

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Júlia Resende Melo

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM PACIENTE COM DOENÇA PERIODONTAL  
CRÔNICA: RELATO DE CASO CLÍNICO.**

Mossoró/RN

2022

Júlia Resende Melo

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM PACIENTE COM DOENÇA PERIODONTAL  
CRÔNICA: RELATO DE CASO CLÍNICO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao programa de pós-graduação do Instituto Oral Clínica, como requisito para obtenção do título de especialista em Prótese Dentária.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Clara Soares Paiva Torres.

Mossoró/RN

2022



Júlia Resende Melo.

## **REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM PACIENTE COM DOENÇA PERIODONTAL CRÔNICA: RELATO DE CASO CLÍNICO.**

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em prótese dentária

Área de concentração: Prótese

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ pela banca constituída pelos seguintes professores:

---

Prof. Dra. Ana Clara Soares Paiva Torres – UERN.

---

Prof. Dr. Lucas Costa de Medeiros Dantas.

---

Prof. Esp. Ney Robson Vieira de Alencar.

Mossoró/RN, 13 de Março de 2022.

## SUMÁRIO

Resumo.....	06
Abstract.....	07
Introdução.....	08
Objetivo.....	09
Relato de caso.....	10
Discussão.....	24
Conclusão.....	26
Referências.....	27

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - a: Foto extraoral da paciente com sorriso social; b: Foto extraoral da paciente com o sorriso forçado.....12

Figura 2 - Foto intraoral na qual observa-se a presença de várias restaurações interproximais insatisfatórias, alguns elementos escurecidos (especialmente o 14, 21 e 22), retração gengival (21 e 22).....13

Figura 3 – Série de radiografias periapicais, para análise de todos os dentes e tecidos ao redor.....14

Figura 4 – Planejamento digital do sorriso.....15

Figura 5 – Modelo de gesso com enceramento diagnóstico.....15

Figura 6 - Guia de silicone e modelo de gesso encerado para realização de prova estética – mockup.....16

Figura 7 – Sorriso com prova do mockup.....17

Figura 8 - a: Guia vestibular em posição mostrando a quantidade de desgaste que foi realizado. b: Guia incisal em posição mostrando a quantidade de desgaste que foi realizado.....18

Figura 9 - Preparos finalizados após polimento.....19

Figura 10 – Verificação da cor do substrato após preparo.....	20
Figura 11 – Moldagem com silicone de adição, realizada em duas etapas e com o auxílio de fio retrator. ....	21
Figura 12 - a: Vista oclusal da contenção ortodôntica em posição sobre os provisórios. b: Vista frontal dos provisórios em boca.....	21
Figura 13 - Prova seca em boca das peças recém chegadas do laboratório.....	23
Figura 14 - Peças protéticas cimentadas.....	23

## **RESUMO**

O presente trabalho objetiva relatar um caso clínico de reabilitação oral destacando a importância da abordagem minimamente invasiva e interdisciplinar no contexto do tratamento estético com facetas e coroas cerâmicas. A paciente em questão compareceu ao instituto de ensino e pesquisa Oral Clinica queixando-se da estética, forma e cor dos seus dentes. Demonstrando interesse em realizar reabilitação através de laminados cerâmicos. A mesma foi submetida a um clareamento, a uma cirurgia de enxerto gengival e os devidos preparos. Dentro das limitações desta situação clínica o tratamento proposto alcançou sucesso do ponto de vista funcional e relacionados a expectativa do paciente.

Palavras chave: Reabilitação oral; estética; preparos.

## **ABSTRACT**

The present work aims to report a clinical case of oral rehabilitation highlighting the importance of a minimally invasive and interdisciplinary approach in the context of aesthetic treatment with ceramic veneers and crowns. The patient in question came to the Oral Clinica teaching and research institute complaining about the aesthetics, shape and color of her teeth. Showing interest in carrying out rehabilitation through ceramic laminates. The same was submitted to a bleaching, a gingival graft surgery and the appropriate preparations. Within the limitations of this clinical situation, the proposed treatment was successful from the functional point of view and related to the patient's expectation.

Keywords: Oral rehabilitation; aesthetics; preparations.

## 1. INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, os tratamentos odontológicos com ênfase na estética dentária são cada vez mais executados (Conceição, 2019). A busca incessante por um sorriso harmônico é crescente na Odontologia moderna, e garantiu maior espaço e exigência entre os pacientes nos consultórios. Sempre visando criar o semelhante do semelhante, segundo a proporção áurea da Odontologia (Lombardi, 1973). Esse crescimento, entre outras coisas, se deve ao surgimento de inúmeras técnicas com a finalidade de solucionar problemas estéticos, corrigir formas dentárias, mascarar o escurecimento do substrato e devolver ao paciente um sorriso agradável aos olhos.

Neste contexto, é importante destacar que dedicar mais tempo na fase de anamnese, diagnóstico e planejamento ajuda a melhorar previsibilidade do tratamento e eficácia da execução. Além disso, essa dedicação diminui os erros clínicos e a frustração por falhas de comunicação entre paciente e clínico. Com o objetivo de obter a reabilitação estética e funcional, é preciso buscar aprimoramento no planejamento e melhor suporte de previsibilidade para o tratamento clínico. O uso de ferramentas digitais como o DSD (Digital Smile Design) oferece aos dentistas uma nova perspectiva mostrando uma maior taxa de sucesso em relação aos resultados finais (Coachman et al, 2012).

Para os tratamentos estéticos, a combinação de DSD e mockup para diagnóstico e planejamento de tratamento tem resultados positivos e altamente satisfatórios na reabilitação estética dos dentes anteriores, com laminados cerâmicos, por exemplo (Garcia et al. 2018).

Com base nesse planejamento, os melhores tratamentos e materiais podem ser utilizados. Nessa perspectiva, ao utilizar uma infraestrutura em zircônia, por exemplo, os estudos recentes demonstraram que é possível bloquear completamente a influência que a cor do substrato apresenta na restauração de dissilicato de lítio. Estes resultados estão de acordo com a comunidade científica presente, onde já relataram esta capacidade de mascaramento apresentada pelas infraestruturas em zircônia (Maroli et al. 2019).

Contudo, neste contexto, é importante destacar que durante o planejamento reabilitador o objetivo de qualquer tratamento, além da estética, também deve contemplar a restauração da saúde e da função, sendo a estética uma consequência deste trabalho.

Desde 1997, segundo Busato et al, as facetas estéticas em cerâmica só alcançaram o sucesso devido á combinação perfeita das qualidades ópticas e físicas das cerâmicas com a confiabilidade das técnicas adesivas desenvolvidas nos últimos anos. De acordo com alguns autores, esse sucesso dos laminados de porcelana não é obtido por meio do uso da denominada alta tecnologia ou de materiais avançados, mas simplesmente através da associação de dois materiais tradicionais, que são as resinas compostas híbridas e a porcelana (Magne e Belser 2003). As indicações para cimentação convencional devem ser revisadas criticamente, pois ocorreu maior perda de retenção em restaurações cimentadas com cimento de fosfato de zinco ou CIV em comparação com as cimentadas com cimentos de resina composta. Os cimentos resinosos autocondicionantes e autoadesivos demonstraram em vários estudos clínicos serem clinicamente confiáveis com melhor resistência mecânica em comparação com cimentos de fosfato de zinco e GICs (Dogan et al. 2019).

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de reabilitação oral anterior e posterior demonstrando a importância do planejamento para obter resultados mais satisfatórios.

## **2. OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de reabilitação oral anterior e posterior demonstrando a importância do planejamento para obter resultados mais satisfatórios.

### **3. RELATO DE CASO**

Paciente, S.R.A.S., 56 anos, gênero feminino, compareceu ao instituto de ensino e pesquisa Oral Clínica, na cidade de Mossoró-RN, para atendimento no setor da pós graduação, no curso de especialização em prótese dentária. A queixa principal da paciente era a estética, forma e cor dos dentes. Demonstrando interesse em realizar reabilitação através de laminados cerâmicos.

Foi realizada a anamnese padrão para avaliação do histórico médico e odontológico. Além disso, nesse momento, a mesma foi convidada a assinar um termo livre e esclarecido, o qual continha informações sobre o tratamento e também autorizações para condução e publicação do mesmo. Em seguida, o exame físico foi realizado e além de anotações sobre os achados, foram feitas as fotografias para registro inicial do caso (Figura 1). Após isso diagnosticou-se a presença de restaurações insatisfatórias, desgaste dentário, ausência de alguns elementos e uma leve retração gengival na região.

*Figura 1 – a: Foto extraoral da paciente com sorriso social; Figura 1 – b: Foto extraoral da paciente com o sorriso forçado.*



Além do que foi mencionado pela paciente como queixa relacionada a insatisfação com suas restaurações antigas, a mesma ainda relatou incômodo com uma contenção ortodôntica superior. Durante o exame, foi constatada a presença de mobilidade grau 1 nos incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores. No exame intraoral observou-se um quadro de saúde periodontal com gengiva na coloração normal rósea, a presença de restaurações insatisfatórias e a ausência de alguns elementos dentários (Figura 2). Após o exame clínico, imagens radiográficas (Figura 3) também foram solicitadas para complementar o diagnóstico e fundamentar o planejamento do caso.

*Figura 2 - Foto intraoral na qual observa-se a presença de várias restaurações interproximais insatisfatórias, alguns elementos escurecidos (especialmente o 14, 21 e 22), retração gengival (21 e 22).*



A fim de complementar as informações do caso, previamente ao planejamento propriamente dito, realizou-se uma moldagem com silicone de adição (Express XT, 3M ESPE) para confecção dos modelos de estudo superior e inferior, os quais foram montados em um articulador semi-ajustável (ASA) (Modelo 4000, Bio-Art). Com os modelos montados em ASA um estudo da condição oclusal foi realizado.

*Figura 3 – Série de radiografias periapicais, para análise de todos os dentes e tecidos ao redor.*



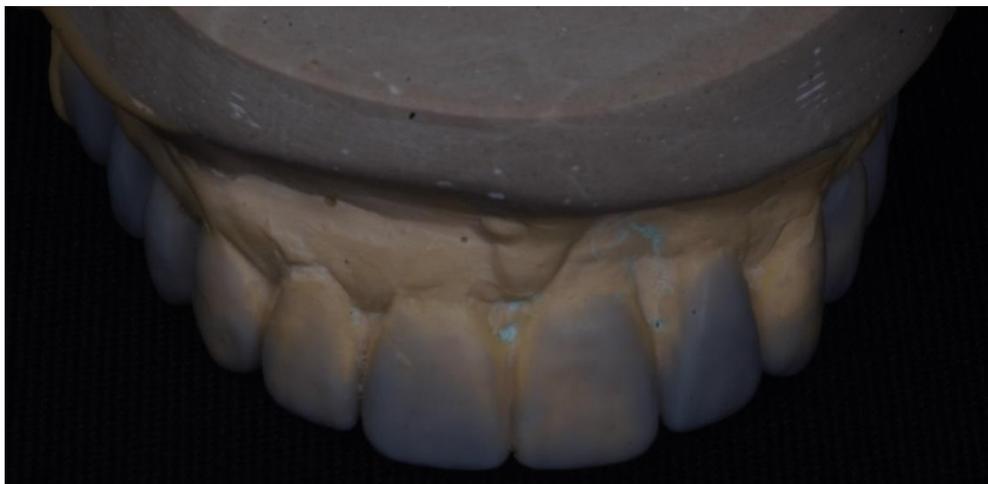
Após encaminhamento dos modelos para realização de enceramento diagnóstico de acordo com o planejamento digital (Figura 4) o clareamento dental foi iniciado. O mesmo foi realizado com a associação das técnicas: clareamento supervisionado (peróxido de carbamida - Whiteness perfect, FGM 22%) e clareamento de consultório (peróxido de hidrogênio - Whiteness HP), a fim de clarear a cor dos substratos dentários, para só então iniciar o tratamento reabilitador.

*Figura 4 – Planejamento digital do sorriso.*



Em seguida, com a chegada do modelo de gesso encerrado (Figura 5) do laboratório, foi confeccionada uma guia (Figura 6) com silicone de adição (Express XT, 3M ESPE) para a obtenção do mock up, que nada mais é do que um ensaio do futuro sorriso. Com o uso da resina bisacrílica (Yprov Bisacryl) depositada no interior da guia e ajustada à boca da paciente, foi transferido às dimensões e novos formatos dos elementos dentários. Assim houve uma melhor visualização do que havia sido planejado, auxiliando na confirmação do tratamento e possíveis correções.

*Figura 5 – Modelo de gesso com enceramento diagnóstico.*



*Figura 6 – Guia de silicone e modelo de gesso encerado para realização de prova estética – mockup.*



Uma nova tomada fotográfica foi realizada para a avaliação do mockup (Figura 7). E só após a aprovação do novo sorriso, foi que iniciamos os procedimentos cirúrgicos (enxerto gengival na região de 21 e 22, permitindo assim uma melhor estética das proporções teciduais) e os devidos preparos. A parte cirúrgica foi realizada no curso de Especialização em periodontia do Instituto Oral Clinica, e após o período de cicatrização a paciente foi liberada para os próximos passos.

*Figura 7 – Sorriso com prova do mockup.*



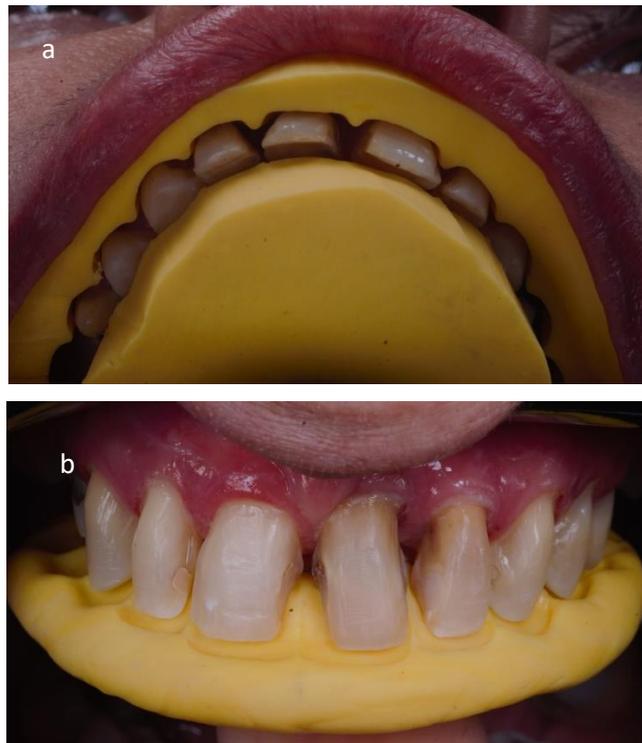
Após o tempo de cicatrização da cirurgia, foram confeccionadas duas guias com o material pesado do silicone de condensação (Yllor). Sendo uma guia de região oclusal superior do enceramento e a outra região da palatina do enceramento. Na sequência, cortou-se o molde com o auxílio de um bisturi número 12. Finalizado o corte obteve-se uma matriz que registrou a forma e anatomia dos dentes superiores, dando a referência necessária para o preparo dos elementos.

Para os preparos, iniciamos com uma ponta diamantada esférica (1014, Komet), utilizada em 45° com a superfície vestibular dos elementos. Delimitou-se a profundidade equivalente à metade da ponta diamantada, envolvendo também a porção mais vestibular das faces proximais. Em seguida, foi então empregada uma ponta diamantada tronco cônica (3139, Komet), com extremo arredondado, e aprofundada de acordo com a profundidade planejada, seguindo

os planos de orientação de cada dente, até que se obteve uma superfície regular e com espessura uniforme. Com essa mesma ponta foram realizados sulcos de orientação nas incisais e oclusais, e a união dos mesmos. Em seguida, foram utilizadas as guias de silicone para conferência da uniformidade do desgaste vestibular e incisal/oclusal (Figura 8). Após conferência com as guias de toda porção preparada, observou-se que eles foram mantidos no nível gengival para melhor estética. Alguns dos preparos tiveram que envolver os preparos das regiões de restaurações insatisfatórias para assegurar a longevidade do trabalho.

*Figura 8 – a: Guia vestibular em posição mostrando a quantidade de desgaste que foi realizado.*

*Figura 8 – b: Guia incisal em posição mostrando a quantidade de desgaste que foi realizado.*



Com os preparos finalizados, foi realizado o polimento proporcionando melhor lisura e acabamento (Figura 9). Em seguida, com o uso de uma moldeira metálica perfurada de estoque foi dado início a técnica de moldagem de dois

passos com silicone de adição (Express XT, 3M ESPE). Para o primeiro passo a moldeira foi carregada com a parte do material pesado e a moldagem foi realizada em boca. Para a realização do segundo passo foi preciso afastar o tecido gengival com o uso de um fio afastador #000 (Ultrapak, Ultradent) inserido individualmente em cada dente, e um segundo fio, #00, inserido em toda a porção vestibular. Após dois minutos o segundo fio foi retirado na intenção do material copiar todos os detalhes possíveis. Em seguida carregamos a moldeira com o material leve e levamos em boca para aguardar o tempo de presa.

*Figura 9 – Preparos finalizados após polimento.*



Nesse momento foi realizada a escolha da cerâmica para realização das peças protéticas e a cor (Figura 10). A moldagem foi então encaminhada para o laboratório junto com as fotos e o encerramento, e em seguida foi confeccionado os provisórios com a guia do mockup e a resina bisacrílica (Yprov Bisacryl).

*Figura 10 – Verificação da cor dos substratos após preparos.*



Os laminados (13 ao 25) e as coroas (elementos 14 e 15) vieram do laboratório, e aí então foi realizada uma profilaxia em todos os dentes, e em seguida a prova seca dos laminados em boca. Após checagem do posicionamento de cada peça, observou-se que dois dentes preparados tinham sofrido leve alteração de posição, o que inviabilizou a cimentação das peças nesse primeiro momento. Com isso, uma nova moldagem foi realizada (Figura 11), sendo essa feita em duas etapas para uma maior previsibilidade do resultado e as peças foram enviadas para o laboratório para o devido ajuste.

Para evitar qualquer tipo de movimentação nos elementos que apresentavam doença periodontal crônica com mobilidade grau 1, foi feita uma espécie de contenção por cima dos provisórios (Figura 12).

*Figura 11 – Moldagem com silicone de adição, realizada em duas etapas e com o auxílio de fio retrator.*



*Figura 12 – a: Vista oclusal da contenção ortodôntica em posição sobre os provisórios.*

*Figura 12 – b: Vista frontal dos provisórios em boca.*





Após isso, com as peças de volta, uma nova prova seca (Figura 13) em boca foi realizada e após a aprovação do tamanho, forma e cor pela paciente os passos para cimentação definitiva foram iniciados. Primeiramente realizou-se o preparo da peça protética, através do condicionamento com ácido fluorídrico a 5% (Condac porcelana) por 20 segundos em toda porção interna, seguido de lavagem abundante com água corrente, e secagem com jatos de ar. Na sequência foi realizada a aplicação do silano (Prosil). O preparo do remanescente foi iniciando com proteção dos dentes adjacentes, aplicação do ácido fosfórico 35% (Ultra-Etch) por 30 segundos, lavagem abundante com água, secagem com jatos de ar, e aplicação de sistema adesivo (Magic Bond). O cimento (Cimento Resinoso Dual NX3, Kerr) foi então depositado na porção interna da peça, que foi adaptada ao preparo. Removeu-se os excessos de cimento com um pincel, e realizou-se a fotopolimerização por 60 segundos por toda face das peças. A cimentação foi realizada inicialmente pelos incisivos centrais, seguida consecutivamente pelos laterais e assim por diante até finalizar os dez elementos (Figura 14).

*Figura 13 – Prova seca em boca das peças recém chegadas do laboratório.*



Figura 14 – Peças protéticas cimentadas.



#### 4. DISCUSSÃO

A motivação pela estética leva muitos pacientes aos consultórios odontológicos, onde, através de métodos e técnicas apuradas os profissionais conseguem tornar um sorriso agradável dentro do contexto facial. Dentro da resolução desse caso clínico foi realizado um planejamento reverso, com auxílio de DSD e mockup para aprovação da paciente e execução dos preparos.

No tocante ao planejamento digital, esta técnica utiliza fundamentos relacionados a proporção áurea (Lombardi, 1973). Esta proporção visa criar o semelhante do semelhante. É uma constante entre a razão estabelecida pelas larguras do incisivo central superior e lateral superior e deve ser de 1,618 : 1, procurando estender esta razão entre incisivo lateral superior e canino superior. Assim, cada tamanho de dente será diferente, mas manterão uma relação constante entre si, organizando os elementos de acordo com um princípio. Já em 2005, Francischone, também estabelece a mesma relação para o sorriso, considerando que, de uma vista frontal, o incisivo lateral superior deve ter, aproximadamente 62% do tamanho do incisivo central superior e o canino superior 62% do incisivo lateral superior vistos de frente, para que eles estejam em proporção ideal no conjunto do sorriso. Já Schiller, Lopes e Hirata, em 2003, afirmaram que a teoria da proporção áurea promove um guia prático e provado para estabelecer a proporcionalidade em dentes anteriores e se mostrou benéfica no planejamento estético do sorriso, durante a avaliação e no plano de tratamento. Porém, outros fatores devem ser levados em consideração, sendo assim, essa teoria não deve constituir um determinante absoluto da aparência estética. Existem também outras relações de proporção que devem ser levadas em consideração (Silveira, 2015).

No presente estudo, a paciente compareceu a clínica escola queixando-se, principalmente, da coloração dos seus dentes e das restaurações insatisfatórias. Com base nisso, o caso necessitou de um planejamento que segue os princípios de proporcionalidade dentária e atendesse as queixas da paciente.

As restaurações cerâmica são uma opção de tratamento previsível e de ótima duração, um tipo de tratamento onde não apenas a aparência estética, mas

também a resistência e a função dos dentes podem ser restabelecidas (Gresnigt et al., 2012). Assim, De início preparos minimamente invasivos foram idealizados, mas com a finalização do clareamento observou-se que seria necessário desgastes consideráveis na tentativa de mascarar a cor do substrato e para que a cimentação das peças fosse feita unicamente em dente com um selamento marginal confiável.

Para oferecer maior confiabilidade técnica, os preparos foram realizados na arcada superior com o auxílio das guias feitas de silicone de adição para melhor acomodação das peças cerâmicas. Sempre respeitando os planos de orientação na tentativa de obter o eixo de inserção e a cimentação ideal.

As indicações para cimentação convencional devem ser revisadas criticamente, pois ocorreu maior perda de retenção em restaurações cimentadas com cimento de fosfato de zinco ou CIV em comparação com as cimentadas com cimentos de resina composta. Os cimentos resinosos autocondicionantes e autoadesivos demonstraram em vários estudos clínicos serem clinicamente confiáveis com melhor resistência mecânica em comparação com cimentos de fosfato de zinco (Dogan et al. 2019).

Apesar das limitações do caso, observou-se que a reabilitação com laminados e coroas para dentes com mobilidade leve e com contenção ortodôntica é possível. A paciente demonstrou satisfação ao final do tratamento e houve uma melhora visível quanto a sua autoestima.

Após a reabilitação, foi realizada em laboratório uma placa miorreaxante para uso noturno, a fim de evitar fraturas das restaurações cerâmicas, como proposto em relatos de casos semelhantes, como o de Godoy, et al., (2018); Levartovsky et al., (2019); Pini et al., (2019) e Goldstein et al., (2017). Godoy, et al. (2018) afirmam que a placa oclusal é essencial para proteger os dentes e manter a dimensão vertical da oclusão através da oclusão mutuamente protegida.

Um acompanhamento se faz necessário, para avaliar com maior confiabilidade o nível de sucesso do tratamento no longo prazo.

## **5. CONCLUSÃO**

A reabilitação por meio de coroas e laminados cerâmicos é uma opção de tratamento previsível e que pode garantir resistência e devolução da função perdida.

No caso apresentado, o preparo mais invasivo limitando a cimentação da peça cerâmica apenas a substrato dentário, proporcionou bons resultados, tanto a nível estético, quanto a níveis funcionais.

Apesar das limitações do caso, concluí-se que a reabilitação com laminados e coroas para dentes com mobilidade leve e com contenção ortodôntica é possível. A paciente demonstrou satisfação com o tratamento e houve uma melhora visível quanto a sua autoestima. Um acompanhamento se faz necessário, para avaliar com maior confiabilidade o nível de sucesso do tratamento no longo prazo.

## REFERÊNCIAS

1. Conceição EM. Restaurações estéticas: composições e cerâmicas. *Artmed*, 74-75, 2019.
2. Coachiman C, Calamita M. Digital Smile Design: A Tool for Treatment Planning and Communication in Esthetic Dentistry. *QDT*, 2-4, 2012.
3. Garcia PP; et al. Digital smile design and mock-up technique for esthetic treatment planning with porcelain laminate veneers. *Journal of Conservative Dentistry*, 455-458, 2018.
4. Maroli A, Federizzi L, Oro AS, Radaelli MTB. Esthetic comparison between ceramic systems on darkened substrate. *Journal of Oral Investigations*. 8: 69-75 (2019).
5. Busato ALS, Barbosa AN, Baldissera RA, Bueno M. Dentística Restaurações em dentes anteriores. *Artes Médicas*, 41-65, 1997.
6. Magne P, Belser U. Estética Dental Natural. In: Magne P, Belser U. Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior: Uma abordagem biomimética. *Quintessence*, 57-96, 2003.
7. Dogan S, Raigrodski AJ. Cementation of Zirconia-Based Toothborne Restorations: A Clinical Review. *Compendium*. 40: 488-524, 2019.
8. Gresnigt MM, Kalk W, Ozcon M. Randomized controlled split-mouth clinical trial of direct laminate veneers with two micro-hybrid resin composites. *J Dent*, 766-775, 2012.

9. Kelly JR, Benetti, P. Ceramic materials in dentistry: historical evolution and current practice. *Australian Dental Journal*, 56: 84-96, 2011.
  
10. Godoy PT, Somacal DC, Burnett LH, Spohr AM. Aesthetic Rehabilitation in Teeth with Wear from Bruxism and Acid Erosion. *The Open Dentistry Journal*, 12: 286-493, 2018.
  
11. Levartovsky S, Pilo R, Shadur A, Matalon S, Winocur, E. Complete rehabilitation of patients with bruxism by veneered and non-veneered zirconia restorations with an increased vertical dimension of occlusion: an observational case-series study. *Journal of prosthodontic research*, 63: 440-446, 2019.
  
12. Pini NIP; et al. Minimally Invasive Adhesive Rehabilitation for a Patient With Tooth Erosion: Seven-year Follow-up. *Operative Dentistry*, 44: 45-57, 2019.
  
13. Goldstein RE, Clarck WA. The clinical management of awake bruxism. *Journal of the American Dental Association*. 148: 387-391, 2017.