



## **SOBRETRATAMENTO RESTAURADOR: UM RELATO DE CASO**

**MARCELLA SATTE ALAM GONÇALVES; LUIZ ALEXANDRE CHISNI<sup>2</sup>; MARCOS BRITTO CORRÊA<sup>3</sup>; <sup>4</sup>MAXIMILIANO SÉRGIO CENCI**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – marcellsattealam@bol.com.br

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – alexandrechisini@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – marcosbrittocorrea@hotmail.com

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – cencims@gmail.com

### **1. INTRODUÇÃO**

A cárie dental é uma doença multifatorial fortemente influenciada pelas condições sócio econômicas assim como pela composição da dieta dos indivíduos (FITZGERALD, R. J., et al., 1960; KEYES, P. H., 1960.). Ela é um reflexo do desequilíbrio entre os minerais dos dentes e o fluído do biofilme dental, sendo atribuída a uma mudança na dieta ou redução do fluxo salivar associados aos maus hábitos de higiene oral (SELWITS et al., 2007; MARSH et al., 2010; AGOUROPOULOS et al., 2014). Neste contexto, ela está diretamente relacionada com fatores comportamentais, sociais e econômicos (MANJIANDFEJERSKOV, 1990; AGOUROPOULOS et al., 2014) sendo considerada como a doença de maior prevalência da cavidade oral (MARCENES et al., 2013).

A formulação do plano de tratamento é um dos pontos mais importantes da rotina do cirurgião-dentista e a decisão de intervenção restauradora deve ser embasada em conhecimento científico, assim como a determinação de um diagnóstico correto e preciso. No entanto, o estabelecimento de um correto diagnóstico necessita de muito conhecimento em relação aos determinantes da doença assim como conhecimento da histopatologia da doença e de suas manifestações nos tecidos dentais. (MOTA L. Q., et al., 2001; MOREIRA F. B. C., et al., 2005). Além disso, a utilização de exames complementares, tais como o de raios-x, se faz muitas vezes necessário para determinar a extensão de cavidades em lesões fechadas de cárie em dentina, as quais se tornam muitas vezes difíceis de serem determinadas apenas nos exames clínicos.

Diversos estudos têm demonstrado diferentes condutas clínicas entre os dentistas de diferentes países, demonstrando um perfil altamente curativista e intervencionista dos dentistas, os quais tendem a intervir em lesões iniciais de cárie e em restaurações com manchamento marginal, sem que exista – de fato – a necessidade para tal (ANUSAVICE K., 2005; MJÖR I. A., et al., 1999; SÓRIA M. L. et al., 2002). Desta forma, o presente estudo teve como objetivo relatar um caso de indicação de sobre tratamento restaurador e discutir aspectos relacionados com o diagnóstico e a conduta clínica frente a lesões de cárie dental.

### **2. METODOLOGIA**

A paciente A. D. F. do sexo feminino (22 anos) procurou atendimento na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas na Unidade Clínica Odontológica I, no primeiro semestre de 2017, pois relatou que necessitava realizar diversas restaurações.

Após avaliação clínica e radiográfica, foram observados os seguintes achados clínicos: exames periodontais supragengivais: Índice de Placa Visível (IPV): 8,3%; Índice de Sangramento Gengival (ISG): 13,54%; Fator Retentivo de



Placa (FRP): 16,66%, exames periodontais subgengivais: Profundidade de Sondagem (PS): não apresentou profundidade de sondagem maior que 3mm; Sangramento à sondagem (SS): presente em 23 dentes; Nível de inserção (NI) e Furca não obtiveram resultados relevantes. ICDAS: presença de lesões de cárie inativas como opacidade visível na presença de umidade nos elementos 15, 17, 25, 27, 33, 34, 36, 43, 44, 45 e 47, e cavidade em esmalte nos elementos 25, 26, 36 e 46.

Ao final dos exames, a paciente foi diagnosticada sem a doença cárie e com gengivite leve induzida por placa. Desta forma, foi realizada a instrução de higiene bucal para reverter os sítios que apresentavam gengivite assim como foi explicado à paciente que ela apresentava boa saúde bucal e a realização de tratamento restaurador seria contra-indicada.

Após o diagnóstico clínico a paciente explicou que havia realizado uma consulta em uma clínica particular, onde o profissional que a atendeu reportou que as manchas presentes em seus dentes eram lesões de cárie e que o tratamento restaurador era necessário. Além disso, o profissional insistiu que a doença iria progredir e, se não tratada com tratamento operatório, a paciente necessitaria de tratamentos endodônticos (em no máximo dois anos), o que poderia conduzir a perda dos elementos dentais. Isso, caso o tratamento restaurador não fosse realizado. Nesse contexto, a paciente exibiu o plano de tratamento do dentista, com o orçamento das restaurações, que confirmou o relato feito por ela. Devido ao alto valor dado à conduta, a mesma procurou os serviços da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPEl).

Após esclarecimento das dúvidas da paciente, a mesma foi instruída e alertada dos riscos de sobre tratamento odontológico e que lesões inativas de cárie apresentam um baixo risco de reativarem e progredirem. A paciente foi orientada a comparecer apenas às consultas periódicas para o acompanhamento das lesões inativas e do controle da gengivite localizada.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversos estudos têm demonstrado que existe uma grande variabilidade clínica entre os dentistas em relação a decisão do tratamento restaurador (THYLSTRUP A. et al., 1986). De forma semelhante, a literatura científica não apresenta um consenso em relação ao momento específico em que uma lesão necessita de intervenção restauradora, muitas vezes sendo contraditória em relação à referência/bibliografia utilizada. Talvez este seja um dos fatos que ajude a explicar essa grande diferença de conduta clínica observado entre os profissionais investigados.

No entanto, existe uma consonância na literatura científica mundial no que tange as lesões restritas ao esmalte dental. Havendo assim, uma contra-indicação do tratamento restaurador operatório neste tipo de lesão, sendo a lesão ativa ou inativa, cavitada ou não. Isto se deve ao grande potencial de remineralização deste tipo de lesão que é passível de reversão do quadro clínico uma vez que o paciente retorne para um quadro de saúde (TYAS M. J. et al., 2000). De fato, qualquer lesão passível de higienização pode ser inativada apenas com a mudança dos hábitos dos pacientes, controlando a placa bacteriana e a dieta



cariogênica. Neste contexto, a utilização de agente fluoretados são de extrema importância, pois diminuem a perda mineral dos tecidos dentais enquanto as intervenções são direcionadas ao comportamento do paciente, objetivando o retorno à saúde bucal.

Os principais fatores que levam a essa discussão são a profundidade e a localização da lesão (KAY et al., 1995). Estudos apontam que dentistas canadenses realizam tratamento operatório com maior sensibilidade, no entanto, com menos especificidade do que os clínicos escoceses (KAY e LOCKER, 1996). No Brasil, um estudo com dentistas teve grande dificuldade em padronizar o diagnóstico e a decisão de tratamento em relação à cárie em superfícies oclusais (SILVA et al, 1994). Semelhantemente, outro estudo recentemente publicado investigou a conduta de 840 dentistas de três grandes cidades, em relação a decisões de tratamento restaurador e concluiu que os dentistas têm uma atitude intervencionista no tratamento da cárie dentária (TRAEBERT et al, 2005).

Estes resultados confirmam a dificuldade que os clínicos apresentam em realizar a diagnóstico clínico de lesões de cárie dental e reforçam a necessidade de maiores discussões a respeito do tópico, principalmente com a finalidade de diminuir o sobre tratamento destas lesões. O sobre tratamento de lesões iniciais de cárie afeta significativamente a longevidade do elemento dental, além de remover grande quantidade de estrutura dental sadia. Ademais, uma vez que se iniciar o tratamento restaurador o mesmo estará sujeito a falhas com o decorrer dos anos assim como estará sujeito ao desgaste do material, que necessitará de acompanhamento. Além disso, restaurações classe I e II apresentam uma taxa de falha anual de 1 a 3%, o que significa que com o transcorrer dos anos estas restaurações poderão vir a falhar. Neste contexto, uma vez que evitamos o início do tratamento operatório e o início do ciclo restaurador repetitivo, aumentamos a longevidade do elemento dental.

#### 4. CONCLUSÕES

A literatura demonstra que o sobre tratamento restaurador é frequente entre dentistas de diversos países, incluindo o Brasil. No entanto, as novas filosofias de odontologia minimamente invasiva que visam intervir nos determinantes da doença e adiar ao máximo a intervenção restauradora com finalidade de preservar o máximo de estrutura dental sadia. O presente caso ilustra um contexto intervencionista dos dentistas e demonstra como abordagens conservadoras podem ser realizadas promovendo e mantendo a saúde da paciente.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FITZGERALD, R. J.; KEYES, P. H. Demonstration of the etiologic role of streptococci in experimental caries in the hamster. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 61, no. 1, p. 9-19, 1960.

KEYES, P. H. The infectious and transmissible nature of experimental dental caries. **Arch. Oral Biol.**, Oxford, v. 1, p. 304-320, 1960.

MOTA, L. Q.; LIMA M. G. G. C.; SANTOS R. L.; BOUDOX K. L. P.; FERNÁNDEZ A. F. Diagnóstico de cárie oclusal incipiente. Levantamento realizado com cirurgiões-dentistas da cidade de João Pessoa PB. **Rev Fac Odontol.**, Bahia, v. 22, p. 51-4, 2001.

MOREIRA F. B. C.; BOUSQUET L.L.; TINANO M.M.; SANTOS R.M. Diagnóstico de cárie: uma avaliação de concordância entre cirurgiões-dentistas recém-formados. **Arq Bras Odontol.**, Minas Gerais, v. 1, no. 1, p. 68-78, 2005.

ANUSAVICE K., FEJERSKOV O., KIDD E. **Odontopediatria, prática de saúde baseada em evidências**. Santos: Elsevier, 2005.

MJÖR I. A., MOORHEAD J.E., DAHL J.E. Selection of restorative materials in permanent teeth in general dental practice. **Acta Odontol Scand.** 1999.