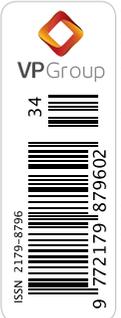


Odonto

MAGAZINE

www.odontomagazine.com.br



Ano 3 - N° 34 - Novembro de 2013

Reportagem Odontologia do Esporte

An advertisement for GNATUS dental equipment. The background is a collage of dental machinery, including a dental chair, a blue ultrasonic scaler, and a dental microscope. The text is set against a yellow and orange geometric background.

 Confira as soluções mais eficientes em **Biossegurança** para seu consultório.

GNATUS 
Evoluir com confiança




Clareamento dental para dentes não vitais e vitais, seguido de procedimentos restauradores diretos



Jorge Eustáquio

Mestrando em Dentística pelo CPO São Leopoldo Mandic – Campinas – SP. Professor dos Cursos de Especialização em Dentística – ABO-AL e Aperfeiçoamento em Dentística – NEO Odontologia – Maceió – AL. Coordenador do Curso de Imersão em Laminados Cerâmicos – ABO – AL.

Ilana Pais Tenório

Aluna do Curso de Especialização em Dentística pelo CETAO – São Paulo – SP. Monitora do Curso de Aperfeiçoamento em Dentística – NEO Odontologia – Maceió – AL.

A alteração de cor da estrutura dental pode ser causada por uma série de fatores, dentre eles se destaca o trauma e os materiais utilizados no tratamento endodôntico. Um trauma, mesmo que não promova uma fratura coronária, pode afetar a polpa dental, ocasionando, por exemplo, hemorragia interna e necrose pulpar, e indicando um tratamento endodôntico imediato ao trauma. Materiais endodônticos podem resultar em descolorações e pigmentações^{1,2}.

Uma das formas de interromper ou reverter o processo de escurecimento é o clareamento dental, realizado também em dente desvitalizado. A técnica consiste no selamento de 2 mm iniciais da porção cervical da raiz obturada com ionômero de vidro modificado por resina e utilização de produto clareador no interior da câmara pulpar, podendo ser realizada por meio de duas técnicas: mediata - com curativo de demora de perborato de sódio ou peróxido de carbamida 37%; ou imediata - através de aplicações intracoronárias de gel clareador, peróxido de hidrogênio 35%, semelhante a técnica de consultório para dentes vitais¹. Dentes tratados endodônticamente que sofreram trauma a mais de um ano e com menor perda estrutural possível favorecem o sucesso do tratamento, minimizando os riscos. Os critérios de indicação da técnica devem ser seguidos corretamente, para que o procedimento seja indicado².

O conceito da Odontologia Restauradora atual preconiza que, para qualquer tipo de procedimento, o profissional deve sempre optar pelo tratamento mais conservador, isto é, com maior preservação da estrutura dental sadia. Hoje, quem define a indicação é o profissional, em vista de cada situação clínica e com base em conhecimentos científicos.

As restaurações diretas possuem a grande vantagem de ser unicamente dependente do profissional, além do custo do procedimento, que é, relativamente, mais baixo, do que os que envolvem a parte laboratorial. Desde que, respeitando as suas limitações, principalmente em relação à seleção do caso e sensibilidade da técnica, as resinas compostas são materiais que podem proporcionar ou devolver a harmonia do sorriso de forma excepcional, reproduzindo as características de forma e cor dos dentes naturais e mimetizando as propriedades ópticas de dentes anteriores.

A propriedade de translucidez adquire uma maior relevância nas restaurações do setor anterior, especialmente em pacientes jovens que apresentam a estrutura do esmalte relativamente intacto, que ainda não sofreu desgaste pró-

prio da idade e, portanto, apresentam um esmalte de maior espessura e uma borda incisal e interproximal identificável. Segundo Villarroel et al, translucidez é uma das características ópticas mais difíceis de quantificar em dentição natural, uma vez que varia de indivíduo para indivíduo e, muitas vezes, variando na mesma pessoa. As resinas modernas têm matizes e opacidades diferentes, que imitam a cromaticidade e translucidez do esmalte, bem como a dentina, na melhor maneira possível³.

Neste artigo, é relatado um caso clínico resolvido por meio de procedimentos conservadores de clareamento dental de dente desvitalizado com curativo de demora de perborato de sódio e água destilada do elemento 21 escurecido, clareamento de consultório para os demais dentes vitais e restauração em resina composta do elemento 11 fraturado.

Caso clínico

Paciente KC, de 22 anos de idade, gênero feminino, compareceu à clínica de atendimento reclamando, como queixa principal, a cor do dente 21. Também era incômodo à paciente o formato da restauração incisal do dente 11 (figuras 1a e 1b). Segundo o relato da paciente, durante a anamnese, tanto o escurecimento como a restauração classe IV do dente 11 foram resultantes de um acidente doméstico, onde o impacto maior foi sobre a região dos dentes anteriores. Este trauma havia ocorrido há cerca de um ano e dois meses. No dente 11 ocorreu uma fratura do terço incisal e no dente 21 ocorreu rompimento de vasos sanguíneos da câmara pulpar, fazendo com que o sangue se extravasasse por entre os túbulos dentinários. De acordo com a paciente, o tratamento endodôntico do dente 21 iniciou-se no mesmo dia do acidente, e a restauração do dente 11 foi executada alguns dias depois.

Durante esta primeira sessão clínica foi realizada o exame clínico geral, intra e extraoral, onde foi observada melhor a restauração do dente 11, qualificado como inadequada, devido à deficiência na capacidade de reproduzir a anatomia incisal do dente homólogo. Observou-se, também, uma restauração na face palatina do dente 21, resultante da abertura para que fosse executado o tratamento endodôntico. Uma radiografia periapical destes dois dentes foi obtida, e durante a análise da radiografia, observou-se que não havia modificações nos tecidos periapicais dos dois dentes em questão, e que o tratamento

endodôntico do dente 21 apresentava-se de forma satisfatória. Também nesta sessão, foi realizado protocolo de fotografias e a obtenção de modelos de estudo para a análise do caso. Com todas estas informações, obtidas por meio destes procedimentos, foi possível elaborar o plano de tratamento, ou os planos de tratamento, entre as sessões clínicas, sem a presença do paciente. Na segunda sessão clínica, foram apresentados dois planos de tratamento para este caso clínico.

Plano de tratamento A

- » Faceta cerâmica no dente 11.
- » Coroa cerâmica metal free no dente 21, com a instalação de pino de fibra de vidro.

Plano de tratamento B

- » Clareamento dental de dente desvitalizado no dente 21. Porém, deixou-se claro para a paciente, as questões com relação à recidiva de cor e a possibilidade de que o clareamento não fosse totalmente efetivo.
- » Restauração em resina composta do dente 11.

A paciente optou pelo plano de tratamento B e, nesta mesma sessão, iniciamos os procedimentos prévios ao clareamento do dente 21.

Como primeiro passo, foi realizada a reabertura endodôntica, remoção da guta-percha em 3 mm intrarradicularmente, medidos através da inserção de uma pinça clínica com uma das hastes dentro e outra fora do dente. Foi também confeccionado o tampão cervical, por meio da inserção de ionômero de vidro modificado por resina, fotoativado, cobrindo a guta-percha e as paredes proximais e palatina da raiz. Esse tampão tem cerca de 2 mm de espessura na região vestibular, fazendo que o tratamento clareador atinja a coroa anatômica do dente em até 1 mm subgengivalmente (figuras 2a a 2c).

Primeiramente, optou-se por fazer o clareamento dental pela técnica imediata, com Peróxido de Hidrogênio a 35% (Whiteness HP Blue – FGM), por duas sessões, com aplicação única do produto, por 40 minutos cada. A proteção gengival foi obtida com a utilização da barreira gengival TopDam (FGM). Após a segunda sessão, observou-se que o tratamento clareador não estava obtendo resultados satisfatórios (figuras 3a e 3b).

Com isso, optou-se por fazer o clareamento dental pela técnica mediata, onde o produto clareador, Perborato de Sódio (Whiteness Perborato) associado à água destilada, foi inserido internamente à câmara pulpar e o dente fechado provisoriamente. Este material ficou dentro do dente por sete dias (figura 4).

Após este prazo, a paciente retornou a clínica apresentando um clareamento altamente efetivo, com cor dental inclusive até mais clara do que a cor dos dentes adjacentes, conforme pode ser observado na figura 5. Com isso, partimos para o clareamento dos demais dentes, pela técnica de consultório, com Whiteness HP Blue 35%, seguindo o protocolo de três sessões com aplicação única de 40 minutos cada. Previamente ao uso do peróxido, a paciente teve seus lábios e língua afastados - com o afastador labial ArcFlex (FGM) - e a gengiva marginal protegida com a utilização da barreira gengival Top Dam (FGM) (figuras 6a a 6c).

Ao final do tratamento, foi observado o clareamento total de todos os dentes, mas ainda havia uma pequena diferença entre a cor dos dentes. Decidimos por restaurar normalmente o dente 11,

seguindo a anatomia incisal do dente 21. O modelo de estudo da arcada superior foi desgastado no dente 11 para se obter a anatomia do dente 21. Com este desgaste, foi confeccionada uma guia da palatina dos dentes anteriores para facilitar a reconstrução da face palatina do dente 11. Para o tratamento do dente 21, optamos por colocar uma camada bem fina de um corante na cor ocre na região cervical e média, seguida por uma fina camada de uma resina altamente translúcida.

Técnica restauradora do dente 11

- » Remoção da restauração existente no dente 11 (figura 8).
- » Prova da guia palatina obtida no modelo de estudo (figura 9).
- » Isolamento relativo com afastador labial e roletes de algodão. Os dentes adjacentes foram protegidos com o uso de uma fita de teflon, para que os procedimentos de adesão não atinjam a estes dentes.
- » Condicionamento com ácido fosfórico 37% - Condac (FGM) – 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, seguido por lavagem por spray ar/água por 30 segundos. O excesso de umidade foi removido com leve jato de ar e bolinhas de algodão (figuras 10a e 10b).
- » Aplicação de duas camadas consecutivas do adesivo Ambar (FGM), seguida de fotoativação do adesivo por 20 segundos (figuras 11a e 11b).
- » Inserção da resina composta Opallis (FGM), na cor Trans Neutral, na guia palatina, com a finalidade de simular o esmalte da face palatina do dente, seguido de colocação da guia nos dentes e fotopolimerização da resina por 20 segundos (figuras 12a e 12b).
- » Inserção da resina composta Opallis (FGM), na cor DA1, sobre a resina de esmalte palatino, com a finalidade de simular a dentina e o formato dos mamelos dentinários da região fraturada do dente, seguida de fotopolimerização da resina por 40 segundos (figuras 13a e 13b).
- » Inserção da resina composta Opallis (FGM), na cor OW, sobre a borda incisal da restauração, com a finalidade de simular o halo opaco desta região, seguida de fotopolimerização da resina por 40 segundos (figuras 14a e 14b).
- » Inserção da resina composta Opallis (FGM), na cor Trans Neutral, sobre a região dos mamelos dentinários, com a finalidade de simular a área de opalescência desta região, seguida de fotopolimerização da resina por 20 segundos (figura 15).
- » Inserção da resina composta Opallis (FGM), na cor E-Bleach M, sobre toda a área restaurada com a finalidade de simular o esmalte vestibular, seguida de fotopolimerização da resina por 40 segundos (figura 16).
- » Acabamento preliminar da restauração com discos de lixa Diamond Pro (FGM) – (figura 17).

Protocolo para a alteração de cor do dente 21

- » Isolamento relativo com afastador labial e roletes de algodão. Os dentes adjacentes foram protegidos com o uso de uma fita de teflon para que os procedimentos de adesão não atinjam a estes dentes.
- » Condicionamento com ácido fosfórico 37% - Condac (FGM) – 30 segundos em esmalte, seguido por lavagem por spray ar/água por 30 segundos. A umidade foi removida com jato de ar e bolinhas de algodão (figura 18).
- » Aplicação de duas camadas consecutivas do adesivo Ambar (FGM), seguido de fotoativação do adesivo por 20 segundos (figura 19).

Caso Clínico

- » Aplicação de corante na cor ocre, nos terços médio e cervical do dente 21, seguida de fotopolimerização por 20 segundos (figura 20).
- » Inserção da resina composta Opallis (FGM), na cor Trans Neutral, sobre a face vestibular do dente, em uma camada extremamente fina, com a finalidade de cobrir o corante sem perder o aspecto transparente do esmalte vestibular do dente, seguido de fotopolimerização da resina por 20 segundos (figura 21).
- » Acabamento preliminar da restauração com discos de lixa Diamond Pro (FGM).

Na sessão clínica seguinte, foi certificado se as características obtidas de anatomia e escultura dental e cor das restaurações eram adequadas. As correções de anatomia necessárias foram realizadas com a utilização de pontas diamantadas de granulação fina e extrafina e discos de lixa Diamond PRO (FGM). A sequência completa destes discos foi passada sobre os dentes para dar o acabamento final (figuras 22a a 22d). O polimento final das restaurações foi obtido através do uso de discos de feltro Diamond Flex (FGM) com pasta de polimento Diamond Excel (FGM) - (figura 23).

As fotos do resultado final são as figuras de 24a a 24d.



Figura 1a
Fotografia inicial do sorriso da paciente.



Figura 1b
Fotografia aproximada com contraste preto.



Figura 2a
Reabertura endodôntica.



Figura 2b
Mensuração da quantidade de desgaste da guta-percha removida.



Figura 2c
Tampão cervical.



Figura 3a
Proteção gengival com Topdam e Clareamento com Whiteness HP Blue 35%.



Figura 3b
Aspecto do dente após duas sessões de clareamento pela técnica mediata.



Figura 4
Whiteness Perborato.



Figura 5
Resultado do clareamento do dente 21 após uma semana utilizando a técnica mediata.



Figura 6a
Arcflex, Topdam e Whiteness HP Blue 35% pela técnica de clareamento de consultório, protegendo o dente 21, já clareado.



Figuras 6b e 6c
Whiteness HP Blue 35% aplicado.



Figura 7a
Resultado após três sessões de clareamento de consultório.



Figura 7b
Resultado após três sessões de clareamento de consultório – vista aproximada com contraste preto.

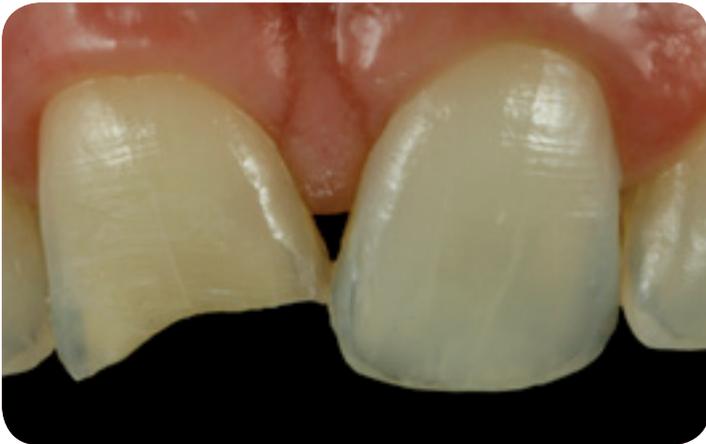


Figura 8
Remoção da restauração classe IV do dente 11.



Figura 9
Prova da guia palatina.

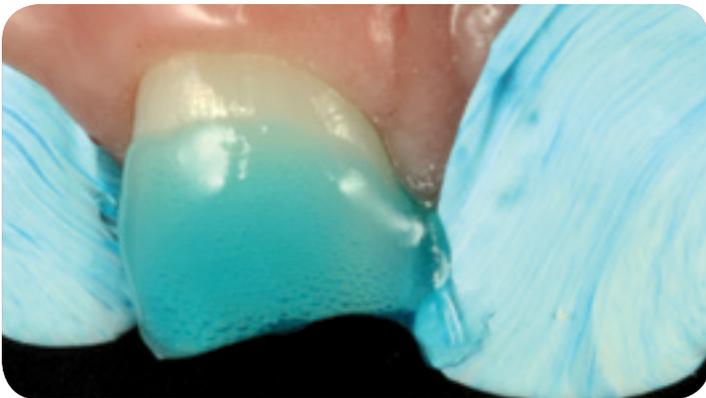


Figura 10a
Condicionamento ácido com Condac 37% por 30 segundos em esmalte e 15 em dentina.

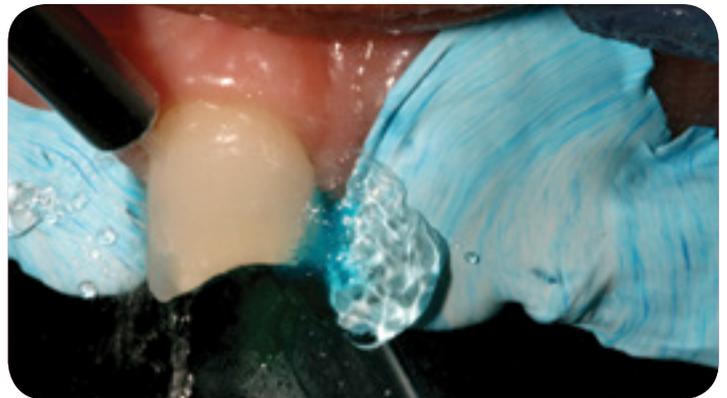


Figura 10b
Lavagem do ácido por 30 segundos.

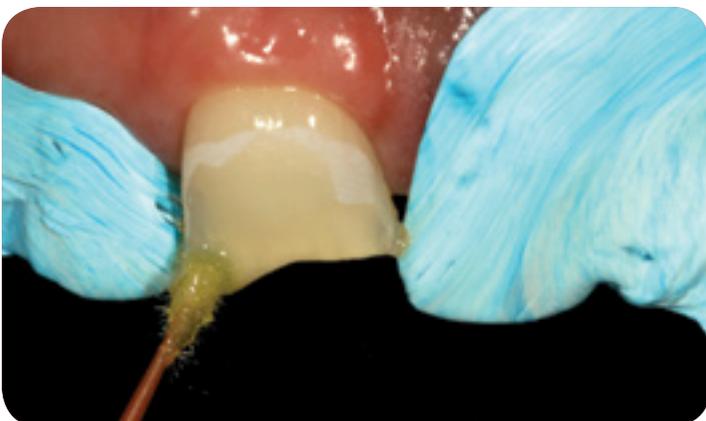


Figura 11a
Aplicação do adesivo Ambar.

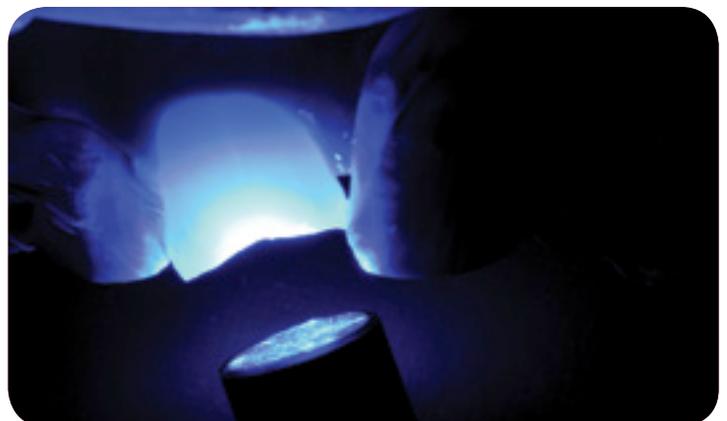


Figura 11b
Fotopolimerização do adesivo Ambar por 20 segundos.



Figura 12a
Resina Opallis na cor T-Neutral para reconstruir o esmalte da face palatina, seguida de fotopolimerização por 20 segundos.



Figura 12b
Aspecto do esmalte palatino após a fotopolimerização.



Figura 13a
Aplicação da Opallis na cor DA1 para restabelecer a dentina e os mamelos dentinários perdidos na região incisal, seguida de fotopolimerização por 40 segundos.



Figuras 13b
Aspecto da resina posicionada, simulando a dentina do dente 21.



Figura 14a
Aplicação da resina Opallis na cor OW para simulação do halo incisal, seguida de fotopolimerização por 20 segundos.



Figura 14b
Aspecto da resina aplicada sobre a borda incisal.

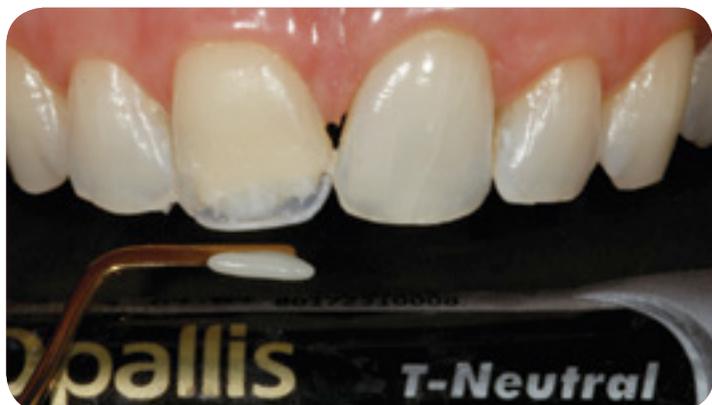


Figura 15
Aplicação da resina Opallis na cor T-Neutral, para restabelecer as áreas opalescentes, seguida de fotopolimerização por 20 segundos.



Figura 16
Aplicação da resina Opallis na cor E-Bleach M, para restabelecer o esmalte vestibular, seguida de fotopolimerização por 40 segundos.



Figura 17
Acabamento preliminar com disco de lixa Diamond Pro.

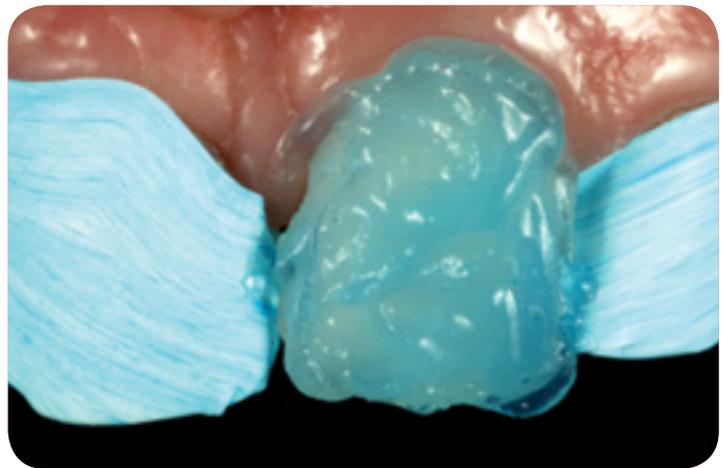


Figura 18
Condicionamento ácido com Condac 37% no dente 21 por 30 segundos, seguido por lavagem por spray ar/água por 30 segundos e secagem com jato de ar mais bolinha de algodão.



Figura 19
Aplicação do adesivo Ambar, seguida de fotopolimerização por 20 segundos.



Figura 20
Aplicação de corante na cor ocre para aumentar a saturação da cor do terços cervicais e médio do dente 21, seguida de fotopolimerização por 20 segundos.



Figura 21
Aplicação da resina Opallis na cor T-Neutral em uma camada extremamente fina para recobrir o corante aplicado, seguida de fotopolimerização por 20 segundos.



Figura 22a
Acabamento das restaurações com disco de lixa Diamond Pro na granulação grossa.



Figura 22b
Acabamento das restaurações com disco de lixa Diamond Pro na granulação média.



Figura 22c
Acabamento das restaurações com disco de lixa Diamond Pro na granulação fina.



Figura 22d
Acabamento das restaurações com disco de lixa Diamond Pro na granulação extrafina.



Figura 23
Polimento das restaurações com disco de feltro Diamond Flex e pasta de polimento Diamond Excel.



Figura 24a
Aspecto final das restaurações – exposição dental com lábio relaxado.



Figura 24b
Aspecto final das restaurações – sorriso.



Figura 24c
Aspecto final das restaurações – intrabucal com contraste preto.



Figura 24d
Aspecto final das restaurações – observar a translucidez incisal obtida.

Discussão

A escolha do tratamento pela paciente permitiu a execução de um cuidado mais conservador, porém de uma previsibilidade de resultado final mais baixa quando comparada a um procedimento indireto, principalmente pelo fator clareamento dental de dente desvitalizado, pelas diferentes respostas que apresenta nas mais diversas situações clínicas. Neste caso, ainda contamos como fato do dente 21 ter clareado além do esperado, fazendo com que o clareamento dos demais dentes vitais não tivesse a mesma eficácia alcançada no desvitalizado.

A qualidade do material restaurador, associada a uma técnica de estratificação de camadas, permitiu a perfeita reprodução, no dente 11, das características incisais do dente 21, e também das características cervicais do dente 11, no dente 21. A utilização de uma sequência de discos de lixa, feltro e pasta de polimento foi fundamental para a obtenção de um polimento final adequado.

Conclusão

A execução de um plano de tratamento bem definido, apesar de intercorrências, e a utilização de uma sequência correta de técnicas, possibilitam que o sucesso do tratamento seja previsível. Os materiais FGM utilizados (clareadores, sistemas de adesão, resinas e sistemas de acabamento e polimento) se mostraram altamente eficientes na execução deste caso de difícil resolução. ▶

Referências

1. Maclsaac AM, Hoen CM. Intracoronal bleaching: concerns and considerations. J Can Dent Assoc. 1994 Jan;60(1):57-64. Review.
2. Attin T, Paqué F, Ajam F, Lennon A M. Review of the current status of tooth whitening with the walking bleach technique. International Endodontic Journal, 36, 313-329, 2003.
3. Villarroel M et al. Direct Esthetic Restorations Based on Translucency and Opacity of Composite Resins. J Esthet Restor Dent 23:73-88, 2011.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A seção CASO CLÍNICO da ODONTO MAGAZINE tem como objetivo a divulgação de trabalhos técnico-científicos produzidos por clínicos gerais e/ou especialistas de diferentes áreas odontológicas. Gostaríamos de poder contar com trabalhos originais brasileiros, produzidos por cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e médicos, para divulgar esse material em nível nacional por meio da revista impressa e pelo site: www.odontomagazine.com.br

Os trabalhos devem atender as seguintes normas:

1) Ser enviados acompanhados obrigatoriamente de uma autorização para publicação na ODONTO MAGAZINE, assinada por todos os autores do artigo. No caso de trabalho em grupo, pelo menos um dos autores deverá ser cirurgião-dentista. Essa autorização deve também dar permissão ao editor da ODONTO MAGAZINE para adaptar o artigo às exigências gráficas da revista ou às normas jornalísticas em vigor.

2) O texto e a devida autorização devem ser enviados para o e-mail: vanessa.navarro@vpgroup.com.br. As imagens precisam ser encaminhadas separadas do texto, em formato jpg e em alta-resolução. Solicitamos, se possível, que o artigo comporte no mínimo três imagens e no máximo 30. As legendas das imagens devem estar indicadas no final do texto em word. É necessário o envio da foto do autor principal do trabalho.

3) O texto deve seguir a seguinte formatação: espaço entre linhas simples; fonte arial ou times news roman, tamanho 12. As possíveis tabelas e/ou gráficos devem apresentar título e citação no texto. As referências bibliográficas, quando existente, devem estar no estilo Vancouver.

4) Se for necessário o uso de siglas e abreviaturas, as mesmas devem estar precedidas, na primeira vez, do nome próprio.

5) No trabalho deve constar: o nome(s), endereço(s), telefone(s) e funções que exerce(m), instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional do autor ou autores. Se o trabalho se refere a uma apresentação pública, deve ser mencionado o nome, data e local do evento.

6) É de exclusiva competência do Conselho Científico a aprovação para publicação ou edição do texto na revista ou no site.

7) Os trabalhos enviados e não publicados serão devolvidos aos autores, com justificativa do Conselho Científico.

8) O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor (res). Os trabalhos publicados terão os seus direitos autorais guardados e só poderão ser reproduzidos com autorização da VP GROUP/Odonto Magazine.

9) Cada autor do artigo receberá exemplar da revista em que seu trabalho foi publicado.

10) Qualquer correspondência deve ser enviada para:
Vanessa Navarro - Odonto Magazine
Alameda Amazonas, 686 – sala G1
Alphaville – Barueri - SP
CEP: 06454-070

11) Ao final do artigo, acrescentar os contatos de todos os autores: nome completo, endereço, bairro, cidade, estado, CEP, telefones e e-mail.

12) Informações:

Editora e Jornalista Responsável

Vanessa Navarro (MTB: 53385)

e. vanessa.navarro@vpgroup.com.br

t. + 55 (11) 4197.7506