



RESTAURAÇÕES DIRETAS EM ÁREA ESTÉTICA - CASO CLÍNICO INTEGRADO

Camila Bonete Mierzva¹ – UNIUV
Jéssica Tuani Leandro² – UNIUV
Professora Orientadora: Raisia Hintz
Modalidade de Apresentação: Painel

INTRODUÇÃO

A estética em nossa cultura é um símbolo não somente de saúde e beleza, sendo também de autoestima, situação econômica e social. Com a valorização da estética, as técnicas restauradoras, minimamente invasivas, proporcionaram uma expansão da atual filosofia conservadora da Odontologia. Caso Clínico de tratamento integrado, buscando a reabilitação da paciente e devolvendo a saúde bucal. Atualmente, o cirurgião-dentista possui diversas opções restauradoras para os dentes anteriores. Materiais restauradores buscam reproduzir as características dos dentes naturais como a cor e a forma, aumentando a possibilidade do profissional em obter resultados interessantes e previsíveis. Resinas nano-particuladas foram introduzidas no mercado odontológico com o objetivo de atender à crescente demanda por um material restaurador universal. O presente estudo teve como objetivo devolver a paciente o sorriso, a estética, saúde bucal e reabilitação oral, além de proporcionar realização de técnicas para alcançar excelentes resultados, permitindo relacionar todas as especialidades cabíveis na odontologia para devolver a saúde bucal da paciente conseguindo superar as expectativas e alcançar os resultados esperados, como estética e função mastigatória.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O nosso estudo tem como maior objetivo devolver a paciente da clínica integrada o sorriso, a estética, saúde bucal e reabilitação oral, fazendo associação nesse trabalho de todos os materiais necessários para o caso, desde a saúde periodontal, exodontias, endodontias, estética, pino de fibra e prótese removível.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar tratamento integrado em uma paciente da Clínica Odontológica do Centro Universitário de União da Vitória, possibilitando a reabilitação de dentes anteriores com resina composta direta nos dentes 11, 12, 13, 21, 22 e 23, além da associação da confecção de pino de fibra de vidro e restauração com resina composta direta no elemento 12.

METODOLOGIA

Paciente S. C. B., sexo feminino, 30 anos de idade compareceu a clínica da UniuV queixando-se principalmente da estética dos dentes anteriores, além da fratura do elemento 14. Após anamnese, exame clínico e levantamento periapical foi realizado o planejamento, no qual foi realizado o tratamento odontológico integrado da paciente. Paciente foi submetida a procedimento periodontal denominado gengivoplastia no dente 11, uma vez que, o sucesso da técnica restauradora direta consiste em dois fatores, a estética e a integridade da saúde periodontal. Diante da avaliação radiológica, foi confirmada a necessidade de exodontia dos elementos: 14, 16, 17, 18, 25, 27, 28, 46 e 48. As sessões cirúrgicas foram em três etapas:

¹ Acadêmica do 10^o semestre do Curso de Odontologia da UniuV. E-mail: camila.mierzva@hotmail.com

² Acadêmica do 10^o semestre do Curso de Odontologia da UniuV. E-mail: jetuanileandro@gmail.com



exodontias dos elementos do 1º quadrante, do 2º quadrante e do 4º quadrante respectivamente. Paciente necessitou de tratamento endodôntico dos elementos 11, 12 e 21 os quais foram tratados em três sessões utilizando-se a técnica de condensação lateral. Na sequência, iniciou-se os procedimentos restauradores posteriores superiores e inferiores, na seguinte ordem: elemento 34 (O) e 35 (OD), elemento 44 (MO), 45 (O), 47 (OD), 15 (MOD). O critério para escolha da realização das restaurações foi dado pela complexidade das restaurações. A próxima etapa do trabalho consistiu na execução das restaurações dos elementos 11 (MD), 13 (D), 21 (MD), 22 (MDP) e 23 (MD), além da confecção de pino de fibra de vidro e restauração em resina composta no elemento 12, para a confecção do pino de fibra de vidro, foi realizado primeiramente o preparo do dente. Remoção do material obturador (guta percha) do canal radicular, deixando apenas 3 mm do ápice para manter a integridade da região apical. Antes da inserção e cimentação do conjunto no conduto, foi realizado a prova do pino para aferição do comprimento do mesmo. Radiografias periapicais foram realizadas nesse momento para comprovação da plena adaptação do pino ao conduto. Preconizou manter uma porção de aproximadamente 3 mm do pino além do conduto (região cervical) para servir como guia para confecção do munhão. Na sequência foi realizado o condicionamento com ácido fosfórico 37% por 15 segundos e lavado abundantemente. Aplicou-se sistema adesivo convencional de 2 passos, seguindo recomendações do fabricante e em seguida fotopolimerizado, para cimentação do pino foi utilizado cimento resinoso dual seguindo protocolo de utilização, com ponteira alto misturadora, o cimento foi inserido diretamente dentro do conduto e imediatamente após, o pino foi levado em posição dentro do canal radicular e para a construção do munhão. O próprio cimento resinoso dual foi utilizado para confecção do munhão. O tempo de trabalho foi de aproximadamente 1 minuto e 30 segundos e o tempo de fotopolimerização utilizado foi de 40 segundos por incremento. Após o pino estar cimentado e confecção do munhão concluída, aguardou-se o tempo da polimerização química (6 a 7 minutos - intraconduto) para, então, iniciar os desgastes necessários ao munhão e posteriormente receber o tratamento restaurador direto seguindo o protocolo estipulado anteriormente. Por se tratar de região estética, tornou-se imprescindível a confecção do enceramento diagnóstico, pois associado a um planejamento integral serviu de demonstração para o paciente do trabalho a ser executado e do provável resultado estético além de devolver equilíbrio ao sistema estomatognático. A partir desse enceramento, confeccionou-se uma guia de silicone que auxiliou a confecção das restaurações anteriores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO (OU RESULTADOS ESPERADOS, SE A PESQUISA ESTIVER EM DESENVOLVIMENTO)

Com o caso concluído, foi possível devolver à paciente um sorriso harmonioso, função mastigatória, além de saúde bucal e periodontal, elevando a autoestima e aumentando a chance de inclusão da paciente na sociedade. A realização desse trabalho integrado nos capacitou a executar um trabalho eficiente, utilizando técnicas simplificadas e materiais de alta tecnologia com embasamento científico, resultando em melhoria e bem-estar ao paciente. Além disso, durante toda a execução do trabalho, foi evidenciada a importância de um correto diagnóstico e planejamento para o sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS

Türkaskan S, Ulusoy KU. **Eshetic rehabilitation of crowded maxillary anterior teeth utilizing ceramic veneers: a case report.** Cases J. 2009, Jun 29; 2:8329



Hirata R, Ampessan RL, Liu J. **Reconstrução de Dentes Anteriores com Resinas Compostas - Uma Seqüência de Escolha e Aplicação de Resinas.** JBC - JORNAL Brasileiro de Clínica & Estética Em Odontologia - Vol. 5 - Nº 25 - Jan/Fev - 2001, p.15-25

Polamino P. K. **Restauração com resina composta em dentes anteriores.** Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 2011.

Baratieri LN et al. **Caderno de Dentística: restaurações adesivas diretas com resinas compostas em dentes anteriores.** São Paulo, Livraria Editora Santos, 2002.

Mondelli J. **Estética e Cosmética em Clínica Integrada Restauradora.** São Paulo: Liv. Santos Ed., 2003. 546p

Becker AB, Costa SXS, Rastelli ANS, Andrade MF, Bagnato VS, Bier CAS. **Influência dos agentes clareadores na microdureza de resina composta nanoparticulada.** RGO, Porto Alegre, v. 57, n.1, jan./mar. 2009, p. 27-31.

Gouvêa CVD, Couto CF, Souza FN, Sales PVT, Silva LE, Barros RN. **Estudo de efeito da termociclagem na resistência à fratura de uma resina composta nanoparticulada e duas resinas compostas microhíbridas.** Odontologia Clínic Científ 2008; 7(4): 321-324.

Shirata OC et al. **As influências dos determinantes da oclusão no enceramento de diagnóstico.** Odonto 1999; 7(16):46-50.

Roberto R. A- **Influência de diferentes procedimentos restauradores na resistência à fratura de dentes com cavidades classe IV submetidos ao clareamento dental interno.** Araracuara, 2012.

Higashi C. et al. **Planejamento estético em dentes anteriores.** 2006

Dilásio C. M. et al. **Desgaste e rugosidade de superfície das resinas compostas.** Salusvita, Bauru , v. 24, n.2, p. 275- 283, 2005.

Martins D. P, et al. **Reabilitação estética em dentes anteriores com lesões de cárie proximais: relato de caso.** Odontol. Clín.-Cient., Recife, 10 (3) 293-295, jul./set., 2011

Muniz L. et al. **Restaurações diretas associadas a pinos de fibra de vidro em dentes fraturados. Relato de caso clínico.** R Dental Press Estet - v. 2, n. 3, p. 45-57, jul./ago./set. 2005.

Sá M. C. T, et al. **Pinos estéticos: qual o melhor sistema?** Arquivo brasileiro odontologia 2010;6(3):179-84

Clavijo R. G. V. et al. **Pinos Anatômicos uma nova perspectiva clínica.** R Dental Press Estét, Maringá, v. 3, n. 3, p. 110-130, jul./ago./set. 2006

Moro M. et al. **Núcleos metálicos fundidos x pinos pré-fabricados.** PCL 2005; 7(36):167-72.

Albuquerque, R.C.; Dutra, R.A.; Vasconcellos, W.A. **Pinos intraradiculares de fibras de carbono em restaurações de dentes tratados endodonticamente.** Rev Assoe Paul Cir Dent, v.52, n.6, p.441-444, nov./dez. 1998.

Marques N. J. et al. **Análise comparativa da resistência de união de um cimento convencional e um cimento autoadesivo após diferentes tratamentos na superfície de pinos de fibra de vidro.** Rev Odontol UNESP. 2016 Mar-Apr; 45(2): 121-126.