

UTILIZAÇÃO DE RESTAURAÇÃO TRANSCIRÚRGICA PARA REABILITAÇÃO DENTAL: RELATO DE CASO

Júlia Andrade Lima¹, Júlia Magagna Amaro Pinto¹, Amanda Beatriz Dahdah Ancieto Freitas¹, João Gustavo Rabelo Ribeiro¹, Patrícia Peres Lucif Pereira¹, Amanda Bandeira de Almeida^{1*}

¹Faculdade de Odontologia, Universidade Professor Edson Antônio Velano- UNIFENAS, Varginha, MG, Brasil.

Palavras-chave: Relatos de casos. Estética. Periodonto.

RESUMO

Introdução: na odontologia, tem-se buscado gradativamente mais procedimentos específicos e individualizados para cada paciente. **Objetivo:** relatar o caso de uma paciente com necessidade de tratamento endodôntico com restauração transcirúrgica, a fim de devolver estética e função. **Relato de Caso:** paciente de gênero feminino, de 33 anos, compareceu ao atendimento por apresentar desconforto no momento da mastigação e queixa estética no elemento 24 devido à fratura aparente. Optou-se pela manobra de restauração transcirúrgica pela necessidade do restabelecimento do tecido de inserção supracrestal. Realizou-se tratamento endodôntico com a técnica ápice-coroa na instrumentação e obturação com condensação lateral, além da execução da restauração transcirúrgica, seguindo planejamento preciso e individualizado do caso, e reabilitador com colocação de uma coroa em metalocerâmica, a fim de preservar o remanescente dentário. **Conclusão:** conclui-se que foi possível recuperar a funcionalidade do elemento dental, bem como a sua estética, devolvendo à paciente sua autoestima que havia sido perdida devido à queixa estética.

Keywords: Case reports. Esthetics. Periodontium.

ABSTRACT

Introduction: in dentistry, there has been a gradual search for more specific and individualized procedures for each patient. **Objective:** to report the case of a patient in need of endodontic treatment with trans-surgical restoration, in order to restore aesthetics and function. **Case Report:** Female patient, 33 years old, attended the appointment due to discomfort when chewing and aesthetic complaint in element 24 due to the apparent fracture. We opted for the trans-surgical restoration maneuver due to the need to restore the supracrestal insertion tissue. Endodontic treatment was carried out with the apex-crown technique in the instrumentation and obturation with lateral condensation, in addition to the execution of the trans-surgical restoration, following precise and individualized planning of the case, and rehabilitator with placement of a metal-ceramic crown, in order to preserve the remaining dental. **Conclusion:** it is concluded that it was possible to recover the functionality of the dental element, as well as its aesthetics, restoring the patient self-esteem, lost due to the aesthetic complaint.

Submetido: 28 de novembro, 2022

Modificado: 23 de setembro, 2023

Aceito: 12 de novembro, 2023

*Autor para correspondência:

Amanda Bandeira de Almeida

Endereço: Av. Santa Luiza, 205 - Santa Luiza, Varginha, MG. CEP: 37026-690

Número de telefone: +55 (16) 98168-1688

E-mail: amanda.almeida@unifenas.br

INTRODUÇÃO

Atualmente na odontologia tem-se a interação de diversas especialidades, buscando sempre uma abordagem específica para cada paciente.¹ Exemplo disso é a correlação interdisciplinar para situações que necessitam estética e função.²

Nessa situação, tem-se as restaurações transcirúrgicas. A técnica envolve procedimentos restauradores associados à cirurgia periodontal. O relacionamento entre os métodos restauradores e de manutenção da saúde periodontal requerem conhecimento da anatomia dental e do periodonto, e também dos fatores que provocam seus processos degenerativos.³

Ainda sobre os procedimentos transcirúrgicos, estes podem ser determinados para cáries subgingivais, fraturas corono-radulares, perfurações, reabsorção radicular externa e em algumas situações associado à recuperação da inserção do tecido supracrestal invadido. No entanto, a indicação deste tipo de abordagem deve passar por uma análise clínica criteriosa, tanto em relação à condição de saúde geral do paciente, quanto ao caso clínico específico. Além disso, algumas considerações devem ser avaliadas para favorecer o sucesso do tratamento, como uma análise radiográfica, avaliação de possível envolvimento endodôntico, diagnóstico e extensão da lesão subgingival, planejamento cirúrgico, possíveis condições de isolamento do campo operatório e as alternativas restauradoras para o caso em questão.⁴

Assim, o presente trabalho consiste na apresentação de um caso clínico com necessidade de tratamento endodôntico com restauração transcirúrgica, a fim de devolver estética e função.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 33 anos, compareceu à Faculdade de Odontologia - Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) – Campus Varginha, na clínica integrada, queixando-se de uma extensa fratura no dental e da estética na região no dente. No exame clínico observou-se que o referido elemento estava com restauração provisória de cimento de ionômero de vidro. Após avaliação clínica e radiográfica, observou-se a necessidade de tratamento do dente em questão, optando-se por procedimento transcirúrgico, tratamento endodôntico e reabilitação protética no elemento dental 24. Além disso, a paciente apresentava-se com saúde periodontal e sem necessidade de restaurações em outros dentes.

O início do tratamento ocorreu através de adequação do meio bucal com foi realizado a profilaxia para redução de biofilme. Em seguida, realizou-se procedimento de restauração transcirúrgica, com o intuito de reestabelecer o novo espaço de inserção supracrestal.

Antes de dar sequência na transcirúrgica, ministrou-se Dexametasona 4mg. A cirurgia iniciou com anestesia bloqueando o nervo alveolar superior posterior empregando a solução anestésica lidocaína a 2% com epinefrina 1:100000 (Anestésico Alphacaine 2% 1:100000 – Nova DFL). Logo em seguida, realizou-se a incisão intrasulcular no dente 24, através de retalho de Widman Modificado, por vestibular, utilizando o cabo de bistuti com lâmina bisturi Solidor Estéril NR 15C.

A incisão inicial foi realizada paralela ao longo eixo do dente e a cerca de 1 mm da margem gengival, em seguida, rebateu-se o retalho em espessura total na vestibular e na palatina, com o descolador de periosteio o suficiente para expor alguns milímetros de osso. A segunda incisão, foi feita intrasulcular ao redor dos dentes até crista óssea alveolar a fim de facilitar a separação do colar do epitélio em volta dos dentes. Por fim, uma terceira incisão foi feita em direção horizontal para separar o colarinho de tecido mole das superfícies radiculares. Verifica-se, por mensuração com sonda milimetrada, a quantidade necessária de osso a ser removida para o reestabelecimento da distância biológica, e então se realiza a osteotomia nas faces mesial e distal com limas Schluger (Figura 1 e 2).

Com a osteotomia pronta, e o novo tecido de inserção supracrestal, isolou-se a região com lençol de borracha (Madeitex), arco de ostby e grampos de numeração 203 e 209, dos elementos 23 ao 25. Dessa maneira, foi possível começar o processo restaurador utilizando da resina composta. Por se tratar de um dente extensamente destruído, com grande perda nas paredes proximais e vestibular, foi fundamental o uso do porta matriz tofflemire com a banda matriz de aço 0,05x7, firmando-os com uma cunha de madeira. A resina composta utilizada foi (3M Resina Composta Nanop Z350 Xt 4G) na cor B1B (Figura 3).

Finda a restauração, retirou-se o isolamento absoluto e suturou-se o retalho com o fio de nylon 5.0. (Figura 4). Foi realizada prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios, além de solução de digluconato de clorexidina a 0,12%

Após 10 dias, fez-se a remoção de sutura e deu-se início ao tratamento endodôntico (Figura 5). Findo o tratamento endodôntico, deu-se início à reabilitação do elemento dental, por meio da confecção de prótese parcial fixa, com colocação de pino de fibra de vidro, núcleo de preenchimento em resina composta, preparo dentário extracoronário apropriado e instalação da peça protética, utilizando-se de ionômero de vidro para cimentação (Fuji Plus – GC América) (Figura 6).

O caso foi finalizado sem intercorrências e está em acompanhamento para preservação. A paciente está bastante satisfeita com tratamento executado e relatou melhoras na mastigação e autoestima.

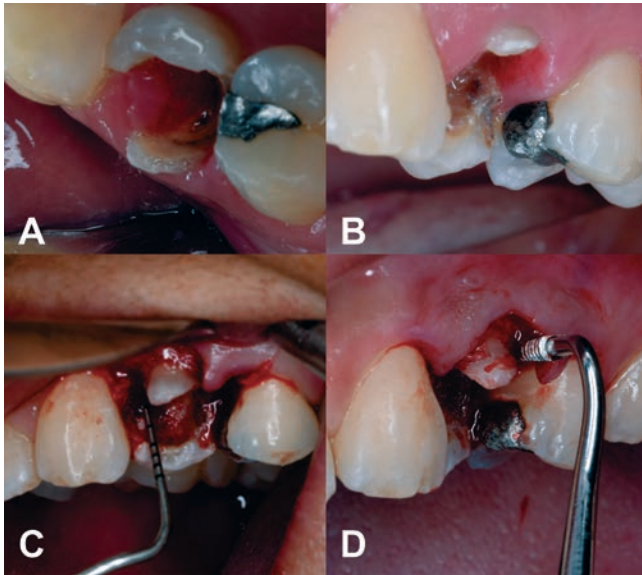


Figura 1: (A) Imagem da tomografia mostrando a necessidade do tratamento restaurador e endodôntico; (B) Foto inicial do elemento 24 por uma vista vestibular; (C) Verificação da profundidade de sondagem após execução do retalho; (D) Osteotomia nas regiões proximais com a lima Schluger.

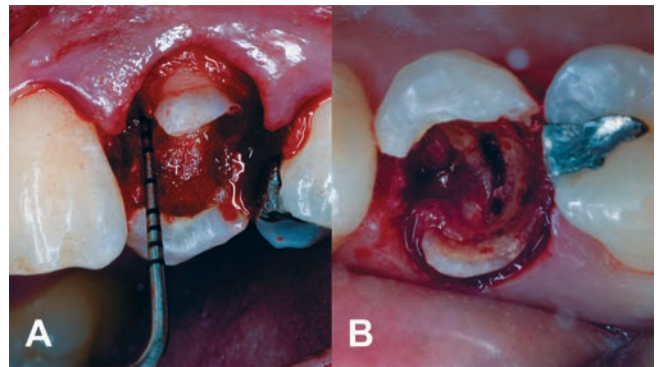


Figura 2: (A) Verificação da profundidade de sondagem após remoção do tecido gengival hiperplasiado e osteotomia; (B) Aspecto após remoção do tecido gengival hiperplasiado e osteotomia.

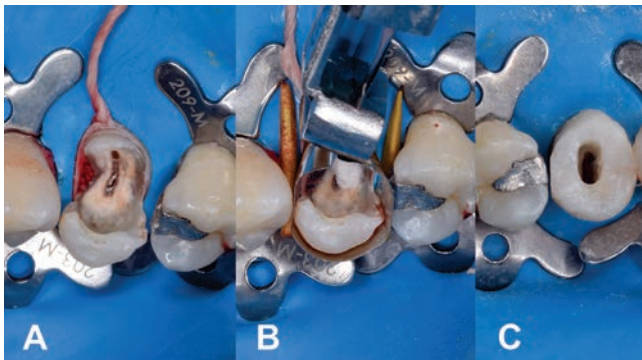


Figura 3: (A) Isolamento absoluto; (B) Inserção de matriz tofflemire e cunha de madeira para reconstrução das paredes proximais em resina composta; (C) Aspecto pós reconstrução com resina composta nanoparticulada (Z350 – 3M) na cor B1B, preservando o acesso a câmara pulpar.

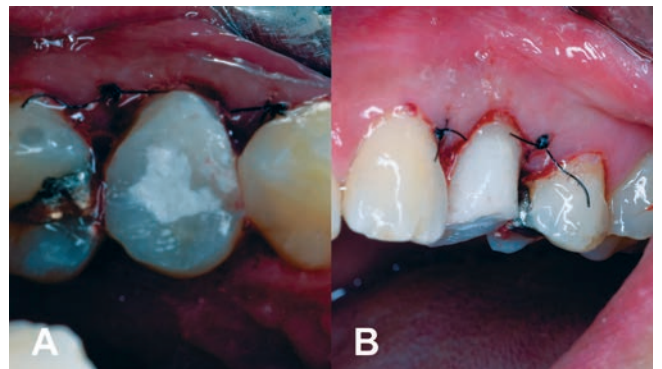


Figura 4: (A) Aspecto pós restauração transcirúrgica; selamento provisório na oclusal; (B) Vista vestibular pós restauração transcirúrgica.

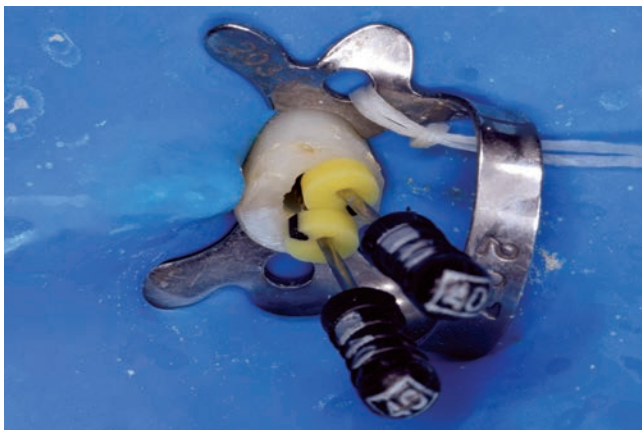


Figura 5: (A) Realização de tratamento endodôntico no dente 24 sob isolamento absoluto. Na imagem mostra os canais palatino e vestibular acessados para posterior finalização do tratamento endodôntico.

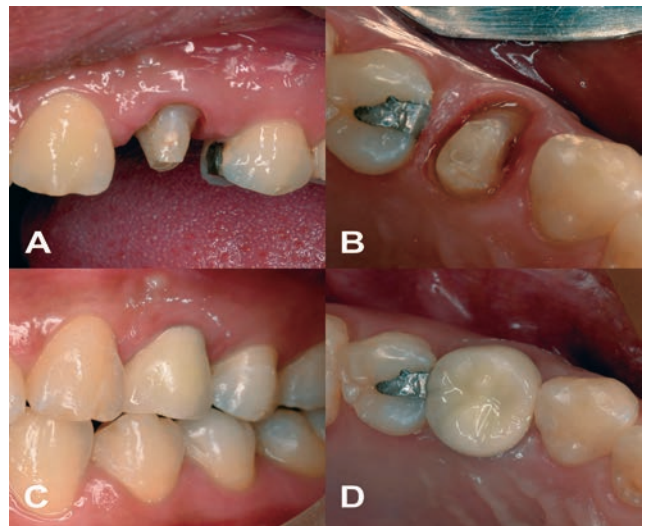


Figura 6: (A) Aspecto do elemento dental pós cimentação de pino intraradicular e preparo para coroa total; (B) Aspecto do elemento dental pós cimentação de pino intra-radicular e preparo para coroa total por uma vista oclusal; (C) Foto final da cimentação da coroa total em metalo-cerâmica; (D) Foto final da cimentação da coroa total em metalo-cerâmica por vestibular do elemento 24.

DISCUSSÃO

Restauração transcirúrgica é caracterizada por uma combinação entre um procedimento restaurador, com função de reabilitar uma estrutura dentária destruída, e um procedimento cirúrgico-periodontal, que busca, principalmente, o reestabelecimento do espaço biológico. Tudo isso englobado em uma única sessão.³ Diante desse procedimento existem algumas considerações prévias a serem observadas, análise radiográfica, envolvimento ou não endodôntico, extensão da lesão, planejamento cirúrgico periodontal, viabilidade do isolamento absoluto e as alternativas restauradoras possíveis para o caso a ser realizado, a fim de alcançar o sucesso.^{4,5}

Tratando-se de Espaço Biológico do Periodonto (EBP), deve-se ter em mente a sua significância para um procedimento clínico que envolva os espaços periodontais subgingivais.^{6,7} Portando, Tristão (1992) estabeleceu o EBP como sendo o espaço entre o topo da gengiva marginal até o topo da crista óssea alveolar, com comprimento mínimo de 3mm, ou seja, o término do preparo deve estar a 3mm da crista alveolar.⁸ Este, ainda exerce o encargo de proteger os tecidos de sustentação do periodonto, agindo como uma barreira biológica contra as agressões de microrganismos e seus produtos tóxicos.^{7,9,10} Logo, quando existe a invasão desse limite, como no caso descrito, tem-se uma resposta inflamatória, por meio de uma reorganização das fibras colágenas que ligam o dente ao osso alveolar para uma posição mais apical, promovendo uma reabsorção da crista óssea alveolar local e, ocasionando o desenvolvimento de bolsas periodontais.⁴

Ao abordar sobre tema restauração transcirúrgica, existem alguns preceitos vantajosos que a tornaram uma opção viável de tratamento diante do elemento dentário extensamente destruído e com invasão do espaço biológico periodontal. Uma das vantagens relacionadas a esta opção de tratamento é a redução do número de sessões clínicas, visto que promovem o reestabelecimento funcional e estético em apenas uma única sessão, colaborando para o conforto do paciente.¹¹ Além disso, a prática desse procedimento se torna viável também financeiramente, principalmente por levar menos tempo clínico para sua execução, apresentando-se como opção menos onerosa e rápida para a reabilitação de dentes severamente comprometidos, ampliando o acesso social aos tratamentos dentários, podendo ser uma opção viável àquelas pessoas de baixa renda.¹²

Na técnica do caso clínico em questão foi usado o retalho de Widman Modificado, que faz uma adaptação imediata do tecido circundante pós-cirúrgico, ocasionando

pouco trauma mecânico e favorecendo a higienização do paciente.^{13,14} Ademais, como se tem um retalho em espessura total, promove-se um campo operatório com ótima visualização. No presente caso, a reunião destes aspectos vantajosos gerou um pós-cirúrgico menos desconfortável e uma boa cicatrização local, corroborando o apontado pela literatura.^{4,5,15,16}

Em dentes extensamente destruídos, a retenção do grampo do isolamento absoluto se torna um desafio, tanto pela dificuldade na visualização das margens dentárias quanto pelo crescimento gengival para o interior da câmara pulpar.¹⁷⁻²¹ Assim, no presente caso, o fator preponderante para a eleição do procedimento transcirúrgico foi a presença de um dente com extensa destruição coronária decorrente de lesão cariada com comprometimento pulpar. Não havia possibilidade de retenção do grampo para isolamento absoluto cuja importância é incontestável para o sucesso do tratamento. O controle da umidade, foi essencial para obter uma adesividade adequada no processo restaurador, oferecendo uma adequada polimerização e controle da rugosidade da superfície da resina composta, diminuindo assim, a formação de biofilme e também, prevenindo para a instalação de inflamações gengivais.

Portando, no caso clínico descrito optou-se pela restauração transcirúrgica em razão da dificuldade de visualização do término da cavidade, associado ao crescimento gengival para o interior da cavidade, além do reestabelecimento do espaço biológico periodontal e reconstrução dentária. Ademais, demonstrou-se grande melhora da função mastigatória, além da admirável qualidade estética diante dos procedimentos realizados, alcançando-se o objetivo inicial. Diante dos fatos supracitados, obteve-se o sucesso do tratamento cirúrgico restaurador, conquistando um espaço periodontal adequado, cessando sua perda óssea, livre de inflamações, além de uma reconstrução apropriada para o elemento antes severamente destruído.

CONCLUSÃO

O caso clínico demonstrou que, sendo bem indicada, a restauração transcirúrgica é benéfica ao paciente. Isso se dá devido ao reestabelecimento das distâncias biológicas aliada ao pós-operatório de qualidade, e também, por se tratar de um procedimento realizado em uma única sessão clínica, reduzindo assim os gastos e o tempo de tratamento. Tal procedimento, aliado aos procedimentos idealizados para o caso foram capazes de devolver a funcionalidade do elemento, favorecendo a mastigação, e de devolver a estética, recuperando a autoestima da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Uchôa RC, One GMC. Restauração transcirúrgica na correção da adaptação de margem de restauração subgingival. *In*: Lira GNW. Odontologia Integrada. João Pessoa: Impressos Adilson; 2014. p. 316-325.
2. Mestrener, S.R.; komatsu, J. Recuperação da linha do sorriso utilizando procedimentos cirúrgico e restaurador. *JBD*. 2002;1(3):226-230.
3. Souza FHC, Grochau CH, Klein Júnior C. A, Campos L M. Restauração transcirúrgica com envolvimento endodôntico: relato de caso clínico. *Stomatos [Internet]*. 2004;10(18):39-44.
4. Rissato M, Trentin MS. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora. *RFO*. 2012;17:234-9. doi: 10.5335/rfo.v17i2.2889.
5. Gupta G, Gupta R, Gupta N, Gupta U. Crown Lengthening Procedures- A Review Article. *J Dent Med Sci*. 2015;14(4):27-37. doi: 10.9790/0853-14412737.
6. Schmidt JC, Sahrman P, Weiger R, Schmidlin PR, Walter C. Biologic width dimensions – a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2013;40:493–504. doi: 10.1111/jcpe.12078.
7. Parashar A, Zingade A, Sanikop S, Gupta, Parasher S. Biological width: The silent zone. *Int Dent J Stud Res*. 2015,2(4):11-16.
8. Tristão GC. Espaço biológico: estudo histométrico em periodonto clinicamente normal em humanos. Tese (Doutorado) Faculdade de Odontologia. USP, 1992. 47p.
9. Cayana EG. Análise clínica comparativa das condições do periodonto em resposta a procedimentos restauradores com invasão do espaço biológico. Dissertação (Mestrado em Periodontia) – Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. 83p.
10. Passanezi E. Distâncias Biológicas Periodontais. São Paulo: Ed. Artes Médicas LTDA, 2011.
11. Pereira SLS, Ximenes SRA, Moreira DM, Costa APC. Transurgical restoration in the absence of attached gingiva. A case report. *Quintessence Int*. 2004;35(1):35-8.
12. Faria e Silva AL, Moura AS, Silva AM, Rodrigues JL, Caldeira Brant L. Restauração transcirúrgica de pré-molar com lesão idiopática: relato de caso. *Clipe Odonto - UNITAU*. 2010;2(1):53-9.
13. Kirmani M, Saima S, Behal R, Jan SM, Yousuf A, Shah AF. Comparing the efficacy of scaling with root planing and modified widman flap in patients with chronic periodontitis. *IAIM*, 2016;3(4):168-174.
14. Rocha F, Marques T, Santos N, Sousa M. Cirurgia periodontal reparativa conservadora - retalho de Widman modificado a propósito de um caso clínico. *Cadernos de saúde*. 2013;6:19-19.
15. Lindhe J, Karring T, Lang NP, Moleri AB. (Tradutora). *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
16. Poletto M. Restauração Transcirúrgica. Monografia de Especialização (Periodontia) - Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. 28p.
17. Mondelli J. *Dentística restauradora: Fundamentos Dentística Operatória*. 1ª ed. São Paulo: Ed. Santos, 2006.
18. Raffaini MS, Gomes-Silva JM, Mantovani CPT, Palma-Dibb RG, Borsatto MC. Effect of blood contamination on the shear bond strength at resin/dentin interface in primary teeth. *Am J Dent*. 2008;21(3):159-62.
19. Park JW, Lee KC. The influence of salivary contamination on shear bond strength of dentin adhesive systems. *Oper Dent*. 2004;29(4):437-42.
20. Ogawa T, Hasegawa A. A. Effect of curing environment on mechanical properties and polymerizing behaviour of methyl-methacrylate autopolymerizing resin. *J Oral Rehabil*. 2005;32(3):221-6.
21. Brunton P, Cowan A. A technique for the removal of restoration overhangs and finishing and polishing of restoration and preparation margins. *Quintessence Int*. 2001; 32(10): 801-4.