

TRATAMENTO ESTÉTICO CONSERVADOR COM REMOÇÃO PONTUAL DE MANCHA HIPOPLÁSICA EM ESMALTE – RELATO DE CASO CLÍNICO

ISABEL VASCONCELLOS DE SOUZA¹; GABRIELA PEGLOW CRESPO²;
EDUARDO TROTA CHAVES³; ELISEU ALDRIGHI MÜNCHOW⁴; GREGORI
FRANCO BOEIRA⁵; LISIA LOREA VALENTE⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – bebelvsouza@gmail.com

²Universidade Federal do Pelotas – gabriela.crespo@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – eduardo.trota@yahoo.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul – eliseumunchow@gmail.com

⁵Universidade Católica de Pelotas – gregori.boeira@ucpel.edu.br

⁶Universidade Federal de Pelotas – lisialorea@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O sorriso interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas, uma vez que aspectos psicossociais são afetados quando existem problemas de autoestima e de comunicação relacionados à estética dental (VENETE et al., 2017). Nesse contexto, uma odontologia com enfoque estético vem ganhando espaço no cenário atual, aumentando as exigências dos pacientes por dentes brancos, perfeitos e alinhados. Assim, os desafios clínicos do profissional da área devem evoluir junto do contexto em que ele está inserido, gerando muitas vezes desenvolvimento de técnicas, materiais e novas opções de tratamento (BLATZ et al., 2019).

Os defeitos no desenvolvimento do esmalte podem gerar desconfortos tanto estéticos quanto funcionais nos pacientes (MOURA et al., 2017). A amelogenese imperfeita, a hipoplasia de esmalte e a fluorose dental são alguns tipos de defeitos existentes que apresentam características clínicas muito similares. Em razão disso, o conhecimento das características e particularidades de cada condição é essencial, para assim permitir diagnósticos corretos frente aos mais diversos casos. Além disso, tal conhecimento torna-se fundamental à elaboração de um correto plano de tratamento, garantindo resultados satisfatórios (DABIRI et al., 2018).

O objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico envolvendo manchas brancas localizadas em região estética (terços médio e incisal dos dentes incisivos superiores) e diagnosticadas como hipoplasia de esmalte, além de discutir as opções de tratamento preconizadas e embasadas na literatura.

2. METODOLOGIA

Paciente J. B., sexo feminino, 34 anos, leucoderma, procurou atendimento odontológico em consultório particular com queixa principal estética, alegando “manchas brancas nos dentes da frente”. Na anamnese, relatou recordar de um acontecimento traumático quando tinha 4 anos. Primeiro, realizou-se um protocolo de registro fotográfico intra-oral e extra-oral de sorriso e face da paciente. No exame clínico, constatou-se a presença de manchas esbranquiçadas nos terços médio e incisal da face vestibular dos incisivos centrais superiores (dentes 11 e 21), com irregularidades na superfície de esmalte. O exame de transiluminação foi realizado, com ajuda de um fotopolimerizador, observando-se a extensão e a profundidade das manchas. Os demais dentes anteriores não apresentavam nenhuma alteração estética. O exame radiográfico periapical dos incisivos centrais mostrou alterações radiolúcidas condizentes com as manchas observadas clinicamente. A paciente

apresentava boa saúde bucal, sem alterações periodontais significantes. Portanto, seu diagnóstico foi de hipoplasia de esmalte causada por um trauma na infância.

Usualmente, em casos com esse tipo de diagnóstico, segue-se uma ordem de procedimentos do mais conservador para o mais invasivo, sendo ela: clareamento dental, microabrasão e macroabrasão seguida de restauração com resina composta. Como um clareamento dental havia sido realizado recentemente na paciente, ele não foi considerado neste caso. Além disso, como observado ao exame de transiluminação, as manchas se mostraram muito escuras e evidenciando certa extensão em profundidade, excluindo a opção da microabrasão (técnica de ação superficial). Em vista disso e da exigência altamente estética da paciente, prosseguiu-se para um plano de tratamento menos conservador: macroabrasão com desgaste pontual das manchas e restauração de resina composta.

Foi realizado isolamento absoluto dos dois dentes acometidos, deixando-os expostos. Com uma ponta diamantada de formato esférico em alta rotação (Nº 1016, KG Sorensen, Brasil), foram feitos os desgastes apenas das áreas afetadas pelas manchas na face vestibular dos elementos (macroabrasão). Um sistema adesivo convencional de 3 passos foi escolhido e sua aplicação deu-se na seguinte ordem: condicionamento ácido com gel de ácido fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, colocação do primer (Adper Scotchbond Multi-Purpose, 3M ESPE, EUA) em dentina e do adesivo (Adper Scotchbond Multi-Purpose, 3M ESPE, EUA) em toda superfície, conforme recomendação do fabricante. Após, realizou-se restauração de resina composta através da técnica incremental, primeiro no dente 21 e em seguida no dente 11. Um incremento de resina com opacidade de esmalte e cor UE2 (Enamel Plus HRi, Micerium S.p.A., Itália) foi posicionado com ajuda de um instrumento de modelagem para compósitos não polimerizados (OptraSculpt Pad, Ivoclar Vivadent, Brasil) e, por fim, foi fotopolimerizado.

Em uma segunda sessão, acabamento e polimento foram realizados, com ajuste das anatomias primária (arestas incisais, áreas de luz e sombra, ângulos incisais, proporções vestibulares e ameias), secundária (sulcos e lóbulos de desenvolvimento) e terciária (sulcos horizontais e periquemáceas), garantindo assim um resultado estético e funcional adequado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hipoplasia de esmalte é um defeito de desenvolvimento caracterizado por um distúrbio quantitativo na formação do tecido mineralizado. Suas causas englobam fatores hereditários, sistêmicos ou locais, sendo traumatismo dentário um exemplo de fator etiológico local. A hipoplasia é relativamente comum na dentição decídua, fato que pode ser explicado em virtude do número de acidentes que ocorrem na infância, porém pode ocorrer também na idade adulta, uma vez que os dentes sucessores permanentes podem ser afetados (RUSCHEL et al., 2016; SOUZA et al., 2020).

Clinicamente, manchas brancas ou marrom-amareladas são observadas. Como esse defeito pode causar problemas mais estéticos do que funcionais, é imprescindível que exista queixa do paciente quanto à aparência dos seus dentes. No intuito de contribuir para a longevidade dos dentes em boca, deve-se evitar, quando possível, o ciclo restaurador repetitivo. Para isso, procedimentos conservadores se fazem necessários e devem ser considerados como prioridade, preservando-se a estrutura dental sadia ao máximo (OLIVEIRA et al., 2020).

No presente caso clínico, é possível inferir que as manchas brancas se tornaram mais visíveis e demarcadas após realizado um procedimento de clareamento dental relatado pela paciente, levando ao aumento do grau de insatisfação da mesma. Apesar do clareamento ter causado uma piora no aspecto estético das manchas, há relatos na literatura em que métodos menos invasivos foram utilizados na resolução estética de defeitos em esmalte e acabaram demonstrando eficiência clínica (OLIVEIRA et al., 2020). A microabrasão e a infiltração resinosa são outras boas opções de tratamento, as quais aliam resultados satisfatórios e preservação de tecido hígido. A primeira envolve a utilização de agentes ácidos e abrasivos que são aplicados na superfície alterada do esmalte com pressão mecânica de um instrumento de borracha em baixa rotação, sendo associado ou não ao clareamento (PINI et al., 2015). A segunda consiste na penetração de uma resina de baixa viscosidade no esmalte hipomineralizado e poroso, sendo uma técnica mais recente que as demais, mas que entrega resultados interessantes em casos semelhantes (PERDIGÃO, 2020).

Apesar da importância de priorizar os procedimentos minimamente invasivos, deve-se também levar em consideração o diagnóstico do paciente. Para isso, no caso de manchas brancas, um exame de transiluminação é essencial. Considerado simples, não invasivo e indolor, ele auxilia na detecção de opacidades do esmalte nos dentes anteriores e, conseqüentemente, na discriminação clínica entre esmalte saudável e não saudável (MAROUANE et al., 2019). Como exemplo da sua importância, no presente caso clínico, ao exame pôde-se observar extensão e profundidade das manchas. Assim, ao se averiguar que eram de fato relativamente profundas, um diferente plano de tratamento teve de ser considerado.

A abordagem envolvendo macroabrasão e restauração com resina composta dos dentes 11 e 21 foi escolhida. Apesar de ser um tratamento menos conservador do que os já descritos, ele possui um alto índice de sucesso clínico em casos de hipoplasia de esmalte com manchas mais profundas, no que diz respeito ao grau de satisfação tanto do paciente quanto do profissional (RUSCHEL et al., 2016; SOUZA et al., 2020). Não foi diferente nesse relato de caso: as restaurações diretas culminaram em resultados altamente estéticos e de acordo com as exigências da paciente, ao mesmo tempo que mínimos desgastes foram realizados.

Por fim, o material restaurador de escolha também teve influência no sucesso clínico do tratamento. Para que um compósito mimetize as propriedades ópticas do dente, é fundamental que seu índice de refração relativo seja semelhante ao do esmalte natural, estrutura que é mais importante na captação da luz (VILLARROEL et al., 2005). Em vista disso, uma resina composta da marca Enamel Plus HRi (Micerium S.p.A., Itália) foi escolhida para realização das restaurações, pois apresenta índice de refração mais próximo do esmalte dental em comparação com outras marcas comerciais (Natural and Composite Enamel from Fraunhofer Institute for Mechanics of Materials IWM, Alemanha), garantindo estética ao resultado final.

4. CONCLUSÕES

Um plano de tratamento bem executado depende de corretos diagnóstico e planejamento por parte do cirurgião-dentista. Assim, resultados altamente estéticos são obtidos ao mesmo tempo que estrutura dental vital é preservada, por meio de procedimentos minimamente invasivos. No presente caso clínico, as manchas brancas foram mascaradas com mínimos desgastes e com uso de resina composta na cor, espessura e opacidade adequadas, promovendo um resultado satisfatório e atendendo às expectativas da paciente e do profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLATZ, M. B. et al. Evolution of Aesthetic Dentistry. **Journal of Dental Research**, EUA, v. 98, n. 12, p. 1294-304, 2019.

DABIRI, D. et al. Diagnosing Developmental Defects of Enamel: Pilot Study of Online Training and Accuracy. **Pediatric Dentistry**, EUA, v. 40, n. 2, p. 105-9, 2018.

MAROUANE, O.; DOUKI, N. The use of transillumination in detecting subclinical extensions of enamel opacities. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, Inglaterra, v. 31, n. 6, p. 595-600, 2019.

MOURA, C. D. V. S. et al. Functional and esthetic rehabilitation of a child with amelogenesis imperfecta: a case report. **Academy of General Dentistry**, EUA, v. 65, n. 3, e18-20, 2017.

OLIVEIRA, A. et al. Dental Bleaching, Microabrasion, and Resin Infiltration: Case Report of Minimally Invasive Treatment of Enamel Hypoplasia. **The International Journal of Prosthodontics**, EUA, v. 33, n. 1, p. 105-10, 2020.

PERDIGÃO J. Resin infiltration of enamel white spot lesions: An ultramorphological analysis. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, Inglaterra, v. 32, n. 3, p. 317-24, 2020.

PINI, N. I. et al. Enamel microabrasion: An overview of clinical and scientific considerations. **World Journal of Clinical Cases**, EUA, v. 3, n. 1, p. 34-41, 2015.

RUSCHEL, V. C. et al. Enamel hypoplasia: challenges of esthetic restorative treatment. **Academy of General Dentistry**, EUA, v. 64, n. 5, p. 75-8, 2016.

SOUZA, M. I. A. V. et al. Esthetic reconstruction of teeth with enamel hypoplasia. **Academy of General Dentistry**, EUA, v. 68, n. 2, p. 56-9, 2020.

VENETE, A. et al. Relationship between the psychosocial impact of dental aesthetics and perfectionism and self-esteem. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, Espanha, v. 9, n. 12, e1453-8, 2017.

VILLARROEL, M. et al. Direct Esthetic Restorations Based on Translucency and Opacity of Composite Resins. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, Inglaterra, v. 23, n.2, p. 73-88, 2011.