimetrada para verificar a presença de bolsa, inserção e quantos milímetros de gengiva podíamos retirar (Figura 3).



Figura 3: Paciente já preparado para o início do procedimento. Fonte: Arquivo pessoal.

Em seguida foi aplicado a anestesia na paciente. Foi feito o bloqueio do nervo alveolar anterior e o tubete de anestésico utilizado foi a lidocaína a 2% com epinefrina. E, para fazer a incisão, foi usado a lâmina de bisturi 15 C para remover a quantidade de gengiva desejada (Figura 4).



Figura 4: Aplicação do anestésico na paciente. Fonte: Arquivo pessoal.

Em seguida, com o auxílio do descolador de Molt, descolamos a gengiva inserida e com as brocas 4137, 4138 e 3118 foi realizado um aprimoramento na região cervical dos dentes. A figura 5 mostra o aumento de coroa clínica sendo realizada (Figura 5).



Figura 5: Aumento de coroa clínica realizado. Fonte: Arquivo pessoal.

Feito isso, realizamos uma boa aspiração e uma compressão com gases até estancar o sangramento para em seguida ser realizada a sutura com o fio de seda agulhado 4.0 pela palatina sendo que os pontos ficam nas papilas (Figura 6).



Figura 6: Sutura realizada. Fonte: Arquivo pessoal.

Depois de sete dias pós cirúrgico foi feita a remoção dos pontos e a liberação da paciente (Figura 7).



Figura 7: Paciente sem os pontos. Fonte: Arquivo Pessoal.

3- DISCUSSÃO

Baseado nos estudos de Araújo⁶, tivemos como a proposta mostrar a técnica de aumento de coroa clínica para a correção do sorriso gengival, com o intuito de melhorar a autoestima da paciente e o seu bem-estar geral. Por meio dessa técnica cirúrgica foi possível chegar ao resultado desejado, que manteve uma proporção satisfatória e harmônica dos elementos dentários.

Atualmente existem outras técnicas para a correção do sorriso gengival, como a aplicação de toxina botulínica. Essa técnica é considerada eficaz, porém existem algumas limitações. O aumento, por exemplo, só poder ser de até 4 mm, e além disso, tem um curto prazo de longevidade de no mínimo 12 semanas e, em até 24 semanas o sorriso desse paciente volta aos valores iniciais⁷. Já a técnica do aumento de coroa clínica não tem limite de aumento, além de ser um procedimento que não tem prazo de validade, por ser uma técnica cirúrgica que remove o excesso de gengiva tão indesejada ao paciente.

Nos dias de hoje, a eletrocirurgia vem sendo muito utilizada nos consultórios odontológicos. Porém, a sua utilização requer mais experiência devido às complexidades técnicas e, por isso, a sua indicação e utilização deve ser restrita a um cirurgião-dentista já experiente na eletrocirurgia⁸. Diante dos fatos apresentados, o cabo de bisturi junto com a lâmina parece ser um instrumental mais seguro para realizar procedimentos estéticos, devido as chances de poder ocorrer falhas e o insucesso da cirurgia ser menor.

A odontologia vem mostrando inovações em várias áreas, principalmente na periodontia. O laser é um método recentemente usado para a correção de sorriso gengival. Porém, o uso desse método ainda apresenta alguns problemas urgentes a serem resolvidos, como fazer uma melhor avaliação dos efeitos a longo prazo, a seleção dos melhores

parâmetros para executar o procedimento, a melhoria da tecnologia cirúrgica e da visualização na cirurgia para poder realizar a remoção e o corte do osso alveolar de forma mais segura e precisa ⁹. Portanto, o aumento de coroa clínica com o uso do bisturi e brocas é tão eficaz como o laser, além de ser um método mais estudado e praticado na odontologia.

Apesar do sucesso em nosso caso, uma limitação do nosso estudo foi encontrar artigos sobre algumas etapas da técnica relatada. Sugerimos mais estudos com artigos publicados para a correção do sorriso gengival.

4- CONCLUSÃO

Baseado no exposto, conclui-se que o aumento de coroa clínica parece ser um método eficaz para obter sucesso na correção do sorriso gengival.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boeira, P. O., De Rossi, A., Caporossi, L. S., & Lima, G. (2020). Cirurgia estética periodontal para melhorar um sorriso natural: Relatar caso com acompanhamento de 2 anos. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 24(1), 87-91.
2. Nethravathy R, Vinoth SK, Thomas AV. Three different surgical techniques of crown lengthening: A comparative study. *J Pharm Bioallied Sci.* 2013 Jun;5(Suppl 1):S14-6. doi: 10.4103/0975-7406.113281. PMID: 23946567; PMCID: PMC3722696.
3. Bhimani RA, Sofia ND. Lip Repositioning, Aesthetic Crown Lengthening, and Gingival Depigmentation: A Combined Approach for a Gummy Smile Makeover. *J Cutan Aesthet Surg.* 2019 Oct-Dec;12(4):240-243. doi: 10.4103/JCAS.JCAS_25_19. PMID: 32001970; PMCID: PMC6967167.
4. Lavu, V., Arumugam, C., Venkatesan, N., Sk, B., & Valandhan Vedha, G. (2019). Uma abordagem atual para alongamento da coroa - Piezosurgery. *Cureus*, 11(11), e6241. <https://doi.org/10.7759/cureus.6241>
5. Riley DS, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol.* 2017. pii: S0895-4356(17)30037-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.02.
6. ARAÚJO, A. K. C. A.; BARROS, T. K. M. Sorriso gengival: Etiologia, diagnóstico e tratamento por intermédio de gengivectomia e gengivoplastia. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27219/1/ulfmd07095_tm_Ana_Mendes.pdf

7. Zengiski ACS, Basso IB, Cavalcante-Leão BL, Stechman-Neto J, Santos RS, Guariza-Filho O, Zeigelboim BS, Taveira KVM, de Araujo CM. Effect and longevity of botulinum toxin in the treatment of gummy smile: a meta-analysis and meta-regression. *Clin Oral Investig*. 2022 Jan;26(1):109-117. doi: 10.1007/s00784-021-04223-w. Epub 2021 Oct 15. PMID: 34652491.
8. Moore DA. Electrosurgery in dentistry: past and present. *Gen Dent*. 1995 Sep-Oct;43(5):460-5. PMID: 8941740.
9. Yang RQ, Guo SJ, Xiao SM, Ding Y. [Aplicação Clínica de laser no alongamento da coroa]. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 1o de outubro de 2019;37(5):551-555. Chinês. doi: 10.7518/hxkq.2019.05.019. PMID: 31721507; PMCID: PMC7030416.

CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL: RELATO DE CASO

Larissa RIBEIRO¹; Aline Manhães PESSANHA², Sarah Saraiva SORRENTINO², José Luiz MIQUILITO² e Diogo MIQUILITO²

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

E-mail para correspondência: larissa.ribeirodelima99@gmail.com

RESUMO

Sabemos que a gengivoplastia ou aumento de coroa clínica tem como objetivo corrigir as deformidades gengivais, que leva a uma melhor estética ao paciente aumentando o comprimento do dente sem infringir o espaço biológico. Baseado no exposto, esse estudo objetivou, explorar as condutas necessárias para a cirurgia plástica gengival e destacar a importância de avaliar um planejamento de forma adequada. Paciente, 48 anos, sexo feminino compareceu a clínica odontológica da universidade Iguazu – Campus V queixando-se de excesso de gengiva ao sorrir. Após anamnese e exame clínico chegou-se à conclusão que foi indicado a gengivoplastia para reabilitação estética. O que nos faz concluir que a gengivoplastia tem sido uma escolha, para os pacientes que possuem excesso de tecido gengival, utilizando a técnica convencional cirúrgica, que parece tratar a harmonia do sorriso.

Palavras-chaves: Gengivoplastia; Estética; Aumento de coroa clínica

ABSTRACT

We know that gingivoplasty or clinical crown lengthening aims to correct gingival deformities, which leads to better aesthetics for the patient by increasing the length of the tooth without infringing the biological space. Based on the above, this study aimed to explore the necessary conducts for gingival plastic surgery and highlight the importance of evaluating an adequate planning. Patient, 48 years old, female, attended the dental clinic of the Iguazu University – Campus V, complaining of excess gum when smiling. After anamnesis and clinical examination, it was concluded that gingivoplasty was indicated for aesthetic rehabilitation. Which makes us conclude that gingivoplasty has been a choice for patients who have excess gingival tissue, using the conventional surgical technique, which seems to treat the harmony of the smile.

Keywords: Gingivoplasty; Esthetics; Crown Lengthening

1- INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica periodontal ou aumento de coroa clínica tem como objetivo corrigir as deformidades gengivais iatrogênicas, que leva a uma melhor estética ao paciente aumentando o comprimento do dente sem infringir o espaço biológico¹.

Na literatura encontramos diversas técnicas para cirurgia plástica gengival, como gengivectomia² que é um tratamento mais comum de ser executado, porém só remove tecido gengival. Outra opção a ser considerada é a toxina botulínica, sendo indicada em

casos específicos de elevação da musculatura do lábio superior, mas que possui efeito de curto prazo³.

Nesse contexto, a cirurgia plástica gengival é um procedimento eficaz para melhorar a estética do paciente com margem gengival irregular, sendo considerado seguro e não requer equipamentos robustos para sua execução, alcançando uma boa harmonização e sem deixar cicatrizes no tecido gengival⁴.

Baseado nos expostos, esse estudo teve como objetivo explorar as condutas necessárias para a cirurgia plástica gengival e destacar a importância de avaliar um planejamento de forma adequada.

2- RELATO DE CASO

Toda descrição desse relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁵. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Paciente, 48 anos, sexo feminino, caucasiana, compareceu à clínica odontológica da Universidade Iguazu Campus –V – Itaperuna RJ, com a queixa principal de excesso de gengiva ao sorrir. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

Ao exame clínico, paciente apresentou dentição normal, ausência de lesão de cárie, boa saúde gengival, porém havia um desnível da margem gengival dos dentes anteriores. (Figura1). Nesse dente foi observado uma coroa mal adaptada e que influenciado no seu “sorriso gengival”. Foi solicitada uma panorâmica, que demonstrou não haver perda óssea.



Figura 1: Foto Inicial. Arquivo pessoal.

No exame clínico, constatou-se que a gengiva media mais de 3mm da sua margem até a linha do lábio superior.

Para darmos início ao procedimento, montou-se a mesa cirúrgica com os instrumentos adequados para realização da cirurgia gengival e no paciente foi realizada a antisepsia intraoral com clorexidina 0,12% e extra oral com clorexidina 0,2 % (Figura 2).



Figura 2: Mesa Cirúrgica. Arquivo pessoal.

Foi aplicada uma anestesia tópica para que em seguida, com o uso de agulha longa fosse realizada a anestesia local com lidocaína 2% (Figura 3), verificando-se que a área havia sido completamente anestesiada de acordo com o relato da paciente, foi possível o início do procedimento cirúrgico.



Figura 3: Anestesia Infiltrativa. Arquivo pessoal.

Marcações dos zênites foram feitas com uma sonda milimetrada para a remoção do excesso de tecido gengival (Figura 4).



Figura 4: Marcação feita para remoção do tecido gengival. Arquivo pessoal.

Com a lamina de bisturi 15 C, foi realizado o recorte gengival até a marcação, respeitando o limite correto. Esse recorte foi feito de canino à canino (Figuras 5 e 6).



Figura5: Remoção de tecido gengival unilateral. Arquivo pessoal.



Figura 6: Remoção do excesso de tecido gengival bilateral com a lâmina 15c. Arquivopessoal.

Realização da osteotomia, removendo 3mm de tecido ósseo com a broca 1014 haste longa (Figura 7).



Figura 7: Osteotomia pronta. Arquivo pessoal.

Passado o pós-operatório, a paciente retornou à clínica, relatando uma melhora considerável no aspecto do seu sorriso, informando que não teve nenhum problema após a realização do procedimento e que a área ficou levemente inchada por apenas três dias, tendo uma excelente recuperação (Figura 8).



Figura 8: Procedimento finalizado e suturado. Arquivo pessoal.

Resultado final após 30 dias de cirurgia, paciente com provisório no dente 21 (Figura 9).



Figura 9: Resultado final (Fase Provisória) – Arquivo pessoal.

3- DISCUSSÃO

Baseado nos estudos Nascimento et.al., 2016⁶ nos propomos a investigar a possibilidade de resolução estética de sorriso gengival, com o objetivo de aumento de coroa clínica nos dentes anteriores, realizando a técnica da gengivoplastia. E o principal resultado foi obter um sorriso harmônico com aparência mais agradável, seguindo os padrões de estética adequado.

Estudos preconizam que o uso de injeções de toxina botulínica é um tratamento conservador com um curto prazo para a correção do sorriso gengival.⁷ O tratamento não cirúrgico com a toxina botulínica requer um diagnóstico individualizado em cada paciente, sendo que existem outros métodos para tratar o sorriso gengival. O uso do Botox age na musculatura reduzindo a força de contração e elevando o lábio superior, embora seu resultado vai diminuindo ao decorrer do tempo.⁹ Entretanto, a técnica cirúrgica plástica periodontal utilizada nesse estudo apresenta-se como alternativa economicamente mais eficaz e obtendo excelentes resultados, uma vez que seus resultados são permanentes.⁸

A cirurgia de gengivoplastia visa alterar o contorno gengival, objetivando a melhor estética, através da diminuição da margem gengival e afinamento da gengiva inserida.¹⁰ Além disso, pode ser considerada uma técnica minimamente invasiva, entre as diversas opções de tratamento cujo o objetivo é diminuir a quantidade de gengiva através da remodelação óssea. Embora, seu pós-operatório seja considerado simples e seguro, e não haja recidiva do tecido gengival removido.²

De acordo com Sousa et al., 2003¹⁰ a obtenção de um nível gengival mais apical, sem exposição radicular, e de harmonia na relação dentogengival, além dos relatos de satisfação pessoal, comprovaram o sucesso do emprego das técnicas cirúrgicas (gengivectomia-gengivoplastia) com finalidade estética. Em nosso estudo, além da aplicabilidade estética podemos ressaltar a melhora da autoestima da paciente, uma vez que a queixa principal era o excesso de gengiva ao sorrir.

Apesar de bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso, sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4- CONCLUSÃO

Conclui-se que a gengivoplastia tem sido uma escolha, para os pacientes que possuem excesso de tecido gengival, utilizando a técnica convencional cirúrgica, que trata a harmonia do sorriso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nethravathy, R., Vinoth, S. K., & Thomas, A. V. (2013). Three different surgical techniques of crown lengthening: A comparative study. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 5(Suppl 1), S14–S16. <https://doi.org/10.4103/0975-7406.113281>
2. Domingues, . L. de O. ., Marques, C. L. ., Shitsuka, C., & Stopgla, R. M. M. . (2021). Cirurgia plástica periodontal: gengivectomia e gengivoplastia: Relato de caso clínico . *E-Acadêmica*, 2(2), e012224. <https://doi.org/10.52076/eacad- v2i2.24>

3. Pedron, I. (2015). Aplicação da toxina botulínica associada à cirurgia gengival ressectiva no manejo do sorriso gengival. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF*, 20(2). <https://doi.org/10.5335/rfo.v20i2.4543>
4. Cairo, F., Graziani, F., Franchi, L., Defraia, E., & Pini Prato, G. P. (2012). Periodontal plastic surgery to improve aesthetics in patients with altered passive eruption/gummy smile: a case series study. *International journal of dentistry*, 2012.
5. Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.
6. Nascimento BFKS, Silva CA, Corrêa TA, Andrade TM, Duarte YF, Cirino CCS. Resolução estética de sorriso gengival através da técnica de gengivoplastia: Relatode caso. Brasília, *Journal of sugere and clinical research*. 2016 V.14 N.3 pp 65- 69. 4.
7. Al-Fouzan AF, Mokeem LS, Al-Saqat RT, Alfalah MA, Alharbi MA, Al-Samary AE. Botulinum Toxin for the Treatment of Gummv Smile. *J Contemp Dent Pract*. 2017 Jun 1;18(6):474-478. doi: 10.5005/jp-journals-10024-2068. PMID: 28621277.
8. Pasquinelli KL. Periodontal plastic surgery. *J Calif Dent Assoc*. 1999 Aug;27(8):597-610. PMID: 10530113.
9. Rojo-Sanchis C, Montiel-Company JM, Tarazona-Álvarez B, Haas-Junior OL, Peiró-Guijarro MA, Paredes-Gallardo V, Guijarro-Martínez R. Non-Surgical Management of the Gingival Smile with Botulinum Toxin A-A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2023 Feb 10;12(4):1433. doi: 10.3390/jcm12041433. PMID: 36835971; PMCID: PMC9965818.
10. Sousa, C. P., Garzon, A. C. D. M., & Sampaio, J. E. C. (2010). Estética periodontal: relato de um caso. *Revista Internacional de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial*, 1(4).

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM INCISIVO CENTRAL SUPERIOR FRATURADO: RELATO DE CASO

Guilherme Alvim RAMOS¹, Ruan GARCIA¹, Lucílio Marcos da SILVA², Rossana dos Santos INÁCIO², Vanessa Ferreira da SILVA², Kênia TINOCO²

1. Discente do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu - Campos V, Itaperuna/RJ.
2. Docente do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu, Campos V, Itaperuna/RJ.

E-mail para correspondência: guilhermealvim2000@gmail.com

RESUMO

A exposição prolongada do cone de gutta-percha ao meio bucal, leva a uma falha no tratamento endodôntico primário, sendo necessário um retratamento endodôntico. Baseado no exposto, esse estudo teve como objetivo relatar os procedimentos necessários para o retratamento endodôntico. Um homem de 48 anos, sexo masculino, caucasiano, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu – UNIG, Campos V, queixando-se de um dente fraturado, após anamnese, exame clínico e radiográfico constatou-se que o dente se apresentava exposto, sem selamento coronário por um período de um ano e dois meses, motivo esse que foi estabelecido como plano de tratamento inicial para reabilitação da função e estética, o retratamento endodôntico, levando assim uma melhora na qualidade de vida do mesmo. Foram realizadas três sessões para a finalização do retratamento, sendo a técnica de instrumentação utilizada a Crown Down e a de obturação a condensação lateral e cimento endodôntico AH Plus. Concluiu-se que as técnicas utilizadas, associadas ao uso do microscópio operatório, foram eficazes para o sucesso do retratamento endodôntico.

Palavras-chaves: Endodontia, Retratamento e Preparo de Canal Radicular.

ABSTRACT

Prolonged exposure of the gutta-percha cone to the oral environment leads to failure in primary endodontic treatment, requiring endodontic retreatment. Based on the above, this study aimed to report the necessary procedures for endodontic retreatment. A 48-year-old male, Caucasian, attended the dental clinic at Universidade Iguazu – UNIG, Campos V, complaining of a fractured tooth. After anamnesis, clinical and radiographic examination, it was found that the tooth was exposed, without crown sealing for a period of one year and two months, which is why endodontic retreatment was established as an initial treatment plan for rehabilitation of function and aesthetics, thus leading to an improvement in the patient's quality of life. Three sessions were performed to complete the retreatment, the instrumentation technique being Crown Down and the obturation technique using lateral condensation and endodontic cement AH Plus. It was concluded that the techniques used, associated with the use of the operating microscope, were effective for the success of endodontic retreatment.

Keywords: Endodontics, Retreatment e Root canal preparation.

1. INTRODUÇÃO

A exposição prolongada do cone de gutta-percha ao meio bucal em dentes que perderam sua coroa, leva a uma falha no tratamento endodôntico primário, levando a ser necessário um retratamento endodôntico. O retratamento do canal radicular é um procedimento não cirúrgico que envolve a remoção dos materiais obturadores do canal radicular do dente, seguido pela limpeza, modelagem e obturação¹.

Na literatura encontra-se diversas técnicas para o retratamento endodôntico, temos como exemplos a utilização dos instrumentos rotatórios ProTaper Universal e ProTaper².

Na clínica de ensino da UNIG Campus – V, encontramos uma gama de paciente que na maioria das vezes não tem condição para um tratamento particular, entretanto utilizamos técnicas atualizadas, com auxílio de microscópio operatório, que tem o intuito de proporcionar magnificação e luminosidade do campo operatório, favorecendo os procedimentos realizados e proporcionando um resultado de maior qualidade.

Baseado no exposto, esse estudo teve como objetivo relatar os procedimentos necessários para o retratamento endodôntico, visto que o paciente se queixava de incômodo no dente fraturado. Diante da análise clínica e radiográfica, constatou-se que o dente se apresentava exposto, sem selamento coronário por um período de um ano e dois meses, motivo esse que foi estabelecido como plano de tratamento inicial para reabilitação da função e estética, o retratamento endodôntico, levando assim uma melhora na qualidade de vida do mesmo.

2. RELATO DE CASO

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁵. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

-Informações do paciente:

Homem de 48 anos, sexo masculino, caucasiano, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu – UNIG, Campos V, queixando-se de um dente fraturado na arcada superior. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

-Achados clínicos e radiográficos:

Ao exame clínico observou-se dente 21 fraturado (Figura 1), com gengiva inflamada, dente com aspecto escurecido, cone de guta percha exposto por 1 ano e 2 meses e com lesão de cárie ativa na dentina ao redor do cone de guta percha.

O exame radiográfico, demonstrou tratamento endodôntico satisfatório (Figura 2), entretanto esteve um longo período exposto ao meio bucal. Considerando os achados clínicos e radiográficos, constatou-se a necessidade de realizar um retratamento endodôntico.



Figura 1: Aspecto inicial.



Figura 2: Radiografia inicial.

-Intervenção terapêutica:

Após exame clínico e radiográfico antepôs por fazer o retratamento endodôntico do dente 21 (dente supracitado). Após a remoção de cárie e cálculo dental da arcada inferior e superior, através da raspagem supra e subgingival, foi realizado um curativo de cimento de ionômero de vidro (MAXXION R) como selador provisório (Figura 3).



Figura 3: Dente 21 com Cimento de ionômero de vidro (MAXXION R).

Na consulta subsequente avaliou-se a radiografia do dente 21 realizada com sensor digital (SAEVO), tirada anteriormente como radiografia inicial (diagnóstico), obtendo um CAD (comprimento aparente do dente) de 18 milímetros, OP (odontometria provisória) de 16 milímetros.

Em sequência realizou-se a antisepsia intraoral com Digluconato de Clorexidina a 0,12%, anestesiou-se a gengiva marginal (Lidocaína a 2% associado ao vasoconstritor epinefrina 1:100000), esperou-se 3 minutos, fez-se a escolha do grampo (**210 Duflex**), com a ajuda da pinça porta grampo (Golgram) para testar o grampo que melhor se adaptava, fez a perfuração do lençol de borracha (Madeitex) com o Alicate perfurador (Ainsworth – Golgran), com o arco de Ostby autoclavável já preparado com o lençol de borracha, levou-se o grampo, lençol e arco a boca.

Com o paciente já isolado, começou a remoção do curativo com uma broca esférica diamantada (1013), com o dente já acessado, iniciou-se a remoção de guta-percha com as brocas Gates nº2, 3 e 4 no terço cervical e médio, após fez-se a aplicação de Eucaliptol com uma seringa e auxílio do sugador endodôntico, foi deixado eucaliptol dentro do canal por 5 minutos e depois aspirado.

Em seguida optou-se pela utilização do microscópio operatório da clínica de ensino da UNIG com a função de promover a magnificação e luminosidade do campo operatório auxiliando na desobturação e instrumentação do canal radicular. Com auxílio da lima Hedstroem 45 (Maillefer), continuou-se a remoção de guta-percha, em 16 milímetros, com movimentos de tração contra as paredes (limagem) para remover a guta-percha, após fazendo irrigação, aspiração com Hipoclorito de Sódio e recapitulação na OP, fez-se uma nova radiografia digital com uma lima da série especial na OP e constatou-se que faltava mais 4 milímetros para se chegar ao ápice.

Fez-se outra aplicação de eucaliptol e foi deixado por mais 5 minutos, depois foi aspirado, e continuado com a remoção do material de dentro do canal, foi seguindo removendo o remanescente do material com o auxílio da sonda Rhein, e com a lima Hedstroem 40, trabalhando em 18 milímetros, sempre que necessário foi realizada uma nova irrigação e aspiração com Hipoclorito e recapitulando com uma lima da série especial a 1 milímetro aquém do ápice, também com aplicação de Eucaliptol por 5 minutos, depois de terminar de retirar o material em 18 milímetros, irrigamos, aspiramos e colocamos uma lima 10 kerr da série especial em 19 mm, fizemos uma radiografia digital e a lima encontrava-se a 1 mm aquém do ápice, sendo as medidas do CT (Comprimento de trabalho) de 19 milímetros (Figura 4), e do CP (Comprimento de patência) de 20 milímetros.



Figura 4: Comprimento de trabalho.

Efetuiu-se nova aplicação de Hipoclorito e de Eucaliptol, levando a uma melhor visualização e remoção dos materiais obturadores, trabalhamos com uma lima 15, Hedstroem em 19 milímetros, até que toda guta-percha fosse removida.

A partir daí, com toda a guta-percha tendo sido retirada e com o CT em mãos, começou-se a fazer a reinstrumentação, fazendo uma irrigação, aspiração e irrigação com hipoclorito de sódio, começou-se a reinstrumentar em 12 milímetros com a lima 80 do tipo Kerr, ajustada, fez-se os movimentos de limagem e alargamento, após a lima ficar frouxa fez-se a irrigação, aspiração, irrigação e recapitulação em 20 milímetros, passando para a lima 70 do tipo Kerr, em 14 mm no canal, fazendo os movimentos de limagem e alargamento, até a lima ficar frouxa fez-se a irrigação, aspiração, irrigação e recapitulação em 20 milímetros, passando para a lima 60 do tipo Kerr em 16 mm no canal fazendo os movimentos de limagem e alargamento, até a lima ficar frouxa fez-se a irrigação, aspiração, irrigação e recapitulação em 20 milímetros, passando para a lima 50 do tipo Kerr, em 18 milímetros no canal, fazendo os movimentos de limagem e alargamento, após a lima ficar frouxa fez-se a irrigação, aspiração, irrigação e recapitulação em 20 milímetros.

Fez o ajuste em 19 milímetros, começou a confecção do batente apical, com a lima 35 do tipo Kerr fazendo os movimentos de limagem e alargamento, após a lima ficar frouxa fez-se a irrigação, aspiração, irrigação e patência, em 20 milímetros com uma lima da série especial, trocou para uma lima mais calibrosa para a confecção do batente apical, usou-se a lima 40 do tipo Kerr em 19 milímetros, fez-se os movimentos de limagem e alargamento, após a lima ficar frouxa fez-se a irrigação, aspiração, irrigação e a patência em 20 milímetros, trocou-se para a lima 45 do tipo Kerr em 19 milímetros, fazendo os movimentos de limagem e alargamento, após a lima ficar frouxa fez-se a irrigação, aspiração, irrigação e patência em 20 milímetros, assim terminando tanto a confecção do batente apical quanto a realização da patência.

Foi feita a aplicação de medicação intracanal, com Hidróxido de Cálcio PA (Maquira) com veículo viscoso Propilenoglicol manipulado e aplicado com uma lima Kerr 15, com movimentos no sentido anti-horário (Figura 5). Fez-se a compactação da medicação com um calcador e com uma bolinha de algodão esterilizada, realizou-se se o selamento coronário, com obturador provisório (VILLEVIE) para a proteção do conduto radicular. (Figura 6).



Figura 5: Aplicação da medicação intracanal.



Figura 6: Dente 21 com obturador provisório (VILLEVIE)

Na consulta posterior, refez a conduta clínica para a confecção do retratamento, com o dente 21 já isolado, foi retirado o obturador provisório com o auxílio de uma broca esférica diamantada (1013), com o dente acessado foi feita a remoção da medicação intracanal com uma lima Kerr 45 e irrigação abundante. Com todo hidróxido de cálcio PA removido, foi realizado a assepsia do cone pré-definido, pela última lima usada no batente apical. Cone de guta percha 45, foi deixado submerso por 1 minuto em uma cuba com hipoclorito de sódio.

Cone de guta-percha foi seco em uma gaze estéril, feito o teste visual com o auxílio da régua milimetrada e pinça clínica em 19 milímetros, sendo feito a marcação no cone, levado para o conduto para fazer o teste tátil, levando sempre o seu ponto de referência como padrão para fazer a medida. O cone ajustado em 19 milímetros foi levado para fazer a radiografia de prova do cone principal (Figura 7), na radiografia o cone se apresentava a 1 milímetro aquém do ápice.

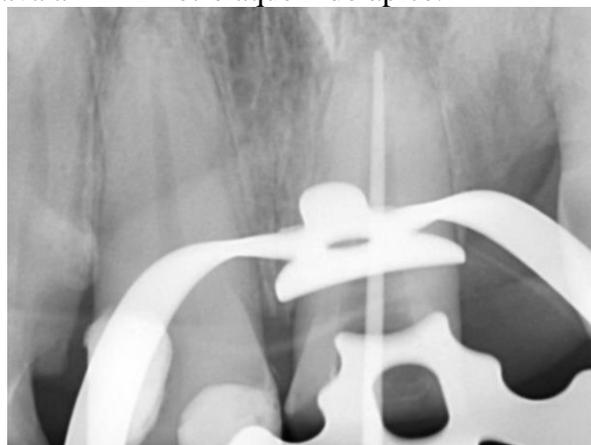


Figura 7: Radiografia de prova do cone.

Removido o cone e separado para fazer a aplicação do EDTA. Foi realizada aplicação de EDTA por 4 minutos, aspiração e irrigação com hipoclorito de sódio para neutralizar a ação do EDTA, aspirando e fazendo a secagem do conduto com cones de papel absorvente.

O cone acessório escolhido foi o F, foi deixado submerso por 1 minuto em uma cuba com hipoclorito de sódio, cones acessórios foram secos em uma gaze estéril. Com todos os cones de guta-percha preparados, começou a manipulação do cimento endodôntico (AH Plus), com o auxílio de uma placa de vidro estéril e espátula 24 para a manipulação do cimento, introduziu o cone principal com cimento dentro do conduto e com auxílio dos espaçadores digitais para fazer a condensação lateral, acomodação dos cones acessórios, até que o conduto radicular estivesse totalmente preenchido (Figura 8).

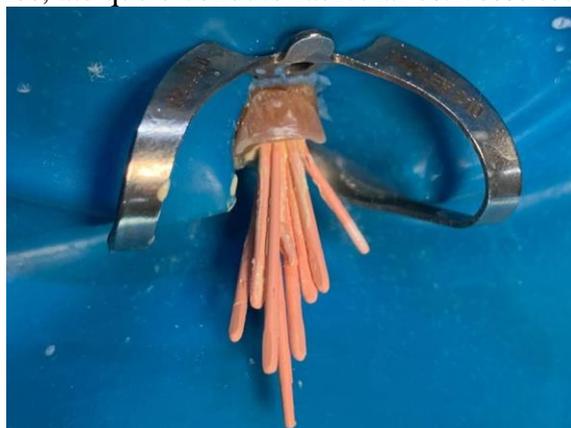


Figura 8: Condensação lateral. Arquivo pessoal.

Foi feita uma outra radiografia, de controle de qualidade, e constatou-se que estava satisfatória a obturação (Figura 9), então com o instrumento de Lucas e uma lamparina foi retirado o excesso de guta percha (Figura 10 A-B), e depois removendo os excessos e calcado até que a guta percha estivesse abaixo do nível da coroa (Figura 11 A-B), usamos CIV para fazer um curativo provisório para sua futura reabilitação com um pino de fibra de vidro e coroa provisória (Figura 12). Com o tratamento finalizado foi realizado a radiografia final (Figura 13).

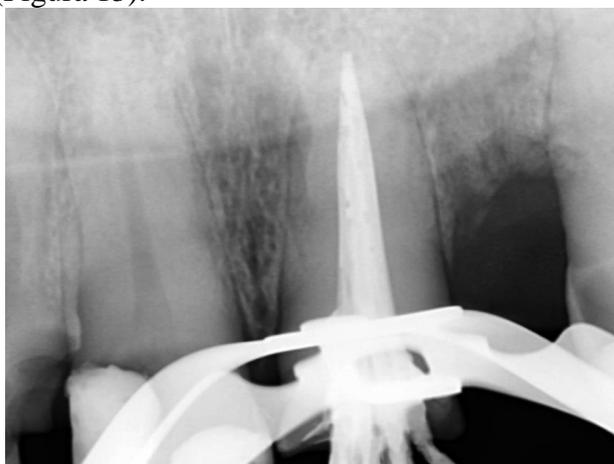


Figura 9: Radiografia de controle de qualidade.

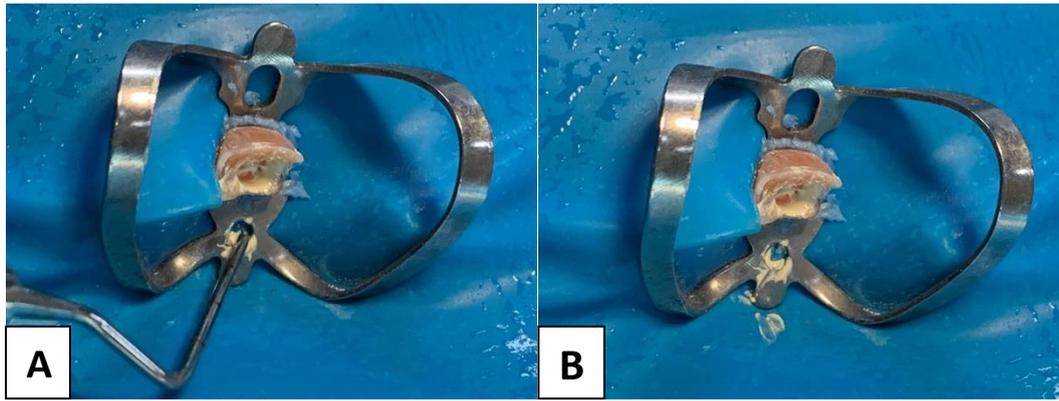


Figura 10 A-B: Remoção dos cones de guta percha.



Figura 11 A: Excesso de Guta percha removida e calcada.

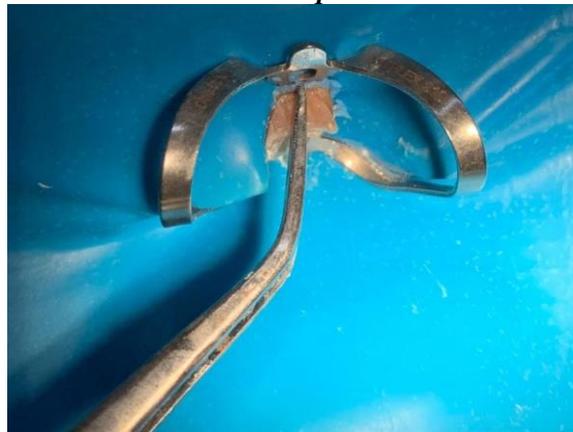


Figura 11 B: Teste de remoção de Guta percha da coroa.



Figura 12: Dente 21 restaurado provisoriamente com Ionômero de vidro Maxxion R - FGM Dental Group.



Figura 13: Radiografia final

-Segmentos clínicos:

Após finalizado tratamento endodôntico, em uma consulta subsequente, se iniciou a confecção do pino de fibra de vidro, núcleo de preenchimento e provisório com dente de estoque (Figura 14).



Figura 14: Aspecto final.

3. DISCUSSÃO

Baseados nos estudos de LOPES et. Al. 2015, nos propomos a investigar se seria possível retratar endodonticamente o incisivo central esquerdo que estava a 1 ano e 2 meses exposto a contaminação da cavidade oral, usando a técnica da condensação lateral. E o principal resultado foi a devolução da saúde gengival e a oportunidade de aplicação de um pino de fibra de vidro para tratamento protético⁶.

Especulamos o uso de Clorexidina como solução irrigadora intracanal, fazendo uma desinfecção do canal radicular e seus mecanismos moleculares diferem do hipoclorito de sódio, porém ambos não diferem significativamente na ação da eficácia antimicrobiana⁷ e o Hipoclorito de Sódio utilizado nesse estudo demonstra ser uma das soluções mais comuns e lucrativas⁸.

As propriedades físicas dos cimentos endodônticos é o que dita a escolha do mesmo, muitos se apresentam com ótimas características, como GuttaFlow Bioseal, Dia-Proseal, ADseal e Endoseal. Entretanto, em comparação com o cimento à base de resina (AH plus), esses apresentam propriedades inferiores^{9, 10, 11}.

O uso de instrumentos rotatórios demonstra ser mais rápida para a remoção de guta-percha¹², entretanto se mostram inferiores em comparação às limas Hedstrom para a limpeza no terço apical¹³.

O uso de medicamentos intracanal auxilia na diminuição dos microrganismos no interior dos condutos e no processo inflamatório, a utilização de medicações como o Paramonoclorofenol canforado demonstra sua eficácia em certos casos, entretanto a maior área de abrangência e biocompatibilidade do Hidróxido de Cálcio o torna mais habitual^{14, 15, 16, 17}.

A existência de diferentes técnicas de obturação leva a uma dificuldade em escolher qual usar, a técnica de obturação de Gutta-Percha termoplastificada tem como exemplo um menor grau de microinfiltração do que a condensação lateral fria, entretanto a condensação lateral fria mostra-se tendo uma resistência de união push-out maior do que a técnica termoplastificada, a habilidades do operador interfere na escolha da técnica^{18, 19, 20}.

A Técnica Híbrida de Tagger tem ótimas propriedades como resistência de união à dentina intrarradicular, resistência à fratura e menos estresse nas paredes do canal radicular, todavia a técnica da condensação lateral tem essas mesmas características, de forma igual e outras características de forma superior, apresentando maior resistência de união entre o material e a dentina intrarradicular quando usado o cimento obturador AH Plus^{21, 22, 23, 24, 25}.

A visão direta do cirurgião dentista pode não ser o suficiente em intervenções endodônticas, como no retratamento. O esforço para melhorar a visualização do campo operatório tem se tornado um fator de extrema importância na área da endodontia, pois o uso do microscópio operatório tem se tornado fator chave graças a magnificação e iluminação da cavidade pulpar, melhorando a qualidade do tratamento executado^{1,26,27}.

As pesquisas realizadas demonstram que as técnicas usadas têm sua funcionalidade constatada. Apesar dos bons resultados neste estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior^{13, 20}.

4. CONCLUSÃO

Concluiu-se que as técnicas utilizadas, associadas ao uso do microscópio operatório, foram eficazes para o sucesso do retratamento endodôntico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Del Fabbro, M., Corbella, S., Sequeira-Byron, P., Tsesis, I., Rosen, E., Lolato, A., & Taschieri, S. (2016). Endodontic procedures for retreatment of periapical lesions. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD005511. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005511.pub3>
2. Fariniuk, L. F., Azevedo, M. A. D., Carneiro, E., Westphalen, V. P. D., Piasecki, L., & da Silva Neto, U. X. (2017). Efficacy of protaper instruments during endodontic retreatment. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*, 28(4), 400–405. https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_89_16
3. Bhandi, S., Mashyakh, M., Abumelha, A. S., Alkahtany, M. F., Jamal, M., Chohan, H., Raj, A. T., Testarelli, L., Reda, R., & Patil, S. (2021). Complete Obturation-Cold Lateral Condensation vs. Thermoplastic Techniques: A Systematic Review of Micro-CT Studies. *Materials (Basel, Switzerland)*, 14(14), 4013. <https://doi.org/10.3390/ma14144013>
4. Chohayeb, A. A., & Tom, C. (1995). Comparison of thermoplasticized gutta-percha root canal obturation technique to the lateral condensation. *NDA journal*, 46(2), 18–21.
5. Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.
6. Lopes, H., Siqueira, J. F. (2015). *Endodontia: biologia e técnica*. – 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
7. Ruksakiet, K., Hanák, L., Farkas, N., Hegyi, P., Sadaeng, W., Czumbel, L. M., Sang-Ngoen, T., Garami, A., Mikó, A., Varga, G., & Lohinai, Z. (2020). Antimicrobial Efficacy of Chlorhexidine and Sodium Hypochlorite in Root Canal Disinfection: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of endodontics*, 46(8), 1032–1041.e7. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.05.002>
8. Gołabek, H., Borys, K. M., Kohli, M. R., Brus-Sawczuk, K., & Strużycka, I. (2019). Chemical aspect of sodium hypochlorite activation in obtaining favorable outcomes of endodontic treatment: An in-vitro study. *Advances in clinical and experimental medicine : official organ Wroclaw Medical University*, 28(10), 1311–1319. <https://doi.org/10.17219/acem/104523>
9. Marques Ferreira, M., Martinho, J. P., Duarte, I., Mendonça, D., Craveiro, A. C., Botelho, M. F., Carrilho, E., Miguel Marto, C., Coelho, A., Paula, A., Paulo, S., Chichorro, N., & Abrantes, A. M. (2022). Evaluation of the Sealing Ability and Bond Strength of Two Endodontic Root Canal Sealers: An In Vitro Study. *Dentistry journal*, 10(11), 201. <https://doi.org/10.3390/dj10110201>

10. Song, Y. S., Choi, Y., Lim, M. J., Yu, M. K., Hong, C. U., Lee, K. W., & Min, K. S. (2016). In vitro evaluation of a newly produced resin-based endodontic sealer. *Restorative dentistry & endodontics*, 41(3), 189–195. <https://doi.org/10.5395/rde.2016.41.3.189>
11. Lim, E. S., Park, Y. B., Kwon, Y. S., Shon, W. J., Lee, K. W., & Min, K. S. (2015). Physical properties and biocompatibility of an injectable calcium-silicate-based root canal sealer: in vitro and in vivo study. *BMC oral health*, 15(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0112-9>
12. Reddy, N., Admala, S. R., Dinapadu, S., Pasari, S., Reddy, M. P., & Rao, M. S. (2013). Comparative analysis of efficacy and cleaning ability of hand and rotary devices for gutta-percha removal in root canal retreatment: an in vitro study. *The journal of contemporary dental practice*, 14(4), 635–643. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-1377>
13. Preetam, C. S., Chandrashekhar, M., Gunaranjan, T., Kumar, S. K., Miskeen Sahib, S. A., & Kumar, M. S. (2016). A comparative evaluation of two rotary Ni-Ti instruments in the removal of gutta-percha during retreatment. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 6(Suppl 2), S131–S136. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.189740>
14. Jara, M., Salcedo-Moncada, D., Ayala, G., Watanabe, R., Alvéitez-Temoche, D., & Mayta-Tovalino, F. (2020). Antibacterial Efficacy of Calcium Hydroxide with Iodoform versus Calcium Hydroxide with Camphorated Paramonochlorophenol as Intrachannel Pastes on an *Enterococcus faecalis* Biofilm: A Comparative *In Vitro* Study. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 10(5), 555–560. https://doi.org/10.4103/jispcd.JISPCD_177_20
15. Neelakantan, P., Romero, M., Vera, J., Daood, U., Khan, A. U., Yan, A., & Cheung, G. S. P. (2017). Biofilms in Endodontics-Current Status and Future Directions. *International journal of molecular sciences*, 18(8), 1748. <https://doi.org/10.3390/ijms18081748>
16. Ibrahim, A. M., Zakhary, S. Y., & Amin, S. A. W. (2020). Calcium hydroxide intracanal medication effects on pain and flare-up: a systematic review and meta-analysis. *Restorative dentistry & endodontics*, 45(3), e26. <https://doi.org/10.5395/rde.2020.45.e26>
17. Valverde, M. E., Baca, P., Ceballos, L., Fuentes, M. V., Ruiz-Linares, M., & Ferrer-Luque, C. M. (2017). Antibacterial efficacy of several intracanal medicaments for endodontic therapy. *Dental materials journal*, 36(3), 319–324. <https://doi.org/10.4012/dmj.2016-102>
18. Sinhal, T. M., Shah, R. R. P., Jais, P. S., Shah, N. C., Hadwani, K. D., Rothe, T., & Sinhal, N. N. (2018). An *In vitro* Comparison and Evaluation of Sealing Ability of Newly Introduced C-point System, Cold Lateral Condensation, and Thermoplasticized Gutta-Percha Obturating Technique: A Dye Extraction Study. *Contemporary clinical dentistry*, 9(2), 164–169. https://doi.org/10.4103/ccd.ccd_722_17
19. Ali, N., Saha, S. G., Vijayvargiya, P., Bhardwaj, A., Shrivastava, S., Sharma, V., & Sachdeva, H. S. (2019). Comparative evaluation of push-out bond strength of gutta-percha using different sealers with lateral condensation and thermoplasticized obturation technique: An *in vitro* study. *Journal of conservative dentistry : JCD*, 22(6), 593–597. https://doi.org/10.4103/JCD.JCD_553_18
20. Bhandi, S., Mashyakh, M., Abumelha, A. S., Alkahtany, M. F., Jamal, M., Chohan, H., Raj, A. T., Testarelli, L., Reda, R., & Patil, S. (2021). Complete Obturation-Cold Lateral Condensation vs. Thermoplastic Techniques: A Systematic Review of Micro-CT Studies. *Materials (Basel, Switzerland)*, 14(14), 4013. <https://doi.org/10.3390/ma14144013>
21. Nhata, J., Machado, R., Vansan, L. P., Batista, A., Sidney, G., Rosa, T. P., & Leal Silva, E. J. (2014). Micro-computed tomography and bond strength analysis of different root canal filling techniques. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*, 25(6), 698–701. <https://doi.org/10.4103/0970-9290.152164>
22. Rached-Júnior, F. J., Souza, A. M., Macedo, L. M., Raucci-Neto, W., Baratto-Filho, F., Silva, B. M., & Silva-Sousa, Y. T. (2016). Effect of root canal filling techniques on the bond strength of epoxy resin-

- based sealers. *Brazilian oral research*, 30, S1806-83242016000100217. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0024>
23. Macedo, L. M. D., Silva-Sousa, Y., Silva, S. R. C. D., Baratto, S. S. P., Baratto-Filho, F., & Abi Rached-Júnior, F. J. (2017). Influence of Root Canal Filling Techniques on Sealer Penetration and Bond Strength to Dentin. *Brazilian dental journal*, 28(3), 380–384. <https://doi.org/10.1590/0103-6440201602460>
24. Fragachán, M., Pons, M., Barriuso, E., Frigola, J., Ballester, M. L., & Berástegui, E. (2018). Micro-computed tomography assessment of different obturation techniques for filling lateral canals. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 10(7), e702–e708. <https://doi.org/10.4317/jced.54806>
25. Rippe, M. P., Santini, M. F., Bier, C. A., Borges, A. L., & Valandro, L. F. (2013). Root canal filling: fracture strength of fiber-reinforced composite-restored roots and finite element analysis. *Brazilian dental journal*, 24(6), 619–625. <https://doi.org/10.1590/0103-6440201301996>
26. Bud M, Jitaru S, Lucaciu O, et al. The advantages of the dental operative microscope in restorative dentistry. *Med Pharm Rep*. 2021;94(1):22-27. doi:10.15386/mpr-1662
27. Del Fabbro M, Taschieri S, Lodi G, Banfi G, Weinstein RL. Magnification devices for endodontic therapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(12):CD005969. Published 2015 Dec 9. doi:10.1002/14651858.CD005969.pub3

USO DA TELEORIENTAÇÃO PARA MANEJO EM PACIENTE COM NECROSE PULPAR- RELATO DE CASO

Vitória MONTEIRO¹, Thais THEOPHILO¹, Adriana Vargas M. PILLAR², Maria Lúcia PETRUCCI², Angela Mendonça Filgueiras BICALHO², Márcia LOUVAIN² e Ana Paula DORNELLAS²

1. Discente do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu, Campus V- Itaperuna-RJ
2. Docente do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu, Campus V- Itaperuna- RJ

Email para correspondência: yitoriamtrc@gmail.com

RESUMO

Sabemos que a teleorientação é um conchavo entre telecomunicação e odontologia, que envolve a troca de informações clínicas e imagens a distâncias remotas. Apresenta como benefícios a educação de profissionais e responsáveis, no intuito de favorecer as crianças, além de facilitar o diagnóstico e acompanhamento de pacientes odontológicos pediátricos, auxiliar na orientação comportamental pré-consulta e garantir o melhor manejo do paciente. Baseados no exposto, o objetivo desse estudo foi relatar o uso da teleorientação no manejo em paciente com necrose pulpar. A responsável pela paciente de dois anos, sexo feminino, entrou em contato por meio de um aplicativo de conversa relatando que sua filha apresentava um machucado na gengiva. Após a responsável ser submetida por um questionário, chegamos ao diagnóstico de fratura de esmalte e dentina complicada e necrose pulpar com lesão perirradicular. O procedimento de escolha foi o tratamento endodôntico pela técnica não instrumentada com a pasta antibiótica CTZ. A paciente foi acompanhada em dois momentos, três e cinco meses em que foi observado sucesso clínico e radiográfico no tratamento odontológico. Com isso, podemos concluir que a teleorientação parece ser eficaz para o manejo de pacientes pediátricos com necrose pulpar.

Palavras-chave: Teleorientação; Necrose Pulpar; Teleodontologia.

ABSTRACT

We know that teleorientation is a compromise between telecommunication and dentistry, which involves the exchange of clinical information and images at remote distances. It presents benefits such as the education of professionals and guardians, in order to favor children, in addition to facilitating the diagnosis and follow-up of pediatric dentistry patients, assisting in pre-consultation behavioral guidance and ensuring the best patient management. Compared to the above, the objective of this study was to report the use of teleorientation in the management of patients with pulp necrosis. The person responsible for the two-year-old female patient got in touch via a conversation app reporting that her daughter had a bruise on her gums. After the person in charge was observed by a volunteer, we arrived at the diagnosis of complicated enamel and dentin fracture and pulp necrosis with periradicular lesion. The procedure of choice was endodontic treatment using the non-instrumented technique with CTZ antibiotic paste. The patient was concomitant in two moments, three and five months in which clinical and radiographic success was observed in the dental treatment. With this, we can conclude that teleorientation seems to be effective for the management of pediatric patients with pulp necrosis.

Key-words: Teleorientation; Pulp Necrosis; Teledentistry.

1- INTRODUÇÃO

A teleorientação é um conchavo entre telecomunicação e odontologia, que envolve a troca de informações clínicas e imagens a distâncias remotas¹. Apresenta como benefícios a educação de profissionais e responsáveis, no intuito de favorecer as crianças, além de facilitar o diagnóstico e acompanhamento de pacientes odontológicos pediátricos, auxiliar na orientação comportamental pré-consulta e garantir o melhor manejo do paciente².

A literatura aponta que a teleodontologia nos tempos de COVID-19 foi bastante benéfica nas situações de urgência e emergência, onde era realizada uma teletriagem através de video-chamadas, mensagens ou fotos^{3,4,5,6,7,8}, a fim de garantir a priorização de pacientes que apresentavam casos clínicos mais graves⁹ e diminuir o risco de contaminação¹⁰.

Neste contexto, a necrose pulpar, muito comum em crianças, pode ser proveniente de qualquer dano a polpa dentária, como a presença de cárie, traumatismos, o uso de instrumentais rotatórios sem refrigeração e materiais que geram um calor excessivo a polpa. É caracterizado pela destruição do sistema microvascular e linfático das células e das fibras nervosas do dente¹¹ e quando não tratada pode impactar de maneira negativa a qualidade de vida do paciente.

No intuito de oferecer uma orientação rápida a teleodontologia mostra-se como um complemento ao atendimento presencial, pois, por meio da teletriagem é possível identificar se o paciente necessita de um atendimento imediato ou se podemos orientá-lo através da teleorientação, evitando deslocamentos desnecessários e facilitando a organização do consultório, através de um atendimento individualizado^{10,12}.

Baseados no exposto o objetivo desse estudo foi relatar o uso da teleorientação no manejo em paciente com necrose pulpar.

2- RELATO DE CASO

- Considerações éticas

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE¹³. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

- Informações do paciente

Paciente dois anos de idade, sexo feminino, caucasiana. A responsável entrou em contato através de aplicativo de conversa WhatsApp relatando que sua filha apresentava “um machucado” na gengiva e que ao realizar a higiene oral sentiu um certo odor. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

- Achados clínicos e radiográficos

Ao exame clínico, paciente apresentou dentição decídua, fratura de esmalte e dentina complicada no dente 61 devido a um trauma, ao aplicar o PUFA detectamos a presença de um abscesso perirradicular agudo, ausência de lesão cariiosa e biofilme dental.

O exame radiográfico constatou a presença de lesão perirradicular, com ausência de fratura de raiz.

Considerando os aspectos clínicos e radiográficos chegou-se ao diagnóstico de necrose pulpar com presença de lesão perirradicular com exsudato purulento.

-Intervenção Terapêutica

A intervenção terapêutica será dividida em tópicos para o melhor do nosso conhecimento.

-Primeiro contato

A responsável pela paciente entrou em contato através de um aplicativo de conversa relatando que sua filha apresentava “um machucado” na gengiva com um certo odor e que quando a paciente higienizava e se alimentava, sentia dor. A responsável pela criança, nos comunicou também que 5 meses atrás a filha havia sofrido uma queda, levando a fratura do dente 61. Devido a sintomatologia e aparência da lesão, foi possível constatar que a paciente

apresentava uma necrose pulpar no dente 61 com presença de um abscesso perirradicular (Figura 1 A-B).

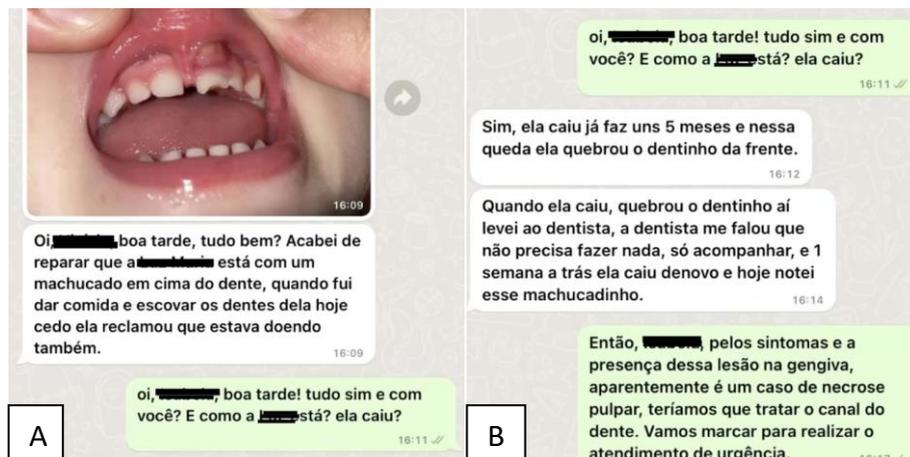


Figura 1 A: Mensagem inicial enviada pela mãe. B: Teleorientação realizada através de aplicativo de conversa. Fonte: Arquivo Pessoal.

-Primeira sessão

Baseado no controle de comportamento da paciente, optou-se pelo uso da técnica não instrumentada com a pasta antibiótica CTZ. Inicialmente, realizamos o acesso no dente 61 com a ponta diamantada 1012 HL (Fava, Brasil), limpamos a cavidade com o auxílio de uma pinça clínica e uma bolinha de algodão esteril embebida com clorexidina e introduzimos na cavidade uma bolinha de algodão esteril com a medicação Formocresol (Maquira, Brasil) (Figura 2 A-C).

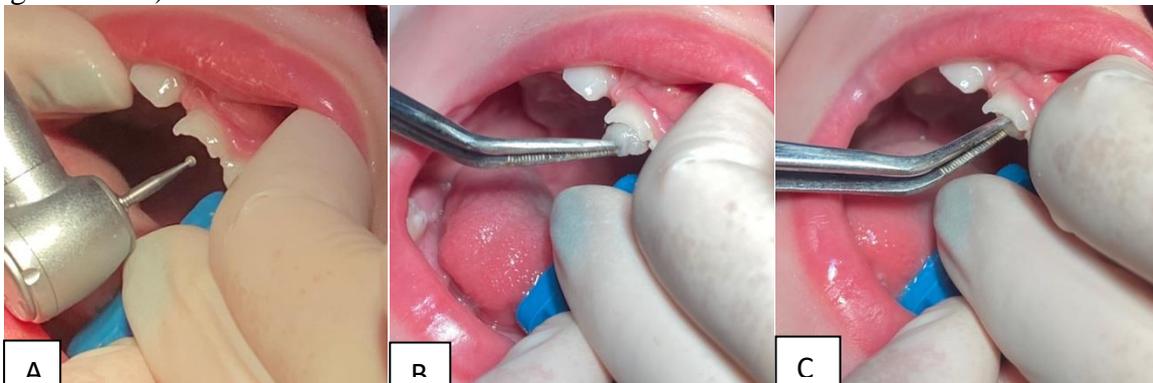


Figura 2 A: Acesso do dente 61 com broca diamantada. B: Limpeza da cavidade com bolinha de algodão e clorexidina. C: Inserindo a bolinha de algodão embebida com Formocresol. Fonte: Arquivo Pessoal.

Após inserir a medicação, vedamos a cavidade com obturador provisório (Villevie, Brasil) (Figura 3).



Figura 3: Dente 61 com o obturador provisório. Fonte: Arquivo Pessoal.

-Segunda sessão

Na sessão seguinte, notamos que o obturador provisório havia soltado e não havia recidiva da lesão perirradicular, removemos a bolinha de algodão com Formocresol (Maquira, Brasil) com uma pinça clínica, fizemos a limpeza da cavidade com uma bolinha de algodão estéril e clorexidina, inserimos uma bolinha de algodão estéril com a medicação Formocresol (Maquira, Brasil) e vedamos com obturador provisório (Villevie, Brasil).

-Terceira sessão

Quando a paciente retornou, removemos o obturador provisório (Villevie, Brasil) e irrigamos a cavidade com uma seringa e agulha de irrigação com clorexidina, secamos a cavidade com bolinha de algodão estéril, manipulamos a pasta antibiótica CTZ, na proporção de uma cápsula de CTZ para duas gotas de eugenol (Maquira, Brasil), introduzimos a pasta antibiótica CTZ com o auxílio de uma espátula (Figura 4).

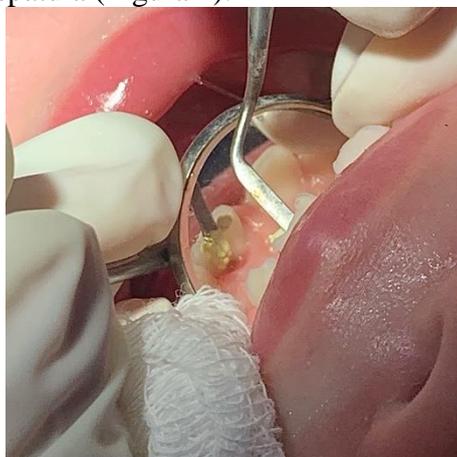


Figura 4: Inserção da pasta antibiótica CTZ na região de câmara pulpar. Fonte: Arquivo Pessoal.

Vedamos com uma guta-percha em bastão (Tanari, Brasil), em seguida, realizamos o condicionamento ácido com ácido fosfórico 37% (FGM, Brasil) durante 30 segundos (Figura 5).



Figura 5: Condicionamento ácido do dente 61. Fonte: Arquivo Pessoal.

Lavamos abundantemente e secamos com leves jatos de ar, em seguida, aplicamos o adesivo universal (Adper Single Bond 2, 3M, EUA) com um microbrush (Regular, FGM, Brasil) (Figura 6).

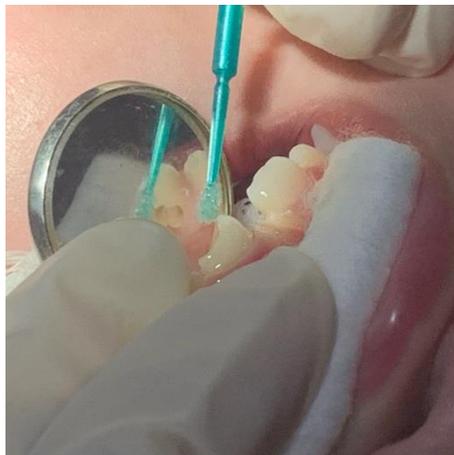


Figura 6: Aplicação do sistema adesivo. Fonte: Arquivo Pessoal.

Fotopolimerizamos durante 30 segundos, após a aplicação do adesivo, realizamos a escultura dental com o auxílio de uma espátula para resina (Ronaldo Hirata, Duflex, Brasil) e resina (Z350 A1, FGM, BRASIL), fotopolimerizamos durante 60 segundos e por fim, fizemos o acabamento com uma tira de lixa de poliéster (Sof-lex, 3M, EUA) (Figura 7).



Figura 7: Dente 61 restaurado. Fonte: Arquivo Pessoal.

-Seguimentos Clínicos

Após 2 semanas do tratamento com a pasta antibiótica CTZ, entramos em contato com a responsável pela paciente para realizarmos o telemonitoramento da paciente. A responsável nos informou que não havia mais o “machucado” na gengiva e que a filha não estava reclamando de dor ao higienizar o local e se alimentar (Figura 8).



Figura 8: Imagem enviada pela responsável da paciente. Fonte: Arquivo Pessoal.

A paciente retornou a clínica odontológica da Universidade Iguazu- Campus V, Itaperuna- RJ após 3 meses do tratamento com a pasta antibiótica CTZ. Realizamos o exame clínico e radiográfico e conseguimos observar bons resultados. A paciente não apresentava mobilidade, reabsorção externa e nem presença de lesão perirradicular, e a restauração estava satisfatória (Figura 9).



Figura 9: Imagem radiográfica do dente 61 para acompanhamento. Fonte: Arquivo Pessoal.

A responsável pela paciente entrou em contato após 5 meses do tratamento endodôntico com a pasta antibiótica CTZ para comunicar que a paciente havia sofrido outro trauma que gerou a quebra da restauração. Realizamos o exame clínico e radiográfico e por meio destes, foi possível identificar que não havia falhas no tratamento endodôntico e que seria necessário realizar somente a restauração do elemento 61 (Figura 10).

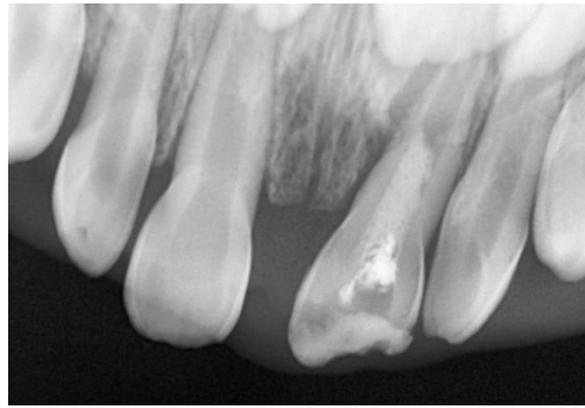


Figura 10: Imagem radiográfica após 5 meses da terapia pulpar. Fonte: Arquivo Pessoal.

Após realizarmos a radiografia, iniciamos a restauração do elemento 61. Realizamos o condicionamento ácido com ácido fosfórico 37% (FGM, Brasil), após 30 segundos, lavamos abundantemente e secamos com leves jatos de ar, feito isso, aplicamos o sistema adesivo com o adesivo universal (Âmbar, FGM, Brasil) com o auxílio de um microbrush, fotoativamos durante 60 segundos e iniciamos a escultura dental com a resina composta A1B (Forma, Ultradent, Brasil), fotopolimerizamos durante 60 segundos e por fim, realizamos o acabamento com a tira de lixa de poliéster (Sof-Lex, 3M, EUA) (Figura 11 A-C).



Figura 11 A: Condicionamento ácido com ácido fosfórico 37% no dente 61. **B:** Aplicação do sistema adesivo universal. **C:** Escultura dental do dente 61 com resina composta.

3- DISCUSSÃO

Baseados nos estudos de Dornellas, et al; 2023¹⁴, nos propomos a investigar se seria possível utilizar a teleorientação no manejo de pacientes que apresentavam alguma urgência odontológica. E o principal resultado foi a obtenção de um diagnóstico individual e mais rápido.

Estudos relataram que os meios de comunicação se encontram como uma ferramenta de captar pacientes, além de disseminarem informações cruciais aos mesmos^{15,16} sendo assim, a teleodontologia se mostra eficaz para triagem de pessoas socialmente desfavorecidas, que moram em áreas afastadas, com baixo ou nenhum acesso aos tratamentos odontológicos^{17,18,19,20,21}.

Estudos preconizam o uso da técnica endodôntica instrumentada utilizando a pasta Guedes Pinto em dentes que apresentam necrose pulpar²², entretanto a técnica não instrumentada com a pasta antibiótica CTZ, apresenta-se como uma alternativa mais rápida e eficaz para o tratamento endodôntico de dentes decíduos com necrose pulpar, em pacientes com baixo controle de comportamento²³.

Alguns artigos comprovam que a prevalência de defeitos de esmalte foi maior nos pré-molares, quando seus antecessores apresentavam necrose pulpar e o tratamento de escolha era a exodontia, do que quando comparado aos dentes antecessores tratados com a pasta antibiótica CTZ.²⁴.

Apesar dos bons resultados obtidos com a pasta antibiótica CTZ nesse estudo, é importante ressaltar, que se trata de um relato de caso com apenas um paciente. Devido a isso, são necessários mais ensaios clínicos e estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior, pois não há muitas evidências sobre o uso da pasta antibiótica CTZ em dentes anteriores decíduos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a teleorientação parece ser eficaz para o manejo de pacientes pediátricos com necrose pulpar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Jampani ND, Nutalapati R, Dontula BS, Boyapati R. Applications of teledentistry: A literature review and update. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2011 Jul;1(2):37-44. doi: 10.4103/2231-0762.97695. PMID: 24478952; PMCID: PMC3894070.
- 2- Sharma H, Suprabha BS, Rao A. Teledentistry and its applications in paediatric dentistry: A literature review. *Pediatr Dent J*. 2021 Dec;31(3):203-215. doi: 10.1016/j.pdj.2021.08.003. Epub 2021 Sep 1. PMID: 34848924; PMCID: PMC8613071.
- 3- Deshpande S, Patil D, Dhokar A, Bhanushali P, Katge F. Teledentistry: A Boon Amidst COVID-19 Lockdown-A Narrative Review. *Int J Telemed Appl*. 2021 Feb 16;2021:8859746. doi: 10.1155/2021/8859746. PMID: 33628231; PMCID: PMC7894051.
- 4-Asociación Latinoamericana de Odontopediatria. Teleodontologia: Aplicação em Odontopediatria durante a pandemia COVID-19. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*. 2020;10(2) <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2020/2/art3/>
- 5- Bavaresco CS, Hauser I, Haddad AE, Harzheim E. impact of teleconsultations on the conduct of oral health teams in the telehealth brazil networks programme. *braz oral res [internet]*.2020;34:19.availablefrom:http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=s180683242020000100213&tlng=en
- 6- Caprioglio A, Pizzetti GB, Zecca PA, Fastuca R, Maino G, Nanda R. Management of orthodontic emergencies during 2019-NCOV. *Prog Orthod*. 2020 Apr 7;21(1):10. doi: 10.1186/s40510-020-00310-y. PMID: 32266498; PMCID: PMC7137858.
- 7-Dave M, Seoudi N, Coulthard P. Urgent dental care for patients during the COVID-19 pandemic. *Lancet [Internet]*. 2020;395(10232):1257. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30806-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30806-0)
- 8- Guo H, Zhou Y, Liu X, Tan J. The impact of the COVID-19 epidemic on the utilization of emergency dental services. *J Dent Sci [Internet]*. 2020 Mar;0-3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jds.2020.02.002>
- 9-Campos TS, Arboit EL, Mistura C, Thum C, Arboit J, Camponogara S. Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2020;33:9786.
- 10-WHEELER, Sheila Q.; WINDT, Judith H. Telephone triage: theory, practice and protocol development. San Anselmo, CA: TeleTriage Systems Publishers, 2013.
- 11- Pumarola J, Canalda C. Patología de la pulpa y del periápice. En: Canalda C, Brau E, eds. *Endodoncia*. Madrid: Ed. Masson; 2001. Cap. 6.
- 12- Wallace CK, Schofield CE, Burbridge LAL, O'Donnell KL. Role of teledentistry in paediatric dentistry. *Br Dent J*. 2021 Jun 25:1–6. doi: 10.1038/s41415-021-3015-y. Epub ahead of print. PMID: 34172921; PMCID: PMC8231751.

- 13- Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.
- 14-Dornellas AP, Marques JV, Aníbal Oliveira dos Santos I et al. A novel questionnaire to perform teletriage of dental emergencies in children: A before-and-after study nested within a randomized clinical trial F1000Research,; <https://doi.org/>
- 15- Wright NS, Fleming PS, Sharma PK, Battagel J. Influência da informação escrita suplementar na ansiedade, motivação e adesão do adolescente no tratamento ortodôntico precoce. *Ângulo Orthod*. 2010; 80 :329–335. [[Artigo gratuito do PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 16- Edwards DT, Shroff B, Lindauer SJ, Fowler CE, Tufekci E. Efeitos da propaganda na mídia sobre a percepção do consumidor sobre a qualidade do tratamento ortodôntico. *Ângulo Orthod*. 2008; 78 :771–777. [[PubMed](#)] [[Google Acadêmico](#)]
- 17- Berndt J, Leone P, King G. Using teledentistry to provide interceptive orthodontic services to disadvantaged children. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2008 Nov;134(5):700-6. doi: 10.1016/j.ajodo.2007.12.023. PMID: 18984404.
- 18-Kopycka-Kedzierawski DT, Billings RJ. Teledentistry in inner-city child-care centres. *J Telemed Telecare*. 2006;12(4):176-81. doi: 10.1258/135763306777488744. PMID: 16774697.
- 19-Fricton J, Chen H. Using teledentistry to improve access to dental care for the underserved. *Dent Clin North Am*. 2009 Jul;53(3):537-48. doi: 10.1016/j.cden.2009.03.005. PMID: 19482128.
- 20-Khurshid A. Effectiveness of preventive oral health care in Hispanic children living near US-Mexico border. *Int J Public Health*. 2010 Aug;55(4):291-8. doi: 10.1007/s00038-010-0124-9. Epub 2010 Feb 13. PMID: 20155299.
- 21-Haddad A, Silva D da, Monteiro A, Guedes T, Figueiredo A. Follow up of the Legislation Advancement Along the Implementation of the Brazilian Telehealth Programme. *J Int Soc Telemed eHealth* [Internet]. 2016;4:1-7. Available from: <https://journals.ukzn.ac.za/index.php/JISfTeH/article/view/141>
- 22- Soares, J. A., Portes, L. C., & Dornellas, A. P. (2019). PULPECTOMIA DE MOLAR DECÍDUO OBTURADO COM PASTA GUEDES-PINTO: RELATO DE CASO. *Anais do Seminário Científico do UNIFACIG*, (5).
- 23- Santos, P. S., de Oliveira, N. M., Ramos, T., Dornellas, A. P., de Oliveira Rocha, A., Vitali, F. C., ... & Mendes, F. M. (2022). Efficacy of the non-instrumentation endodontic treatment with CTZ paste in primary molars: Protocol of a multicenter randomized clinical trial with two years of follow-up. *Research, Society and Development*, 11(16), e111111637140-e111111637140.
- 24- Sousa HCS, Lima MDM, Lima CCB, Moura MS, Bandeira AVL, Deus Moura LFA. Prevalence of Enamel Defects in Premolars Whose Predecessors Were Treated with Extractions or Antibiotic Paste. *Oral Health Prev Dent*. 2020 Sep 4;18(1):793-798. doi: 10.3290/j.ohpd.a45083. PMID: 32895663.

FECHAMENTO DE DIASTEMA COM FACETA DIRETA COM RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO

Thais ROCHA¹; Nicole PERES¹; Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Vanessa Ferreira da SILVA² e Elissa ROCHA², Renato LENOIR²

1- Discente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu, Campus V- Itaperuna/RJ.

2- Docente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu, Campus V- Itaperuna/RJ.

E-mail para correspondência: thaisrocha1@hotmail.com

RESUMO

Diastema pode ser definido como espaço entre dois elementos dentários. A presença de diastema entre incisivos centrais e laterais superiores é uma alteração muito comum, mas que interfere negativamente na estética dental. Os mesmos são comuns em dentição decídua e permanente, é uma queixa estética dos pacientes que apresentam, e entre profissionais que não sabem o momento ideal de intervir devido a etiologia variada. Baseados no exposto, esse estudo objetivou relatar as condutas necessárias para fechamento de diastema utilizando resina composta. Paciente, 28 anos de idade, sexo masculino compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu- Campus V queixando-se da sua estética dentária ao sorrir. Após exame clínico constatou-se a presença de diastema entre os incisivos superiores, a partir disso foi planejado uma reabilitação estética com a técnica de faceta direta com resina composta, uma alternativa eficaz para tratar fechamento de diastema de dentes anteriores.

Palavras-chave: Diastema; Resinas Compostas; Estética

ABSTRACT

Diastema can be defined as the space between two dental elements. The presence of diastema between the upper central and lateral incisors is a very common alteration, but it negatively interferes with dental aesthetics. They are common in deciduous and permanent dentition, it is an aesthetic complaint of patients who present, and among professionals who do not know the ideal time to intervene due to varied etiology. Based on the above, this study aimed to report the necessary procedures for diastema closure using composite resin. Patient, 28 years old, male, attended the dental clinic of Universidade Iguazu- Campus V complaining about his dental aesthetics when smiling. After clinical examination, the presence of diastema between the upper incisors was verified, from this an aesthetic rehabilitation was planned with the direct veneer technique with composite resin, an effective alternative to treat diastema closure of anterior teeth.

Key – words: Diastema; Composite Resins; Esthetics

1-INTRODUÇÃO

O diastema é descrito como um espaço interdental, que pode ser observado em múltiplas regiões da arcada dentária, sendo mais comum na região anterossuperior afetando diretamente na estética do sorriso. Essa alteração dentária possui diferentes etiologias, exigindo assim que o cirurgião dentista faça uma avaliação criteriosa da sua origem para oferecer ao paciente o tratamento ideal restabelecendo a estética facial¹.

Na literatura existem diferentes tratamentos para fechar o diastema, podendo ser mais invasivos como cirurgia na inserção do freio labial ou menos invasivo como correção do arco através do uso de aparelhos ortodônticos², laminados cerâmicos e prótese fixa³. Entretanto, avaliação criteriosa e bem detalhada é de suma importância, pois correto diagnóstico auxiliará

o cirurgião-dentista na escolha do tratamento que melhor for indicado e acessível para cada paciente.

Atualmente é possível fechar o diastema de forma menos invasiva preservando a estrutura do dente através de restaurações diretas com resina composta, devolvendo o equilíbrio e a estética. Estudos recentes destacam a evolução das resinas compostas e sistemas adesivos permitem alcançar a estética e função natural semelhante às estruturas dentais⁴. Associado a isso, as resinas compostas apresentam muitas vantagens como excelente resistência devido as diversas possibilidades de materiais existentes no mercado, restaurações confeccionadas, na maioria das vezes, em uma única sessão, boa relação custo benefício, grande facilidade de reparo, possibilidade de biomimetizar com perfeição a opacidade e a translucidez existentes nos dentes naturais com os diferentes materiais com capacidade de transparência, translucência e opacidade.

Mediante ao exposto, o objetivo do presente estudo foi relatar a conduta para fechamento de espaço interdental através da restauração direta com resina composta.

2-RELATO DE CASO

- Considerações éticas:

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁵. O paciente assinou e concordou com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- Informações do paciente:

Paciente 28 anos de idade, sexo masculino, caucasiano, compareceu a clínica Odontológica da Universidade Iguçu, campus V, Itaperuna. Queixou-se do “buraco” presente entre os dentes superiores, que aparecia ao sorrir. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

- Achados clínicos:

Anteriormente a avaliação clínica, foi realizado profilaxia com pasta profilática. Observamos que não apresentava alteração na saúde periodontal e ausência de dentes cariados. Considerando os aspectos clínicos chegou ao diagnóstico de diastema entre os dentes 11 e 21, e variações anatômicas nos dentes 12,13,22 e 23. Foi planejado o fechamento de diastema com facetas diretas em resina composta entre elementos 11 e 21, com possibilidade uma reabilitação estética com a mesma opção de tratamento nos dentes 12,13,22 e 23 (Figura 1).



Figura 1: Imagem inicial do tratamento. Arquivo pessoal.

- Intervenção terapêutica:

Após clareamento dentário de consultório, foi realizado uma moldagem anatômica para confecção de modelos de estudo, sobre o qual foi realizado um enceramento de diagnóstico, para poder ter previsibilidade do resultado final (Figura 2). A partir do enceramento, confeccionou-se um mock-up com silicone de condensação (Perfil, Coltene/BR), na qual foi empregado apenas a base densa, manipulado manualmente com o catalizador, de acordo com as proporções do fabricante, com apenas uma medida, suficiente para a região anterior.



Figura 2: Enceramento de diagnóstico. Arquivo pessoal.

A seleção de cor da resina composta foi realizada após profilaxia nos dentes, sendo selecionado a cor A1. Na sequência, foi feita um isolamento absoluto modificado, e a prova do mock-up no local de trabalho (Figura 3).



Figura 3: Imagem da prova do mock-up em boca. Arquivo pessoal.

Prosseguiu-se realizando o condicionamento da estrutura dental com a aplicação do ácido fosfórico a 37% (Condac37. FMG, Brasil) em esmalte por 30 segundos na face palatina e vestibular dos dois dentes e lavado pelo dobro de tempo, seguindo com a aplicação do sistema adesivo universal (Ambar universal, FGM, Brasil) com microbrasuh (Cavibrush, FGM, Brasil) de acordo com as recomendações do fabricante (Figura 4).



Figura 4: Aplicação do sistema adesivo universal. Arquivo pessoal.

A resina composta nano híbrida fotopolimerizável esmalte A1 (Forma, Ultradent, Brasil) foi depositada no mock-up, para reconstrução da face palatina. O mesmo foi posicionado na cavidade oral, seguindo com a fotopolimerização por 30 segundos do compósito resinoso, que após a remoção da guia palatina deu forma a face palatina, proporcionando melhor contorno para posterior estratificação das cores com as resinas compostas (Figura 5).



Figura 5: Reconstrução da face palatina. Arquivo pessoal.

Logo após, foi iniciado o fechamento do diastema e facetas diretas com resina composta dos dentes 11 e 21, e realizou-se a aplicação da resina composta de dentina, cor A2D e A1B zircônia nano-híbrida (Forma, Ultradent, Brasil) com espátula metálica proximal (Hirata Kihon, SS White Duflex, Brasil) obedecendo a estratificação natural dos dentes 11 e 21, tanto em espessura quanto em largura e altura. Neste momento, foi verificado os detalhes dentinários para reprodução bem definida (Figura 6).



Figura 6: Estratificação natural dos dentes. Arquivo pessoal.

Para que, então, a última etapa fosse realizada, a inserção de resina composta de esmalte A1E zircônia nano-híbrida (Forma, Ultradent, Brasil). Todos os incrementos foram fotopolimerizados por, pelo menos, 20 segundos. Finalizando assim a restauração com anatomia estabelecida e cor idêntica aos outros elementos dentários (Figura 7).



Figura 7: Inserção de resina composta de esmalte. Arquivo pessoal.

Em seguida, deu sequência nos dentes 12,13,22 e 23, com o mesmo protocolo anterior. Foi utilizado durante o procedimento restaurador uma tira de poliéster entre os dentes para reconstruir o ponto de contato. Primeiro realizou-se a inserção da resina de corpo A2D e A1B zircônia nano-híbrida (Forma, Ultradent, Brasil) com a espátula metálica proximal (Hirata Kihon, SS White Duflex, Brasil) e fotopolimerização de 20 segundos. Após, foi inserida a A1E zircônia nano-híbrida (Forma, Ultradent, Brasil) com a espátula metálica anterior (Hirata Kihon, SS White Duflex, Brasil), e fotopolimerização de 20 segundos. Resultando em uma restauração esteticamente satisfatória antes mesmo do acabamento e polimento.

Posteriormente, testou-se a oclusão, verificando os pontos de contatos entre os dentes inferiores e os dentes restaurados, com papel carbono (Angelus/BR), realizando os ajustes oclusais com a ponta diamantada 3168F em alta rotação.

O acabamento e polimento foram realizados após sete dias, para garantir que não houvesse contração da resina composta. Para realização dessa etapa o kit de acabamento e polimento (Diamond master, FGM, Brasil) foi escolhido. Os discos foram usados em baixa rotação, seguindo a ordem de granulação, com os dentes umedecidos, o movimento aplicado nos discos sempre com direção da restauração para o esmalte, de acordo com as orientações do fabricante (Figura 8).



Figura 8: Acabamento e polimento. Arquivo Pessoal.

Após finalização dessa etapa foi possível visualizar o resultado final, atendendo as expectativas do paciente, e estética satisfatória (Figura 9).



Figura 9: Resultado final. Arquivo pessoal.

3-DISCUSSÃO

Baseados no estudo de Nadgouda., et al., 2022⁶, foi proposto planejar o fechamento de diastema com facetas em resina composta. E o principal resultado foi a devolução da estética e satisfação para o paciente.

Gilbert, 1997⁷ em seu estudo sobre uso de laminados cerâmicos concluiu que o fechamento de diastemas com o uso desse material trouxe satisfação para a paciente. Entretanto, esses materiais como a porcelana, apresentam alto custo e não são realizados em única sessão como a resina composta⁸.

Estudos preconizam o uso de aparelho ortodôntico para fechamento de diastema⁹. Entretanto o fechamento com faceta de resina composta tem resultado imediato¹⁰.

O diastema pode ser fechado com faceta seccionais de porcelana, mas não há certeza da longevidade dela¹¹. Entretanto em um acompanhamento de 176 restaurações diretas de resina composta para fechamento de diastema, encontrou-se o resultado satisfatório de

sobrevida de 84,6% após 60 meses. A qualidade das restaurações foi classificada como excelentes ou boas na maioria dos casos¹².

Apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4-CONCLUSÃO

Levando em consideração o resultado imediato com estética satisfatória, conclui-se que a técnica de faceta de resina composta é eficaz para tratar fechamento de diastema de dentes anteriores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Abraham, R., & Kamath, G. (2014). Midline diastema and its aetiology—a review. *Dental update*, (5), 457-464. <https://doi.org/10.12968/denu.2014.41.5.457>
- 2- Nagalakshmi, S., Sathish, R., Priya, K., & Dhayanithi, D. (2014). Changes in quality of life during orthodontic correction of midline diastema. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 6(Suppl 1), S162–S164. <https://doi.org/10.4103/0975-7406.137435>
- 3- Berwanger, C., Rodrigues, R. B., Ev, L. D., Yamith, A., Denadai, G. D. A., Erhardt, M. C. G., & Coelho-de-Souza, F. H. (2016). Fechamento de diastema com resina composta direta-relato de caso clínico. *Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas*, 70(3), 317-322.
- 4- Schwarz, V., Simon, L. S., da Silva, S. A., Ghiggi, P. C., & Cericato, G. O. (2015). Fechamento de Diastema com resina composta. *Journal of Oral Investigations*, 2(1), 26-31.
- 5- Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.
- 6- Nadgouda, M., Patel, A., Nikhade, P., Chandak, M., & Gupta, R. (2022). Bridging Gaps: A Comparative Approach to Managing Midline Diastema. *Cureus*, 14(8), e28355. <https://doi.org/10.7759/cureus.28355>
- 7- Gilbert B. (1997). Anterior crowns & porcelain laminate veneers: a conservative approach. *New Mexico dental journal*, 48(2), 6–10.
- 8- Korkut B. (2018). Smile makeover with direct composite veneers: A two-year follow-up report. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects*, 12(2), 146–151. <https://doi.org/10.15171/joddd.2018.023>
- 9- Nagalakshmi, S., Sathish, R., Priya, K., & Dhayanithi, D. (2014). Changes in quality of life during orthodontic correction of midline diastema. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 6(Suppl 1), S162–S164. <https://doi.org/10.4103/0975-7406.137435>

- 10- Lacy A. M. (1998). Application of composite resin for single-appointment anterior and posterior diastema closure. *Practical periodontics and aesthetic dentistry: PPAD*, 10(3), 279–288.
- 11- Mozayek, R. S., Allaf, M., & Dayoub, S. (2019). Porcelain sectional veneers, an ultra-conservative technique for diastema closure (three-dimensional finite element stress analysis). *Dental and medical problems*, 56(2), 179–183. <https://doi.org/10.17219/dmp/104602>
- 12- Frese, C., Schiller, P., Staehle, H. J., & Wolff, D. (2013). Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a 5-year follow-up. *Journal of dentistry*, 41(11), 979–985. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.08.009>

REABILITAÇÃO FUNCIONAL COM USO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL: RELATO DE CASO

Pedro FREITAS¹, Sergio HENRIQUE¹, Annalee Nogueira Sá HOSKEN², Claudio PELLEGRINI², Bruno da Silva INÁCIO², Hugo CEZAR²

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

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

E-mail para correspondências: pedrofrt1973@gmail.com

RESUMO

Sabemos da importância da reabilitação oral para pacientes edêntulos. Trata-se de um recurso que possui várias maneiras e possibilidades para o paciente escolher a forma que lhe agrada e que se adequa a suas condições de saúde e financeiras. Baseado no exposto, este estudo objetivou relatar as condutas necessárias para reabilitar um paciente edêntulo. Paciente 60 anos de idade, sexo masculino, compareceu à clínica de odontologia da Universidade Iguazu – Campus V, queixando-se da dificuldade de mastigação devido à ausência dentária. Após anamnese (exame clínico e radiográfico), foi decidido, junto com o paciente, realizar a confecção de uma prótese parcial removível inferior (PPR), no intuito de repor os dentes perdidos e devolver função e estética para esse paciente. Concluímos então, que a reabilitação com prótese parcial removível parece ser eficaz para tratar pacientes parcialmente edêntulos.

Palavras-Chave: Prótese, Reabilitação Oral, Edêntulo.

ABSTRACT

We know the importance of oral rehabilitation for edentulous patients. This has several ways and possibilities for the patient to choose the best way that pleases him and that suits his health and financial conditions. Based on the above, this study aimed to report the conduct necessary to rehabilitate an edentulous patient. A 75-year-old male patient attended the dental clinic at Universidad Iguazu – Campus V, complaining of difficulty chewing due to missing teeth. After anamnesis, clinical and radiographic examination, it was decided together with the patient to make a lower removable partial denture (RPD), in order to replace the lost teeth and restore function and aesthetics to this patient. We therefore conclude that rehabilitation with removable partial dentures seems to be effective in treating partially edentulous patients.

Key-Words: Denture, Partial, Removable, Oral Rehabilitation, Edentulous.

1-INTRODUÇÃO

O principal objetivo das próteses parciais removíveis é proporcionar a reabilitação protética de dentes perdidos e estruturas associadas, em pacientes desdentados, assim reestabelecendo função dentária, mastigatória e estética¹.

Na literatura, encontramos diversas técnicas para tratamento de pacientes edêntulos como uso de (PPF) prótese parcial fixa e implantes dentários, porém ambos necessitam de várias consultas, não são acessíveis a toda a população, dependem da quantidade de remanescentes dentários².

Neste contexto, a prótese parcial removível mostrou-se como um tratamento determinante, eficaz e econômico, sendo uma boa solução para reabilitar pacientes parcialmente edêntulos, devido a sua facilidade de higienização e custo benefício³.

Baseado no exposto, o objetivo deste estudo foi relatar as condutas necessárias para reabilitação oral de paciente parcialmente edêntulo.

2-RELATO DE CASO:

Considerações éticas: Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁴. O paciente assinou e concordou com o termo de consentimento Livre e Esclarecido.

Paciente 75 anos de idade, sexo masculino, caucasiano compareceu a clínica odontológica da Universidade Nova Iguaçu- Campus V, Itaperuna- RJ. Queixou - se dos “espaços” presentes na sua boca, que atrapalhava a mastigação e alimentação no seu dia a dia. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

Ao exame clínico, paciente apresentou classe III de Kenedy modificação 1 na arcada inferior, com presença de acúmulo de placa bacteriana entre os dentes 34 e 44.

Considerando os aspectos clínicos chegou-se à decisão de reabilitar o paciente utilizando prótese parcial removível inferior (Figura 1).



Figura 1: Sorriso Inicial. (Arquivo Pessoal).

-Intervenção terapêutica:

Realizamos a moldagem de estudo na arcada superior e inferior com intuito de obter o modelo de estudo, utilizando o alginato (Avagel Tipo II, Dentsply Sirona, Alemanha). Foi vazado com o gesso tipo III (HERODENT –COLTENE, Suíça) (Figura 2).



Figura 2: Moldagem obtendo modelo de estudo com alginato e gesso. (Arquivo Pessoal).

Com a obtenção dos modelos de estudo, foi realizado o delineamento e estudo para a confecção da prótese, promovendo retenção, estabilidade, suporte e estética adequados.

Desenhou-se a estrutura metálica da prótese no modelo de estudo inferior, que contém grampos, conectores e sela (Figura 3).



Figura 3: Desenho da estrutura metálica no modelo de estudo. (Arquivo Pessoal.)

Na segunda consulta foi feita a confecção dos nichos nos dentes 38,34,44,45 e 48 com as brocas 3031, 3131 e a moldagem de trabalho com o silicone de condensação (PERFIL – VIGODENT) e vazado o modelo com o gesso tipo IV (HERODENT–COLTENE Altstätten, Suíça) e registro oclusal em cera 7 (Figura 4).



Figura 4: Moldagem de trabalho (Arquivo Pessoal.)

Na semana seguinte foi feita a prova da estrutura metálica, juntamente com o registro oclusal em cera 7 e escolha da cor dos dentes artificiais, de acordo com a escala de cor (VITA-Classical A1 –D4) (Figura 5 A-B).

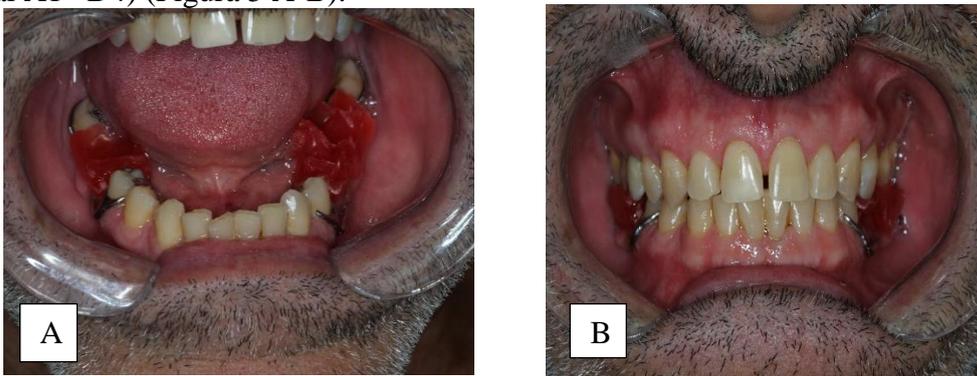


Figura 5:A-Prova da estrutura metálica da prótese. B- registro oclusal. (Arquivo Pessoal.)

Na semana subsequente foi realizada a prova dos dentes em cera e ajuste oclusal (Figura 6).



Fig.6: Prova dos dentes em cera. (Arquivo pessoal).

A consulta subsequente chegou a prótese parcial removível para sua instalação, foi realizado os ajustes finais necessários e terminado assim o tratamento (Figura 7 A-B).

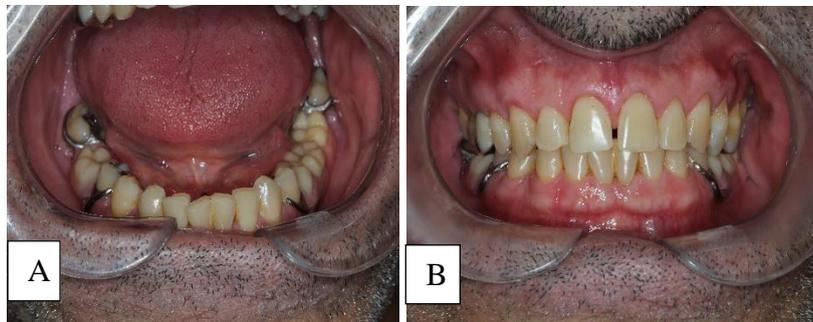


Fig.7 A-B :Resultado final (Arquivo pessoal).

Resultados finais: Dentro das limitações do tratamento utilizando a prótese parcial removível, o resultado obtido foi satisfatório, pois reestabelecido função mastigatória e estética

3-DISCUSSÃO

Baseados nos estudos de Mousa, (2020)⁵, nos propusemos a investigar se seria possível a reabilitação de dentes perdidos com prótese parcial removível inferior a grampo. E o principal resultado foi devolver a função e estética dos dentes.

Os estudos preconizam o uso de implantes para reabilitação de pacientes parcialmente edêntulos⁵. Entretanto, este estudo demonstra que a confecção de uma prótese parcial removível apresenta-se como alternativa economicamente mais viável e rápida³.

Encontramos na literatura outros tipos de tratamento, utilizando próteses dentárias removíveis completas, impressas em 3D. A impressão em 3D tem potencial para modernizar e agilizar as técnicas de fabricação de próteses, materiais e fluxos de trabalho⁶. Entretanto, a técnica que utilizamos foi uma opção de tratamento simples, efetivo e de baixo custo e por ser removível o paciente pode facilmente executar a sua higienização⁷.

Estudos realizados com confecção de prótese parcial removível imediata com scanner intraoral e tecnologia CAD-CAM obteve bons resultados⁸, porém a técnica que utilizamos foi mais viável e mostra um melhor custo benefício ao paciente^{9,10}.

Apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4-CONCLUSÃO

Conclui se a técnica de reabilitação com prótese parcial removível parece ser como alternativa economicamente eficaz, mais viável e rápida para reabilitar pacientes parcialmente edêntulos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - Mousa MA, Abdullah JY, Jamayet NB, El-Anwar MI, Ganji KK, Alam MK, Husein A. Biomechanics in Removable Partial Dentures: A Literature Review of FEA-Based Studies. *Biomed Res Int.* 2021 Aug 26;2021:5699962. doi: 10.1155/2021/5699962. PMID: 34485518; PMCID: PMC8416386.
- 2 -Gupta R, Gupta N, Weber, DDS KK. Dental Implants. 2022 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 29262027.
- 3-Shrestha B, Basnet BB, Adhikari G. A questionnaire study on the impact on oral health-related quality of life by conventional rehabilitation of edentulous patient. *BDJ Open.* 2020 Jan 30;6:3. doi: 10.1038/s41405-020-0029-5. PMID: 32577306; PMCID: PMC7300026.
- 4-Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.
- 5-Duong HY, Rocuzzo A, Stähli A, Salvi GE, Lang NP, Sculean A. Oral health-related quality of life of patients rehabilitated with fixed and removable implant-supported dental prostheses. *Periodontol 2000.* 2022 Feb;88(1):201-237. doi: 10.1111/prd.12419. PMID: 35103325; PMCID: PMC9304161.
- 6- Anadioti E, Musharbash L, Blatz MB, Papavasiliou G, Kamposiora P. 3D printed complete removable dental prostheses: a narrative review. *BMC Oral Health.* 2020 Nov 27;20(1):343. doi: 10.1186/s12903-020-01328-8. PMID: 33246466; PMCID: PMC7694312.
- 7- Souza RF, Patrocínio L, Pero AC, Marra J, Compagnoni MA. Confiabilidade e validação de uma versão brasileira do Oral Health Impact Profile para avaliação de desdentados. *J Reabilitação Oral.* novembro de 2007; 34 (11):821–6.
- 8- Virard F, Venet L, Richert R, Pfeffer D, Viguié G, Bienfait A, Farges JC, Ducret M. Manufacturing of an immediate removable partial denture with an intraoral scanner and CAD-CAM technology: a case report. *BMC Oral Health.* 2018 Jul 4;18(1):120. doi: 10.1186/s12903-018-0578-3. PMID: 29973186; PMCID: PMC6031139.
- 9- Friel T, Waia S. Prótese Parcial Removível para Idosos. *Revista Odontológica Primária .* 2020;9(3):34-39. doi: 10.1177/2050168420943435
- 10-Creugers NH, de Baat C. Partiële gebitsprothese. Functies en typen. *ned tijdschr tandheelkd* 2009; 116: 587-590 [Removable partial dentures. Oral functions and types]. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2009 Nov;116(11):587-90. Dutch. PMID: 19999668.

FRENOTOMIA LINGUAL: RELATO DE CASO

Marco Tulio MOREIRA¹; Filipe MARZORQUE¹; Adriana Vargas M. PILLAR², Maria Lúcia PETRUCCP², Angela Mendonça Filgueiras BICALHO², Márcia LOUVAIN² e Ana Paula DORNELLAS²

1-Discentes do curso de Odontologia da Universidade Iguazu, Campus V- Itaperuna /RJ.

2-Docente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu, Campus V- Itaperuna/RJ.

E-mail para correspondência: marcotulioicrf@outlook.com

RESUMO

Sabemos que a anquiloglossia é um fenômeno comum entre os bebês quando não tratado pode impactar de maneira negativa na vida do paciente. Baseado no exposto, que estudo objetivo relatou o procedimento adotado para um. Paciente, 0,3 meses de idade, sexo feminino, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu – Campus V cuja a mãe queixou de freio lingual curto e dificuldade de amamentar. Após anamnese e exame clínico chegou-se ao diagnóstico de anquiloglossia. O procedimento adotado foi frenotomia pre técnica de lamina fria imediatamente após a remoção notou-se a melhora do posicionamento lingual. O que nos faz concluir que a técnica de frenotomia com lamina fria parece ser eficaz para tratar bebês com anquiloglossia.

Palavras-chave: Freio lingual, Cirurgia, Anamnese.

ABSTRACT

We know that ankyloglossia is a common phenomenon among babies, when left untreated it can have a negative impact on the patient's life. Based on the above, which objective study reported the procedure adopted for a. Patient, 0.3 months old, female, attended the dental clinic of Universidade Iguazu – Campus V, whose mother complained of a short lingual frenulum and difficulty in breastfeeding. After anamnesis and clinical examination, the diagnosis of ankyloglossia was reached. The procedure adopted was frenotomy before the cold blade technique. Immediately after removal, an improvement in lingual positioning was noted. This leads us to conclude that the cold blade frenotomy technique seems to be effective in treating babies with ankyloglossia.

Key-words: Lingual frenum; Surgery; Medical history taking.

1- INTRODUÇÃO

A frenotoia é uma cirurgia que deve ser realizada quando o freio ou frênulo lingual apresenta uma anomalia e dificulta os movimentos da língua, impedindo a amamentação e problemas de dicção ¹.

É um procedimento seguro, sem complicações pós-operatórias e resultando em melhora significativa da autoeficácia da amamentação, dor nos mamilos e problemas de refluxo gastroesofágico ². Na literatura encontramos diversas técnica de frenotomia de bisturi harmônico, para tratamento de frenotomia lingual.

Nesse contexto, a frenotomia lingual mostrou ser um tratamento determinante para tratar a língua presa em recém nascidos e a técnica da lamina fria ³.

Baseado no exposto, o objetivo do estudo foi avaliar a influência da frenotomia na amamentação de recém-nascido diagnosticados com anquiloglossia.

2- RELATOS DE CASO

- Considerações éticas

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁴. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- Informações do paciente

Uma paciente de 3 meses de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu a Clínica Odontológica da Universidade Iguazu acompanhada de sua mãe. A mãe queixou-se de estar com dificuldade para amamentar. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

- Achados clínicos

Ao exame clínico, observamos que a paciente não conseguia fazer os movimentos de elevação e lateralidade com a língua e a presença de freio lingual curto (figura 1). Baseados nos achados clínicos constatou-se a anquiloglossia.



Figura 1 – Freio lingual curto. Arquivo pessoal.

- Informações terapêuticas

Iniciou-se com anestesia infiltrativa (figura 2) no freio com lidocaína 2% e agulha extra curta. Em seguida, posicionou-se a tentacanula (figura 3) no intuito de afastar a língua e melhorar a visão do campo operatório. Para incisão foi utilizada lamina 5 de bisturi da marca (Advantive.) Com o mesmo iniciou-se o processo de incisão (figura 4) no freio lingual, com um pequeno corte divulsionando o freio lingual para aumentar a amplitude do movimento e em seguida a criança é colocada para amamentar, posteriormente encaminhada para fonoaudióloga.



Figura 2- Anestesia infiltrativa. Arquivo pessoal.



Figura 3- Posicionamento de têtacannula. Arquivo pessoal



Figura 4- Incisão com lamina de bisturi. Arquivo pessoal.

3- DISCUSSÃO

Baseado no estudo de Lima e Dutra, (2021)⁵ nos propomos a investigar se seria possível realizar a frenotomia lingual utilizando a técnica convencional. E o principal resultado foi a liberação do freio lingual e devolução dos movimentos de deglutição e sucção.

Estudos preconizam o uso de laser de alta potência para remoção do freio lingual em casos de frenotomia⁶. Entretanto o uso de bisturi e lâmina fria convencional apresenta-se como alternativa economicamente mais viável e o equipamento de laser não é encontrado em todos os consultórios odontológicos no território nacional⁷.

A língua presa tem sido citada como causa de má amamentação e dor nos mamilos maternos. Frenotomia, que é comumente realizada, pode corrigir a restrição ao movimento da língua e permitir uma amamentação mais eficaz com menos dor mamilar materna⁸. A frenotomia lingual permitiu que lactentes diagnosticados com anquiloglossia mantivessem tanto o acoplamento da língua contra o palato duro quanto os lábios fechados em repouso. 153 pacientes (idade média de 47,0 dias (stdev 39,0 dias, 56,2% do sexo masculino) foram encaminhados para divisão cirúrgica do freio lingual. Após o desenvolvimento de um programa utilizando fonoaudiólogos pediátricos para realizar avaliações de alimentação antes da consulta cirúrgica, 69,9% dos pacientes subsequentemente não foram submetidos a procedimentos cirúrgicos. 11 (23,9%) foram submetidos a frenotomia labial isoladamente e 30 (65,2%) foram submetidos a ambas as frenotomias labial e lingual.

A forma da língua, quando elevada durante o choro, influencia o movimento da língua durante a sucção não nutritiva, e o ponto de fixação do frênulo na língua influencia o ritmo da sucção durante a amamentação¹⁰. O novo protocolo com escores é uma ferramenta efetiva para avaliar e diagnosticar alterações anatômicas do frênulo da língua e suas possíveis interferências na amamentação. Apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4- CONCLUSÃO

Conclui-se que a técnica de frenotomia com lâmina fria parece ser eficaz para tratar bebês com anquiloglossia.

Referências Bibliográficas

- 1-Slagter KW, Raghoobar GM, Hamming I, Meijer J, Vissink A. Effect of frenotomy on breastfeeding and reflux: results from the BRIEF prospective longitudinal cohort study. Clin Oral Investig. 2021 Jun;25(6):3431-3439. doi: 10.1007/s00784-020-03665-y. Epub 2020 Dec 14. PMID: 33315177; PMCID: PMC8137608.
- 2-Barberá-Pérez PM, Sierra-Colomina M, Deyanova-Alyosheva N, Plana-Fernández M, Lalaguna-Mallada P. Prevalence of ankyloglossia in newborns and impact of frenotomy in a

- Baby-Friendly Hospital. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2021;78(5):418-423. English. doi: 10.24875/BMHIM.20000391. PMID: 34571520.
- 3- Lima ALX, Dutra MRP. Influence of frenotomy on breastfeeding in newborns with ankyloglossia. *Codas.* 2021 May 3;33(1):e20190026. English, Portuguese. doi: 10.1590/2317-1782/20202019026. PMID: 33950144.
- 4- O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, Davis PG. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Mar 11;3(3):CD011065. doi: 10.1002/14651858.CD011065.pub2. PMID: 28284020; PMCID: PMC6464654.
- 5- Lima, A. L. X., & Dutra, M. R. P. (2021). Influence of frenotomy on breastfeeding in newborns with ankyloglossia. *CoDAS*, 33(1), e20190026. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019026>
- 6- Campbell J. (2019). Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *International journal of nursing studies*, 91, 146–147. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.022>
- 7- Ganesan, K., Girgis, S., & Mitchell, S. (2019). Lingual frenotomy in neonates: past, present, and future. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*, 57(3), 207–213. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2019.03.004>
- 8- Van Biervliet, S., Van Winckel, M., Vande Velde, S., De Bruyne, R., & D'Hondt, M. (2020). Primum non nocere: lingual frenotomy for breastfeeding problems, not as innocent as generally accepted. *European journal of pediatrics*, 179(8), 1191–1195. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03705-5>
- 9- Illing, S., Minnee, M., Wheeler, J., & Illing, L. (2019). The value of frenotomy for ankyloglossia from a parental perspective. *The New Zealand medical journal*, 132(1500), 70–81.
- 10- Freeman, C. G., Ohlstein, J. F., Rossi, N. A., McIntire, J. B., Neve, L. D., Daram, S., & Pine, H. S. (2022). Labial Frenotomy for Symptomatic Isolated Upper Lip Tie. *Cureus*, 14(12), e32755. <https://doi.org/10.7759/cureus.32755>

FACETA DIRETA DE RESINA COMPOSTA EM DENTE ESCURECIDO: RELATO DE CASO

Thaís THEOPHILO¹; Vitória MONTEIRO¹; Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Vanessa Ferreira da SILVA², Elissa ROCHA², Renato LENOIR²

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

E-mail para correspondência: thaisftheophiloa@gmail.com

RESUMO

A descoloração dentária pode ser determinada tanto pela dentina¹, quanto por fatores intrínsecos ou extrínsecos, ou, pela combinação de ambas. Existem causas multifatoriais para a descoloração dentária, entre elas estão materiais empregados no canalradicular, como por exemplo: cimentos endodônticos, pastas antibióticas, medicamentos intracanaís e em especial a combinação de clorexidina e hipoclorito de sódio quando usados como irrigantes radiculares podendo causar tons amarronzados. E fatores extrínsecos como restaurações provisórias. Baseados no exposto, o objetivo deste estudo foi relatar as condutas necessárias para realização de faceta direta em dente escurecido utilizando resina composta. Paciente, 39 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu a Clínica Odontológica da Universidade Iguazu – Campus V, Itaperuna-RJ, queixando-se que o dente da “frente” era mais escuro do que os outros e que ao sorrir, se sentia incomodada. O procedimento de escolha foi a realização de faceta direta com resina composta no dente 11. Após a realização do tratamento, foi observado sucesso clínico, onde a paciente relatou aumento da autoestima e satisfação estética. Com isso, podemos concluir que as facetas diretas de resina composta parecem ser um tratamento eficaz para dentes escurecidos.

Palavra-chave: Esmalte Dentário; Resinas Compostas; Estética.

ABSTRACT

Tooth discoloration can be determined both by dentin¹, and by intrinsic or extrinsic factors, or by a combination of both. There are multifactorial causes for tooth discoloration, among them are materials used in the root canal, such as: endodontic cements, antibiotic pastes, intracanal medications and in particular the combination of chlorhexidine and sodium hypochlorite when used as root irrigants can cause tones yellowish. And extrinsic factors such as provisional restorations. Based on the above, the aim of this study was to report the conduct necessary to perform a direct veneer on a discolored tooth using composite resin. Patient, 39 years old, female, Caucasian, attended the Dental Clinic of the Iguazu University – Campus V, Itaperuna-RJ, complaining that the “front” tooth was darker than the others and that, felt uncomfortable. The procedure of choice was direct veneering with composite resin on tooth 11. After performing the treatment, clinical success was observed, where one patient reported increased self-esteem and aesthetic satisfaction. With this, we can conclude that direct composite resin veneers seem to be an effective treatment for discolored teeth.

Key-words: Dental Enamel; Composite Resins; Esthetics.

1-INTRODUÇÃO

A descoloração dentária pode ser determinada tanto pela dentina¹, quanto por fatores intrínsecos ou extrínsecos, ou, pela combinação de ambos^{2,3}. Existem causas multifatoriais para a descoloração dentária, entre elas estão materiais empregados no canal radicular, como por exemplo: cimentos endodônticos, pastas antibióticas, medicamentos intracanaís e em especial a combinação de clorexidina e hipoclorito de sódio quando usados como irrigantes radiculares podendo causar tons amarronzados. E fatores extrínsecos como restaurações provisórias.³

Na literatura encontramos diversas técnicas para o tratamento estético de dentes escurecidos, como o uso de laminados cerâmicos⁴, ou as coroas totais em porcelana⁵. Porém, além de serem procedimentos muito invasivos, com maior desgaste nas estruturas dentárias, ambos necessitam de várias consultas e não são acessíveis para toda população.

Neste contexto, a resina composta mostra-se como um tratamento resolutivo e eficaz pelas suas propriedades estéticas e adesivas. Sendo uma proposta para o uso em faceta direta em dente escurecido⁶, pois quando utilizado a técnica correta, as facetas compostas diretas apresentam resultados estéticos satisfatórios, além de serem, minimamente invasivas, funcionais e duradouras, que se assemelham aos tecidos dentais esteticamente^{7,8,9}.

Baseados no exposto, o objetivo deste estudo foi relatar as condutas necessárias para a realização de faceta direta em dente escurecido utilizando resina composta.

2- RELATO DE CASO

- Considerações éticas:

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline¹⁰. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- Informações do paciente:

Paciente, 39 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu a Clínica Odontológica da Universidade Iguazu – Campus V, Itaperuna-RJ. Queixando-se que o dente da “frente” era mais escuro do que os outros e que ao sorrir, se sentia incomodada. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

- Achados clínicos e radiográficos

Inicialmente, após anamnese, foi realizado exame clínico do paciente. A paciente apresentou dentição permanente, tratamento endodôntico e substrato escurecido no dente 11, alguns apinhamentos dentários, classe I de Angle. No exame radiográfico, observamos que o tratamento endodôntico se encontrava satisfatório e sem presença de lesão periapical.

- Intervenção terapêutica

O planejamento para o dente 11 foi faceta direta com resina composta. Após exame clínico, foi realizada uma raspagem supra e sub gengival e profilaxia criteriosa, e orientações de higiene bucal, para melhorar a saúde periodontal do paciente (Figura 1).



Figura 1: Imagem inicial do dente 11. Fonte: Arquivo pessoal.

Na segunda sessão, foi realizado o procedimento de clareamento de consultório, anteriormente a confecção da faceta direta de resina composta, alcançando uma cor mais clara, no intuito de padronizar a estética. O Clareamento foi realizado com peróxido de hidrogênio 35% (WhitenessMaxx, FGM) em uma sessão.

Inicialmente, realizou-se a seleção de cor da resina a ser usada, por pequenos incrementos na superfície vestibular, sem aplicação de Ácido fosfórico e sistema adesivo, fotopolimerizando por 20 segundos. A cor definida foi A1. Sendo selecionadas as resinas B1E, A1B e Opaquer (Forma, Ultradent).

Realizou-se isolamento absoluto da região anterossuperior envolvendo do dente 23 ao 13. Posteriormente, optou-se por realizar um preparo na face vestibular, do dente 11, com profundidade de 1,5mm, com uma broca diamantada 2135, com intuito de remover somente o necessário e preservar o máximo de tecido remanescente possível (Figura 2).

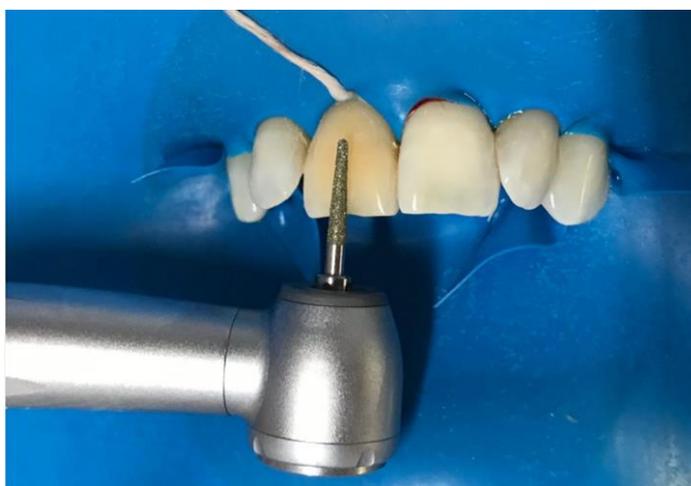


Figura 2: Preparo do dente 11 com broca 2135. Fonte: Arquivo pessoal.

Prosseguiu-se realizando o condicionamento da estrutura dental com a aplicação do ácido fosfórico a 37% (Condac37. FMG, Brasil) em esmalte por 30 segundos na face vestibular do dente 11, onde lavamos abundantemente com água pelo dobro do tempo (Figura 3).



Figura 3: Condicionamento com ácido fosfórico a 37%. Fonte: Arquivo pessoal.

Após a aplicação do condicionamento ácido, seguimos com a aplicação do sistema adesivo universal (Ambar universal, FGM, Brasil) com microbrush (Cavibrush, FGM, Brasil) de acordo com as recomendações do fabricante, removido os excessos, foi fotopolimerizado por 20 segundos. Os dentes adjacentes foram protegidos com fita teflon, tanto no condicionamento ácido como na aplicação do adesivo (Figura 4).



Figura 4: Aplicação do adesivo Ambar Universal (FGM). Fonte: Arquivo pessoal.

Logo após, iniciou-se o procedimento restaurador, inserindo a resina composta Opaquer (Forma, Ultradent, Brasil) na superfície do dente 11, para reconstrução da estrutura dentinária e conseguir ocultar o substrato escurecido, devido à alta opacidade dessa cor de resina (Figura 5).



**Figura 5: Inserção da resina composta Opaquer (Forma, Ultradent, Brasil).
Fonte: Arquivo pessoal.**

Em seguida, realizou-se a aplicação da resina composta de corpo, cor A1B (Forma, Ultradent, Brasil) para reconstruir do terço médio ao colo, e criar volume para a bossa do dente 11 (Figura 6).



Figura 6: Inserção da resina composta A1B (Forma, Ultradent, Brasil).
Fonte: Arquivo pessoal.

Neste momento, foi verificado os detalhes dentinários para reprodução bem definida. Para que, então, a última etapa fosse realizada, a inserção de resina composta de esmalte B1E (Forma, Ultradent, Brasil) obedecendo a estratificação natural, tanto em espessura quanto em largura e altura, respeitando as características anatômicas de um incisivo central superior do lado direito. Todos os incrementos foram fotopolimerizados por, pelo menos, 20 segundos, finalizando com uma fotopolimerização por 60 segundos. A restauração foi estabelecida com anatomia e cor idêntica aos outros elementos dentários. Todas as etapas restauradoras da faceta direta com resina composta do dente 11 foram executadas com espátula metálica do kit Hirata da SS White Duflex, Brasil (Figura 7).



Figura 7: Inserção da resina composta B1E (Forma, Ultradent, Brasil).
Fonte: Arquivo pessoal.

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

Após a realização de todas as restaurações, para finalizar, fora realizado o acabamento de forma e anatomia primária, e polimento inicial com pontas diamantadas de granulação fina e com discos de lixa Diamond Master (FGM), seguindo as orientações do fabricante, sempre na direção do dente para a resina. Fazer anatomia fina e polimento final, lembrando que a forma é mais importante do que a cor, de acordo com a textura dos dentes adjacentes. O polimento final foi feito com discos de feltro e pasta diamantada própria para polimento (Figura 8).



Figura 8: Acabamento e polimento. Fonte: FGM.

Após finalização dessa etapa foi possível visualizar o resultado final, atendendo as expectativas do paciente, e estética satisfatória (Figura 9).



Figura 9: Imagem final do dente 11. Fonte: Arquivo pessoal.

3- DISCUSSÃO

As facetas diretas de resina composta são uma alternativa eficaz para o tratamento de dentes escurecido. E os principais resultados foram a melhora estética e aumento da autoestima da paciente^{2,3,9,10}.

Estudos preconizam o uso de facetas em cerâmica para tratamento de dentes escurecidos¹², entretanto as facetas diretas com resina composta garantem um menor desgaste da estrutura dental, podendo ser realizada em uma única sessão e apresenta também um menor custo quando comparado a outras técnicas, sendo considerada uma técnica menos invasiva^{8,9,11}.

Dessa forma, durante os últimos 20 anos, houve um avanço tecnológico na odontologia com relação às resinas compostas que permitiu a evolução de suas propriedades físicas, mecânicas e potencial de ligação à substratos por meio dos sistemas adesivos. Além disso, melhor composição e percepção de cores têm sido desenvolvidas^{1,4,7}.

Neste sentido, em se tratando de facetas diretas em resina composta, além da indicação em casos de dentes conóides, fechamento de diastemas, microdontias, dentes escurecidos com necessidade de alteração cromática, harmonização de espaços, perdas estruturais por desgaste fisiológico ou patológico, perda estruturais por cárie, amelogenese imperfeita, corrosão e abrasão, também são indicações favoráveis em situações de fratura de elemento dental^{3,5,8}.

A correta indicação de facetas diretas com resina composta propicia um tratamento bastante satisfatório, apresentando vantagens de preservação da estrutura dental e simplicidade de técnica, mas alguns aspectos tendem a ser observados, para que tal indicação seja satisfatória ao procedimento que se busca realizar, trazendo à tona a satisfação do paciente^{6,8}.

CONCLUSÃO

A utilização de resina composta para a recuperação e reanatomização de dentes anteriores escurecidos é uma excelente opção quando os princípios estéticos são respeitados, uma vez que possibilita a mimetização da forma, tamanho e cor dos dentes, o que trouxe ao paciente um sorriso harmônico e sua satisfação alcançada. Conclui-se, que as facetas diretas de resina composta parecem ser um tratamento eficaz para dentes escurecidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Ten Bosch, J. J., & Coops, J. C. (1995). Tooth color and reflectance as related to light scattering and enamel hardness. *Journal of dental research*, 74(1), 374-380
- 2-Hattab, FN, Qudeimat, MA & Al-rimawi, HS (1999) Descoloração dental: uma visão geral. *Jornal de Odontologia Estética*, 11, 291-310
- 3-Kahler, B. (2022) Status atual e direções futuras – Gerenciando dentes escurecidos. *International Endodontic Journal*, 55 (Supl. 4), 922–950
- 4-Shadman N, Ebrahimi SF, Shoul MA, Kandi SG, Rostami S. The minimum thickness of a multilayer ceramic restoration required for masking dark background. *Dent Res J (Isfahan)*. 2022 Apr 27;19:31. PMID: 35669605; PMCID: PMC9164660.
- 5-Tran J, Dudley J, Richards L. All-ceramic crown preparations: An alternative technique. *Aust Dent J*. 2017 Mar;62(1):65-70. doi: 10.1111/adj.12433. Epub 2017 Jan 26. PMID: 27338149.
- 6-Korkut B. Smile makeover with direct composite veneers: A two-year follow-up report. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2018 Spring;12(2):146-151. doi:10.15171/joddd.2018.023. Epub 2018 Jun 20. PMID: 30087767; PMCID:PMC6076883.
- 7- Xiaoling T, Ashraf MA, Yanyan Z. Observação pareada em resina composta fotopolimerizável e resina nanocomposta no reparo de cárie dentária. *Paquistão J PharmaSci*, 2016;29:2169-2172
- 8- Barrantes JCR, Araujo JrE, Baratieri LN. Avaliação clínica de restaurações diretas em resina composta em dentes anteriores fraturados. *Odvotos-Int J Dent Sci*, 2016;(16):47- 62.doi: 10.15517/ijds.v0i16.20326
- 9- Gresnigt MMM, Sugii MM, Johanns KBFW, van der Made SAM. Comparison of

conventional ceramic laminate veneers, partial laminate veneers and direct composite resin restorations in fracture strength after aging. *J Mech Behav Biomed Mater.* 2021 Feb;114:104172. doi: 10.1016/j.jmbbm.2020.104172. Epub 2020 Nov 4. PMID: 33172798.

10- Gresnigt MMM, Cune MS, Jansen K, van der Made SAM, Özcan M. Randomized clinical trial on indirect resin composite and ceramic laminate veneers: Up to 10-year findings. *J Dent.* 2019 Jul;86:102-109. doi: 10.1016/j.jdent.2019.06.001. Epub 2019 Jun 7. PMID: 31181242.

11- Ferracane JL. Resin composite--state of the art. *Dent Mater.* 2011 Jan;27(1):29-38. doi: 10.1016/j.dental.2010.10.020. Epub 2010 Nov 18. PMID: 21093034.

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL IMEDIATA SUPERIOR: RELATO DE CASO

Ruan GARCIA¹; Guilherme ALVIM¹; Annalee Nogueira Sá HOSKEN², Bruno da Silva INÁCIO², Hugo CEZAR² Cláudio Vinicius PELLEGRINI²

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

E-mail para correspondência: ruangarciabraz2@gmail.com

RESUMO

As consequências geradas pelo edentulismo são as perdas das funções estéticas, fonéticas e mastigatórias. Podendo acarretar problemas de saúde devido à dificuldade na mastigação, depressão devido a estética comprometida e a fala alterada pela perda dos dentes. Baseado no exposto, esse estudo objetivou a reabilitação do arco superior com prótese total. Paciente 63 anos de idade, sexo feminino compareceu a clínica odontológica da universidade Iguazu - Campus V queixando-se de sua aparência ao sorrir. Após anamnese e exame clínico, chegou-se ao diagnóstico de perda total dos dentes superiores. A escolha da técnica de confecção foi influenciada pelo desejo da paciente em não ficar sem dente por muito tempo. O procedimento adotado foi a realização de prótese total superior seguindo a técnica correta de execução. O que nos faz concluir que a técnica de confecção para prótese total imediata parece ser eficaz para tratar pacientes totalmente edêntulos.

Palavras-chave: Prótese total; Arcada Edêntula; Reabilitação

ABSTRACT

The consequences generated by edentulism are the loss of aesthetic, phonetic and masticatory functions. It may lead to health problems due the difficulty in chewing, depression due to compromised aesthetics and altered speech due the loss of teeth. Based on the exposed above, this study aimed at the rehabilitation of the upper arch with a complete denture. A 63-year-old female patient attended the dental clinic at the Iguazu University - Campus V complaining about her appearance when smiling. After anamnesis and clinical examination, the diagnosis of total loss of upper teeth was reached. The choice of fabrication technique was influenced by the patient's desire not to be toothless for a long time. The procedure adopted was the creation of a complete upper prosthesis following the correct execution technique. This leads us to conclude that the fabrication technique for immediate complete dentures seems to be effective for treating completely edentulous patients.

Key- words: Denture, complete; Jaw, Edentulous; Rehabilitation

1- INTRODUÇÃO

As consequências geradas pelo edentulismo são as perdas das funções estéticas, fonéticas e mastigatórias. Podendo acarretar problemas de saúde devido à dificuldade na mastigação, depressão devido a estética comprometida e a fala alterada pela perda dos dentes^{1,2}.

Na literatura encontramos diversas técnicas para tratamento de pacientes edêntulos, como o uso de próteses implanto-suportadas³ ou próteses impressas em 3D⁴, porém, ambos necessitam de várias consultas e não são acessíveis para toda população.

Neste contexto, a prótese total imediata convencional mostra-se como um tratamento resolutivo e eficaz pela acessibilidade e a capacidade de devolver as funções para o paciente^{5,6,7}.

Baseado no exposto, o objetivo deste estudo foi relatar as condutas necessárias para confecção de prótese total imediata superior em paciente edêntulo.

2-RELATO DE CASO

-Considerações éticas: Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁸. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

-Informações do paciente: Paciente 63 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu - CAMPUS V, Itaperuna-RJ, queixando-se de sua aparência ao sorrir “não consigo sorrir porque meus dentes são feios”. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

-Achados clínicos e radiográficos: Ao exame clínico, paciente apresentava os dentes: Incisivo Central Superior Direito (11), Canino Superior Esquerdo (23) e Primeiro Molar Superior Esquerdo (26) apresentando ausências no restante da arcada superior. Arcada Inferior apresentando classe I de Kennedy (Figura 1).



Figura 1: Aspecto inicial do paciente. Arquivo pessoal.

Exame radiográfico panorâmico apontou perda óssea na região de pré-maxila devido a arcada inferior apresentar classe I de Kennedy, com reabsorção generalizada posterior na arcada superior e inferior (Figura 2).

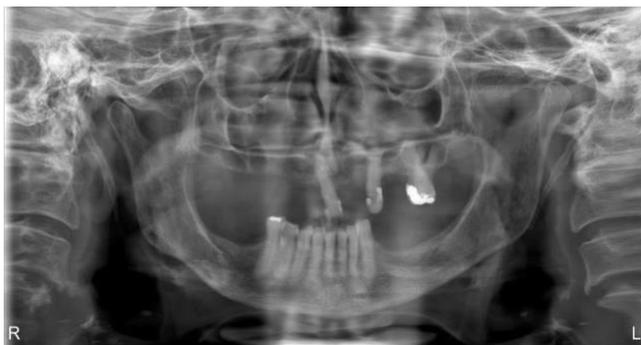


Figura 2. Radiografia panorâmica. Arquivo pessoal.

-Intervenção terapêutica: Após a extração do molar e a constatação da necessidade de confecção da prótese total superior, realizamos a moldagem de estudo. Selecionou-se e testou-se a moldeira média constatando que seria a ideal. Utilizando o hidrocoloide irreversível (alginato), manipulado em cuba plástica, carregou-se a moldeira e foi levado a boca do paciente esperando o tempo de presa indicado pelo fabricante. Em seguida, obtivemos o modelo de estudo, vazando o gesso pedra tipo IV (Figura 3).



Figura 3. Modelo de estudo obtido. Arquivo pessoal

Realizamos a lavagem em água corrente e em seguida a desinfecção do molde com hipocloritode sódio a 1% por 10 minutos. Na sessão seguinte, foi realizado alívio com cera periférica nas áreas retentivas, isolamos o gesso do modelo de estudo com Cel-Lac, confeccionamos a moldeira individual (Figura 4) com resina acrílica incolor autopolimerizável, utilizamos o adesivo de moldeira individual, realizamos a moldagem funcional com a pasta leve do silicone de condensação, e a corretiva com alginato, obtendo o modelo de trabalho.



Figura 4. Moldeira individual confeccionada. Arquivo pessoal.

Enviamos ao laboratório para a confecção do plano de cera. No atendimento seguinte, foi realizado a confecção dos planos de orientação, o registro da oclusão em cera e a seleção da cordos dentes com o auxílio da escala de cor (BIOCLER GII, Dentbras, Brasil) de acordo com os remanescentes em boca (Figura 5A-C).

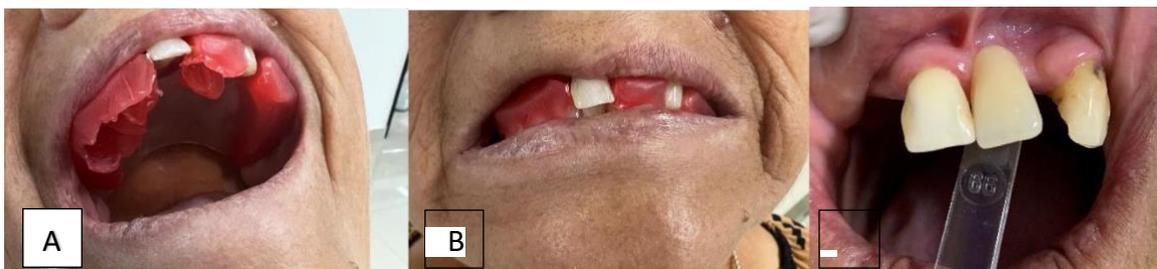


Figura 5: A- Registro da oclusão em cera. B- Registro realizado. C- Seleção da cor dos dentes. Arquivo Pessoal.

Prosseguindo com o tratamento, foi solicitada a montagem dos dentes em cera. Na consulta seguinte, com o trabalho protético em mãos realizamos a prova dos dentes em cera, seguindo todo protocolo clínico desta etapa, e a seleção da cor da gengiva de acordo com a escala VIPI (Figura 6A-B).

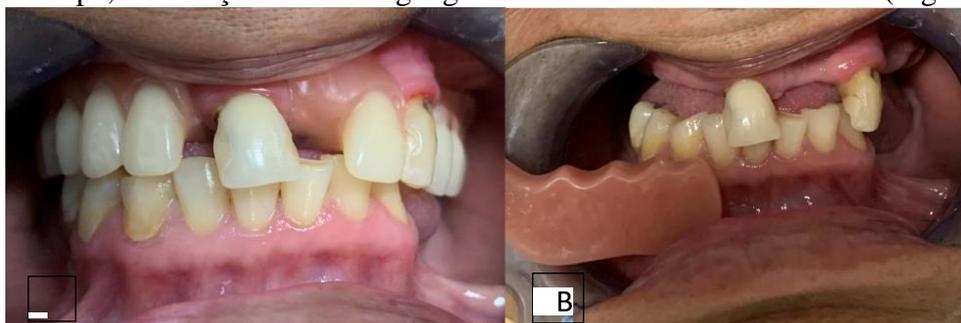


Figura 6: A- Prova dos dentes em cera. B- Seleção da cor da gengiva. Arquivo pessoal.

Em seguida, foi solicitado a quebra dos dentes remanescentes no modelo de gesso, simulando as extrações que viriam a ser realizadas. Com a prótese em mãos, realizamos a devida desinfecção com digluconato de clorexidina 2% em gel. Prosseguindo com o caso, concluímos as devidas exodontias, e realizamos o reembasamento direto com Resina Macia Autopolimerizável (Soft Rebase, TDV, Brasil). Removidos os excessos de material e realizado os devidos ajustes grosseiros, a prótese foi entregue a

paciente. Advertimos sobre os cuidados pós-operatórios e sobre as devidas instruções de higiene oral e da prótese (Figura 7A-C).



Figura 7: A- Aspecto do paciente após as exodontias. B- Prótese em mãos. C- Prótese entregue.

3-DISCUSSÃO

Baseados no estudo de Corrado et al., 1990⁹ nos propomos a investigar se seria possível reabilitar a arcada superior com prótese total imediata. E o principal resultado foi a devolução da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), e das funções estéticas, fonéticas e mastigatórias.

Estudos preconizam o uso de próteses implantossuportadas para tratar pacientes edêntulos totais. Porém, a técnica implementada nesse estudo mostra-se com menor chance de falha e economicamente mais viável para o paciente¹⁰.

Especulamos a implementação de técnicas simplificadas, com menos etapas clínicas para confecção de prótese total. Entretanto, a técnica de prótese total imediata utilizada nesse estudo apresenta-se como alternativa técnica mais viável e confiável¹¹.

Anadioti et al., 2020¹² preconiza o uso de impressão 3D para confecção de prótese total. Entretanto, a técnica de prótese total imediata utilizada nesse estudo apresenta-se como alternativa economicamente mais viável e com mais evidência.

Apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4-CONCLUSÃO

Conclui-se que a técnica de confecção para prótese total imediata parece ser eficaz para tratar pacientes totalmente edêntulos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Allen PF, Witter DJ, Wilson NH. O papel do conceito de arco dentário encurtado no tratamento de dentições reduzidas. *Ir. Dent J.* 1995, 11 de novembro; 179 (9):355–7.
- 2- Souza RF, Patrocínio L, Pero AC, Marra J, Compagnoni MA. Confiabilidade e validação de uma versão brasileira do Oral Health Impact Profile para avaliação de desdentados. *J Reabilitação Oral.* novembro de 2007; 34 (11):821–6.
- 3- Probst, L. F., Vanni, T., Cavalcante, D. F. B., Silva, E. T. D., Cavalcanti, Y. W., Passeri, L.A., & Pereira, A. C. (2019). Cost-effectiveness of implant-supported dental prosthesis compared to conventional

dental prosthesis. *Revista de saude publica*, 53, s1518- 8787.2019053001066. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001066>

4- Anadioti, E., Musharbash, L., Blatz, M. B., Papavasiliou, G., & Kamposiora, P. (2020). 3D printed complete removable dental prostheses: a narrative review. *BMC oral health*, 20(1), 343. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01328-8>

5- Forgie AH, Scott BJJ, Davis DM. Um estudo para comparar o perfil de impacto na saúde bucal e a satisfação antes e depois da substituição de próteses totais na Inglaterra e na Escócia. *Gerodontologia*. setembro de 2005; 22 (3):137–42.

6- Shim JS, Watts DC. Um exame da distribuição de tensão em uma prótese total mandibular de resina acrílica forrada por análise de elementos finitos. *Int J Prosthodont*. 2000 janeiro- fevereiro; 13 (1):19–24.

7- Murata H, Taguchi N, Hamada T, Kawamura M, McCabe JF. Viscoelasticidade dinâmica de forros macios e função mastigatória. *J Dent Res*. fevereiro de 2002; 81 (2):123–8.

8- Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.

9- Corrado O. J. (1990). Dentures. *BMJ (Clinical research ed.)*, 301(6763), 1265–1268. <https://doi.org/10.1136/bmj.301.6763.1265>

10- Kern, J. S., Kern, T., Wolfart, S., & Heussen, N. (2016). A systematic review and meta- analysis of removable and fixed implant-supported prostheses in edentulous jaws: post-loading implant loss. *Clinical oral implants research*, 27(2), 174–195. <https://doi.org/10.1111/clr.12531>

11- Jacqueline P Duncan, Thomas D Taylor, Simplified complete dentures, *Dental Clinics of North America*, Volume 48, Issue 3, 2004, Pages 625-640, ISSN 0011-8532, <https://doi.org/10.1016/j.cden.2004.03.007>(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0011853204000321>).

12- Anadioti, E., Musharbash, L., Blatz, M. B., Papavasiliou, G., & Kamposiora, P. (2020). 3D printed complete removable dental prostheses: a narrative review. *BMC oral health*, 20(1), 343. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01328-8>.

REABILITAÇÃO BUCAL: RELATO DE CASO

Lucas BRUM¹; Erick BRASIL¹; Annalee Nogueira Sá HOSKEN², Bruno da Silva INÁCIO², Hugo CEZAR ², Claudio Vinicius PELLEGRINI²

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

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

E-mail para correspondência: lb.brum94@gmail.com

RESUMO

Sabemos da relevância que tem na vida do paciente a reabilitação oral para pacientes edêntulos. Essa possui várias maneiras e possibilidades para o paciente escolher a melhor forma que o agrada e que se adequa a suas condições de saúde e financeiras. Baseado no exposto, esse estudo objetivou relatar as condutas necessárias para reabilitar um paciente edêntulo. Paciente 25anos de idade, sexo masculino, compareceu a clínica de odontologia da Universidade Iguazu – Campus V, queixando-se da falta de alguns dentes e também de lesões cáries que envolviam diversos dentes. Após anamnese, exame clínico e radiográfico foi decidido junto com o paciente realizar a confecção de uma prótese parcial removível superior (PPR), no intuito de repor os dentes perdidos e devolver função e estética para esse paciente. Concluímos então, que a reabilitação com prótese parcial removível parece ser eficaz para tratar pacientes parcialmente edêntulo.

Palavras-chave: Prótese; Reabilitação oral; Edêntulo.

ABSTRACT

We know the relevance of oral rehabilitation for edentulous patients in the patient's life. This has several ways and possibilities for the patient to choose the best way that pleases him and that suits his health and financial conditions. Based on the above, this study aimed to report the conduct necessary to rehabilitate an edentulous patient. A 25-year-old male patient attended the dental clinic at Universidade Iguazu – Campus V, complaining of missing teeth and also carious lesions involving several teeth. After anamnesis, clinical and radiographic examination, it was decided together with the patient to make an upper removable partial denture (RPP), in order to replace the lost teeth and restore function and aesthetics to this patient. We therefore conclude that rehabilitation with removable partial dentures seems to be effective in treating partially edentulous patients.

KEY-WORDS: Prosthesis; Oral rehabilitation; Edentulous.

1-INTRODUÇÃO

Mesmo com os avanços na odontologia, ainda assim as extrações dentárias são as intervenções mais realizadas por consequência da cárie, doenças periodontais, traumas ou até mesmo doenças psicossomáticas.¹

Nesse contexto, na literatura encontramos diversas técnicas para fazer a reabilitação bucal de pacientes edêntulos como os implantes dentários, que por sua vez é uma técnica que impõe um alto custo financeiro ao paciente²

Atualmente temos diversas possibilidades para reabilitar dentes naturais perdidos, nesse caso utilizamos a prótese parcial removível, que foi uma opção viável para o caso, afim de melhorar a qualidade de vida, função e estética do paciente.³

Baseado no exposto, o objetivo desse estudo foi relatar as condutas necessárias para realizar reabilitação provisória em paciente parcialmente desdentado.

2-RELATO DE CASO

- Considerações éticas:

Toda descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline.⁴ O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

- Informações do paciente:

O paciente de 25 anos de idade, sexo masculino, melanodermo, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu, Campus V, Itaperuna-RJ, queixando-se da falta de alguns dentes e também de lesões cariosas que envolviam diversos dentes. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para este relato.

- Achados clínicos e radiográficos:

Ao exame clínico, paciente apresentava higiene oral deficiente, onde o mesmo relatou que não escovava os dentes, apresentava muita placa bacteriana, a condição gengival era desfavorável, falta de alguns dentes 21, 22 e 23 (Figura 1).



Figura 1: Imagem mostrando a falta dos elementos 21, 22 e 23. Arquivo pessoal.

Que por sua vez após perder esses elementos dentários, o paciente começou a relaxar na prática de higiene oral diariamente. Ao exame radiográfico não apresentou nenhum resto radicular onde teve a perda dos elementos dentários e o tecido já estava completamente cicatrizado.

Como podemos visualizar na imagem apresenta os restos radiculares dos dentes 11, 12 e 13 (Figura 2).



Figura 2: Imagem mostrando os restos radiculares dos dentes 11, 12 e 13. Arquivo pessoal.

Os elementos dentários 11, 12 e 13 encontravam-se completamente destruídos, pois o paciente relatou que teve um acidente em que os dentes sofreram um trauma, o que resultou na perda dos mesmos. Além de diversas lesões cáries severas nos dentes 14, 32, 33, 42 e 43 (Figura 3).



Figura 3: Imagem mostrando as lesões cáries severas nos dentes 14, 32, 33, 42 e 43. Arquivo pessoal.

Nos referidos elementos dentários podemos observar a grande extensão e o comprometimento de estrutura dentária em que a lesão da cárie provocou.

- Intervenção terapêutica

Após a avaliação clínica foi constatada a necessidade da reabilitação oral deste paciente, onde já na primeira consulta fizemos o plano de tratamento, e começamos fazendo a adequação do meio bucal com profilaxia, e raspagem periodontal sub gengival e supra gengival da arcada superior e inferior, após isso, começamos fazer as restaurações que seriam necessárias e demos início pelo primeiro pré molar superior direito, logo após, na consulta seguinte foi realizada as cirurgias pré protéticas dos restos radiculares dos elementos 11, 12 e 13 (Figura 4).



Figura 4: Imagem mostrando a sutura pós exodontia dos elementos 11, 12 e 13.

Após a retirada dos pontos e completa cicatrização dos tecidos fizemos a moldagem de trabalho, moldamos com o silicone de condensação e vazamos o modelo com gesso tipo 4 (Figura 5 A-B).



Figura 5 A- Moldagem de trabalho. B- Modelo de trabalho obtido. Arquivo pessoal.

Demos continuidade ao tratamento fazendo as restaurações dos elementos 32, 33, 42 e 43 os quais se encontravam em avançada degradação estrutural pelo processo cariioso que os acometia, fizemos o isolamento absoluto, e a completa limpeza da cavidade, retirando todo tecido cariado, avaliamos a estrutura dos remanescentes e constatamos que não houve comunicação com a câmara pulpar dos elementos envolvidos, logo após fizemos o condicionamento ácido, aplicação do adesivo e então os incrementos com resina composta devolvendo a anatomia dos elementos, concluímos as restaurações dando o acabamento e polimento final (Figura 6).



Figura 6: Imagem mostrando o resultado final das restaurações nos elementos 32, 33, 42 e 43. Arquivo pessoal.

Após as restaurações feitas, demos início a marcação do plano de cera, marcando a linha alta do sorriso, linha média e linha dos caninos, também fizemos o registro da oclusão em cera e a escolha da cor do dente (Figura 7 A-C). Arquivo pessoal.

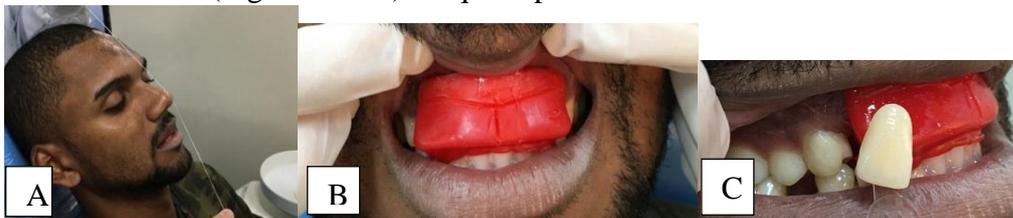


Figura 7:A-Marcação das linhas de referência. B-linhas de referência marcada na cera. C- Escolha da cor dos dentes. Arquivo pessoal.

Esses passos são fundamentais para o sucesso da prótese, devemos ter atenção nas marcações, pois qualquer erro nesse processo vai gerar graves consequências no resultado final da prótese. Após esse processo enviaremos as marcações feitas junto da cor do dente selecionada com as características do dente para o protético que nos retornará com a prótese para fazer a prova dos dentes em cera (Figura 8).



Figura 8: Imagem mostrando a prótese com os dentes em cera.

Na consulta seguinte, feito a prova dos dentes em cera e o paciente aprovando partimos para a conclusão da prótese, onde foi solicitado para o laboratório a acrilização, com a prótese em mãos fizemos os ajustes em boca e as devidas orientações ao paciente e instruções de higiene da prótese (figura 9 A-B).

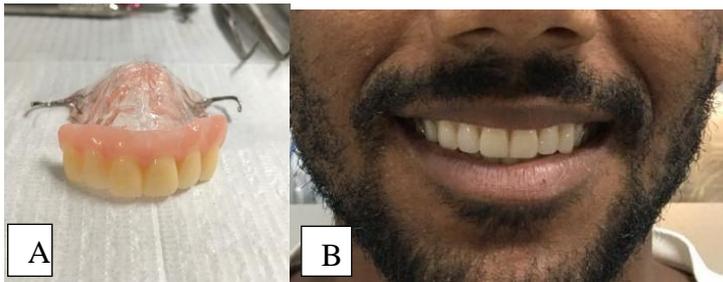


Figura 9: A- Prótese acrilizada. B- Resultado final em boca. Arquivo pessoal.

3-DISCUSSÃO

Baseado nos estudos de Beaumont et al., 2002.⁵ Nos propomos a investigar se seria possível reabilitar parcialmente com a confecção de uma prótese parcial removível provisória em paciente classe IV de Kennedy. E o principal resultado foi a restituição das funções estéticas por se tratar de dentes anteriores, junto das funções fonéticas e mastigatórias.

Alguns autores preconizam o uso de próteses sob implantes para a reabilitação de pacientes parcialmente edêntulos, porém a técnica por nós utilizada se mostrou mais acessível pelo baixo custo e por ser menos envaziva.⁶

Estudos sugerem a técnica com implantes dentários com protocolo de carga imediata, entretanto essa técnica acarreta em maiores dificuldades estéticas, por ser na região anterior de maxila⁷ No mais, o método convencional de implantes requer um tempo de 4 a 6 meses para a reabilitação protética, visto que esse tempo é longo e de alto custo, foi optado pela técnica da PPR provisória^{8,9}

Anadioti et al., 2020¹⁰ sugere a confecção de próteses impressas em 3D, porém a técnica convencional de prótese parcial removível é economicamente mais viável em relação ao uso de impressoras 3D.

Apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4-CONCLUSÃO

Portanto, conclui-se que a técnica de confecção para prótese parcial removível parece ser eficaz para tratar pacientes parcialmente edêntulos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Alhammadi S. H. (2022). Full Mouth Rehabilitation Using Telescopic Removable Prosthesis. *Case reports in dentistry*, 2022, 9536443. <https://doi.org/10.1155/2022/9536443>
- 2- Gupta, R., Gupta, N., & Weber, DDS, K. K. (2022). Dental Implants. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- 3- Friel, T., & Waia, S. (2020). Removable Partial Dentures for Older Adults. *Primary dental journal*, 9(3), 34–39. <https://doi.org/10.1177/2050168420943435>
- 4- 5. Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.

- 5- Beaumont A. J., Jr (2002). An overview of esthetics with removable partial dentures. *Quintessence international (Berlin, Germany : 1985)*, 33(10), 747–755.
- 6- Bandiaky, O. N., Lokossou, D. L., Soueidan, A., Le Bars, P., Gueye, M., Mbodj, E. B., & Le Guéhennec, L. (2022). Implant-supported removable partial dentures compared to conventional dentures: A systematic review and meta-analysis of quality of life, patient satisfaction, and biomechanical complications. *Clinical and experimental dental research*, 8(1), 294–312. <https://doi.org/10.1002/cre2.521>.
- 7- Ihde, S., Sipic, O., & Pałka, L. (2020). A Single-Step Implant Treatment of a Patient Presenting with a High Smile Line (Gummy Smile) - Surgical, Prosthetic, and Financial Considerations of Full-Mouth Rehabilitation with One-Piece Implants Anchored in Cortical Bone - A Case Report. *Annals of maxillofacial surgery*, 10(2), 512–517. https://doi.org/10.4103/ams.ams_43_19
- 8- Yadav RS, Sangur R, Mahajan T, Rajanikant AV, Singh N, Singh R. Uma alternativa aos implantes dentários convencionais: implantes basais. *Rama Univ J Dent Sci*. 2015; 2 :22–8.
- 9- Ghalaut, P., Shekhawat, H., & Meena, B. (2019). Full-mouth rehabilitation with immediate loading basal implants: A case report. *National journal of maxillofacial surgery*, 10(1), 91–94. https://doi.org/10.4103/njms.NJMS_87_18
- 10-Anadioti, E., Musharbash, L., Blatz, M. B., Papavasiliou, G., & Kamposiora, P. (2020). 3D printed complete removable dental prostheses: a narrative review. *BMC oral health*, 20(1), 343. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01328-8>.

MICROABRASÃO EM DENTES COM MANCHAS BRANCAS: RELATO DE CASO

Erick BRASIL¹; Lucas BRUM¹; Annalee Nogueira Sá HOSKEN², Bruno da Silva INÁCIO², Hugo CEZAR², Claudio PELLEGRINI²

1- Discente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu, Campus V- Itaperuna/RJ.

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

E-mail para correspondência: contatoerickbrasil@gmail.com

RESUMO

A opacidade ou as manchas brancas do esmalte, seja por lesões cáries ou fluoroses são por conta da desmineralização ou hipomineralização do mesmo, o que são uma grande apreensão na estética, ainda mais com a crescente preocupação com a beleza dos dentes anteriores. Baseado no exposto, esse estudo relatou a diminuição das manchas brancas utilizando a técnica de microabrasão. Paciente 19 anos de idade, sexo feminino, melanoderma, compareceu a clínica odontologia da Universidade Iguazu, Campus – V, Itaperuna-RJ, queixou-se de manchas brancas nos dentes da frente e que tinha vergonha de sorrir. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato. Conclui-se que a técnica de microabrasão utilizando uma pasta a base parece ser eficaz para a remoção de manchas de cárie inativa em dentes anteriores.

Palavras-chave: Microabrasão do Esmalte; Estética Dentária; Manchas Brancas

ABSTRACT

Enamel opacity or white spots, whether due to carious lesions or fluorosis, are due to its demineralization or hypomineralization, which are a major concern in aesthetics, even more so with the growing concern for the beauty of anterior teeth. Based on the above, this study reported a decrease in white spots using the microabrasion technique. Patient 19 years old, female, black, attended the dentistry clinic of Iguazu University, Campus – V, Itaperuna-RJ, complained of white spots on her front teeth and that she was ashamed to smile. His medical history did not show any type of systemic alteration that is relevant to this report. It is concluded that the microabrasion technique using a base paste seems to be effective for removing inactive caries stains on anterior teeth.

Key- Words: Enamel Microabrasion; Esthetics, Dental; White Spots, Dental

1-INTRODUÇÃO

A opacidade ou as manchas brancas do esmalte, seja por lesões cáries ou fluoroses são por conta da desmineralização ou hipomineralização do mesmo, o que são uma grande apreensão na estética, ainda mais com a crescente preocupação com a beleza dos dentes anteriores¹.

Na literatura encontramos diversas técnicas para o tratamento das opacidades em esmalte, como o uso de facetas parciais², ou tratamento com infiltrante resinosos³, porém não é acessível para toda população.

Neste contexto, a microabrasão mostra-se como um tratamento resolutivo e eficaz em lesões com pouca profundidade no esmalte, pois é um tratamento minimamente invasivo, que utiliza a erosão química e a abrasão mecânica para remover a camada superficial defeituosa do esmalte⁴.

Baseados no exposto, o objetivo deste estudo foi relatar as condutas necessárias para a realização da microabrasão em dentes com manchas brancas.

2-RELATO DE CASO

Considerações éticas:

Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁵. O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informações do paciente:

Paciente 19 anos de idade, sexo feminino, melanodermo, compareceu a clínica odontologia da Universidade Iguazu, Campus – V, Itaperuna-RJ, queixou-se de manchas brancas nos dentes da frente e que tinha vergonha de sorrir. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para esse relato.

Achados clínicos:

Ao exame clínico, paciente apresentou diversas lesões cáries com sua maioria nas interproximais o que mostrava que o paciente não utiliza fio dental. Foi observado manchas brancas do primeiro pré molar (24) ao primeiro pré molar (14) do lado oposto (Figura 1A - C).



Figura 1: A- Visão do caso inicial pela direita. B- Visão do caso inicial pela esquerda. C- Visão do caso inicial de frente.

Arquivo pessoal.

Intervenção terapêutica:

Após a remoção das lesões de cárie foi realizado um clareamento de consultório em duas sessões concatenado de um clareamento caseiro com moldeira de silicone, no qual as manchas brancas ficaram em maior evidência, para melhor comparação de cores na hora da realização da microabrasão (Figura 2A-C).



Figura 2: A-

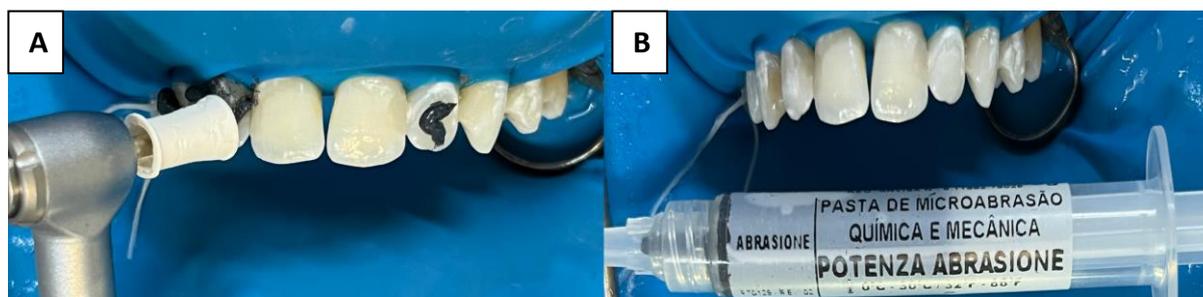
Visão da realização do clareamento pela esquerda. B- Visão da realização do clareamento pela direita. C- Visão da realização do clareamento pela frente. Arquivo Pessoal.

Feito o clareamento, em uma posterior consulta foi feito o isolamento absoluto de segundo pré molar (25) a segundo pré molar (15) e profilaxia utilizando pedra pomes (Figura 3).



Figura 3: Imagem do isolamento absoluto feito de segundo pré-molar a segundo pré molar. Arquivo Pessoal.

Com o isolamento absoluto feito, foi utilizada a pasta de microabrasão (Potenza Abrasione – PHS, Brasil) que contém ácido clorídrico a 6,6% + carbeto de silício para microabrasão química e física de esmalte, na qual foi colocada diretamente sobre as manchas brancas (Figura 4A-B).



Figura

4: A- Pasta de microabrasão sobre as manchas brancas. B- Pasta de microabrasão utilizada. Arquivo Pessoal.

A partir desse ponto, usamos a taça de borracha para começarmos a microabrasão, onde foi feita por 10 segundos em cada dente, após a quinta aplicação podemos ver resultados significativos na remoção das manchas (Figura 5).



Figura 5: Imagem registrada após a quinta aplicação. Arquivo Pessoal.

Com o resultado bem visível após a décima aplicação, no qual muitas manchas sumiram ou diminuíram, foi parado a microabrasão com o propósito de preservar o máximo o esmalte do paciente (Figura 6).



Figura 6: Imagem registrada após a décima aplicação. Arquivo Pessoal.

Após realizado a remineralização com flúor tópico nos dentes no qual foram aplicados a pasta de microabrasão, o resultado mostra uma diminuição na extensão das manchas, ou desaparecimento total em alguns dentes (Figura 7).



Figura 7: Após a remineralização e polimento, pedindo ao paciente para sorrir naturalmente. Arquivo Pessoal.

Com a frenectomia do freio labial realizada, foi feito o fechamento de diastema entre os incisivos centrais superiores (21,11), sem utilizar mock-up, utilizando a técnica de mão livre, na qual foi usado resina composta e trocadas restaurações que apareciam a linha de união entre a resina e o dente (13, 12).



Figura 8: Após frenectomia do freio labial foi feito o fechamento de diastema e troca de resinas. Arquivo Pessoal.

3-DISCUSSÃO

Baseados no estudo de Sundfeld et al., 2019⁶ nos propomos a investigar se seria possível remover com sucesso as manchas em nível de esmalte utilizando a técnica da microabrasão. E o principal resultado foi a remissão das manchas brancas e a devolução da estética do sorriso do paciente.

Estudos preconizam a facetas parciais para o tratamento estético das manchas de cárie inativa⁷. Entretanto, a microabrasão utilizada nesse estudo apresenta-se como alternativa economicamente mais viável e rápida.

Especulamos o infiltrante resinoso para o tratamento estético de manchas em esmalte⁸. Entretanto, a microabrasão utilizada nesse estudo apresenta-se como alternativa economicamente mais viável.

Gaião et al., 2022⁹ preconiza a utilização de produtos contendo fosfopeptídeo caseína-fosfato de cálcio amorfo para o tratamento estético das manchas brancas. Entretanto, a microabrasão utilizada nesse estudo apresenta-se como alternativa com maior resultado.

Discutimos a macroabrasão para o tratamento estético de manchas brancas¹⁰. Entretanto a microabrasão utilizada nesse estudo apresenta-se como alternativa mais conservadora e menos agressiva.

Apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4-CONCLUSÃO

Conclui-se que a técnica de microabrasão parece ser eficaz para a remoção de manchas brancas em dentes anteriores e posteriores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Alrebdi, A. B., & Alyahya, Y. (2022). Microabrasion plus resin infiltration in masking white spot lesions. *European review for medical and pharmacological sciences*, 26(2), 456–461. https://doi.org/10.26355/eurrev_202201_27870
- 2- Gaião, U., Pasmadjian, A. C. P., Allig, G. R., Rezende, L. V. M. L., da Silva, V. B. S., & da Cunha, L. F. (2022). Macroabrasão e/ou facetas parciais: técnicas para a remoção de manchas brancas localizadas. *Relatos de casos em odontologia*, 2022, 3941488. <https://doi.org/10.1155/2022/3941488>
- 3- Hammad, S. M., El-Wassefy, N. A., & Alsayed, M. A. (2020). Avaliação das alterações de cor de lesões de manchas brancas tratadas com três diferentes abordagens de tratamento: um estudo in vitro. *Revista de imprensa odontológica de ortodontia*, 25(1), 26–27. <https://doi.org/10.1590/2177-6709.25.1.27.e1-7.onl>
- 4- Nevárez-Rascón, M., Molina-Frechero, N., Adame, E., Almeida, E., Soto-Barreras, U., Gaona, E., & Nevárez-Rascón, A. (2020). Effectiveness of a microabrasion technique using 16% HCL with manual application on fluorotic teeth: A series of studies. *World journal of clinical cases*, 8(4), 743–756. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v8.i4.743>
5. Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.
- 6- Sundfeld, D., Pavani, C. C., Pavesi Pini, N. I., Machado, L. S., Schott, T. C., Bertoz, A. P. M., & Sundfeld, R. H. (2019). Recuperação estética de dentes com coloração de esmalte fluorótico utilizando microabrasão de esmalte e clareamento dentário monitorado domiciliarmente. *Jornal de odontologia conservadora : JCD*, 22(4), 401–405. https://doi.org/10.4103/JCD.JCD_77_19
- 7- Gaião, U., Pasmadjian, A. C. P., Allig, G. R., Rezende, L. V. M. L., da Silva, V. B. S., & da Cunha, L. F. (2022). Macroabrasão e/ou facetas parciais: técnicas para a remoção de manchas brancas localizadas. *Relatos de casos em odontologia*, 2022, 3941488. <https://doi.org/10.1155/2022/3941488>
- 8- Bourouni, S., Dritsas, K., Kloukos, D., & Wierichs, R. J. (2021). Eficácia da infiltração de resina para mascarar lesões ou fluorose de manchas brancas pós-ortodônticas ou não ortodônticas - uma revisão sistemática e metanálise. *Investigações clínicas orais*, 25(8), 4711–4719. <https://doi.org/10.1007/s00784-021-03931-7>
- 9- Gaião, U., Pasmadjian, A. C. P., Allig, G. R., Rezende, L. V. M. L., da Silva, V. B. S., & da Cunha, L. F. (2022). Macroabrasão e/ou facetas parciais: técnicas para a remoção de manchas brancas localizadas. *Relatos de casos em odontologia*, 2022, 3941488. <https://doi.org/10.1155/2022/3941488>
- 10- Gaião, U., Pasmadjian, A. C. P., Allig, G. R., Rezende, L. V. M. L., da Silva, V. B. S., & da Cunha, L. F. (2022). Macroabrasão e/ou facetas parciais: técnicas para a remoção de manchas brancas localizadas. *Relatos de casos em odontologia*, 2022, 3941488. <https://doi.org/10.1155/2022/3941488>

DISPOSITIVO PARA ADEQUAÇÃO CORPORAL DE PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS: RELATO DE CASO

Paulo Felipe DIAS¹; Michele Dias Xavier VON HELD¹; Márcia Costa Louvain MACEDO²; Maria Lúcia Venâncio Petrucci CORDEIRO²; Ângela Mendonça Filgueiras BICALHO²

4- Discente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu- Campus V, Itaperuna - RJ.

5- Docente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu- Campus V, Itaperuna - RJ.

E-mail para correspondência: paulofelipe.felipeenf.dias@gmail.com

RESUMO

Esse estudo objetivou relatar o atendimento odontológico de um paciente com paralisia cerebral, no qual foi utilizado o dispositivo “calça da vovó” como método auxiliar no posicionamento e adequação corporal do mesmo na cadeira odontológica. Paciente, 18 anos, sexo masculino, compareceu a Clínica Odontológica de Materno Infantil e de Pacientes com Necessidades Especiais da Universidade Iguazu-Campus V acompanhado da mãe. Durante a anamnese, foi relatado que o paciente possuía paralisia cerebral, transtorno do espectro autista, deficiência auditiva e dificuldade de locomoção. Optou-se por utilizar o dispositivo “calça da vovó” para melhorar o posicionamento do paciente na cadeira odontológica e dar mais conforto. Foi observado que houve redução da agitação psicomotora do paciente, melhora no posicionamento da cabeça e do corpo, que possibilitou maior relaxamento dos músculos orofaciais, tornando o atendimento mais rápido e colaborativo por parte do paciente. Baseado no estudo, conclui-se que a técnica “calça da vovó” parece ser eficaz como método auxiliar no posicionamento de pacientes com necessidades especiais, especialmente de pacientes com paralisia cerebral.

Palavras-Chave: Paralisia Cerebral; Posicionamento do Paciente; Dispositivos Auxiliares.

ABSTRACT

This study aimed to report the dental care of a patient with cerebral palsy, in which the device "grandma's pants" was used as an auxiliary method in the positioning and body adaptation of the patient in the dental chair. Patient, 18 years old, male, attended the Dental Clinic Maternal and Child Dentistry and Patients with Special Needs at Universidade Iguazu - Campus V accompanied by the mother. During the anamnesis, it was reported that the patient had cerebral palsy, autism spectrum disorder, hearing impairment and difficulty walking. It was decided to use the “grandmother's pants” device to improve the positioning of the patient in the dental chair and provide more comfort. It was observed that there was a reduction in the patient's psychomotor agitation, improvement in the positioning of the head and body, which allowed greater relaxation of the orofacial muscles, making the patient's care faster and more collaborative. Based on the study, it is concluded that the technique “grandma's pants” seems to be effective as an auxiliary method in the positioning of patients with special needs, especially patients with cerebral palsy.

Key-words: Cerebral Palsy; Patient Positioning; Auxiliary Devices.

1- INTRODUÇÃO

Pacientes com necessidades especiais são todos aqueles que apresentam limitações de sua capacidade funcional, que podem ser relacionadas à mobilidade física, funções cognitivas ou sensoriais,

memória ou autocontrole, entre uma variedade de aspectos¹. Neste contexto destacam-se os pacientes com paralisia cerebral, que pode ser considerada uma desordem da postura e do movimento, devido à lesão cerebral, que ocorre antes, durante ou após o nascimento, até o terceiro ano de idade, de caráter não progressivo e não hereditário².

O atendimento odontológico desses pacientes pode se tornar difícil devido a uma junção de fatores que incluem movimentos corporais involuntários descontrolados, falta de habilidade motora, déficit intelectual e abertura de boca limitada. Além disso, tais pacientes apresentam risco elevado para desenvolvimento de cárie, pois algumas limitações podem favorecer uma higiene bucal de baixa qualidade, má oclusão e fluxo salivar reduzido³. O atendimento odontológico pode requerer um cuidado diferenciado, visto que ao posicionar um paciente na cadeira de forma errada, podemos aumentar o risco de broncoaspiração e com isso, o maior risco de infecções pulmonares. Também é possível que o paciente apresente um quadro de hiperventilação por insuficiência respiratória⁴. Portanto, o cirurgião- dentista deve estar preparado para oferecer um tratamento adequado e de qualidade.

Vários dispositivos foram desenvolvidos para melhorar o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. Destacam-se entre esses a “calça da vovó” e o triângulo⁵. A “calça da vovó” ou calça posicionadora, é um dispositivo que busca posturar o paciente em diversas superfícies, dentre elas o chão, o sofá e até na cadeira odontológica. Pode ser confeccionado artesanalmente pelo próprio profissional ou familiar, com tecido macio e recheado com flocos de espuma e é de fácil higienização⁴. Tal recurso tem como objetivo acomodar melhor o paciente na cadeira odontológica, aumentando o conforto tanto para o paciente quanto para o cirurgião-dentista^{6,7}.

Baseado no exposto, este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso realizado na Clínica Odontológica Materno Infantil e de Pacientes com Necessidades Especiais da Universidade Iguazu, Itaperuna/ RJ, no qual foi utilizado o dispositivo “calça da vovó” para atendimento de um paciente com paralisia cerebral.

2- RELATO DE CASO

Considerações éticas: Toda descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE Guideline⁸. A responsável pelo paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informações do paciente: Paciente do sexo masculino, idade 18 anos, atendido na Clínica Odontológica de Materno Infantil e Paciente com Necessidades Especiais, tendo como patologias (paralisia cerebral, transtorno do espectro autista, deficiência auditiva e dificuldade de locomoção).

Achados clínicos e radiográficos: Foi realizado a anamnese com a mãe, na qual obtiveram-se os seguintes dados: as patologias foram notadas ao nascimento, porém não foi possível extrair dados da gestação, pois o paciente foi adotado aos 10 anos de idade. A mãe relatou que seu filho apresentava sinais como: agitação, raiva, hiperatividade, nervosismo, agressividade, amizade, amorosidade, carência e hábitos (TOC), e que quando contrariado apresenta “crise” ou “pirraça”. A mãe ainda relatou que o paciente apresenta algumas patologias, asma, rinite, refluxo e alergia a frutos do mar. Atualmente está em tratamento com neurologista e utiliza os seguintes medicamentos (Risperidona 1 mg manhã e noite, Depakene 5 mg manhã e noite) e recentemente, iniciou tratamento com Canabidiol em setembro de 2022. Em relação à frequência ao dentista, foi relatado visitas frequentes.

Após uma completa e detalhada anamnese, foi orientado à mãe que seria utilizado o dispositivo para melhorar o posicionamento do paciente na cadeira e dar mais conforto. Posicionou-se o paciente com a região cervical sobre o dispositivo (Figura 2A), em seguida ele buscou a posição mais confortável, que foi com a cabeça virada para o lado esquerdo da cadeira.

No exame clínico anterior foram identificadas gengivite e mancha branca ativa nos dentes 11, 12, 15, 16, 21, 21, 23, 25 e 26, os quais foram tratados em quatro sessões com aplicação tópica de verniz fluoretado. A mãe relatou grande dificuldade em proceder qualquer tipo de higienização na cavidade bucal de seu filho. Realizou-se a demonstração e instrução de higiene oral à mãe e a sua cuidadora e também como iriam confeccionar e utilizar o abridor de boca descartável com palitos de picolé para auxiliar na higienização bucal.

Intervenção terapêutica: Foi realizada profilaxia com gaze, água e floss (Figura 2B e 3B) e aplicação de verniz fluoretado nos dentes com mancha branca ativa (Figura 4A).



Figura 1: A – Paciente chegando à clínica; B – Dispositivo “calça da vovó” posicionado.



Figura 2: A – Paciente acomodado; B – Realização de profilaxia.



Figura 3: A – Posicionando o abridor de boca; B – Utilização de Floss.



Figura4: A – Aplicação do verniz fluoretado; B – Paciente após o atendimento no ambiente clínico



Figura5: A – Paciente fora do ambiente clínico; B – Desinfecção do dispositivo com álcool 70%

3- DISCUSSÃO

Baseados no estudo de Fernandes⁵ et. al., 2003 que cita alguns dispositivos facilitadores para o atendimento de pacientes com necessidades especiais (PNE), nos propomos a investigar se seria possível melhorar o atendimento odontológico de pacientes com paralisia cerebral utilizando a técnica da “calça da vovó”. E o principal resultado foi a redução da agitação psicomotora do paciente, melhora no posicionamento da cabeça e do corpo, que possibilitou maior relaxamento dos músculos orofaciais, tornando o atendimento mais rápido e colaborativo por parte do paciente.

Em pacientes com paralisia cerebral podem existir diversos problemas dentários, tais como, bruxismo e deglutição anormal, além de maior incidência de cárie e doença periodontal, devido sua impossibilidade ou dificuldade de autocuidado na higiene oral e a presença da respiração bucal^{6, 9,10}. Vale ainda destacar que a expectativa de vida das pessoas com paralisia cerebral tem aumentado

significativamente nos últimos anos e elas estão frequentando o consultório odontológico mais regularmente¹¹.

A assistência odontológica a pacientes com paralisia cerebral apresenta algumas particularidades, como o posicionamento na cadeira odontológica, devido às limitações físicas, as dificuldades de manutenção da abertura bucal, o controle dos movimentos involuntários e a espasticidade. Os reflexos cervicais tônicos se estendem à mandíbula e à face. A extensão do pescoço pode desencadear a abertura da mandíbula, enquanto a flexão associa-se ao fechamento da mesma¹¹. A espasticidade é uma das sequelas mais comuns nas lesões do sistema nervoso central e afeta milhões de pessoas com paralisia cerebral. Inicialmente, dificulta o posicionamento confortável do indivíduo e prejudica as tarefas de vida diária, como a alimentação, a locomoção, a transferência e os cuidados de higiene¹². Para a realização dos procedimentos, procura-se obter uma forma mais adequada e ergonômica, preferencialmente, para atendê-los na cadeira odontológica. Deve-se sempre avaliar a melhor forma de realizar o tratamento na cadeira odontológica ou na própria cadeira de rodas, procurando uma posição adequada com o auxílio de almofadas, rolos e posicionadores¹¹.

A “calça da vovó” é um dispositivo desenvolvido por terapeutas ocupacionais com o objetivo de melhorar o posicionamento do paciente permitindo maior estabilidade e conforto, além de oferecer apoio posterior e lateral ao tronco e aos membros superiores e inferiores^{13,14,15,16}. No entanto, a calça da vovó não serve para imobilizar o paciente e outros recursos devem ser usados em associação sempre que houver necessidade de contenção física^{15, 16}. Segundo Lannes e Vilhena-Moraes¹⁷ (1995) em acordo com Santos MTBR e Mazano FS¹⁷ (2007), a contenção física deve ser utilizada em pacientes, cujos movimentos involuntários, constantes e descoordenados impeçam seu posicionamento na cadeira odontológica. Em relação ao nosso paciente, apesar do mesmo apresentar movimentos involuntários, não houve a necessidade de contenção física, utilizamos apenas o dispositivo denominado “calça da vovó” para melhorar a adaptação do paciente na cadeira odontológica. Reis et. al.,⁷(2005), diz que por oferecerem uma adaptação mais confortável à cadeira, reduzem os movimentos involuntários e consequentemente melhoram a qualidade da abordagem clínica desse paciente.

O correto posicionamento do paciente na cadeira odontológica possibilita que o cirurgião-dentista tenha ergonomia para realizar o atendimento e facilita a visualização do campo operatório, além de reduzir o número de pessoas envolvidas e reduzir os reflexos involuntários. É preciso observar o alinhamento do tronco e membros superiores com a cavidade bucal e ombros à cintura escapular, obtendo-se desta forma melhor relaxamento dos músculos orofaciais¹¹.

Apesar dos bons resultados obtidos neste estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4- CONCLUSÃO

Baseado no estudo, conclui-se que a técnica “calça da vovó” parece ser eficaz como método auxiliar no posicionamento de pacientes com necessidades especiais, especialmente de pacientes com paralisia cerebral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Alamri H, Alshammari FR, Rahmah AB, Aljohani M. Quality of Clinical Guidelines on Oral Care for Children with Special Healthcare Needs: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 17;20(3):1686. doi: 10.3390/ijerph20031686. PMID: 36767048; PMCID: PMC9914149.
- 2- STANLEY, F. The etiology of cerebral palsy. *Early Hum Dev*, v.36, p.81-8, 1994.
- 3- Peixoto, ITA, Rocha, CT, Fernandes, PM, Nelson-Filho, P., & Queiroz, AMD (2010). Dispositivos auxiliares para a gestão de pacientes com necessidades especiais durante o tratamento odontológico no consultório ou cuidados bucais em casa. *IJD. Jornal Internacional de Odontologia*, 9 (2), 85-89.
- 4- Souza, Rafael Celestino Colombo de. *Odontologia Especial Pediátrica: correlação prática e evidências*. São Paulo: Quintessence Editora, 2019.
- 5- Fernandes, P. M., Rocha, C. T., Torres, C. P., & DE QUEIROZ, A. M. (2007). Paralisia Cerebral: manejo no consultório odontológico. *Revista Uningá*, 14(1).
- 6- Dane JN. O programa odontológico móvel Missouri Elks. *Assistência odontológica para pessoas com deficiência de desenvolvimento*. *J Public Health Dent* 1990; 50(1):42-7.
- 7- Reis F, Tannous GS, Macerou RTP, Belchior RS, Siebra MP. Alternativas de recursos posturais utilizados no manejo odontológico do paciente infantil paralisado cerebral. *Revista Ibero-Americana de Odontopediatria e Odontologia do Bebê* 2005; 8(41): 30.
- 8- Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.

- 9- Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, et al., Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2005; 571-6.
- 10- Maria CVA. Condições bucais de pacientes com paralisia cerebral: aspectos clínicos e microbiológicos. [Tese de Doutorado]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2011.
- 11- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
- 12- GRACIES, J. M. Pathophysiology of spastic paresis. I: Paresis and soft tissue changes. *Muscle & Nerve*, Nova York, v.31, n.5, p. 535-51, 2005.
- 13- Gomes C, Santos CA, Ubiratam J, Silva A, Lianza S. Paralisia Cerebral. In: Lianza S. Medicina de reabilitação. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan; 2001.p. 281-2.
- 14- Nolan J, Chalkiadis GA, Low J et al., - Anesthesia and pain management in cerebral palsy. *Anesthesia*. 2000;55:32-41.
- 15- Deliberato D, Manzini E, Guarda NS. A implementação de recursos suplementares de comunicação: participação da família na descrição de comportamentos comunicativos dos filhos. *Revista Brasileira de Educação Especial*. 2004; 10(2): 217-240.
- 16- Peixoto, I. T. A., Rocha, C. T., Fernandes, P. M., Nelson-Filho, P., & Queiroz, A. M. D. (2010). Auxiliary devices for management of special needs patients during in-office dental treatment or at-home oral care. *IJD. International Journal of Dentistry*, 9(2), 85-89.
- 17- Lannes C, Vilhena-Morais AS, Pacientes especiais Odontopediatria. 5. ed. São Paulo: Editora Santos; 1995.
- 18- Santos MTBR, Manzano FS. Assistive stabilization based on the neurodevelopmental treatment approach for dental care in individual with cerebral palsy. *Quintessence Int*. 2007 ;38(8):681-7.

RESTAURAÇÃO SEMI DIRETA EM MOLAR: RELATO DE CASO

Michele VON HELD¹, Paulo Felipe DIAS¹, Renato Lenoir MARTINEZ², Rosa Maria de Vasconcelos MACIEL², Vanessa Ferreira da SILVA² e Elissa ROCHA²

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

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

E-mail para correspondência: michelerxavier@outlook.com

RESUMO

Sabemos que as restaurações indiretas produzidas pelo dentista são chamadas técnicas semidiretas e foram introduzidas na década de 1980, a fim de substituir grandes amálgamas por inlays ou onlays compostos. Baseados no exposto, esse estudo objetivou relatar os passos e condutas necessárias para a realizar uma restauração semidireta. Paciente do sexo masculino, brasileiro, 34 anos, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguaçu, Campus V, queixando que sua “restauração havia quebrado e que estava com muita sensibilidade”. Após exame clínico verificou-se que o dente 36 estava com restauração insatisfatória de amálgama na face oclusal e resina composta na face vestibular, completamente mal adaptadas. O procedimento adotado foi a remoção de todo material restaurador, confecção de núcleo de preenchimento em resina composta, modelo de gesso, confecção da peça semidireta fora da boca e por fim a cimentação da peça no dente com cimento resinoso. O que nos faz concluir que a técnica semidireta, parece ser eficaz para reabilitar dentes com cavidades extensas. A resina composta nos permite devolver estética e função de maneira ultraconservadora. No que diz respeito a contração de polimerização, também traz benefícios por ser feita fora da boca, garantindo maior resistência mecânica.

Palavras-chave: resinas compostas, cimentação, reabilitação.

ABSTRACT

We know that dentist-produced indirect restorations are called semi-direct techniques and were introduced in the 1980s in order to replace large amalgams with composite inlays or onlays. Based on the above, this study aimed to report the steps and conduct necessary to perform a semi-direct restoration. Male patient, Brazilian, 34 years old, attended the dental clinic of the Iguaçu University, Campus V, complaining that his “restoration had broken and that it was very sensitive”. After clinical examination, it was verified that tooth 36 had an unsatisfactory restoration of amalgam on the occlusal surface and composite resin on the buccal surface, completely poorly adapted. The procedure adopted was the removal of all restorative material, making a filling core in composite resin, plaster model, making the piece semi-directly outside the mouth and finally cementing the piece on the tooth with resin cement. This leads us to conclude that the semi-direct technique seems to be effective in rehabilitating teeth with extensive cavities. Composite resin allows us to restore aesthetics and function in an ultra-conservative way. With regard to polymerization contraction, it also brings benefits because it is done outside the mouth, ensuring greater mechanical resistance.

Key- words: composite resins, cementation, rehabilitation.

1- INTRODUÇÃO

As restaurações indiretas produzidas pelo dentista são chamadas técnicas semidiretas e foram introduzidas na década de 1980, a fim de substituir grandes amálgamas por inlays ou onlays compostos.¹

As técnicas para restaurar dentes anteriores ou posteriores podem ser restaurações diretas, semidiretas e indiretas. Restaurações diretas extensas apresentam vários desafios, principalmente em dentes posteriores. A execução das técnicas de anatomia/função oclusal, demandam habilidades particulares.² Perante as inovações de materiais e novas técnicas a serem empregadas, é possível optar por uma restauração semidireta, respeitando as necessidades clínicas do paciente.³

A técnica de restauração semidireta consiste em preparar o dente, moldar, confecção extra oral da restauração e cimentação em sessão clínica única, garantindo vantagens de uma técnica simples e efetiva. As resinas compostas são materiais que sofrem contração de polimerização, a fim de minimizar os efeitos da contração que foi desenvolvida a técnica de restauração semidireta.⁴

Baseado no exposto, o objetivo deste estudo foi relatar os passos e condutas necessárias para a realizar uma restauração semidireta.

2- RELATO DE CASO

Toda descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline (RILEY et al., 2017).⁵ O paciente assinou e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Paciente do sexo masculino, brasileiro, 34 anos, compareceu a clínica odontológica da Universidade Iguazu, Campus V, queixando que sua “restauração havia quebrado e que estava com muita sensibilidade”.

O exame clínico demonstrou que o dente 36 estava com restauração insatisfatória de amálgama na face oclusal e resina composta na face vestibular, completamente mal adaptadas. Após a remoção da restauração insatisfatória foi realizado a análise estrutural, o qual foi possível avaliar a qualidade da estrutura remanescente que apresentou a cúspide lingual com 3,5 mm de espessura, a caixa proximal com 5 mm de profundidade, a caixa oclusal com 4 mm de profundidade, a distância do istmo 7 mm, e 3 mm de distância interdental.

Considerando os aspectos clínicos após a análise estrutural, uma cavidade extensa apresentando uma estrutura prejudicada com restauração insatisfatória (Figura 1 e 2) é um indicativo para provocar sensibilidade dentinária.

Intervenções terapêuticas: Após raspagem supragengival e profilaxia profissional, removemos todo amálgama e resina insatisfatória.



Figura 1: Imagem inicial- restauração insatisfatória na face vestibular e oclusal. Arquivo pessoal.



Figura 2: Imagem inicial- restauração insatisfatória na face vestibular e oclusal. Arquivo pessoal.

Em seguida foi realizada a análise da estrutura dentária remanescente, com intuito de verificar a correta indicação de uma restauração semi direta (Figura 3). Foram determinadas as seguintes medidas: cúspide lingual de diâmetro 3, 5 mm, cúspide disto vestibular 3 mm de diâmetro, caixa proximal com 5 mm de profundidade, caixa oclusal com 4 mm de profundidade, cavidade distal 3 mm de distância interdental, istmo com distância de 7mm (Figuras 4 e 5).



Figura 3: Dente 36 após remoção das restaurações. Arquivo pessoal.



Figura 4: Análise estrutural do dente, cúspide lingual. Arquivo pessoal.



Figura 5: Análise estrutural do dente, profundidade da caixa oclusal. Arquivo pessoal.

Após a análise estrutural e tomada de decisão de uma restauração semi direta, deu-se início ao selamento imediato da dentina com o sistema adesivo universal Ambar (FGM- Brasil), com o intuito de proteger a dentina durante todo o processo da confecção da restauração, o protocolo adesivo foi realizado da seguinte forma: limpeza da cavidade com pedra pódes e clorexidina 2% aquosa, aplicação de ácido fosfórico 37% (FGM-Brasil) por 15 segundos no substrato esmalte, remoção do ácido e lavagem da cavidade, em seguida a cavidade foi totalmente seca e aplicação da primeira camada de adesivo de forma ativa, com microbrush friccionando por aproximadamente 20 segundos na dentina, esta camada foi volatilizada com leve jato de ar por 10 segundos e foi realizado mais uma aplicação de uma camada fina de adesivo, este foi fotoativado por 60 segundos. Após a realização do IDS, foi feito o resin coat, que é a inserção de uma fina camada de resina flow em toda a dentina, foi utilizado a resina Bulk-Flow cor A2 (FGM – Brasil). Concluindo a adesão iniciou-se a confecção do núcleo de preenchimento no qual foi utilizado resina composta FORMA (Ultradent – Brasil) na cor A2D, preparo onlay com proteção de cúspide vestibular e moldagem com alginato para confecção do modelo de gesso (Figura 6).



Figura 6: Preparo de núcleo de preenchimento. Arquivo Pessoal.

Depois da confecção do modelo de gesso, o mesmo foi isolado com Cel-Lac, e realizada a escultura da peça onlay em resina composta FORMA(Ultradent-Brasil) cor A2E (Figura 7). Ao final da conclusão da restauração em resina composta confeccionada sobre o modelo de gesso, foi aplicado gel de glicerina e fotopolimerização por 60 segundos em cada face para polimerização da camada final.



Figura 7: Onlay em resina composta pronta.

Na consulta seguinte realizou-se a cimentação da onlay em resina composta sob isolamento absoluto. Foi realizado a prova da peça no dente do paciente para então fazer a preparação da peça (Figura 7). Na preparação da peça foi feito o condicionamento ácido com condicionador ácido fosfórico CONDAC a 37% da marca FGM, por 60 segundos e lavagem abundante, dando sequência a aplicação do silano, este que permaneceu na peça até secar.



Figura 8: Prova da peça no dente do paciente.



Figura 9: Condicionamento ácido na peça.

Terminado o preparo da peça, iniciou-se o preparo do dente com ataque ácido por 60 segundos e lavagem abundante (Figura 9), aplicação do adesivo e fotopolimerização. Após as etapas de preparo da peça e do dente, prosseguiu-se para cimentação da onlay. A peça foi levada em posição com cimento resinoso (Maxcem Elite, Universal Resin Cement, Brasil), fazendo pressão contra o dente até o tempo de presa e retirado os excessos.



Figura 10: Peça já adaptada com cimento resinoso.

Para finalizar, foi feito o ajuste oclusal e acabamento e polimento com brocas multilaminadas, taxas e discos de borracha (Figura 10).

3- DISCUSSÃO

Baseados no estudo de Milicich e Rainey, 2022, nos propomos que o amálgama fornece pouco suporte para o dente quando este está sob carga. Fraturas e cárie associada podem ocorrer quando as cúspides são colocadas sob carga de tensão.⁶

Para Magne et. al, 1996, existem pelo menos três técnicas para um dentista confeccionar um inlay de resina composta: o inlay intraoral (isolando e usando o próprio dente como matriz), o inlay extraoral (usando uma impressão de alginato e um rápido modelo de silício de configuração) e o inlay CAD/CAM.⁷

Estudos demonstram que as três técnicas restaurativas produziram excelentes desempenhos mecânicos, mediante as cargas mastigatórias fisiológicas. Entretanto, a técnica semidireta, utilizada nesse estudo apresenta-se como alternativa mais viável por ser uma técnica avançada de estratificação, melhor controle na confecção da restauração e otimização do tempo.

Dentre as vantagens da técnica semidireta, pode-se citar que os efeitos indesejáveis da contração de polimerização da resina composta serem reduzidos, devido os mesmos acontecerem apenas na região do agente cimentante, pois a restauração é confeccionada em modelos.⁸

As resinas compostas endurecem por um processo de polimerização por radicais livres dos grupos metacrilatos, o que causa uma diminuição de volume, acarretando contração de polimerização que pode variar de 1% a 5% em volume.⁹ ¹⁰Para Soderholm et. al, em 2003, as tensões de contração podem produzir defeitos na união do dente com a resina composta, levando à formação de lacunas marginais, infiltração marginal, sensibilidade pós-operatória, e abertura de microfissuras pré-existentes no esmalte.¹¹

Em relação ao tempo clínico, essa modalidade de tratamento permite que o profissional trate vários dentes na mesma sessão, fazendo o preparo nos dentes e posteriormente cimentando as restaurações.¹²

Apesar dos bons resultados obtidos nesse estudo, é importante ressaltar que se trata de um relato de caso com uma amostra pequena. Devido a isso sugerimos estudos mais robustos com um tempo de acompanhamento maior.

4- CONCLUSÃO

Conclui-se que a técnica semidireta, parece ser eficaz para reabilitar dentes com cavidades extensas. A resina composta nos permite devolver estética e função de maneira ultraconservadora. No que diz respeito a contração de polimerização, também traz benefícios por ser feita fora da boca, garantindo maior resistência mecânica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magne P. Facetas de resina composta CAD/CAM não invasivas : uma abordagem semi(in)direta. Int J Esthet Dent 2017;12(2):134–54.
2. Roleta JF. Benefícios e desvantagens das alternativas da cor do dente ao amálgama. J Dent 1997;25(6):459–73.

3. (CONCEIÇÃO et al, 2007; FILTER et al, 2011; ZANIN, 2005).
4. Spreafico R. Direct and semi-direct posterior composite restorations. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1996 Sep;8(7):703-12; quiz 714. PMID: 9242143.
5. Riley, D. S.; Barber, M. S.; Kienle, G. S.; et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*, v.89, p.218-235, 2017.
6. Graeme Milicich, BDS, J. Tim Rainey, DDS, Clinical Presentations of stress distribution in teeth and the significance in operative dentistry. 2022.
7. Magne P, Dietschi D, Holz J. Restaurações estéticas para dentes posteriores: considerações práticas e clínicas. *Int J Periodontics Restor Dent* 1996; 16(02): 104-19.
8. Pott P, Rzasa A, Stiesch M, Eisenburger M. Internal and Marginal Fit of Modern Indirect Class II Composite Inlays. *JDMT*.2014;3(3):99-105.
9. Davidson CL (1986) Resisting the curing contraction with adhesive composites *Journal of Prosthetic Dentistry* 55(4) 446-447.
10. Davidson CL & Feilzer AJ (1997) Polymerization shrinkage and polymerization shrinkage stress in polymer-based restoratives *Journal of Dentistry* 25(6) 435-440.
11. Soderholm KJM, Emami N & Berglund LA (2003) Effect of light power density variations on bulk curing properties of dental composites *Journal of Dentistry* 31(3) 189-196.
12. Magne P. Composite Resins and Bonded Porcelain: The Postamalgam Era? *J Calif Dent Assoc*. 2006;34(2)::135-47.

DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE FRENECTOMIA COMO AÇÃO PRÉVIA PARA O TRATAMENTO DE DIASTEMA: RELATO DE CASO.

Liana SIQUEIRA¹; Tamires VILELA¹; Felipe Estites BUSSADE², Leonardo PEIXOTO², José Alberto TINOCO², Silmar ANTUNES²

1. Discente do curso de Odontologia da Universidade Iguazu, Campus V - Itaperuna/RJ.
2. Docente do Curso de Odontologia da Universidade Iguazu, Campus V - Itaperuna/RJ.

Email para correspondência: lianamrsiqueira@gmail.com

RESUMO

O diastema mediano maxilar é uma condição comum, com o avanço da idade ele tende a diminuir, mas em alguns casos ele pode permanecer após a infância, o que pode gerar prejuízos estéticos e ortodônticos, por isso é recomendado que seja realizado um tratamento ortodôntico para resolução deste problema, e a cirurgia de frenectomia se apresenta como uma maneira eficaz para que seja realizada antes do início deste tratamento como forma de se evitar que após o uso de aparelho ortodôntico, ocorra recidiva do diastema, apresentando-se como uma solução mais definitiva. Este trabalho tem como principal objetivo desenvolver uma discussão a respeito da realização da cirurgia de frenectomia antes do início do uso de aparelho ortodôntico, como forma de proporcionar maiores chances de correção definitiva do diastema após o tratamento ortodôntico. No caso apresentado, um paciente, de 15 anos de idade, sexo masculino, procurou a clínica da UNIG informando que iria iniciar um tratamento ortodôntico para correção de diastema, e após analisar a situação, foi recomendado a realização de uma frenectomia como maneira de proporcionar que o tratamento ortodôntico possa resolver sua demanda de forma definitiva, e com isso o procedimento foi devidamente realizado. A partir do exposto, foi possível concluir que a realização de cirurgia de frenectomia é uma opção viável para que o paciente possa realizar tratamento ortodôntico para correção de diastema mediano maxilar, proporcionando assim maior eficácia no tratamento a médio e longo prazo.

Palavras- Chave: Diastema; Ortodontia; Freio Labial.

ABSTRACT

The median maxillary diastema is a common condition, with advancing age it tends to decrease, but in some cases it can remain even at a more advanced age, which can cause aesthetic and orthodontic damage, so it is recommended that orthodontic treatment is performed to resolve this problem, and the frenectomy surgery is presented as an effective procedure to be done before the start of the treatment as a way to prevent the return of the diastema after the use of orthodontic appliances, presenting itself as a more definitive solution. The main objective of this work is to develop a discussion regarding the performance of frenectomy surgery before the beginning of the use of orthodontic appliances, to provide greater chances of definitive correction of the diastema after orthodontic treatment. In the case presented, a 15-year-old male patient sought the UNIG clinic informing that he was going to start an orthodontic treatment to correct the diastema, and after analyzing the situation, a frenectomy was recommended to provide that the orthodontic treatment can resolve his demand definitively, and with that the procedure was properly done. From the above, it was possible to conclude that performing a frenectomy surgery is a viable option for the patient that will undergo orthodontic treatment to correct median maxillary diastema, thus providing greater efficacy in the medium and long term treatment.

Key-words: Diastema; Orthodontics; Labial Frenum.

1- INTRODUÇÃO

O diastema mediano maxilar é comum na dentição decídua e mista, a prevalência tende a diminuir de acordo com o avanço da idade, por consequência da erupção dos dentes permanentes e uma maneira de tratamento eficaz é a utilização de aparelho ortodôntico, como forma de correção do excesso de espaço que pode se apresentar entre os elementos dentários^{1,2}.

Em alguns indivíduos, o diastema ainda pode estar presente na dentição permanente, e quando ele é maior do que 2 mm é improvável que se feche sozinho, por isso é aconselhável se levar em consideração procedimentos ortodônticos como forma de possibilitar ao paciente que sua demanda seja devidamente atendida.³

Na literatura existem diversas formas para tratamento de diastema, como por exemplo o uso de facetas⁴ ou fechamento com aparelho ortodôntico⁵, porém ambos possuem custos que não são acessíveis a toda população, sendo comum que tratamentos ortodônticos em algumas situações demandem maior tempo o que conseqüentemente resulta em gastos extras.

Neste contexto, a frenectomia mostrou-se como parte importante e eficaz no tratamento ortodôntico para fechamento de diastema, visto que potencialmente, ela pode ser auxiliar para que o tratamento ortodôntico seja efetivo com relação ao fechamento do diastema, algo que é apontado pela literatura como um procedimento necessário para obtenção de resultados permanentes e eficazes⁵.

Baseado no exposto, o objetivo deste estudo foi de relatar as condutas necessárias para fechamento de diastema em paciente iniciando o tratamento ortodôntico, com o auxílio da frenectomia.

2- RELATO DE CASO

-Considerações Éticas: Toda a descrição desse relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline⁶. O responsável pelo paciente assinou e está de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

-Informações do Paciente: Paciente de 15 anos de idade, sexo masculino, caucasiano, foi encaminhado para a Clínica Odontológica da Universidade Iguazu Campos – V Itaperuna pelo ortodontista para realizar a frenectomia, com a finalidade de diminuir as chances de recidiva do diastema, após o tratamento ortodôntico ser finalizado. Sua história médica não apresentou nenhum tipo de alteração sistêmica que tenha relevância para este relato.

-Achados clínicos: No exame clínico, o paciente apresentou boa higiene oral, o periodonto estava saudável e a estrutura dentária estava totalmente hígida, com ausência de doenças e lesões (Figura 1).



Figura 1 – Anamnese e exame clínico do freio labial superior. Fonte: Arquivo pessoal.

Intervenção terapêutica

Para o desenvolvimento do procedimento, inicialmente foram preparados os instrumentos que seriam utilizados como forma de otimizar o processo (Figura 2).



Figura 2 – Mesa com instrumentais. Arquivo pessoal.

Antes da realização do procedimento cirúrgico, foi realizado o preparo do paciente e realizada a antissepsia intraoral com clorexidina 0,12% e extra oral com clorexidina 0,2 % (Figura 3).



Figura 3: Antissepsia. Fonte: Arquivo pessoal.

Como forma de realização de bloqueio anestésico, foi aplicada lidocaína 2% na região que o procedimento seria realizado (Figura 4), medida necessária para que o paciente não sentisse dor durante o procedimento.



Figura 4 – Técnica anestésica. Fonte: Arquivo pessoal.

Verificando-se que a área estava completamente anestesiada, com o auxílio do porta agulha, e fio de seda 3-0, foi realizado um acesso de forma a garantir que a área da cirurgia ficasse completamente evidente e disponível (Figura 5).



Figura 5 –Delimitação do acesso. Fonte: Arquivo pessoal.

Foram realizadas duas incisões de cada lado do freio labial, sendo uma no fundo do sulco até região da papila Inter incisiva, e a outra será realizada na parte superior com o intuito de fechar o “V” (Figura 6), sendo possível a remoção do freio de fato.



Figura 6 – Remoção do freio labial. Fonte: Arquivo pessoal.



Fig 7. Divulsão dos tecidos periodontais. Fonte: Arquivo pessoal.

Realizada a primeira etapa do procedimento, foi aplicada lidocaína 2% na papila incisiva do paciente para o desenvolvimento de remoção de tecido fibroso da região (Figura 8).



Figura 8 - Aplicação de anestesia na papila incisiva. Fonte: Arquivo pessoal.

Com o auxílio de um bisturi, foi feita uma incisão na área da papila incisiva (Figura 9).



Figura 9 – Incisão na papila incisiva. Fonte: Arquivo pessoal.

Feita a incisão, com o auxílio da cureta periodontal, foi removido o tecido fibroso da papila incisiva do paciente (Figura 10).

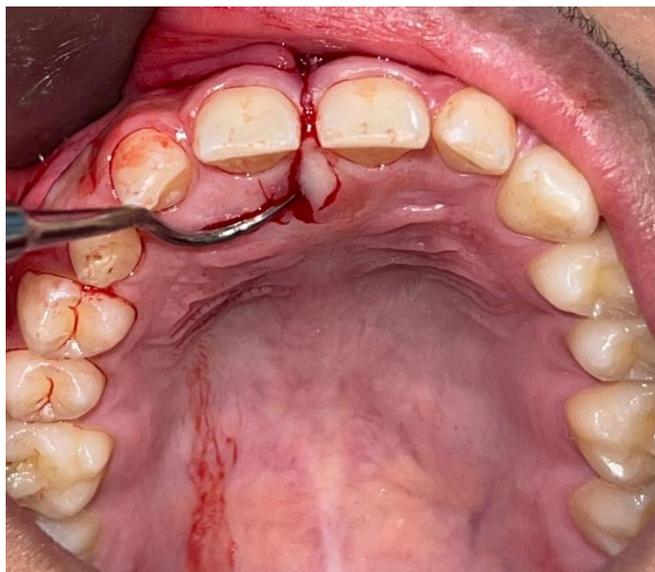


Figura 10 – Remoção de tecido fibroso. Fonte: Arquivo pessoal.

Com uma gaze entre os elementos dentários foi feita a manobra de engraxate, como forma remover fibras periodontais mais internas, o que possibilita uma maximização da fibrose inter incisiva (Figura 11).



Figura 11 – Manobra de engraxate para remover as fibras periodontais. Fonte: Arquivo pessoal.

Após a remoção do tecido da área, foi realizada a sutura do local em que a cirurgia foi desenvolvida com fio de seda 3-0 (Figura 12).

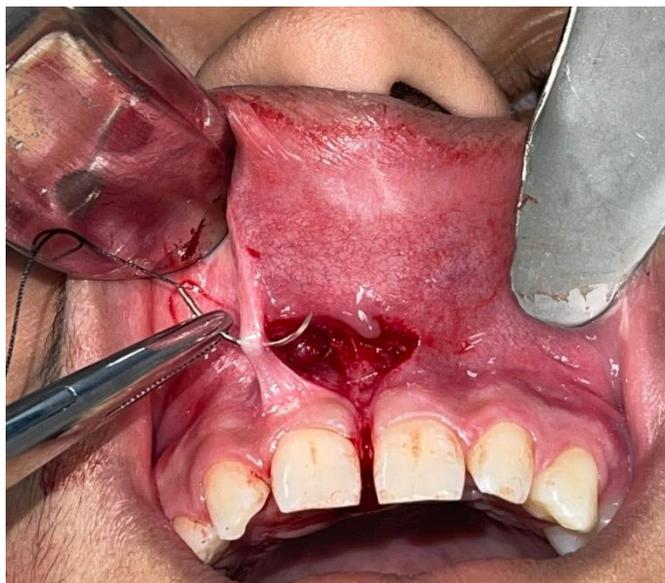


Figura 12 – Sutura da região onde foi realizada a cirurgia. Fonte: Arquivo pessoal.

Após a sutura, foi preparado o cimento cirúrgico Maquira (Figura 13) para ser devidamente colocado no local onde foi realizado o procedimento.

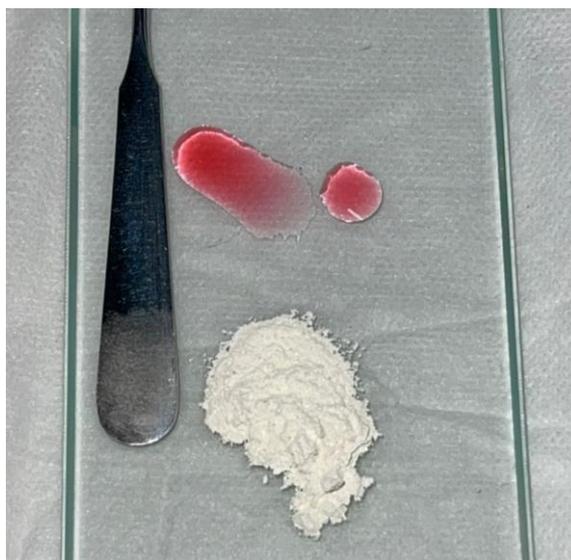


Figura 13 - Preparo de Cimento Cirúrgico Maquira. Fonte: Arquivo pessoal.

Após revisão de hemostasia, foi aplicado cimento cirúrgico na região cobrindo a sutura do tecido periodontal, próximo aos elementos dentários. (Figura 14).



Figura 14 - Aplicação de cimento cirúrgico. Fonte: Arquivo pessoal.

Terminado o procedimento, foi receitado ao paciente que fizesse uso de Dipirona 01 g em caso de dor e nimesulida 100 mg de 12 em 12 horas por 03 dias, além disso, foi informado a ele que o cimento cirúrgico deverá ficar na região durante 07 dias como forma de auxiliar no processo de cicatrização. Após 07 dias, paciente retornou a clínica odontológica da UNIG e o cimento cirúrgico foi devidamente removido, sendo possível verificar que a região estava cicatrizando de acordo com o esperado, indicando que o paciente seguiu as recomendações do pós-operatório.

3- DISCUSSÃO

De acordo com o que é apresentado nos estudos de Ahn e Campbell, 2022, o desenvolvimento da frenectomia consiste na remoção do freio lingual ou labial, de acordo com a necessidade do paciente e isso deverá ser avaliado através dos exames clínicos que são realizados pelo cirurgião-dentista, que também precisará verificar de que maneira está a saúde bucal do paciente, como forma de se evitar a realização de um procedimento cirúrgico com maiores possibilidades de desenvolvimento de infecções ⁷.

No caso apresentado, o paciente relatou que o diastema é uma condição que gera insegurança com relação a estética da arcada dentária, sendo uma questão que foi demandada para que fosse possível a realização de um tratamento ortodôntico com condição de resultados possivelmente mais eficazes e após o contato inicial, foi verificada a possibilidade de realização do procedimento.

Existem evidências de que com a realização da frenectomia, em pacientes que possuem diastemas, é uma forma de iniciar um processo para resolução do problema, levando em consideração que existem evidências de que quando a frenectomia não é realizada, e mesmo que o diastema seja corrigido com tratamento ortodôntico, é comum que ele retorne quando o aparelho ortodôntico é retirado, em parte devido a existência do freio labial, o que se apresenta como uma justificativa válida para o desenvolvimento deste procedimento cirúrgico ⁸.

A frenectomia é considerada um procedimento cirúrgico simples e de pequeno porte, porém, para que seja possível, é necessário o desenvolvimento de um planejamento ortodôntico que possibilite aos pacientes, condições de terem resultados compatíveis com o que é almejado ⁹.

A cirurgia de frenectomia pode ser realizada com a utilização do bisturi ou laser, sendo que ambas conseguem atingir o mesmo resultado, porém, a cirurgia a laser proporciona maior eficácia no procedimento, mas é uma alternativa mais onerosa para o paciente, devido aos custos que envolvem sua realização, fazendo com que a técnica desenvolvida com o uso do bisturi seja mais acessível do ponto de vista financeiro, sendo mais comum sua realização¹⁰.

Para que um procedimento cirúrgico possa gerar resultados satisfatórios, é fundamental que o pós-operatório se desenvolva de acordo com as demandas oriundas o procedimento, sendo necessário que após, o paciente tome medicamento anti-inflamatório e analgésico para que seja evitada a ocorrência de dor, sendo indicado que nos primeiros dias após a cirurgia, os alimentos ingeridos sejam preferencialmente mornos ou frios e de consistência pastosa, evitando assim, danos que podem ser realizados na região do procedimento¹¹. No caso do paciente, ele seguiu os protocolos indicados com relação ao pós-operatório, o que resultou em um processo de cicatrização eficaz, desenvolvido devido aos cuidados necessários para eficácia da cirurgia, o que pôde ser constatado após o paciente comparecer na clínica uma semana após a realização da cirurgia.

Com o desenvolvimento do caso relatado foi possível verificar a relevância de realização da frenectomia como forma de auxílio no processo de comunicação do indivíduo, levando em consideração que o freio labial e lingual podem gerar prejuízos fonológicos evidentes na vida do paciente, além de se apresentar como um procedimento cirúrgico necessário para que o tratamento cirúrgico seja realizado antes do início do tratamento ortodôntico, como forma de proporcionar meios de correção efetiva de diastema.

É válido ressaltar que por se tratar de um estudo que teve uma amostra pequena, é fundamental que seja realizado um estudo mais completo com relação ao procedimento apresentado, técnicas e resultados que podem ser esperados, como forma de possibilitar a realização eficaz de uma frenectomia sempre que se apresentar necessária.

4. CONCLUSÃO

De acordo com os resultados apresentados e a pesquisa realizada é possível verificar que o desenvolvimento da cirurgia de frenectomia como medida prévia para tratamento de diastema se apresenta como uma forma de se obter resultados satisfatórios que sejam capazes de atender a demanda do paciente, levando em consideração que é um procedimento que se torna necessário em casos específicos em que será realizado tratamento ortodôntico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Bishara SE. Management of diastemas in orthodontics . Am J Orthod . 1972 ;61 :55 –63 .
- 2- Broadbent BH. The face of a normal child (diagnosis, development) . Angle Orthod . 1937 ;7 :183 –208 .
- 3- Edwards JG. The diastema, the frenum, the frenectomy: a clinical study . Am J Orthod . 1977 ;71 :489 –508 .
- 4- Farias-Neto, A., de Medeiros, F. C. D., Vilanova, L., Simonetti Chaves, M., & Freire Batista de Araújo, J. J. (2019). Tooth preparation for ceramic veneers: when less is more. The international journal of esthetic dentistry, 14(2), 156–164.
- 5- Olivi M, Genovese MD, Olivi G. Laser labial frenectomy: a simplified and predictable technique. Retrospective clinical study. Eur J Paediatr Dent. 2018 Mar;19(1):56-60. doi: 10.23804/ejpd.2018.19.01.10. PMID: 29569455.
- 6- Riley DS, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol. 2017. pii: S0895-4356(17)30037-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.02.

- 7- Ahn JH, Newton T, Campbell C. Labial frenectomy: current clinical practice of orthodontists in the United Kingdom. *Angle Orthod.* 2022 Nov 1;92(6):780-786. doi: 10.2319/011822-56.1. PMID: 35861638; PMCID: PMC9598850.
- 8- Baxter RT, Zaghi S, Lashley AP. Safety and efficacy of maxillary labial frenectomy in children: A retrospective comparative cohort study. *Int Orthod.* 2022 Jun;20(2):100630. doi: 10.1016/j.ortho.2022.100630. Epub 2022 Mar 10. PMID: 35283058.
- 9- Tadros S, Ben-Dov T, Catháin ÉÓ, Anglin C, April MM. Association between superior labial frenum and maxillary midline diastema - a systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2022 May;156:111063. doi: 10.1016/j.ijporl.2022.111063. Epub 2022 Feb 26. PMID: 35248905.
- 10- Inchingolo AM, Malcangi G, Ferrara I, Viapiano F, Netti A, Buongiorno S, Latini G, Azzollini D, De Leonardis N, de Ruvo E, Mancini A, Rapone B, Venere DD, Patano A, Avantario P, Tartaglia GM, Lorusso F, Scarano A, Sauro S, Fatone MC, Bordea IR, Inchingolo F, Inchingolo AD, Dipalma G. Laser Surgical Approach of Upper Labial Frenulum: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Jan 11;20(2):1302. doi: 10.3390/ijerph20021302. PMID: 36674058; PMCID: PMC9859463.
- 11- Sobouti F, Dadgar S, Salehabadi N, Moallem Savasari A. Diode laser chairside frenectomy in orthodontics: A case series (DIODE LASER FRENECTOMY: CASE SERIES). *Clin Case Rep.* 2021 Aug 10;9(8):e04632. doi: 10.1002/ccr3.4632. PMID: 34401174; PMCID: PMC8353415.