

Solução Estética Através da Interação do Clareamento Endógeno e Restauração em Resina Composta

Aesthetic Solution Through The Interaction of Endogenous Bleaching and Composite Resin Restoration

ROSENÊS LIMA DOS SANTOS¹
PALMIRA GOMES AMARAL²
ÉRICO LEONEL FONSECA²
DANILO BARBOZA LOPES MAGALHÃES²
GERMANA COELI DE FARIAS SALES³

RESUMO

Os autores relatam um caso de clareamento não vital associado à restauração em resina composta para o restabelecimento estético. Paciente do sexo feminino, 31 anos, sofreu trauma aos 15 anos e relatava escurecimento do elemento 11 desde os 20 anos. O referido elemento apresentava coloração C4 e os elementos 11 e 21 sofreram perda de esmalte na borda incisal devido ao trauma já relatado que provocou a necrose do elemento 11, levando-o a um tratamento endodôntico quando a mesma tinha 28 anos. Realizou-se o clareamento não vital do elemento 11 utilizando uma associação da técnica mediata e imediata, onde se fez três aplicações do curativo de demora (técnica mediata) e duas aplicações em consultório do agente clareador (técnica imediata). Após a neutralização realizou-se a restauração definitiva da câmara pulpar e partiu-se para a restauração estética dos elementos 11 e 21. Com a finalização do caso obteve-se um excelente resultado estético através de um procedimento conservador que além de melhorar a alteração cromática, repôs o tecido dental perdido no trauma.

DESCRITORES

Clareamento de Dente. Estética Dentária. Dente não vital.

SUMMARY

The authors report a case of non-vital bleaching associated with a composite resin restoration for the aesthetic reestablishment. Female patient, 31 years, suffered trauma with 15 years old and reported darkening of the element 11 when she was 20. In that element was verified color C4 and elements 11 and 21 suffered loss of enamel on the incisal edge due to the trauma which has been reported by causing necrosis of element 11, leading him to a root canal treatment when the patient was 28. It was done a non-vital bleaching at the element 11 using a combination of mediate and immediate technique, where was made three applications of the temporary endodontic dressing (mediate technique) and two applications of whitening agent (immediate technique). After neutralization, the final restoration of the pulp chamber and the esthetic restoration of the elements 11 and 21 were made. With the conclusion of the case it was obtained an excellent cosmetic result with a conservative procedure the improved chromatic changes and replaced the dental tissue lost to trauma.

DESCRIPTORS

Tooth Bleaching. Esthetics Dental. Tooth Nonvital.

1 Professora Doutora Associada II da Disciplina de Dentística Clínica I e II do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba.

2 Graduada de Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba.

3 Professora Mestra Assistente I da Disciplina Dentística Clínica II do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba.

No desejo de atingir um padrão de beleza, maior ênfase está sendo dada ao clareamento de dentes, às restaurações estéticas e à substituição das restaurações metálicas antiestéticas por restaurações de resina composta. Técnicas menos invasivas, como o clareamento dental, são condizentes com as novas filosofias da odontologia atual, que contempla cada vez mais a preservação de estruturas dentais (GOMES *et al.*, 2008).

O clareamento dental é uma técnica não invasiva que traz novas perspectivas para o cirurgião dentista que deseja indicar um procedimento que corresponda à expectativa de seus pacientes em busca de dentes mais claros e perfeitos; o que, nos dias atuais estabelece um padrão de apresentação pessoal, de beleza e saúde. Desta forma, procedimentos que tornam os dentes mais claros fazem parte do tratamento odontológico como um todo (ZANIN *et al.*, 2006).

Desde que as técnicas adesivas foram incorporadas à Odontologia, os procedimentos restauradores tornaram-se mais conservadores. No passado, as alternativas mais viáveis na solução do problema de escurecimento dental eram basicamente a aplicação de diferentes técnicas protéticas. Além de muitas vezes proporcionar resultados estéticos questionáveis, era necessária uma excessiva remoção de estrutura dentária saudável (ZANIN *et al.*, 2006).

Segundo BUSATO *et al.*, (2002); HIRATA *et al.*, (1997); PORTOLANI JÚNIOR, CANDIDO, (2005), para indicar o tipo de clareamento em cada caso clínico e se obter sucesso com a técnica escolhida, é fundamental que o cirurgião-dentista saiba diagnosticar as causas do escurecimento dental, bem como o tempo dessa alteração, pois dependendo da etiologia, o prognóstico será favorável ou desfavorável para o sucesso do clareamento. Entre as prováveis etiologias que causam o escurecimento intrínseco do dente, BUSATO *et al.*, (2002) enumeram a hemorragia pulpar causada por traumatismo, hemorragia após remoção pulpar, decomposição da polpa coronária, acesso endodôntico inadequado, materiais obturadores do conduto radicular e materiais restauradores.

A alteração cromática que ocorre em dentes desvitalizados é um dos fatores que prejudica a harmonia do sorriso, necessitando de intervenção. Diante disso, o clareamento intracoronário é comumente utilizado por ser um tratamento eficaz, conservador e de custo relativamente baixo. Faz-se necessário antes do início do tratamento, a obtenção de uma radiografia periapical recente para verificar a qualidade da obturação, que se não for satisfatória, recomenda-se

então o retratamento do canal radicular. Para a técnica de clareamento não-vital utiliza-se agentes clareadores em maior concentração (peróxido de hidrogênio a 35% ou peróxido de carbamida a 35 ou 37%) que pode ser usado no consultório pelo profissional, inserido na câmara pulpar como um curativo de demora ou ainda uma associação das duas técnicas. Troca-se o curativo quantas vezes forem necessárias, não devendo ultrapassar 4 sessões, pois o dente já deve mostrar resultados após a primeira sessão. Com o fim do clareamento deve-se esperar o período de uma semana com hidróxido de cálcio na câmara pulpar antes de realizar a restauração definitiva, pois esse procedimento irá alcalinizar o meio que contém oxigênios residuais que poderia afetar a polimerização da resina composta (BUSATO *et al.*, 2002).

Não apenas alterações cromáticas atingem a estética de dentes anteriores, mas fraturas também comprometem a estética e a função dentária, sendo necessários procedimentos que restabeleçam o sorriso e a eficiência mastigatória (MUNIZ *et al.*, 2005). Associada a esse procedimento restaurador e estético o clareamento dental pode contribuir para a recuperação da harmonia do sorriso do paciente. Contudo, restaurações diretas em dentes com borda incisal translúcida, sempre constituíram um desafio para a Odontologia. O surgimento de resinas compostas com elevada translucidez permitiu reproduzir a opalescência da região incisal, o que só era possível a partir da utilização de pigmentos ou da confecção de prótese. Para isto o cirurgião dentista deve conhecer os materiais e dominar as técnicas restauradoras (MUNIZ, RHEM, 2006).

Segundo MUNIZ, RHEM, (2006), a evolução dos materiais e das técnicas restauradoras permite a reabilitação estética de dentes fraturados com bordas incisais translúcidas, porém para alcançar resultados satisfatórios o cirurgião-dentista deve conhecer a anatomia dentária e o comportamento óptico dos tecidos dentários e das resinas compostas.

Diante disso fica claro que são possíveis excelentes resultados estéticos com a combinação de procedimentos conservadores, como é o caso do clareamento dental e da restauração direta em resina composta, dessa forma conserva-se cada vez mais os tecidos dentais sem, no entanto, comprometer a qualidade final do tratamento.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 31 anos, procurou atendimento na disciplina de Dentística Clínica II da Universidade Federal da Paraíba, queixando-se do aspecto escurecido apresentado pelo elemento 11 (Figura 1). Durante a anamnese, a paciente relatou ter sofrido um trauma aos 15 anos, porém o escurecimento começou por volta dos 20 anos. Ela realizou tratamento endodôntico em 2007, com 28 anos e notou aumento do escurecimento após esse procedimento.

Primeiramente, realizou-se o exame radiográfico (Figura 2), para que fosse avaliada a qualidade da obturação do canal radicular. Confirmada sua integridade, partiu-se então para o exame clínico, no qual foi registrada através da escala Vitapan a coloração inicial do elemento – C4 –, e observada a ausência de parte da estrutura do esmalte no terço incisal dos elementos 11 e 21, justamente devido ao trauma relatado inicialmente (figura 3).

Na primeira sessão clínica, fez-se o registro para o selamento biomecânico (figura 4), com o auxílio de uma sonda periodontal de Williams, que obteve como resultado os 10 mm de coroa clínica, mais os 2 mm referentes ao espaço necessário para a inserção dos materiais. Após o esvaziamento coronário, respeitando a medição anterior, partiu-se então para o selamento biomecânico (figura 5). Este consiste em um barreira formada por 1 mm de pasta de Hidróxido de Cálcio P.A. – posicionado mais apicalmente – adjacente a 1 mm de Cimento de Ionômero de Vidro Resinoso – posicionado mais coronalmente. Ainda na primeira sessão, foi realizado o condicionamento ácido (figura 6), com ácido

fosfórico a 37%, e a confecção do curativo de demora composto por Peróxido de Carbamida a 37% (Superendo) (figura 7). O elemento dentário foi restaurado temporariamente (figura 8).

Na segunda sessão clínica, sete dias após a primeira, deu-se início ao clareamento imediato. Para tanto, realizou-se o condicionamento ácido da superfície externa dentária e posteriormente, a aplicação do agente clareador, Peróxido de Hidrogênio a 35% (Whiteness HP) interna e externamente, que foi fotoativado e agiu por cerca de 10 minutos (figura 9). Foram feitas quatro aplicações do agente durante essa sessão. Além disso, também foi colocado novo curativo de demora, semelhante ao primeiro. Os procedimentos da segunda sessão foram repetidos na terceira sessão clínica.

Na quarta sessão clínica, quando a coloração desejada ao dente foi atingida, partiu-se então para a etapa de neutralização (figura 10). O curativo de demora foi removido, efetuou-se a limpeza da câmara pulpar, que foi preenchida com Hidróxido de Cálcio P.A. Foi confeccionada uma restauração provisória.

Sete dias após, o material foi totalmente removido e foi feita a restauração definitiva, que consistiu em uma base de Cimento de Ionômero de Vidro Resinoso, por cima, resina composta micro-híbrida.

Nesta mesma sessão, deu-se início à última etapa do tratamento, que consistiu em restaurar com resina composta micro-híbrida as faces incisais dos elementos 11 e 21, que se apresentavam fraturadas devido ao trauma anteriormente relatado (figura 11). Finalmente, fez-se o polimento e acabamento da restauração, devolvendo à paciente parte da estética do seu sorriso (figura 12).



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

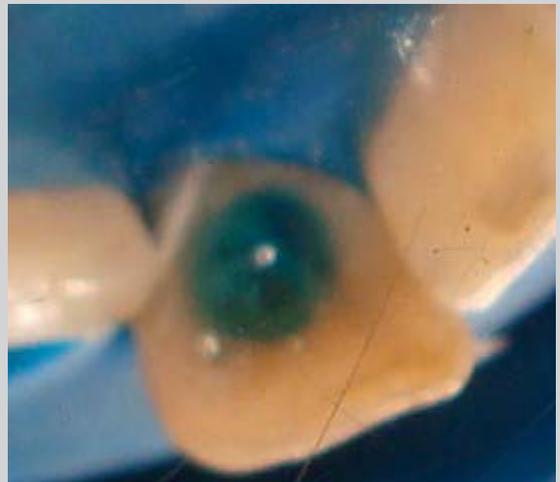


Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10



Figura 11



Figura 12

COMENTÁRIOS

O caso clínico em questão se tratava de escurecimento dental severo decorrente de necrose pulpar e fratura do terço incisal dos elementos 11 e 21, ambas complicações de traumatismo dentário. Para resolução do mesmo, a associação das técnicas de clareamento não-vital mediata e imediata mostrou-se satisfatória ao restabelecer a coloração normal do elemento dentário. A restauração em resina composta repôs de forma adequada a estrutura de esmalte perdida durante o trauma.

Diante do exposto, pode-se concluir que o presente caso está em concordância com a literatura consultada, já que foi possível a obtenção de resultados estéticos excelentes lançando-se mão de procedimentos conservadores da estrutura dentária sadia, como o clareamento dental e da restauração direta em resina composta.

REFERÊNCIAS

1. BUSATO ALS, GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ PA, MACEDO RP. *Dentística: Restaurações Estéticas*. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
2. GOMES MEO, et al. Análise da eficácia de diferentes materiais utilizados como barreira cervical em clareamento endógeno. *RGO*, Porto Alegre, 56(3): p. 275-279, 2008.
3. HIRATA R, SANTOS PCG, PEREIRA, JLN, ASSAKI RY. Clareamento de dentes vitalizados: situação clínica atual. *JBC*, Curitiba, 1(1): p. 13-21, 1997.
4. MUNIZ L, GÓES CF, LIVEIRA AC, MATHIAS P, BEZERRA RB, FONTES CM. Restaurações diretas associadas a pinos de fibra de vidro em dentes fraturados. Relato de caso clínico. *R Dental Press estét*, 2(3): p. 47-59, 2005.
5. MUNIZ L, RHEM M. Restauração de borda incisal translúcida: um desafio para a Odontologia Estética. Relato de caso clínico. *R Dental Press Estét*, 3(1): p. 39-48, 2006.
6. PORTOLANI JÚNIOR MV, CANDIDO MSM. Efeito dos agentes clareadores sobre as estruturas dentais. *Rev Odontol UNESP*, 34(2): p. 91-94, 2005.
7. ZANIN FAA, BRUGNERA JÚNIOR A. BASSOUKOU IH. Novo protocolo com LEDs verdes para o clareamento dental. *RGO*, 54(4): p.340-344, 2006.

CORRESPONDÊNCIA

Rosenês Lima dos Santos
Professor José Gama Prado, 407 - Pedro Godim
58031-060 João Pessoa – Paraíba – Brasil