



## **RESTAURAÇÕES INDIRETAS EM RESINA COMPOSTA: UMA ALTERNATIVA PARA REABILITAÇÃO DO PACIENTE INFANTIL**

**Luana Salanti – UNIUV<sup>1\*</sup>**

**Ariane de Mello – UNIUV<sup>2</sup>**

**Gisele Fernandes Dias – UNIUV<sup>3</sup>**

**Professora Orientadora: Thais Regina Kummer Ferraz**

Modalidade de Apresentação: Comunicação Oral

### **INTRODUÇÃO**

Além da cárie dentária, a hipomineralização incisivo-molar (HIM) tem resultado em grandes destruições nos molares permanentes. As crianças portadoras desse defeito de esmalte apresentam mais chance para desenvolvimento de lesões de cárie dentária (JEREMIAS et al, 2013). A hipersensibilidade presente nesses pacientes causa dificuldade de higienização, predispondo a cárie e tornando o procedimento de anestesia indispensável. Molares severamente afetados pela HMI apresentam degradação das cúspides (ASSUNÇÃO et al, 2014), com degradação do esmalte, exposição da dentina e com isso, há o aparecimento de grandes destruições coronárias (JUNIOR, 2015), o que exige um tratamento restaurador mais extenso. O estudo de revisão sistemática de Lygidakis (2010) sugere a necessidade de identificar o grau de severidade, idade do paciente, nível social e expectativa da criança e de seus responsáveis. Durante muito tempo as coroas de aço e o amálgama foram os principais materiais utilizados na restauração de dentes posteriores. Não diferente da odontologia restauradora no paciente adulto, observa-se o aumento da demanda pelo uso de restaurações estéticas. As restaurações em resina composta vêm sendo bem aplicadas na clínica infantil, pois além de mais estéticas, elas preservam a estrutura dental e seu desgaste por abrasão é semelhante ao desgaste fisiológico do dente decíduo. (PIVA; RIBEIRO; COELHO-DE-SOUZA, 2014).

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GERAL**

Relatar caso clínico de restauração indireta em paciente infantil.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Demonstrar as etapas técnicas para realização de restaurações indiretas.
- b) Descrever indicações, vantagens e desvantagens da técnica indireta.

### **METODOLOGIA**

Paciente do sexo masculino, 11 anos, apresentando boa saúde geral, procurou a clínica de odontopediatria do Centro Universitário de União da Vitória – UNIUV para tratamento dentário, seu objetivo era “Arrumar os dentes”. Durante exame clínico, observaram-se a presença de extensas destruições coronárias nos quatro primeiros molares permanentes (16, 26, 36 e 46), uma mancha acastanhada na face vestibular

<sup>1</sup> Acadêmico do 10º semestre do Curso de Odontologia da Uniuv. E-mail: lusalanti@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmico do 10º semestre do Curso de Odontologia da Uniuv. E-mail: arianedemello@yahoo.com

<sup>3</sup> Doutora em odontopediatria pela UEPG e professora de Odontopediatria da UNIUV. E-mail: giodonto@hotmail.com

Orientadora: Doutora em odontopediatria pela UFSC e professora de Odontopediatria da UNIUV. E-mail: thaisreginakummer@hotmail.com



do dente 31 e pequenas manchas brancas nos incisivos superiores. Os demais dentes apresentaram-se hígidos e o paciente tinha uma boa condição de higiene. Analisando as suas características clínicas o diagnóstico fechado foi para hipomineralização incisivo-molar (HIM). Na primeira consulta, como rotina, o paciente e seus responsáveis foram motivados, orientados e educados em relação aos bons hábitos alimentares e de higiene bucal. Os pais foram orientados sobre o diagnóstico de HIM e em relação ao tratamento. Em seguida, após anestesia local, foi realizado um preparo prévio, com remoção do esmalte de dentina mais amolecidos. As cavidades foram seladas com cimento de ionômero de vidro. A reconstrução do dente 46 foi selecionada para ser descrita nesse relato de caso. O aspecto clínico após selamento com CIV e radiografia inicial demonstram a lesão profunda limitada a esmalte e dentina e sem comprometimento pulpar. Na primeira fase clínica, foi realizada a remoção parcial do CIV usando pontas diamantadas cônicas de alta rotação para que o preparo ganhasse as características necessárias, sendo expulsivo, com ângulos internos arredondados e ângulo cavo-superficial nítido. Foi optado por deixar o CIV na porção profunda da cavidade, sem comprometer a espessura adequada da restauração indireta e deixando término do preparo em esmalte-dentina para melhor adesão. Após o preparo a moldagem foi feita com moldeira parcial e silicona de condensação Perfil (Coltene/Vigodent, Rio de Janeiro, Brasil) densa e fluída, na técnica de apenas um passo. O dente foi restaurado provisoriamente com cimento temporário de preenchimento Coltosol (Coltene/Vigodent, Rio de Janeiro, Brasil) e o paciente dispensado. A fase laboratorial consistiu na obtenção de modelos de gesso pedra especial tipo IV Durone (Dentsply sirona, Salzburg, Áustria). O isolamento do modelo foi feito com vaselina sólida (Rioquímica, São José do Rio Preto – SP, Brasil). A resina composta nanoparticulada Filtek Z350 XT (3M ESPE, Irvine, CA, EUA), nas cores A1B e B1E, foi inserida em incrementos de até 2mm e cada incremento foi fotopolimerizado durante 40 segundos a resina para dentina e 20 segundos a resina para esmalte, conforme recomendação do fabricante. A escultura dental seguiu os padrões anatômicos do elemento 46. Depois de terminada, foi feita a polimerização complementar por 3 minutos em micro-ondas, a fim de otimizar as características mecânicas da resina composta. A segunda fase clínica iniciou-se com isolamento absoluto da região, remoção da restauração provisória com auxílio de pontas diamantadas de alta rotação e prova da peça. Durante a prova da peça, observou-se a cor, adaptação marginal e os detalhes anatômicos. Foi realizada profilaxia no dente e na peça utilizando escova Robinson, pedra pomes e água. Em seguida, foi realizado o condicionamento da peça com ácido fosfórico 37% Acid Gel (Villevie, Joinville – SC, Brasil) por 30s, lavada abundantemente com água e seca com jato de ar. O remanescente dental (esmalte e dentina) foi condicionado com mesmo ácido por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, lavado por 15s e seco com suaves jatos de ar, cuidando para não ressecar a dentina. Após condicionamento ácido, foi aplicada uma camada do adesivo Adper Scotchbond (3M ESPE, Irvine, CA, EUA) na peça, o qual foi fotopolimerizado por 20 segundos, conforme recomendação do fabricante. Com o dente e peça preparados, iniciou-se a manipulação do cimento resinoso de presa dual Allcem (FGM, Joinville – SC, Brasil) sobre placa de vidro, usando espátula metálica. O cimento foi inserido na peça e no preparo e então a restauração foi levada em posição, sendo comprimida contra o dente e permitindo extravasamento do agente cimentante. Foi feita uma fotopolimerização inicial de 2 segundos apenas para fixar a peça e os excessos



foram removidos com sonda exploradora, para seguir com a fotopolimerização durante 40 segundos, recomendada pelo fabricante. Depois de constatada ausência de excessos e falhas na restauração, o isolamento absoluto foi então removido. O ajuste oclusal foi realizado utilizando papel articulador para determinação e posterior desgaste de contatos oclusais prematuros. O acabamento foi feito com pontas diamantadas, na sequência da mais granulosa para a mais fina. O polimento foi feito com pontas de silicone para resina (Microdont, São Paulo, Brasil).

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Ao término do caso observou-se restabelecimento das funções estética e mastigatória do dente 46, com aspecto clínico e radiográfico satisfatórios.

### **REFERÊNCIAS**

ASSUNÇÃO, C. *et al.* Hipomineralização de molar-incisivo (HMI) relato de caso e acompanhamento de tratamento restaurador. **Rev. Ass. Paulista Cir. Dent.**, 2014.

JEREMIAS, F. *et al.* Dental caries experience and molar-incisor hypomineralization. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 71, n. 3-4, p. 870-876, 2013.

JUNIOR, I. F. S. **Tratamento de Molares Afetados pela Hipomineralização Molar Incisivo: Uma Revisão ilustrada da Literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em odontopediatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto alegre, 2015.

LYGIDAKIS, N. A. Treatment modalities in children with teeth affected by molar-incisor enamel hypomineralisation (MIH): a systematic review. **European Archives of Pediatric Dentistry**, v. 11, n. 2, p. 65-74, 2010.

PIVA, F.; RIBEIRO, C. S.; COELHO-DE-SOUZA, F. H. Avaliação clínica de restaurações de resina composta em molares decíduos - estudo piloto. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 68, n. 1, p. 69-74, 2014.