

UNIVERSIDADE TIRADENTES

JÉSSICA CHIRIFE FONSECA

REANATOMIZAÇÃO COM RESINA COMPOSTA DE
DENTES TRANSPLANTADOS REALIZADA EM
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMATISMO NA
REGIÃO DENTAL ANTERIOR: RELATO DE CASO
CLÍNICO

Aracaju

Maio/2013

JÉSSICA CHIRIFE FONSECA

REANATOMIZAÇÃO COM RESINA COMPOSTA DE
DENTES TRANSPLANTADOS REALIZADA EM
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMATISMO NA
REGIÃO DENTAL ANTERIOR: RELATO DE CASO
CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia como parte
dos requisitos para a obtenção do
grau de Bacharel em Odontologia

Profa. MSc. Sandra Regina Barretto

Aracaju

Maior/2013

JÉSSICA CHIRIFE FONSECA

REANATOMIZAÇÃO COM RESINA COMPOSTA DE
DENTES TRANSPLANTADOS REALIZADA EM
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMATISMO NA
REGIÃO DENTAL ANTERIOR: RELATO DE CASO
CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia como parte
dos requisitos para a obtenção do
grau de Bacharel em Odontologia

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Professora Orientadora: Sandra Regina Barretto

1º Examinador: Profa. Dra. Suzane Rodrigues Jacinto Grubisik

2º Examinador: Profa. Dra. GiullianaPanfiglio Soares

ATESTADO

Eu, **SANDRA REGINA BARRETTO** orientadora do discente **JÉSSICA CHIRIFE FONSECA** atesto que o trabalho intitulado: “**REANATOMIZAÇÃO COM RESINA COMPOSTA DE DENTES TRANSPLANTADOS REALIZADA EM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMATISMO NA REGIÃO DENTAL ANTERIOR: RELATO DE CASO CLÍNICO**” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Orientador(a)

AGRADECIMENTOS

Chega ao fim mais uma etapa da minha vida acadêmica. Entrego o meu trabalho de conclusão de curso com muito orgulho, com sentimento de dever cumprido. Dever ao qual me dediquei e através do qual pude adquirir mais conhecimentos, aumentando a bagagem que pretendo levar comigo de agora em diante.

Nesse momento dedico o meu trabalho primeiramente a **Deus** por me iluminar e me proporcionar concluir mais essa etapa. Aos meus pais (**Patrícia e Rodrigo**) que com amor incondicional me proporcionaram mais essa vitória.

Aos meus familiares e amigos que foram primordiais nessa conquista, pela torcida, pela compreensão nas minhas ausências e por acreditarem no meu potencial.

Ao **Cristiano**, meu namorado, por vibrar junto comigo a cada passo avançado, por me apoiar e me consolar todas as vezes que precisei, incentivando e apoiando todas as minhas decisões.

Uma vez alguém me disse que a gratidão é a maior medida do caráter de uma pessoa. Existem pessoas que foram indispensáveis tanto realização desse trabalho quanto em minha vida acadêmica, a eles agradeço a pessoa que me tornei e à profissional que serei em futuro próximo. Primeiramente, agradeço a minha querida orientadora, **Sandra Regina** pela amizade construída durante esses quatro anos e meio, por me acolher como orientanda, por acreditar na minha capacidade de desenvolver esse trabalho, pelas horas disponibilizadas a mim, com toda paciência e carinho, pelas repreensões e pressões também necessárias, bem como, pelas noites mal dormidas (para ambas) me fazendo entender a importância da dedicação para obtenção do êxito em todas as coisas que nos proporcionamos a fazer. A você a minha eterna gratidão e admiração.

Aos **meus professores e mestres** responsáveis pelos conhecimentos e experiências repassados que me prepararam para enfrentar as dificuldades e vencê-las, em especial ao coordenador do curso **Guilherme Macêdo**, que mesmo com seu tempo disputado, pode me ajudar a executar procedimento importante para o sucesso do meu trabalho.

Aos meus colegas, em especial a **Marina, Meireane, Tamara, Raynna, Yanne, Laís, Bazílio e Renné** por dividirem as angústias do desenvolvimento desse TCC.

Ao meu paciente **João Cordeiro** por disponibilizar relatar seu caso clínico para conclusão do meu curso.

Aos **funcionários da clínica odontológica da UNIT**, sempre disponíveis para ajudar, escutar e atender aos nossos pedidos. Enfim, gostaria de agradecer a todos que de alguma forma transmitiam energia e vibrações positivas, torcendo para mais essa vitória.

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”

Cora Coralina

REANATOMIZAÇÃO COM RESINA COMPOSTA DE DENTES TRANSPLANTADOS REALIZADA EM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMATISMO NA REGIÃO DENTAL ANTERIOR: RELATO DE CASO CLÍNICO

Jéssica ChirifeFonseca^a, Sandra Regina Barretto^b, Suzane Rodrigues JacintoGrubisik^c

^(a) *Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes;* ^(b) *Mestre em Odontologia pela FOUFBa; Supervisora dos Estágios e TCC do Curso de Odontologia da UNIT e Professora do curso de Odontologia da UNIT;* ^(c) *Mestre e Doutora em Odontologia área de concentração em Fisiologia oral pela Universidade Estadual de Campinas e professora do curso de Odontologia da UNIT.*

Resumo

O trauma dental é uma ocorrência comum em crianças e em adolescentes, sendo considerado um problema de saúde pública e, muitas vezes, pode estar associada à prática de esportes de contato especialmente quando praticados sem a devida utilização de aparatos de proteção da região bucal. A avulsão dental é uma das mais severas ocorrências associadas ao trauma das unidades dentais anteriores permanentes, em cujas opções de tratamento encontram-se o transplante autógeno, por ser uma das abordagens mais biológica com indicação para dentes avulsionados. Dentre os dentes mais utilizados para a realização dessa modalidade de tratamento, os 2º pré-molares (2º PMs) se destacam devido ao fato de ser o mais frequentemente indicado para extração por razões ortodônticas. Considerando a necessidade da realização de reanatomização dos dentes transplantados objetivando a não somente a estética mas o estabelecimento da função da região afetada pelo trauma, o presente trabalho teve como propósito apresentar a finalização de um caso de transplante autógeno realizado com restaurações diretas com resina composta de dois 2ºs PMs em um paciente de 19 anos, do gênero masculino que sofreu traumatismo dos incisivos centrais aos 9 anos de idade e submetido a procedimento restaurador estético provisório.

Palavras-chave: traumatismo dental; transplante autógeno; reanatomização dental

Abstract

Dental trauma is a common occurrence in children and in adolescents, being considered a public health problem and often can be associated with contact sports, when practiced without proper protection apparatus poster of the oral region. A tooth avulsion is one of the most severe instances associated with the trauma of previous dental units prior Permanent, whose treatment options are the autogenic transplantation, for being one of the more organic approaches to avulsed teeth. The Stop used among the more teeth a realization of this treatment modality, the 2nd premolars (2 PMs) stand out because most often match for orthodontic reasons extraction. Considering the need of remodeling of transplanted teeth with a not only an aesthetic but the establishment of the function of the region affected by the trauma, the present work had as a purpose when a case of autogenic transplantation performed with direct restorations with resin composed of two 2nd s PMs on a 19-year-old patient, do male suffered trauma of the central incisors to 9 years of age and submitted an aesthetic restorative procedure work.

Keywords: dental trauma; autogenic transplantation; dental remodeling

1. Introdução

Trauma dental pode ser compreendido como uma patologia do tipo irreversível que pode gerar para o paciente uma condição debilitante, sendo considerada como um problema de saúde pública em se considerando a ocorrência em crianças e adolescentes (ANTUNES, LEÃO, MAIA, 2012; GOVINDARAJAN et al., 2012; PATEL, SUJAN, 2012).

O traumatismo dental pode ocasionar perdas dentais irreparáveis, o que provoca grande impacto na qualidade de vida do indivíduo (ANTUNES, LEÃO, MAIA, 2012). Navabazam e Farahani (2010) destacaram que o trauma dental, especialmente nos dentes anteriores, supera a ocorrência das doenças: cárie e periodontal tanto em pacientes infantis quanto em jovens, podendo afetar ambos os gêneros com maior prevalência para o masculino, o que pode ser justificado, segundo Martins et al (2012) pelo fato de que meninos se expõem aproximadamente duas vezes mais que as meninas às condições de trauma. Essa maior prevalência baseia-se na tendência de meninos serem mais ativos e propensos a participar de atividades fisicamente mais intensas como esportes de contato, muitas vezes sem o devido uso de equipamentos de proteção. (LAURIDSEN et al., 2012; ANDERSSON, 2013).

A maioria das lesões dentárias traumáticas envolvendo a dentição permanente afeta crianças entre 8 a 12 anos de idade, sendo a região anterior da maxila a mais acometida. (ANDREASEN, RAVN, 1972; GOVINDARAJAN et al., 2012).

Dentre as muitas formas de traumatismos que podem afetar o dente, a avulsão aparece como sendo uma das lesões traumáticas mais graves, pois pode envolver danos tanto à polpa, quanto aos ligamentos periodontais (MALMGREN, 2013). Uma das possibilidades de tratamento para os casos de avulsão dentária é o reimplante do dente no alvéolo, desde

que sejam respeitados o fator tempo e as condições de armazenamento da unidade dental (FIELD, CHRISTENSEN, 2013; MALMGREN, 2013). Contudo, muitas vezes isso não é possível e nessa situação, torna-se necessária a substituição da unidade perdida (ANDREASEN et al., 2009).

Outra opção que tem recebido bastante atenção quando da ocorrência de avulsões dentárias é o transplante autógeno, que consiste da substituição do dente avulsionado por outra unidade dental da região posterior (molares e pré-molares), com indicação de exodontia prévia (CZOCHROWSKA et al., 2000; ANDREASEN et al., 2009; MENDOZA-MENDOZA et al., 2012).

Deve ser citado que o transplante autógeno tem algumas vantagens importantes, dentre elas, o de ser bem aceito pelo paciente, além do fato de que o dente transplantado acompanhará o irrompimento dos dentes adjacentes, não interferindo na saúde periodontal dos dentes vizinhos, o que acarreta em bom prognóstico para o tratamento em longo prazo (ANDREASEN et al., 2012).

Deve-se ressaltar que em seguida à realização da implantação do dente no novo alvéolo, há de se considerar a necessidade da realização de restaurações estéticas com a finalidade de alterar a anatomia original do dente transplantado, garantindo a sua funcionalidade, o que pode ser realizado com o auxílio de resinas compostas pela técnica direta, um material largamente utilizado na Odontologia, cujo benefício inicial está no fato de se obter o efeito estético com máxima preservação da estrutura dental sadia (SILVA et al., 2007; HIRATA, AMPESSAN, LIU, 2001).

Desta forma, o presente trabalho teve o objetivo de apresentar através de um relato de caso, a conclusão do tratamento de um paciente que houvera sido submetido ao transplante autógeno utilizando-se de dois segundos pré-molares superiores em substituição aos dois

incisivos centrais superiores perdidos após traumatismo dental direto, e que tiveram a necessidade restauradora realizada através de restauração pela técnica direta com compósitos.

2. Relato do Caso Clínico

Paciente (J. C. S. N.), 19 anos, gênero masculino, vítima de trauma dental do tipo avulsão (unidades 11 e 21) no ano de 2002, quando se apresentava com 09 anos de idade. Buscou auxílio no serviço de urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (FO-UFC), quando os dentes foram avaliados e decidiu-se pelo não aproveitamento das unidades para os reimplantes, devido ao tempo de latência excessivo decorrido entre o acidente e a procura pelo atendimento, assim como, pela falha no acondicionamento dos dentes.

Diante do exposto e considerando-se que o paciente encontrava-se sob tratamento ortodôntico, com indicação para extrações das unidades 15 e 25, optou-se pela realização do transplante autógeno pela técnica sequenciada abaixo, realizada pela equipe do mestrado em odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade do Ceará.

Após observar, nos exames: clínico e radiográfico que os alvéolos receptores possuíam o diâmetro mesio-distal compatível com o tamanho dos dentes a serem transplantados, além de estarem livres de infecções periodontais e endodônticas, seguiu-se o protocolo cirúrgico que incluiu: anestesia local por bloqueio; exodontia não traumática do dente a ser transplantado a partir do seu alvéolo de origem; implantação dos dentes dos mesmos nas suas novas posições, tendo o cuidado de deixá-los em infraoclusão (cerca de 2mm), a fim de evitar trauma oclusal e contatos prematuros (Figura 1: A e B). Os tratamentos endodônticos das unidades transplantadas foram realizados antes do procedimento cirúrgico.

Transcorridos 6 meses do procedimento cirúrgico e da contenção, foram realizadas as restaurações cosméticas provisórias com resina composta, objetivando a alteração da forma de ambos os dentes transplantados em incisivos centrais superiores permanentes (Figura 1: C e D). Os procedimentos: cirúrgico, endodôntico e restaurador provisório foram realizados pela equipe no mestrado em Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

O paciente já com a idade de 17anos (8 anos pós-transplante) não pôde conduzir o tratamento ortodôntico na FO-UFC devido a necessidade de mudança para o Estado do Sergipe, sendo a partir daí encaminhado para o curso de especialização em Ortodontia da Universidade Tiradentes para dar continuidade ao caso.

Na fase inicial de diagnóstico foi realizado o exame radiográfico (Figura 2), onde foi observado na radiografia periapical referente às unidades 11 e 21, perda de comprimento das raízes dos incisivos motivada pela presença de reabsorção apical, além de ter sido verificada a realização de tratamento endodôntico nas duas unidades dentais, considerado satisfatório em ambos os casos, ausência de lesão periapical e trabeculado ósseo em condições de normalidade. Ao exame físico foi observada presença de mordida em topo na região anterior e relação de classe III do lado esquerdo. Foi feito o replanejamento para finalização do tratamento ortodôntico com a utilização de aparelho fixo.

Ainda durante a realização do tratamento ortodôntico, o cirurgião-dentista responsável pelo caso encaminhou o paciente para a clínica odontológica da UNIT para a disciplina de Estágio Supervisionado III, solicitando a avaliação em relação à possibilidade da realização das restaurações das unidades transplantadas que se encontravam desfavoráveis no que se refere aos quesitos: estética e função, apresentando-se com alterações de

forma que propiciou o surgimento de diastemas entre os dentes anteriores, além de apresentarem alteração de cor.

Realizada observação mais acurada, verificou-se presença da papila incisiva hiperplasiada motivada pelo excesso de material restaurador no sulco gengival (Figura 3). Com a finalidade obter melhora no quadro periodontal realizou-se a remoção da resina composta em excesso com pontas diamantadas de granulação fina nº 1190 (Kit KG Sorensen®/UNIT, série F) e com lâminas de bisturi nº 15 (Solidor®, Ref.:1607) presa ao cabo nº 3 (Golgran®, São Paulo-SP). No entanto, houve necessidade de intervenção cirúrgica para correção do contorno gengival na região equivalente à papila dos incisivos centrais, realizado por intermédio da gengivectomia com consequente redução do volume papilar.

O procedimento cirúrgico incluiu gengivoplastia com bisel externo na papila dos incisivos centrais 11 e 21, com a finalidade de diminuir o volume méso-vestibular da região. Utilizou-se para isso, lâmina de bisturi nº 15c acoplado em cabo de bisturi Bard Parker (Figura 4).

Após cicatrização cirúrgica (7 dias) foi realizada a moldagem de trabalho com a utilização de moldeira de estoque nº 6 e alginato (Jeltrate/Dentsply). Seguiu-se pela confecção do modelo de trabalho com gesso especial (gesso especial tipo IV Durone, Dentsply). Em posse do modelo foi realizado o enceramento com cera utilidade, tomando como base a predição da altura e largura real dos dentes, considerando-se que os incisivos centrais superiores são cerca de 20 a 25% mais longos e mais largos do que os incisivos laterais (HIRATA, SAKAMOTO Jr, 2009). É importante informar que todas as aferições dos dentes com a finalidade de realização dos cálculos para a realização das restaurações dentais foram realizadas com o auxílio de compasso de ponta seca e régua milimetrada.

O paciente compareceu à Clínica Odontológica da UNIT para

realização dos procedimentos restauradores. Para tanto, foi inicialmente confeccionada a matriz de silicone (Perfil/Vigodent®) a partir do modelo com as correções já finalizadas, para que servisse de molde para a inserção da primeira camada de resina composta no dente (face palatina), facilitando a determinação dos contornos do dente, obedecendo ao planejamento inicial.

A fase restauradora iniciou-se pela profilaxia das unidades dentais a serem restauradas, com a utilização de uma mistura feita com pedra-pomes e água destilada aplicada às superfícies dentárias com o auxílio de taça de borracha adaptada ao contra-ângulo e micro-motor (Kavo®).

Seguiu-se pela escolha da cor utilizando-se para isso, da escala de cores Vita (Escala Vita-VitaplanClassical/Alemanha®). As cores selecionadas estão dispostas no quadro abaixo (Quadro 1).

| DENTES | CORES | | |
|-------------|-----------------------|---------|-------------------|
| | Esmalte | Dentina | Cores/ efeito |
| IC: 11 e 21 | A1 | A2 | WB e Transparente |
| IL: 12 | A2 | - | |
| RC | Filtek Z-250 3M/ESPE® | | |

Quadro 1: cores selecionadas para a confecção das restaurações estéticas nas unidades: 11, 21 e 12.

O procedimento propriamente dito teve início com a realização da colocação do isolamento absoluto do campo operatório modificado (Figura 5: A). Para tanto foi realizada a anestesia das papilas das unidades dentais 14 e 26 objetivando a colocação dos grampos de isolamento: nº w8A e nº 200, respectivamente.

Prosseguiu-se pela remoção da resina composta das unidades transplantadas, além da realização de desgaste mínimo da estrutura dental dos mesmos, utilizando-se para isso de pontas diamantadas série F, nº 1190 adaptadas à turbina (Kavo®) sob refrigeração.

Deu-se continuidade ao procedimento com a realização do condicionamento ácido das superfícies

dentais a serem restauradas, realizado com ácido fosfórico a 37% (Ataque gel/BIODINÂMICA®) por 30 segundos (Figura 6-B); seguido da lavagem com spray de ar/água, por 20 segundos e da secagem da área. A aplicação do sistema adesivo convencional “one step” (Single Bond; 3M/ESPE®) foi o passo seguinte, realizado com o auxílio do microbrush (3M/ESPE®) (Figura 6-C). A aplicação foi realizada de forma ativa por 30 segundos, aplicando-se em seguida, um suave jato de ar por 5 segundos, a uma distância de cerca de 10 cm, a fim de facilitar a volatilização do solvente contido no adesivo e, só então, realizou-se a fotoativação por 20 segundos (fotopolimerizador-Gnatus®) (Figura 5: B, C e D).

A inserção da resina composta teve o auxílio inicial da guia de silicone. Para tanto, inseriu-se uma fina camada de resina na cor Transparente na área demarcada, auxiliado por uma espátula antiaderente para resina composta (Golgran® São Paulo-SP). Em seguida posicionou-se o conjunto: resina/guia de silicone pressionando-o contra a face palatina do dente a ser restaurado, polimerizando logo em seguida, com fotopolimerizador (Gnatus®), por 40 segundos (figura 6: A). Realizou-se a verificação da adaptação da camada de resina posicionada no dente, ressaltando-se que a camada não deveria exceder a espessura de 0,2 mm.

Prosseguiu-se pela adaptação incremental da resina composta, a fim de controlar os efeitos da contração de polimerização do material (Figura 6: B e C), com cada incremento sendo fotoativado pelo tempo preconizado pelo fabricante da resina composta utilizada, até a finalização da restauração, tomando-se o cuidado de colocar as cores selecionadas nos locais indicados, a fim de reproduzir cada área com suas características ópticas.

É interessante mencionar que foi essencial a utilização das matrizes de poliéster (Kit TDV/UNIT®), especialmente durante, a realização do condicionamento ácido, da aplicação

do agente adesivo e inserção da resina, com o objetivo de restringir a ação do ácido e do adesivo e de restabelecer contatos proximais e terminos cervicais adequados.

Para finalizar a sessão restauradora, realizou-se a demarcação das áreas a serem evidenciadas na superfície vestibular com lápis grafite, o acabamento imediato para caracterização e texturização da resina composta (Figura 6: D, E e F) . Essa etapa foi executada com pontas diamantadas de diferentes tamanhos e formatos na granulação fina (Kit KG Sorensen/UNIT, série F) utilizada em alta rotação e conjunto de discos abrasivos para regularizar as superfícies (Kit TDV/UNIT) utilizadas em baixa rotação. Procedeu-se a remoção do isolamento do campo operatório e a checagem da oclusão com papel acculfilm II preso a pinça de Müller.

Transcorridas 48 horas da finalização do procedimento restaurador, realizou-se o acabamento mediato das restaurações com pontas diamantadas de granulação fina em alta rotação; além do polimento das mesmas com pontas diamantadas de granulação ultra-fina (Kit KG Sorensen®/UNIT, série FF), além das pontas abrasivas e dos discos de feltro, utilizados nas faces vestibular e palatina dos dentes, enquanto na face proximal foram utilizadas as tiras de lixa para compósitos (Kit TDV/UNIT®). (Figura 7: A, B, C e D)

Ressalte-se que os mesmos protocolos restauradores foram utilizados para a restauração do incisivo lateral que se encontrava com o bordo incisal fraturado (Figura 8).

Vale ressaltar que o paciente será acompanhado regularmente pela equipe da especialização em ortodontia da UNIT, responsáveis por dar continuidade ao tratamento ortodôntico do mesmo.

3. Discussão

De acordo com Andreasen et al., (2009) duas a cada três crianças são vítimas de trauma dental antes de

atingirem a adolescência. Entretanto, o problema ainda não vem recebendo a devida atenção, o que vem sendo demonstrado através do número ainda bastante reduzido de publicações sobre o tema, inferior a 1%, desproporcional ao tamanho do problema.

O trauma acomete com frequência crianças e adolescentes na idade de 8 a 12 anos, com o gênero masculino sendo o mais prevalente (TRAEBERT, MARCON, LACERDA, 2010; GOVINDARAJAN et al., 2012). Corroborando essa afirmativa, no caso aqui relatado o trauma aconteceu quando o paciente tinha 9 anos de idade, dentro portanto da faixa etária de maior prevalência para ocorrência de traumas em crianças e durante a prática de atividade esportiva de contato, outro condição frequentemente associada às ocorrências de traumas dentais (ANDREASEN et al., 1990; MASCARENHAS et al., 2012).

Ressalta-se ainda que no momento em que ocorreu o traumatismo o paciente em questão não fazia uso de protetores bucais ou de qualquer outra forma de proteção da região da face. Esse fato é de importância, pois estudos revelam que a utilização adequada dos aparatos de segurança, especialmente dos protetores bucais durante as práticas esportivas reduz a ocorrência de injúrias traumáticas nos dentes (BARBERINI, 2002; PATEL, SUJAN, 2012; ANDERSSON, 2013; SIGURDSSON, 2013).

Em relação ao tipo de lesão que podem ocorrer em decorrência dos traumatismos na dentição permanente, as avulsões aparecem classificadas como sendo uma das mais graves (LAURIDSEN et al., 2012). Dentro dessa possibilidade de lesão, uma alternativa é o reimplante da unidade avulsionada no local (CONSOLARO et al., 2008). Contudo, o sucesso depende de muitas variáveis, a principal relaciona-se com o conhecimento dos responsáveis e educadores em relação ao que fazer diante do acontecido, que muitas vezes determina uma vertente

de tratamento ou o completo insucesso do mesmo (ANDERSSON, 2013).

Outra possibilidade de tratamento que vem sendo bastante utilizada com resultados positivos a médio e em longo prazo (MENDOZA-MENDOZA et al., 2012), trata-se do transplante autógeno, modalidade de tratamento utilizada no caso aqui descrito, por se tratar da opção mais biológica de baixo custo (CONSOLARO et al., 2008).

O sucesso desse tipo de tratamento depende dentre outros fatores: do grau da rizogênese do dente doador, dos cuidados com o procedimento cirúrgico, que deverá ser realizado com o mínimo de trauma à polpa e aos ligamentos periodontais (CZUCHROWSKA et al., 2000; CONSOLARO et al., 2008; ANDREASEN et al., 2009; MENDOZA-MENDOZA et al., 2012).

A opção do 2º PMs como sendo os dentes doadores, no presente trabalho deveu-se a semelhança da anatomia das raízes destes com a dos dentes a serem substituídos (ANDREASEN et al., 2009), além do fato de que já havia indicação ortodôntica para extração de ambas as unidades, outra situação que indica os dentes como prováveis doadores (CZUCHROWSKA et al., 2000; CONSOLARO et al., 2008; ANDREASEN et al., 2009; MENDOZA-MENDOZA et al., 2012), uma vez que existe contra-indicação da realização de transplante autógeno em pacientes diagnosticados com oclusão ideal (ANDREASEN et al., 2009).

É fato que os primeiros e segundos pré-molares inferiores também podem ser doadores, excluindo a possibilidade dos primeiros pré-molares superiores devido a estes possuírem duas raízes (CZUCHROWSKA et al., 2000).

Segundo Andreasen et al. (2009) o grande desafio quando a técnica cirúrgica foi realizada em condições ideais é a obtenção da nova anatomização que o dente deve possuir para funcionalidade e tratando-se da região anterior, para o restabelecimento

da estética perdida como resultado do traumatismo. Nas duas fases do tratamento, ou seja, no período pós-cirúrgico, bem como, no retorno ao tratamento ortodôntico, os procedimentos restauradores foram realizados com resina composta. A opção por esse material recaiu no fato de que é um material adesivo, portanto, que permite intervenções com o máximo de preservação da estrutura remanescente, além de permitir um resultado estético satisfatório, previsível, reversível e imediata (HIRATA, AMPESSAN, LIU, 2001; SILVA et al., 2007).

O planejamento do procedimento é de grande relevância, uma vez que permite definir a técnica restauradora a ser utilizada para a resolução do caso (JARDIM, CONCEIÇÃO, 2011). Em acordo com essa afirmativa, para a realização da reanatomização dos dentes, optou-se pelo planejamento por intermédio da modelagem da área a ser trabalhada, imprescindível para o acompanhamento de todas as etapas do procedimento, assim como, da proporção em relação à altura e largura programada para os dentes reanatomizados, a fim de produzir resultado harmonioso.

É certo de que a escolha pela restauração direta com compósitos somente foi possível em decorrência dos avanços obtidos em relação aos sistemas adesivos e às resinas compostas, permitindo melhoria nas propriedades físicas, além de um notável aumento das cores disponíveis, auxiliando sobremaneira a obtenção da mimetização do material em relação à estrutura restaurada (JARDIM, CONCEIÇÃO, 2011).

Deve-se considerar que o caso apresentado enfatiza uma importante associação entre o transplante autógeno e a reanatomização com resina composta pela técnica direta. Contudo, é imprescindível ressaltar que a base fundamental para o sucesso de qualquer tratamento está na realização de um correto diagnóstico e acompanhamento do procedimento.

4. Considerações finais

O traumatismo dental é uma ocorrência cada vez mais frequente, especialmente envolvendo crianças e jovens. Se considerarmos que os dentes anteriores são os dentes mais acometidos durante os traumas na região bucal e levando-se em conta também o impacto psicológico que os traumatismos envolvendo esses dentes ocasionam é de suma importância que medidas sejam tomadas para evitar essas ocorrências.

Contudo, quando não se consegue esse objetivo os tratamentos devem ser conseguidos de maneira a recuperar eficientemente a função e estética dentais. O transplante autógeno tem mostrado ser uma opção eficiente no tratamento de pacientes que tiveram dentes avulsionados, tendo uma resposta positiva, especialmente se for levada em consideração a característica biológica dessa modalidade de tratamento. Juntando-se a isso, o restabelecimento estético com resina composta pela técnica direta é mais uma alternativa de tratamento, cujo efeito recaia principalmente pelas suas características estéticas, adesivas e de manuseio, proporcionando resultado estético satisfatório e duradouro.

Referências

1. ANDERSSON L. Epidemiology of Traumatic Dental Injuries. **JOE**, v. 39, n. 3, p.S2-S5, March 2013.
2. ANDREASEN J.O., LAURIDSEN E., GERDS T.A., AHRENSBURG, S.S. Dental Trauma Guide: A source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma. **Dental Traumatology**, v.28, n.5, p.345-350, Oct., 2012.
3. ANDREASEN JO, PAULSEN HU, YU Z, BAYER T. A long-term study of 370 autotransplanted premolars: part IV-root development subsequent to transplantation. **Eur J Orthod**, v.12, n.1, p.38-50, 1990.
4. ANTUNES, L.A.A, LEÃO, A.T, MAIA, L.C. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: **Revisão Crítica e Instrumentos**

- de Medida Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12 p. 3417-3424, Dec., 2012.
5. CONSOLARO, A., PINHEIRO, T.N., GAGNO INTRA, J.B., ARMELINDO ROLDI, A. Transplantes dentários autógenos: uma solução para casos ortodônticos e uma casuística brasileira. **Dental Press OrtodonOrtop Facial**,v. 13, n. 2, p. 23-28, mar./abr., 2008.
 6. FIELDS, H.W., CHRISTENSEN, J.R. Orthodontic Procedures after Trauma. **JOE**, v.39, n. 3S, p.78-87, march, 2013.
 7. GOVINDARAJAN, M., DURAI, K., PRABHU, A., RAMALINGAM, K., RAO, P., REDDY, V., Prevalence of traumatic dental injuries to the anterior teeth among three to thirteen-year-old school children of Tamilnadu. **Contemporary Clinical Dentistry**, v.3, n.2, p.164-167, April-June 2012.
 8. HIRATA, R., AMPESSAN, R.L., LIU, J. Reconstrução de Dentes Anteriores com Resinas Compostas - Uma Seqüência de Escolha e Aplicação de Resinas. **Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia**, v.5, n. 25, p.15-25 – jan./fev., 2001.
 9. HIRATA, R., SAKAMOTO JÚNIOR, A.S., PLACIDO, E. Princípios técnicos para o recontorno cosmético de dentes anteriores após finalização ortodôntica. **Rev. Assoc. Paul Cir. Dent**, v. 63, n.5 p. 368-374, 2009.
 10. JARDIM, R.X.D.S., CONCEIÇÃO, A.B. Associação de técnicas para resolução de transposição dentária: relato de caso. Porto Alegre, RGS, 2011 22p. Monografia (especialização em Dentística). Faculdade de odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
 11. JEFFERSON TRAEBERT, J., MARCON, K.B., DE LACERDA, J.T. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em escolares do município de Palhoça (SC). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 1, p.1849-1855, 2010.
 12. LAURIDSEN, E., HERMANN, N.V., GERDS, T.A., KREIBORG, S., ANDREASEN, J.O. Pattern of traumatic dental injuries in the permanent dentition among children, adolescents, and adults. **Dental Traumatology**, v.28,n.5, p.358–363, Oct., 2012.
 13. M. PATEL, M., SUJAN, A.S. The prevalence of traumatic dental injuries to permanent anterior teeth and its relation with predisposing risk factors among 8-13 years school children of Vadodara city: An epidemiological study **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**.v.3, n.2, p. 151, April/June, 2012.
 14. MALMGREN, B. Ridge Preservation/Decoronation. **JOE**, v. 39, n. 3S, p. 67-72, March, 2013.
 15. MARTINS, V.M., SOUSA, R.V., ROCHA, E.S., LEITE, R.B., PAIVA,S.M., GRANVILLE-GARCIA, A.F. Dental trauma among Brazilian schoolchildren: prevalence, treatment and associated factors. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v.13 n.5 p. 232-236, Oct., 2012.
 16. MASCARENHAS, M.D.M., DA SILVA, M.M.A., MALTA, D.C., DE MOURA, L., DE GOES, P.S.A., MOYSÉS, S.T., DE MORAIS NETO, O.L. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por lesões bucodentais decorrentes de causas externas, Brasil, 2006 e 2007. **Cad. Saúde Pública**, v.28, p. S124-S132, 2012.
 17. MENDOZA-MENDOZA, A., SOLANO-REINA, E., IGLESIAS-LINARES, A., GARCIA-GODOY, F., ABALOS, C. Retrospectivelong-term evaluation of autotransplantation of premolar to the central incisor region. **International Endodontic Journal**, v.45,p. 88–97, 2012.
 18. NAVABAZAM, A., FARAHANI, S.S. Prevalence of traumatic injuries to maxillary permanent teeth in 9- to 14-year-old school children in Yazd, Iran. **Dental Traumatology**, v.26, n.2, p.154-157, Apr., 2010.
 19. SIGURDSSON, A. Evidence-based Review of Prevention of Dental Injuries. **JOE**, v.39, n. 3S, p. 88-93.March, 2013.
 20. SILVA, L.A., MASSAHUD, M.L.D.B., BERENSTEIN, A.K., CASTRO, A.S. Reanatomização e recontorno cosmético de dentes anteriores com anomalia de forma. Belo Horizonte. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v.30, p.430-120, 2007.

IMAGENS DO CASO CLÍNICO



Figura 1: A) vista frontal dos dentes transplantados; B) vista palatina dos dentes transplantados; C) Vista frontal das restaurações provisórias com resina composta; D) Vista palatina das restaurações estéticas provisórias com resina composta (fonte cedida pela equipe do Mestrado de Odontologia da UFC, responsáveis pela realização da parte cirúrgica do caso).



Figura 2: radiografia periapical mostrando os dentes transplantados após realização do tratamento endodôntico.



Figura 3: Vista frontal dos dentes anteriores mostrando a papila hiperplasiada entre os incisivos centrais.

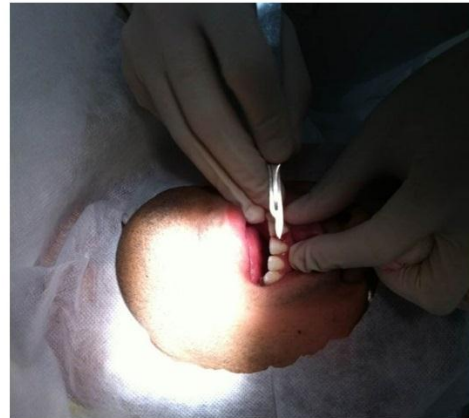


Figura 4: Imagem mostrando procedimento cirúrgico para correção da papila hiperplasiada entre os incisivos centrais.



Figura 5: A) isolamento absoluto modificado posicionado; B) Condicionamento com ácido fosfórico a 37% das unidades transplantadas; C) Aplicação do sistema adesivo com microbrush sobre a superfície condicionada da unidade 21; D) Fotoativação do sistema adesivo.



Figura 6: A) Adaptação da matriz de silicone para restauração da porção palatina dos dentes; B) e C) Aplicação incremental da resina composta selecionada sobre a estrutura dental; D) Demarcação das áreas a serem evidenciadas na superfície vestibular dos dentes restaurados, com lápis grafite; E) Caracterização da superfície

vestibular dos dentes restaurados; F) Finalização do acabamento imediato dos dentes restaurados.



Figura 7:A) vista frontal das restaurações finalizadas; B) vista palatina das restaurações finalizadas; C) e D) vista lateral direita e esquerda dos dentes restaurados, respectivamente.



Figura 8: Sorriso frontal do paciente após a finalização do caso.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO PAR O USO DE IMAGEM

Eu, **João Cordeiro dos Santos Neto**, faço uso do presente documento para informar que concordo com o uso das imagens produzidas do caso clínico do qual fiz parte como paciente, com finalidade de divulgação científica seja em eventos (congressos, simpósios, jornada e outros eventos do gênero), bem como, em publicações com objetivos acadêmicos e profissionalizantes na área da Odontologia.

Concordo e subscrevo,

João Cordeiro dos Santos Neto

João Cordeiro dos Santos Neto