



Relato de Caso

INTEGRAÇÃO ENDODONTIA, PERIODONTIA E DENTÍSTICA PARA REESTABELECIMENTO ESTÉTICO E FUNCIONAL DE INCISIVOS CENTRAIS SUPERIORES

Endodontics, periodontics and dentistry integration for aesthetic and functional reestablishment of superiors central incisors

Thays Matias Ribeiro¹; Maria Letícia Barbosa Raymundo¹; Rosenês Lima dos Santos²; Germana Coeli de Farias Sales²; Roberta Moreira Franca²; Ennyo Sobral Crispim da Silva²

¹Acadêmica de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa–Paraíba– Brasil

²Professor (a) de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa–Paraíba –Brasil

Autor e endereço para correspondência:

Ennyo Sobral Crispim da Silva – Rua Afonso Barbosa de Oliveira, 1025 sala 104 – Jardim Marisópolis – CEP: 58031-120. E-mail: ennyo_crispim@hotmail.com

Resumo

Introdução: A disciplina de Clínica Integrada é obrigatória no currículo dos cursos de graduação em Odontologia e promove a integração dos conhecimentos, habilidades e valores adquiridos ao longo do curso. Essa integração proporciona ao paciente o atendimento integral das necessidades evidenciadas. A eficácia de um tratamento odontológico depende de um bom planejamento interdisciplinar, de forma que quando diversas especialidades estão envolvidas e integradas, a reabilitação estética seja satisfatória e duraroura. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 17 anos de idade, compareceu à Clínica Integrada I da UFPB, relatando dor no dente 21 e insatisfação em relação à estética dos dentes superiores anteriores. Após o planejamento, o paciente foi submetido à avaliação e terapia periodontal básica. Em seguida, com base nas radiografias do paciente e na sondagem periodontal, observou-se invasão do espaço biológico e a necessidade de uma cirurgia de aumento de coroa clínica na região de incisivos centrais superiores, remoção de tecido cariado e restaurações complexas em resina composta dos dentes 11 e 21. Realizou-se também retirada do freio ectópico da região da papila entre os incisivos. O paciente já apresentava dentes 11 e 21 tratados endodonticamente e com bom prognóstico. Em ambos os dentes foi realizado forramento com cimento de ionômero de vidro seguido por restauração definitiva em resina composta. **Conclusão:** Este trabalho evidencia a necessidade e importância de conhecimento multidisciplinar e integrado do cirurgião-dentista para realização de um plano de tratamento adequado, com a finalidade de se obter funcionalidade, harmonia e estética do sorriso, buscando a satisfação do paciente para o sucesso final do tratamento.

Descritores: Estética Dentária. Periodontia. Saúde Bucal.



Abstract

Introduction: The Integrated Clinic course is one of the compulsory subjects in the curriculum of undergraduate dentistry courses and promotes the integration of knowledge, skills and values acquired throughout the course, application to the patient or comprehensive care to the needs evidenced. The effectiveness of a dental treatment depends on good interdisciplinary planning, so that when various specialties are being used and integrated, aesthetic rehabilitation is satisfactory and lasting. **Case report:** A 17-year-old male patient, compared to the Integrated Clinic I of UFPB, related to element 21 and dissatisfaction with the aesthetics of the anterior teeth. After planning, the patient underwent basic periodontal therapy and evaluation. Then, based on the patient's radiographs and on periodontal probing, the invasion of the biological space and the need for clinical crown augmentation surgery in the region of the upper maxillary incisors, the removal of decayed tissues and complex restorations of elements 11 and 21. The ectopic brake was also removed from the papilla region between the incisors. The patient already has endodontically defined elements 11 and 21 with a good prognosis. In both elements was made the glass ionomer cement followed by permanent restoration in composite resin. **Conclusion:** This study highlights the need and importance of a multidisciplinary and integrated knowledge of dental surgeons to carry out an appropriate treatment plan, with the skills of obtaining skills, harmony and aesthetics of smile, seeking patient satisfaction for the patient. ultimate success of treatment

Keywords: Dental esthetics. Periodontics. Oral Health.

Introdução

As clínicas odontológicas de ensino são estruturas vinculadas aos cursos de Odontologia das instituições de ensino superior e representam um valioso instrumento de fomentação ao aprendizado. Essas estruturas prestam atendimento odontológico básico e especializado à população, por meio de profissionais ainda em formação¹. A disciplina de Clínica Integrada é obrigatória no currículo dos cursos de graduação em Odontologia e promove a integração dos conhecimentos, habilidades e valores adquiridos ao longo do curso, proporcionando ao paciente o atendimento integral das necessidades evidenciadas².

O planejamento e execução dos tratamentos devem ser interdisciplinares, atendendo as necessidades individuais de cada paciente. A eficácia de um tratamento odontológico depende de um bom planejamento interdisciplinar, de forma que quando diversas especialidades estão envolvidas e integradas, a reabilitação estética se torna satisfatória e duraroura³. O conceito de tratamento bucal é visto de forma ampliada na prática da Clínica Integrada das instituições de ensino, por meio de uma política educacional que considera professores e alunos conscientes e engajados em um processo de transformação social, enfatizando o compromisso do cirurgião-dentista com a sociedade².

Em virtude do padrão estético atual imposto culturalmente, deformidades no sorriso tornam-se fatores limitantes às relações sociais⁴. A integração no tratamento odontológico envolve o restabelecimento do ambiente bucal, com o objetivo de proporcionar saúde periodontal, devolver



estética e função mastigatória, viabilizando os procedimentos de higienização, tendo em vista a promoção de saúde³.

Diante disso, o presente trabalho tem por objetivo apresentar um relato de caso clínico planejado de forma integrada envolvendo as especialidades de Endodontia, Periodontia e Dentística Restauradora.

Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, melanoderma, 17 anos de idade, compareceu à Clínica Integrada I da Universidade Federal da Paraíba, relatando sintomatologia dolorosa no dente 21, além de insatisfação com relação à estética dos dentes ântero-superiores (Figura 1). Durante o exame clínico intra-bucal, observou-se acúmulo de cálculo supragengival na face lingual dos dentes ântero-inferiores e na face oclusal dos póstero-inferiores. Também foi observada lesão de cárie ativa no dente 11, restauração defeituosa com margens irregulares no dente 21, bem como restauração complexa provisória no dente 15.

No exame extra-bucal não observou-se alterações de normalidade, entretanto havia desarmonia do sorriso por conta das restaurações, que se encontravam esteticamente insatisfatórias, além da presença de lesão cariada ativa nos incisivos centrais superiores.



Figura 1 - Aspecto inicial do paciente com visível prejuízo estético e funcional.

Após o planejamento, o paciente foi submetido à terapia periodontal básica. Realizou-se a restauração definitiva do dente 15, com resina composta fotopolimerizável, o qual foi tratado endodonticamente previamente e apresentava material restaurador provisório. Em seguida, foi realizada a sondagem periodontal e radiografias periapicais na região de incisivos centrais superiores, evidenciando a invasão do espaço biológico, sendo necessário a realização de uma cirurgia de aumento de coroa clínica, remoção de tecido cariado e restaurações complexas em resina composta dos dentes 11 e 21. Como o paciente apresentava freio labial superior ectópico



houve a necessidade da sua remoção na região da papila entre os incisivos centrais. O paciente já apresentava dentes 11 e 21 tratados endodonticamente e com bom prognóstico (Figura 2).



Figura 2 – Radiografia periapical dos dentes 11 e 21 evidenciando uma distância menor que 2,5mm da crista óssea à margem da restauração e os canais obturados completamente sem reação periapical.

A terapia cirúrgica periodontal foi planejada e o procedimento realizado após a terapia básica ser concluída. Iniciou-se o procedimento cirúrgico com antissepsia intrabucal com digluconato de clorexidina 0,12% seguida de anestesia tópica com benzocaína 2% na mucosa de fundo de sulco e na região entre os dentes 11 e 21, por vestibular e palatina. Em seguida, realizou-se anestesia infiltrativa em fundo de sulco por vestibular e na região de papila incisiva por palatina com mepivacaína HCL 2% com vasoconstrictor (epinefrina 1:100.000). Realizou-se a incisão intrasulcular por vestibular e palatina, enucleação da fibra muscular do freio labial superior entre os incisivos, seguido da osteotomia da crista óssea posicionando a margem óssea a 3 mm da margem da restauração, recuperando, portanto, o espaço biológico (Figura 3). Após a finalização desse procedimento, realizou-se a lavagem com soro fisiológico da região e sutura do retalho com ponto simples com uso de cimento cirúrgico (PerioBond sem eugenol dentsply®) para proteger a região e realização da prescrição pós-operatória de anti-inflamatório, ibuprofeno 600 mg de 12 em 12 horas durante 4 dias), além de recomendações para evitar intercorrências posteriores.



Figura 3 – Fragmento de gengiva e fibra do freio labial removido entre os incisivos centrais na cirurgia de aumento de coroa clínica.

Após 7 dias do procedimento, o cimento cirúrgico e a sutura foram removidos, o cimento de ionômero de vidro resinoso das faces vestibular, mesial e palatina do dente 21 foi rebaixado com broca esférica diamantada em alta rotação (1012), também foi realizada a remoção do óxido de zinco e eugenol da face mesio-vestibular. Do dente 11 foi realizada remoção do tecido cariado da disto-vestibular com auxílio de cureta de dentina e broca carbide em baixa rotação. Realizou-se também, remoção de dentina amolecida e pigmentada na região interproximal dos dentes 11 e 21 com broca multilaminada. O procedimento foi finalizado com a restauração provisória utilizando material obturador provisório (coltosol) a fim de respeitar o tempo de cicatrização dos tecidos periodontais para que a restauração definitiva pudesse ser realizada.

No dente 11 foi encontrado algodão nas cavidades que estavam seladas com óxido de zinco e eugenol (parede distal e mesial). Na distal havia tecido cariado e, na mesial, apenas a restauração provisória.

Após 15 dias de pós-operatório foi realizada a remoção do material restaurador provisório, seguido da profilaxia com escova de Robison e pasta profilática. Realizou-se isolamento absoluto da região anterior, limpeza da cavidade com clorexidina 0,12% (Riohex Gard 0,12%®), condicionamento ácido total com ácido fosfórico a 37% (Ácido P-Allplan®) seguido pelo sistema adesivo (Adper™ Single Bond 2®) de dois passos, confecção de matriz para restauração, adaptação da matriz à coroa do dente 21, construção das faces do dente pela técnica de inserção incremental e fotopolimerização. No dente 11 também foi realizado forramento com cimento de ionômero de vidro (Vitro Fil LC®) seguido por restauração definitiva em resina composta (LLIS® D-A3 para dentina e Opallis® E-A3 + E-A2 para esmalte) por técnica incremental e fotopolimerização (Kondortech®). Na sessão seguinte foi realizado acabamento e polimento das restaurações (Figura 4).

A sintomatologia dolorosa relatada pelo paciente no dente 21, provavelmente, deu-se devido ao tratamento endodôntico ainda recente e optou-se pela proervação do caso.



Figura 4 – Caso clínico finalizado.

Discussão

O plano de tratamento ideal inicia-se pela resolução dos casos de urgência, seguida pela fase de adequação do meio bucal, onde são realizados os procedimentos inerentes ao planejamento periodontal, cirúrgico e endodôntico⁵. Após essa fase de preparo e habilitação do pacientes, são realizados os procedimentos estéticos, como executado no presente caso, no qual primeiro se realizou adequação do meio bucal, em seguida, os procedimentos cirurgicos e só então, ao final, o tratamento restaurador estético por meio de restaurações diretas em resina composta fotopolimerizável.

Quando se fala em estética dental, deve-se ter em mente que este conceito é resultado de uma série de fatores, como o contorno gengival, a cor dos dentes e a naturalidade das restaurações⁶. Em alguns casos é necessária a realização de cirurgias plásticas periodontais para melhorar a estética do contorno gengival, pois o sucesso para o tratamento reabilitador estético está intimamente associado por uma correta integração entre os tecidos periodontais⁵.

Para o aumento de coroa clínica é indicado os dentes com coroa clínica curta, hiperplasia gengival, invasão do espaço biológico que leva ao aparecimento de fraturas ou cáries, aparência não estética, preparos protéticos curtos e não retentivos e colocação de grampos para isolamento absoluto⁷. Logo, o procedimento realizado se enquadra nas indicações propostas⁷.

O enfoque da odontologia atual é direcionado para reabilitações estéticas, nas quais restaurações ou recontornos dentários objetivam alterar, associados com a manutenção dos aspectos biológicos e funcionais, a aparência do sorriso. Além disso, a odontologia moderna sofreu influências e evolução dos materiais restauradores que promovem um mimetismo fidedigno dos dentes dentários⁴, corroborando com o caso apresentado, onde foi confeccionada uma faceta direta com resina composta, recuperando a estética e função dos dentes dentários 11 e 21, após a manutenção da saúde do periodonto circundante.



A reformulação dos dentes naturais, utilizando o contorno cosmético, por meio da confecção de restaurações adesivas imperceptíveis e duradouras com compósitos, utilizando a própria estrutura dental como base, representam uma alternativa simples e eficaz na recuperação de uma aparência mais harmônica⁴.

A disciplina de clínica integrada visa proporcionar ao paciente uma atenção odontológica generalista das necessidades evidenciadas no atendimento ao paciente. Devido a essa integração de especialidades, a clínica integrada aumenta a satisfação dos seus pacientes, por atenderem suas necessidades com um único aluno, possibilitando um maior vínculo com o paciente, para que se possa adquirir confiança e credibilidade no tratamento realizado⁸, como ocorreu no caso apresentado, onde todo atendimento,—desde o acolhimento e anamnese, além de todos os procedimentos, foram realizados pela mesma dupla de alunas.

Conclusão

Diante do exposto, este trabalho evidencia a necessidade e importância de um conhecimento multidisciplinar e integrado do cirurgião-dentista para realização de um plano de tratamento adequado, com a finalidade de se obter funcionalidade, harmonia e estética do sorriso, buscando a satisfação do paciente para o sucesso final do tratamento. O caso clínico relatado no presente trabalho conseguiu, após sua conclusão, elevar a autoestima do paciente, melhorando sua interação social, uma vez que os resultados obtidos foram capazes de atender às expectativas que o mesmo tinha para seu tratamento.

Referências

1. Martelli Júnior H, Dias VO, Santos ML, Oliveira CA, Oliveira EC, Magalhães HTA, Oliveira KFG, Martelli RB. Dificuldades identificadas no atendimento odontológico após a triagem em uma universidade pública. Rev Intercâmbio, 2016;7:274-283.
2. Pompeu JGF, Carvalho ILM, Pereira JA, Cruz Neto RG, Prado VLG, Silva CHV. Avaliação do nível de satisfação dos usuários atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Faculdade Novafapi em Teresina (PI). Odontol Clín Cient, Recife 2012; 11(1):31-6.
3. Miranda RR, rizza GCR, bettero FCBS, simamoto Júnior PC, novais VR. Tratamento odontológico integrado com ênfase em estética: relato de caso. Rev Odontol Bras Central 2016;25(74):162-169.
4. Campos PRB, Amaral D, Silva MAC, Barreto SC, Pereira GDS, Prado M. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. RFO. 2015;20(2):227-31.
5. Cardia GS, Tormena M, Tolentino ES, Pinto GNS, Tolentino LS. Planejamento integrado periodontal e restaurador – relato de caso clínico. Braz J Periodontol 2016;26(2):48-52.



6. Santos, PGT. A importância da interação entre dentística e periodontia na resolução de problemas estéticos. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho.
7. Ferraz, C. Aumento da Coroa Clínica. In: Periodontia. 5a Edição. São Paulo, Artes Médicas-Divisão Odontológica, 1998; 253–266.
8. Praxedes CS, Carneiro SV, Martins LFB, Silva CHF, Leite ACRM. Nível de satisfação dos pacientes atendidos no complexo odontológico do Centro Universitário Católica de Quixadá-Ce. Rev Expressão Católica Saúde 2017;2(1):42-8.