

ABORDAGEM ESTÉTICA EM DENTE ANTERIOR TRAUMATIZADO E CROMATICAMENTE COMPROMETIDO

MARCELLA TROTTA DE PAULA SATTE ALAM GONÇALVES¹; GIOVANE HISSE GOMES²; FERNANDA GERALDO PAPPEN³; JOSUÉ MARTOS⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – marcellasattealam@bol.com.br

²Universidade Católica de Pelotas – giovanehisse@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – ferpappen@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – josue.sul@terra.com.br

1. INTRODUÇÃO

Os traumatismos dentários tem uma ocorrência muito comum em crianças e adolescentes, decorrentes principalmente de quedas. As fraturas coronárias ocorrem com muito mais frequência quando comparado com outras fraturas, observando-se em aproximadamente de 26% a 76% de prevalência (STEVEN et al. 2002). Fraturas coronárias em dentes permanentes representam de 18% a 20% dos traumas dentários, sendo 96% envolvendo os incisivos da região maxilar e desta porcentagem, 80% ocorrem nos incisivos centrais e 16% nos incisivos laterais (ANDREASEN et al. 1972; CAPRIOGLIO et al. 1986).

Existem diversas abordagens para o tratamento destas fraturas coronárias com e sem exposição pulpar, por isso é de suma importância que a anamnese e diagnóstico sejam feitos de forma criteriosa. Para que se possa utilizar o próprio fragmento de dente fraturado no tratamento é necessário levar em consideração a forma que o fragmento foi armazenado, tempo que permaneceu fora da boca, linha de fratura, extensão da lesão e adaptação. Um dos benefícios de utilizar o próprio fragmento dentário para restaurar a forma, função e a estética é que reduz a necessidade de procedimentos restauradores com resina composta para substituir espaços de dentes ausentes causado pela fratura (MARTOS et al. 2014).

A colagem de um fragmento dentário é um procedimento conservador capaz de preservar a estética, restaurar a função e deixar o paciente emocionalmente e psicologicamente tranquilo. Entretanto alguns cuidados devem ser tomados no momento operatório da união entre dente e fragmento, principalmente a posição em que o fragmento deve estar em relação ao longo eixo do dente (ANDREASEN 1994).

Muitas vezes podem ocorrer falhas causadas pelos próprios tecidos danificados, como por exemplo o fragmento obter uma coloração diferente da cor dos demais dentes. Quando falhas pequenas acontecem, pode-se lançar mão de técnicas para ajustar essas pequenas desadaptações, como desgastar minimamente o dente caso a posição não esteja bem adequada, além disso, usar compósitos para melhorar a harmonização de cor e forma (CAMPOS et al. 2006). O acompanhamento clínico e radiográfico periódico é essencial para um tratamento ser bem-sucedido. Nas radiografias periódicas poderemos visualizar se houveram pequenas alterações que possam indicar processos de reabsorções ou inflamações dignas de reintervenções.

Nos casos em que a fratura de coroa for não complicada, o tratamento endodôntico só se fará necessário caso tenha sido comprovado através de exames radiográficos e de sensibilidade pulpar que a polpa esteja necrosada, caso contrário o tratamento é feito através de regularização das bordas em fraturas pequenas, colagem do fragmento em situações onde o fragmento tenha

sido encontrado ou até mesmo com restauração através de materiais restauradores. Entretanto, quando a fratura for complicada, será necessário a realização do tratamento endodôntico, uma vez que a polpa foi exposta à cavidade oral (ROBERTSON, 1998).

Tanto o trauma dentário como o tratamento endodôntico podem causar alteração na coloração do dente, são denominados como fatores intrínsecos e decorrem da necrose pulpar e/ou hemorragia intrapulpar (traumatismos e pulpectomia) e da impregnação na estrutura dentária de pigmentos de materiais obturadores. Os dentes permanentes podem ficar avermelhados e isso indica que houve uma hemorragia intrapulpar que, no entanto, da mesma forma que esse sangue foi extravasado pode ser reabsorvido, de forma natural e os tecidos devidamente reparados retornando a sua coloração natural. Porém há situações onde haverá uma persistência da coloração alterada, caracterizada pela cor cinza, que é indicativa de alterações irreversíveis (BARATIERI et al. 2001). Durante o tratamento endodôntico, é importante que o dentista se atente para alguns fatores que ajudam no prognóstico favorável para a estética do dente traumatizado, como por exemplo o tamanho adequado da abertura coronária, pois quando é insuficiente não oportuniza a limpeza adequada da câmara pulpar, permanecendo assim restos necróticos bem como a penetração dessa substância nos canalículos dentinários. Da mesma forma acontece com os restos de cimentos obturadores, se não for devidamente removido e a limpeza da câmara pulpar não for feita de forma adequada, também podem corroborar para uma coloração dentária insatisfatória (ATTIN et al. 2003).

Essa coloração diferente dos demais dentes poderá causar incômodo ao paciente, muitas vezes incidindo na sua autoestima. Por isso, para a maioria desses casos é indicado a realização de um procedimento clareador, seja ele interno, em dentes desvitalizados, externo, em dentes que porventura apresentem vitalidade pulpar, ou até mesmo clareamento de forma combinada, que utilizará tanto o método interno quanto o externo, concomitantemente. O clareamento é uma forma não invasiva de tratamento para dentes despolpados que visa a melhora da estética para o paciente bem como a conservação de estrutura dentária. Este último fator é importante quando se compara com outros tipos de tratamentos, mais invasivos, como a confecção de facetas.

O objetivo deste trabalho é descrever o tratamento de uma paciente que sofreu um trauma no incisivo central superior com fratura coronária associada a uma discromia tardia, abordando as opções terapêuticas como a colagem dentária e o clareamento dental.

2. METODOLOGIA

Para realização do estudo foi selecionado uma paciente que apresentou fratura coronária completa em um incisivo central superior, decorrente de traumatismo dentário, associado à um escurecimento tardio de sua coroa dentária.

Através de uma anamnese detalhada e diagnóstico criterioso optou-se em realizar tratamento endodôntico e posteriormente clareamento externo do dente traumatizado. No entanto, após quatro anos de acompanhamento clínico e radiográfico pôde-se observar leve alteração da coloração dos dentes adjacentes ao dente que sofreu o trauma, e por isso a conduta do caso foi a de execução de clareamento de consultório nesses dentes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 11 anos de idade, buscou atendimento odontológico para resolução de uma insatisfação estética no incisivo central superior esquerdo. Relatou que o dente estava mudando de cor após haver sofrido um traumatismo dentário com fratura não complicada de coroa e que o tratamento proposto na época foi uma colagem dentária adesiva. Com base nos achados clínico-radiográficos e apesar do tratamento endodôntico já haver sido realizado anteriormente ao traumatismo dentário, o plano de tratamento proposto consistiu, além do retratamento endodôntico do 21, clareamento de consultório através do uso de peróxido de hidrogênio a 35% no incisivo central, além de acabamento/polimento da linha de união entre o fragmento e remanescente dentário. Uma segunda abordagem clareadora posterior excluiu o incisivo central superior direito e o fragmento dentário do incisivo central superior esquerdo por apresentarem mesmo valor (1M) variando apenas no seu croma. Foram realizados os mesmos procedimentos técnicos de clareamento de consultório empregando o clareador Mix One Supreme (Villevie). Ao término do procedimento, pode ser imediatamente notado a harmonia e o aspecto natural obtido pelo procedimento clareador além do mascaramento da interface de colagem. A paciente foi instruída com relação aos cuidados que um procedimento de colagem dentária obrigatoriamente necessita.

4. CONCLUSÕES

Concluimos, assim, que o procedimento instituído permitiu a realização da manutenção da colagem dentária e da ação clareadora de forma adequada, solucionando o problema estético e possibilitando a manutenção da saúde bucal.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

STEVEN, O; THALIA, J; IVO, K. Crown fractures in the permanent dentition: pulpal and restorative considerations. **Dental Traumatology**, v.18, p.103–15, 2002.

ANDREASEN, J.O.; RAVN, J.J. Epidemiology of traumatic dental injury to primary and permanent teeth. **International Journal Oral Surgery**, v.1, p.235-239, 1972.

CAPRIOGLIO, D.; FALCONI, P.N.; VCRNOLC, B. **Traumi dei Denti Anteriori in Pedodonzia**. Milan: Masson, 1986. 1v.

MARTOS, J.; MAJZOOB, Y.M.; SIGNORI, C.; SILVEIRA, L.F.M. Adhesive crown fragment reattachment in anterior-fractured tooth. **Journal of Restorative Dentistry**, v.2, p.54-6, 2014.

ANDREASEN, J.O. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**. Copenhagen: Munksgaard, 1994. 3v.

CAMPOS, R.E.; SOARES, C.J.; OLIVEIRA-JÚNIOR, O.B.; SILVA, G.R. Influence of the chamfer on the bonding strength of reattached dental fragments. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v.15, p.44–50, 2006.

ROBERTSON, A. A retrospective evaluation of patients with uncomplicated crown fractures and luxation injuries. **Endodontics Dental Traumatology**, v.14, p.245-256, 1998.

BARATIERI, L.N.; MONTEIRO JÚNIOR, S.; ANDRADA, M.A.C.; VIEIRA, L.C.C.; RITTER, A.V.; CARDOSO, A.C. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos, 2001. 1v.

ATTIN, T. et al. Review of the current status of tooth whitening with the walkingbleach technique. **International Endodontic Journal**, v.36, p.313-329, 2003.