

UNIVERSIDADE TIRADENTES

IANE CAROLINE SILVEIRA MATOS

IVAN CORREIA DA SILVA FILHO

PLANEJAMENTO MULTIDISCIPLINAR VISANDO A  
LONGEVIDADE DA UNIDADE DENTÁRIA:  
RELATO DE CASO CLÍNICO

Aracaju

2019

IANE CAROLINE SILVEIRA MATOS

IVAN CORREIA DA SILVA FILHO

PLANEJAMENTO MULTIDISCIPLINAR VISANDO A  
LONGEVIDADE DA UNIDADE DENTÁRIA:  
RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de curso  
apresentado à coordenação do curso de  
Odontologia da Universidade Tiradentes  
como parte dos requisitos para obtenção do  
grau em Bacharel em odontologia.

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carolina  
Delmondes Dantas Gaigher

Aracaju

2019

IANE CAROLINE SILVEIRA MATOS

IVAN CORREIA DA SILVA FILHO

PLANEJAMENTO MULTIDISCIPLINAR VISANDO A  
LONGEVIDADE DA UNIDADE DENTÁRIA:  
RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de curso  
apresentado à coordenação do curso de  
Odontologia da Universidade Tiradentes  
como parte dos requisitos para obtenção do  
grau em Bacharel em odontologia.

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carolina  
Delmondes Dantas Gaigher

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

Banca Examinadora

---

Profa. Orientadora: Carolina Delmondes Dantas Gaigher

---

1º Examinador

---

2º Examinador

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, \_\_\_\_\_, orientador (a) dos (as) discentes  
\_\_\_\_\_ atesto que  
o trabalho intitulado “Planejamento Multidisciplinar Visando a Longevidade da Unidade  
Dentária: 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)

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”  
(Charles Chaplin)*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus, que nos deu força e nos guiou para chegarmos até aqui;

À nossa família, pelo amor e apoio, que, apesar das dificuldades, nos ajudaram na realização deste sonho;

Aos professores, por todo o conhecimento dedicação e incentivo durante a graduação;

A todos os funcionários da instituição, por proporcionarem um ambiente propício para o nosso aprendizado e desenvolvimento acadêmico;

Aos nossos pacientes, por toda confiança, disponibilidade e comprometimento;

À nossa orientadora, Carolina Delmondes, pelo empenho e atenção na elaboração deste trabalho.

# **PLANEJAMENTO MULTIDISCIPLINAR VISANDO A LONGEVIDADE DA UNIDADE DENTÁRIA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

**Iane Caroline Silveira Matos<sup>a</sup>, Ivan Correia da Silva Filho<sup>b</sup>, Carolina Delmondes Dantas Gaigher<sup>c</sup>**

*(<sup>a</sup>) Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes; (<sup>b</sup>) Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; (<sup>c</sup>) Dr<sup>a</sup>. Professora Titular I do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.*

## **RESUMO**

A odontologia atual está em constante evolução científica, sendo assim, um adequado e minucioso plano de tratamento é de extrema importância e deve anteceder qualquer intervenção clínica. Em alguns pacientes, o tratamento consiste em intervenções únicas e isoladas, em outros, deve-se lançar mão de uma abordagem multidisciplinar, associando diversos procedimentos, a fim de alcançar tanto um prognóstico favorável quanto as expectativas do paciente. Diante disso, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico onde foi necessário um planejamento multidisciplinar visando dar longevidade a unidade dentária acometida por Lesão Endo-Perio. O tratamento proposto envolveu diversas especialidades da Odontologia e ao final, evidenciou-se a importância de um planejamento adequado e do trabalho entre diferentes especialidades para alcançar resultados que atendam as expectativas e contribuam na promoção de uma qualidade de vida saudável e funcional do paciente.

## **PALAVRAS-CHAVE:**

Plano de tratamento, necrose pulpar, apicectomia, doença periodontal, retração gengival.

## **ABSTRACT**

The current dentistry is in constant scientific evolution, thus, an adequate and thorough treatment plan is extremely important and must precede any clinical

intervention. In some patients, treatment consists of single and isolated interventions, in others, a multidisciplinary approach should be handed down, associating several procedures in order to achieve a favorable prognosis and the expectations of Patient. Therefore, the objective of this study is to present a clinical case where a multidisciplinary planning was necessary to give longevity to the dental unit affected by Endo-Perio Lesion. The proposed treatment involved several specialties of dentistry and at the end, it was evidenced the importance of adequate planning and work between different specialties to achieve results that meet expectations and contribute in Promoting a healthy and functional quality of life for the patient.

**KEYWORDS:**

Treatment plan, pulp necrosis, apicectomy, periodontal disease, gingival retraction.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. RELATO DE CASO.....</b>	<b>11</b>
2.1 ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL.....	14
2.2 TRATAMENTO ENDODÔNTICO.....	14
2.3 CIRURGIA PARENDODÔNTICA (APICECTOMIA).....	17
2.4 CIRURGIA PERIODONTAL.....	20
2.5 RESTAURAÇÕES ESTÉTICAS.....	25
<b>3. DISCUSSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>5. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Diante da constante evolução da Odontologia e seus avanços científicos nas últimas décadas, o passo mais importante que antecede qualquer procedimento clínico, propriamente dito, é a realização de um bom plano de tratamento odontológico, de forma que exista uma parceria efetiva entre as diversas áreas de especialidades (JUSTO et. al., 2017).

Estabelecer um plano de tratamento multidisciplinar adequado, pode proporcionar resultados que atendam as expectativas e contribuam na promoção de uma qualidade de vida saudável e funcional do paciente. Para isso, é necessário um diagnóstico preciso, de maneira que os profissionais sejam capazes de, além de planejar, dar um prognóstico e um tratamento adequado (ALVES et. al., 2016; STEFANI et. al., 2014).

O tratamento odontológico multidisciplinar visa o restabelecimento da função e estética oral dos pacientes que sofreram significativas alterações dentárias, seja por negligência ou fatores associados à genética (SILVA et al., 2014; MESQUITA; VASQUES, 2016). Com isso, é primordial que o profissional raciocine de forma generalista, planejando o tratamento de forma integral, compreendendo o paciente além de sua cavidade oral, já que os processos orgânicos que determinam a condição de saúde sistêmica e bucal refletem-se mutuamente (CERRI et., al, 2015; MIRANDA et. al., 2016). Então, pensando neste contexto, o planejamento deve-se iniciar de acordo com a ordem de preferência da terapêutica e a seleção de um plano de tratamento adequado às necessidades do paciente (MELO NETO et. al., 2016; BARROS et. al., 2018)

O planejamento integrado segue três principais etapas, sendo essas: Fase Inicial (preparatória), Fase de Terapia Adicional (reabilitação), Fase de Terapia de Suporte (manutenção), tendo como intuito devolver o equilíbrio do paciente e conseqüentemente a sua saúde, dando-lhe condições assim de mantê-la (JUSTO et. al., 2017). Para isso, é imprescindível iniciarmos com um exame clínico completo do paciente, que abrange uma criteriosa anamnese, exames intra e extra-oral e exames radiográficos, visando a obtenção de um diagnóstico correto (VIEIRA, et. al., 2018).

O tratamento deve-se iniciar através da terapia associada à causa (fase inicial), que consiste na resolução das urgências, controlando a dor, infecções agudas, tratamentos de traumatismo e adequação do meio bucal, representando uma etapa de grande relevância terapêutica, já que possibilita o controle de incidência e gravidade de doenças bucais. Após restabelecer a saúde o paciente irá para terapia corretiva (fase adicional), que tem como objetivo restabelecer a função e a estética através de tratamento restauradores, protéticos, ortodônticos e cirúrgicos periodontais. Sendo que por último o paciente deve ser enquadrado em um protocolo de manutenção e consultas de retorno, tendo como objetivo a preservação contínua da saúde bucal, obtida como resultado das outras fases de tratamento (CARDIA *et. al.*, 2016; MIRANDA *et. al.*, 2016).

Perante a busca por procedimentos aperfeiçoados que permitam, simultaneamente, a reabilitação da saúde, função, estética e a recuperação da autoestima dos pacientes, a multidisciplinaridade tem um papel fundamental no planejamento e na execução do tratamento, onde as abordagens especializadas devem ser do domínio do profissional. Assim, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico em que a paciente foi submetida a uma abordagem multidisciplinar entre a Endodontia, Cirurgia Oral Menor, Periodontia e Dentística, na tentativa de aumentar a longevidade da unidade dentária e conseqüentemente à função e estética da paciente.

## **2 RELATO DE CASO**

Paciente sexo feminino, 46 anos, feoderma, ASA I, procurou a Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes com descontentamento estético. Sua queixa principal foi: “esse dente está aparecendo muito, estou com medo dele cair. Não quero perder ele” (SIC). Durante a anamnese, a paciente relatou não possuir nenhuma patologia de base ou alergias, não ser fumante e não ingerir bebidas alcoólicas. Ao exame físico intra-oral, observou-se na unidade 31, a mesma a qual a paciente se queixava, uma retração gengival tipo 2 (RT2)+ (CATON *et. al.*, 2018), mobilidade grau 1 e uma extensa reabsorção externa no terço apical associada à necrose pulpar, causados por uma Lesão Endo-Perio (LEP). Além disso, foi possível observar apinhamento

dos incisivos inferiores e restaurações insatisfatórias nas unidades 33, 32, 31, 41, 42 e 43 (Figuras 1 e 2).

**Figura 1 – Imagem inicial da vista vestibular do arco inferior, evidenciando defeitos na unidade 31 e restaurações insatisfatórias das unidades ínfero-anteriores.**



Fonte: caso clínico

**Figura 2 – Imagem inicial da vista lateral do arco inferior evidenciando o apinhamento dos dentes inferiores e projeção vestibularizada da raiz na unidade 31.**



Fonte: caso clínico

Nos exames clínicos, os índices de sangramento e biofilme foram de 16,6% e 18,75%, respectivamente, e no exame de Registro Periodontal Simplificado (PSR), encontrou-se o código 2 nos 1º, 2º, 3º e 4º sextantes; 2\* no 5º sextante; 1 no 6º sextante. No exame radiográfico, notou-se uma rarefação óssea, sugerindo lesão na região de ápice associada à mesma unidade (Figura 3).

**Figura 3 – Imagem inicial da radiografia periapical de incisivos.**



**Fonte: caso clínico**

A paciente relatou não ter tido histórico de trauma ou qualquer outra injúria no elemento em questão. Frente aos exames clínicos e radiográficos, propôs-se um plano de tratamento multidisciplinar, integrando a Endodontia, Cirurgia Oral, Periodontia e Dentística, em uma tentativa de aumentar a longevidade da unidade 31. A sequência do tratamento proposto foi:

- A. Fase inicial - Adequação do meio bucal:
  - I. Raspagem supragengival;
  - II. Profilaxia;
- B. Fase de terapia adicional:
  - I. Tratamento endodôntico da unidade 31;

- II. Cirurgia parendodôntica da unidade 31 (apicectomia);
  - III. Cirurgia Periodontal para melhorar a qualidade tecidual;
  - IV. Restaurações estéticas em resina composta das unidades ínfero-anteriores;
- C. Fase de terapia de suporte:
- I. Controle e manutenção

## 2.1 ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL

Apesar da retração gengival tipo 2 (RT2)+ e a grande perda de inserção, o Periograma não foi feito, pois não foi encontrado nenhum score acima de 2 no PSR. Então o tratamento iniciou-se com a adequação do meio bucal por meio de raspagem supragengival com a cureta Gracey 5-6, (Quinelato®, Schobell Industrial Ltda, Rio Claro, SP, Brasil) nos dentes anteriores, onde os cálculos se encontravam mais pela face lingual; Gracey 7-8, 11-12, 13-14 (Quinelato®, Schobell Industrial Ltda, Rio Claro, São Paulo, Brasil) nas unidades posteriores, onde os cálculos se encontravam mais nas faces proximais. Em seguida foi realizada profilaxia, com o intuito de ter um melhor polimento das superfícies dentárias. Logo após, foram dadas à paciente, instruções de higiene oral utilizando manequins.

## 2.2 TRATAMENTO ENDODÔNTICO

Para a manutenção do dente que se encontrava com a polpa necrosada e reabsorção apical externa, foi proposto o tratamento endodôntico que se iniciou com a radiografia periapical da unidade (Figura 3). Na primeira sessão, após a anestesia das papilas (Lidocaína 2% com Adrenalina 1:100.000) foi realizada a abertura coronária com Ponta Diamantada Esférica 1014 e Endo Z (Microdont®, São Paulo, SP, Brasil). Após a odontometria (Figura 4), o comprimento real de trabalho (CRT) mencionado foi quatorze milímetros, que segue da borda incisal até o início da reabsorção externa apical. Realizou-se o preparo do terço cervical com o uso das brocas Gates Glidden de número 1, 2 e 3 sucessivamente, sob isolamento absoluto. O preparo do canal radicular foi feito pela técnica ápice-coroa (step-back) e limas K de primeira série com diâmetro #25 e mais cinco limas seguintes até obter a lima #50 da segunda série como instrumento memória, respeitando o limite de quatorze milímetros, seguida pelo escalonamento do terço apical com a lima Kerr (Dentsply®),

Petrópolis, RJ Brasil), sempre aumentando um diâmetro da lima memória e diminuindo um milímetro do CRT, intercalando com o memória em quatorze milímetros (#55 com treze milímetros, #50 com quatorze milímetros, #60 com doze milímetros, #50 com quatorze milímetros e #70 com onze milímetros) amparado de uma excelente irrigação, aspiração e inundação do canal. Para evitar proliferação de microrganismos e remover restos necróticos, após a instrumentação de cada terço do canal radicular e a cada troca de lima, foi feita a irrigação abundante com Soro Fisiológico (Figura 5).

**Figura 4 - Odontometria.**



Fonte: caso clínico

**Figura 5 - Irrigação do canal com Soro Fisiológico.**

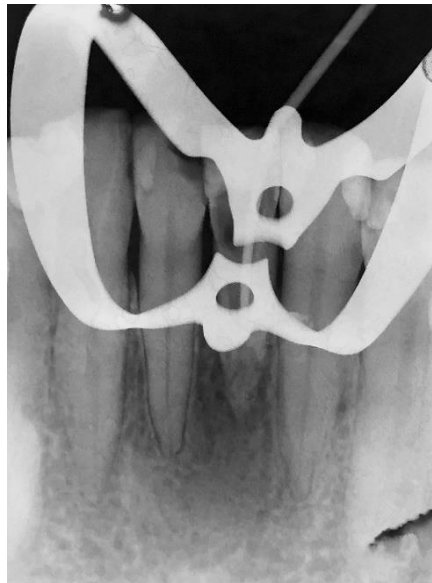


Fonte: caso clínico

O hipoclorito de sódio 2,5%, recomendado para tratamentos de necropulpectomia, não foi utilizado para evitar o seu extravasamento para os tecidos moles, devido a recessão gengival que expunha a reabsorção no ápice para o meio bucal.

Por sua ação antimicrobiana, a medicação intracanal escolhida foi o Hidróxido de Cálcio P.A. (Biodinâmica Química e Farmacêutica Ltda., Ibiporã, PR, Brasil) manipulado em placa de vidro com anestésico local (Lidocaína 2% com Adrenalina 1:100.000). Para o selamento provisório, utilizou-se Coltosol (Coltene Whaledent® – Altstätten/Suíça). Na sessão seguinte, após 20 dias, removeu-se o selamento provisório e irrigou-se o canal com soro fisiológico abundantemente para remoção do hidróxido de cálcio. Após a secagem do conduto com cones de papel absorvente, foi feita a prova do cone (Figura 6).

**Figura 6 - Prova do cone.**

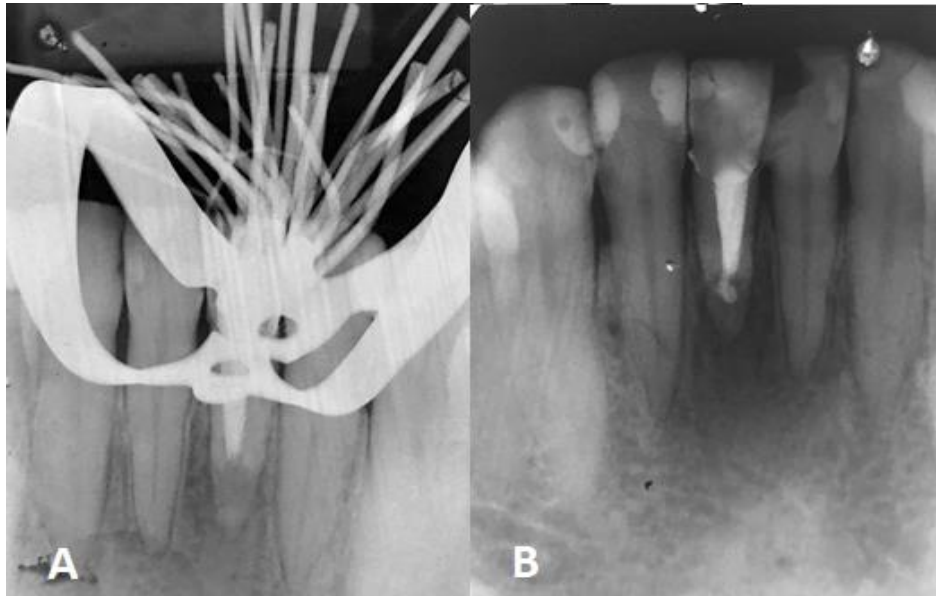


**Fonte: caso clínico**

Para o travamento apical foi utilizado um cone de Gutta Percha #55 (Destsply®, Petrópolis, RJ Brasil) não correspondente ao instrumento memória. Estudos de WAECHTER et. al, 2009, afirmam que há falta de padronização na confecção dos cones. A Obturação foi feita com o cone principal e assessórios do tipo F e MF (Figura 7 A) com o uso do cimento Sealer 26 (Destsply®, Petrópolis, RJ Brasil) através da técnica de condensação lateral ativa. Repetiu-se a radiografia para avaliar o preenchimento do canal (Figura 7 B), e novamente a abertura foi selada com Coltosol.



**Figura 7 - A- Preenchimento do canal radicular com cone principal e acessórios; B- Canal obturado até o limite da reabsorção apical externa.**

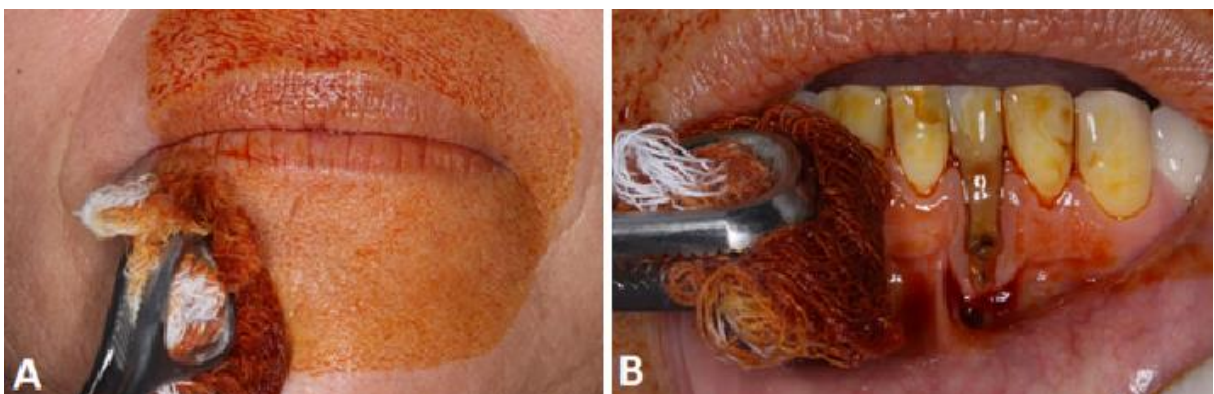


**Fonte: caso clínico**

### 2.3 CIRURGIA PARENDODÔNTICA (APICECTOMIA)

Para a reabsorção externa no terço apical, o tratamento proposto foi a cirurgia de remoção do ápice radicular, que se iniciou com a antissepsia intraoral com Diclugonato de Clorexidina 0,12%, (Periogard®, Colgate-Palmolive, Nova York, NY, Estados Unidos da América®). Em seguida foi feita a antissepsia extra oral e antissepsia na área cirurgica com iodopolividona 10% da (Riodeine®, Rioquimica, São José do Rio Preto, SP, Brasil) (Figura 8 A e B).

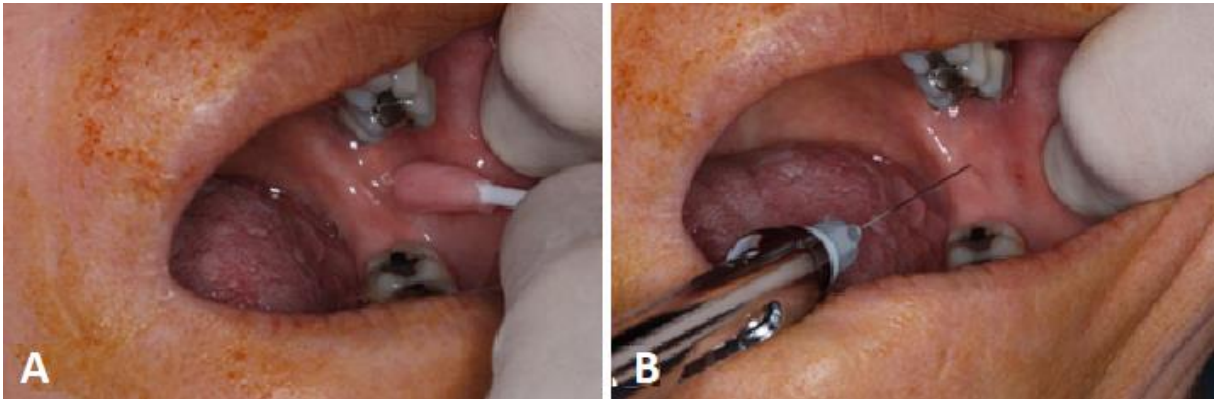
**Figura 8 - A - Antissepsia extra-oral; B - Antissepsia intra-oral.**



**Fonte: caso clínico**

Em seguida fez-se a anestesia da região com o bloqueio do nervo alveolar inferior do lado esquerdo (Lidocaína 2% com Adrenalina 1:100.000) (Figura 9 A e B). Posteriormente foi feita a incisão com bisturi e lâmina 15 (Swann-Morton®, Sheffield, Inglaterra) ao redor de toda a recessão pela vestibular, e na cervical dos dentes adjacentes, 32 e 41.

**Figura 9 - A- Anestesia tópica; B - Anestesia local.**

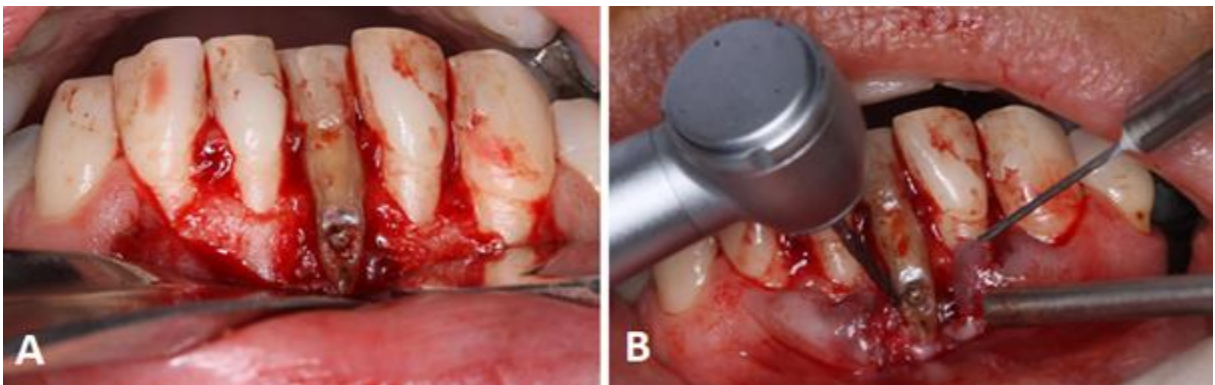


**Fonte: caso clínico**

O tecido foi descolado e afastado do osso com auxílio do Descolador Molt 2-4 (Millenium-Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil) (Figura 10 A).

Com a broca Zekrya (Microdont®, São Paulo, SP, Brasil) em alta rotação (Kavo®, Biberach, Alemanha) removeu-se o ápice da unidade deixando um formato de bisel interno (Figura 10 B).

**Figura 10 - A - Retalho de espessura total descolado apicalmente; B - Caneta de alta rotação e broca zekrya para a remoção do ápice.**



**Fonte: caso clínico**

Durante toda a remoção das porções apicais manteve-se intensa irrigação com soro fisiológico para lavagem da região cirúrgica, na tentativa da remoção total de restos necróticos da lesão, raspas de osso e do ápice radicular que tinha acabado de ser removido. Em seguida fez-se um acesso para então colocar Agregado de Trióxido Mineral (MTA, Angelus®, Londrina, PR, Brasil) na região como obturação retrograda (Figura 11 A e B).

**Figura 11 - A – Corte da porção apical em 45°; B - MTA para retrobturação.**



**Fonte: caso clínico**

A sutura foi feita de forma simples entre as papilas dos dentes adjacentes e inferior a raiz utilizando fio de seda 4-0 (Shalon®, São Luís dos Montes Belos, GO, Brasil) (Figura 12 A). No pós-operatório, foi prescrito o antibiótico Amoxicilina por 7 dias, anti-inflamatório Ibuprofeno, por 3 dias e o analgésico Dipirona Sódica, durante 1 dia. Após 15 dias, a paciente retornou para remoção das suturas e apresentou uma boa cicatrização da área (Figura 12 B).

**Figura 12 – A - Sutura simples com fio seda 4-0; B – Pós-operatório de 15 dias.**



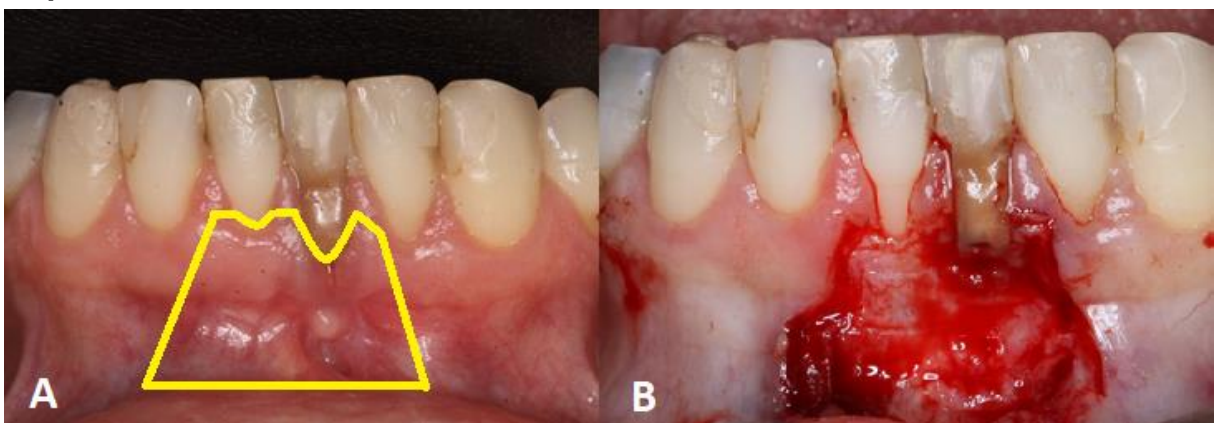
**Fonte: caso clínico**

## 2.4 CIRURGIA PERIODONTAL

Passados quatro meses após a cirurgia parodontal, utilizou-se da técnica de cirurgia com Enxerto Gengival Livre (EGL) para melhorar o biotipo gengival e ganhar tecido queratinizado. Após a anestesia da região de incisivos inferiores (Mepivacaina 2% + Epinefrina 1:100.000), foi realizado o preparo do sítio receptor com uma lâmina de bisturi 15 C (Swann-Morton®, Sheffield, Inglaterra). Com o intuito de permanecer o periosteio para oferecer maior nutrição ao enxerto, o retalho foi feito de forma parcial (dividido), englobando áreas interproximais adjacentes e apicais à recessão gengival (Figura 13 A).

Foram realizadas incisões, de retalho parcial, horizontais estendendo-se de um lado ao outro da junção amelo-cementária nas bases das papilas entre as unidades 42, 41, 31 e 32. Em seguida, foram feitas incisões relaxantes divergindo apicalmente ao fundo do vestibulo, formando um trapézio (base maior), com o intuito de maior nutrição da área receptora (Figura 13 B). Foi realizado também o debridamento do freio, pois poderia ser um dos fatores que estariam contribuindo ou agravando o aparecimento desta retração.

**Figura 13- A- Ilustração da área das incisões; B- Retalho parcial em forma trapezoidal.**



**Fonte: caso clínico**

O retalho foi dissecado e removido, expondo o tecido conjuntivo periosteal. Na unidade dentária foi realizada raspagem da superfície radicular e removido qualquer resíduo de material restaurador. Logo após este procedimento, foram feitas

medidas, horizontais e verticais, utilizando a sonda PCP 15 (North Caroline), com o intuito de mensurar a área receptora do EGL (Figura 14 A e B).

**Figura 14 - A- Medição horizontal da área receptora; B- Medição vertical da área receptora.**



**Fonte: caso clínico**

Para a aferição desta dimensão, foi utilizado um molde (mapa) com papel estéril de envelope de fio de sutura, que foi colocado no leito e recortado no tamanho correto para servir como guia da remoção do enxerto (Figura 15).

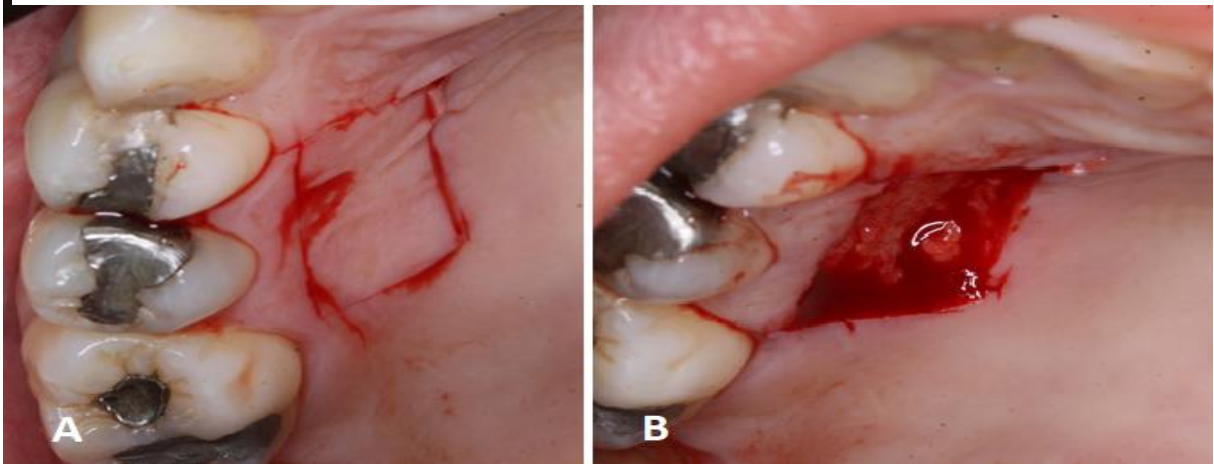
**Figura 15 - Mapa mensurando área receptora.**



**Fonte: caso clínico**

Após ser selecionada a área palatina de pré-molares (unidades 14 e 15) como região doadora, o mapa cirúrgico foi posto sobre a área com o intuito de remover com precisão a quantidade adequada do EGL. Após a demarcação das dimensões do enxerto, margeando o mapa, o mesmo foi removido com auxílio de lâmina de bisturi 15C (Figura 16 A e B).

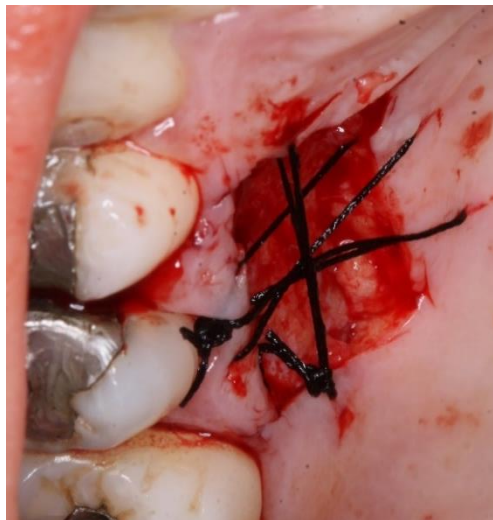
**Figura 16 -A- Incisões delimitando o enxerto; B- Enxerto removido.**



**Fonte: caso clínico**

Depois da remoção, o enxerto foi regularizado removendo-se o excesso de tecido adiposo com auxílio de uma tesoura Íris reta (Millenium-Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil), logo após, foi submerso em solução fisiológica estéril, enquanto era feita a sutura em malha do sítio doador, afim de reter o coágulo, estancar o sangramento e facilitar a cicatrização (Figura 17).

**Figura 17- Sutura em malha do sítio doador.**

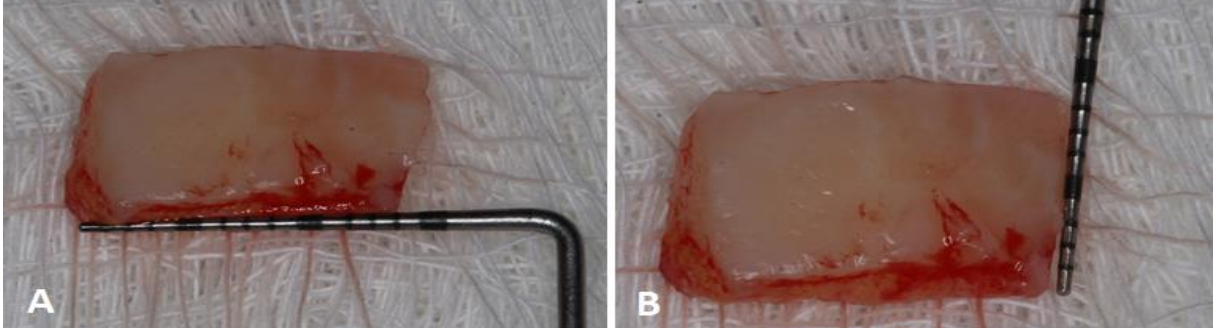


**Fonte: caso clínico**

Em seguida, com uso do fio vicryl, o enxerto (Figura 18 A e B) foi estabilizado no sítio receptor com suturas, horizontais nas laterais do enxerto e com sutura em x em torno do colo do dente, sendo fixadas no tecido conjuntivo no fundo do vestibulo, assegurando o assentamento vertical do enxerto em seu leito periosteal e radicular

(Figura 19). Após a fixação do enxerto, foi colocado um curativo com cimento cirúrgico para evitar o seu deslocamento e das suturas, favorecendo também o processo de cicatrização da área receptora.

### Figura 18 - Enxerto Gengival Livre



Fonte: caso clínico

### Figura 19 - Estabilização do enxerto com suturas horizontais e suspensórias.



Fonte: caso clínico

No pós-operatório imediato, foi prescrito antibiótico, Amoxicilina, por 7 dias, anti-inflamatório, Nimesulida, por 3 dias e analgésico, Dipirona Sódica, durante 2 dias. Recomendou-se a paciente fazer bochecho de clorexidina a 0,12%, (Periogard®, Colgate-Palmolive, Nova York, NY, Estados Unidos da América®), duas vezes ao dia, durante 14 dias, sendo repassadas as devidas instruções pós-operatórias. Após 7 dias do procedimento, o cimento cirúrgico foi removido com o intuito de observar a cicatrização da região. Foi observado aspecto de normalidade condizente ao procedimento cicatricial para o período pós-operatório do procedimento cirúrgico

descrito em ambas as áreas, doadora e receptora (Figura 20). Na região doadora, foram removidos os pontos e na receptora, aguardou-se mais 7 dias para completar o período de maturação tecidual. A paciente foi reorientada com relação higiene bucal.

**Figura 20 - Pós-operatório de 7 dias.**



**Fonte: caso clínico**

Aos 30 dias, observou-se a completa cicatrização do enxerto e do sítio receptor, promovendo a formação de mucosa queratinizada e recobrimdo parte da superfície radicular (Figura 21).

**Figura 21 - Pós-operatório de 30 dias.**



**Fonte: caso clínico**

Na avaliação pós-operatória de 3 meses, foi possível observar que o enxerto promoveu a formação de mucosa queratinizada e recobriu parte da superfície radicular (Figura 22).



**Figura 22 - Pós-operatório de 3 meses**

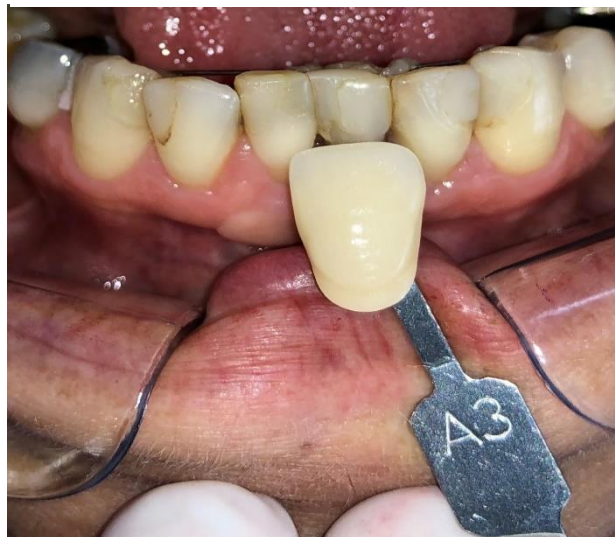


**Fonte: caso clínico**

## 2.5 RESTAURAÇÕES ESTÉTICAS

A etapa das restaurações estéticas diretas com resina composta, iniciou-se com a escolha da cor utilizando a escala universal Vita (VITA® Zahnfabrik, Germany) para seleção (Figura 23).

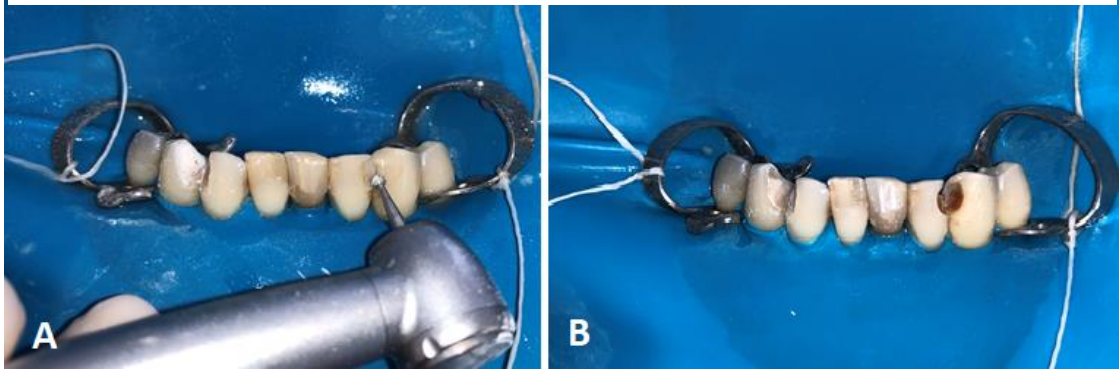
**Figura 22 - Seleção de cor.**



**Fonte: caso clínico**

Após o isolamento absoluto, as restaurações insatisfatórias foram removidas com ponta diamantada 1014 (KG Sorensen®, Barueri, SP, Brasil) nas unidades 33 (face mesial), 32 (face distal), 31 (face vestibular), 41 (face vestibular e incisal), 42 (face distal) 43 (face incisal e mesial) (Figura 24 A e B).

**Figura 23- A- Remoção de restaurações insatisfatórias com broca 1014 em alta rotação; B- Preparos**



**Fonte: caso clínico**

O condicionamento ácido das unidades foi realizado com ácido fosfórico à 37%, por 15 segundos em dentina e 30 segundos em esmalte, seguido de lavagem com água por 30 segundos e secagem com bolinha de algodão estéril. O adesivo utilizado foi o convencional de 2 passos Single Bond (3M®, Saint Paul, MN, USA), aplicado e fotopolimerizado de acordo com as instruções do fabricante. As estratificações de resina composta foram feitas com as cores A3 para esmalte e A4 para dentina (Opallis®, FGM, Joinville, SC, Brasil). Acabamento e polimento imediato foi realizado com discos abrasivos, pontas de silicone e disco de feltro (TDV®, Pomerode, SC, Brasil).

**Figura 25 – imagem final.**



**Fonte: caso clínico**

### 3 DISCUSSÃO

Diante do caso relatado, torna-se evidente a importância da multidisciplinaridade no tratamento odontológico. O englobamento de várias especialidades se apresenta como um grande desafio para a prática clínica. (MIRANDA et. al., 2016). Em alguns pacientes, o plano de tratamento consiste em intervenções únicas e isoladas, em outros, deve-se lançar mão da associação de diversos procedimentos (CARDIA et. al., 2016). A exemplo disso, temos o caso ilustrado neste trabalho, em que foram associados procedimentos clínicos de diversas especialidades da Odontologia em um mesmo paciente, visando o aumento da longevidade da unidade dentária acometida por Lesão Endo-Perio (LEP).

A Associação Americana de Endodontistas define LEP como sendo um processo de interação entre a polpa e o periodonto. Estas lesões são de índole inflamatória que afetam concomitantemente o tecido pulpar e os tecidos periodontais de inserção, tendo as reabsorções externas como um dos efeitos deste tipo de patologia (AKSEL, 2014, PEERAN et. al., 2014). Segundo Kina et. al. (2015) a retração gengival pode ser também uma das consequências da LEP e apresenta etiologia dependente da associação de vários fatores predisponentes de risco locais, comportamentais e/ou variantes anatômicas como: diâmetro da raiz do dente, espessura do osso alveolar, qualidade e quantidade dos tecidos periodontais, posição vestibularizada do dente e inserções altas de freios e bridas, corroborando com o caso descrito neste estudo, onde a paciente apresentava, como consequência de LEP na unidade 31, uma reabsorção externa no terço apical e uma retração gengival tipo 2 (RT2)+ (CATON et. al., 2018), que pode ter sido agravada com a alta inserção do freio labial inferior e posição vestibularizada da raiz da mesma unidade dentária.

Schmidt et al. (2014), realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar a sequência de tratamento para LEP, sendo incluídos 5 estudos e 18 relatos de caso, publicados entre os anos de 1981 a 2012. Estes autores observaram que existe uma heterogeneidade pronunciada entre os estudos sobre protocolos de tratamento aplicados a estes casos. Em todos os estudos clínicos, que compreendiam 111 dentes, um tratamento convencional do canal radicular foi realizado como etapa inicial do tratamento para depois então partir para as outras fases (SCHIMDT et al.,

2014). Em contrapartida, Cardia et. al. (2016) e Miranda et. al. (2016) relataram que o tratamento odontológico deve-se iniciar através da Fase de Terapia Inicial, como por exemplo, a adequação do meio bucal. No presente caso, o tratamento do canal radicular (necropulpectomia) foi realizado após a adequação do meio bucal, corroborando com os estudos citados.

Justo et. al. (2017) afirmaram que é inquestionável que a saúde do periodonto deve ser restabelecida antes de qualquer procedimento. A adequação do meio bucal representa uma etapa de grande relevância terapêutica, já que possibilita, por meio de recursos químicos e mecânicos, o controle de incidência e gravidade de doenças bucais, utilizando diversos procedimentos clínicos. Com isso, permite que haja um meio favorável para posterior realização de tratamento (CARDIA. et. al., 2016). Neste caso, a adequação do meio bucal foi feita através de procedimentos básicos, incluindo raspagem supragengival de cálculos e profilaxia. Após concluída a Fase de Terapia Inicial, o plano de tratamento seguiu com os procedimentos endodônticos, cirúrgicos e restauradores.

Nos casos de reabsorção apical, seja em decorrência do trauma ou da infecção persistente do sistema de canais radiculares, a limpeza e a obturação completas das irregularidades dentinárias e cementárias no ápice radicular dificilmente serão alcançadas, por isso, indicam-se a cirurgia parendodôntica e curetagem, removendo a lesão, obtendo um conduto livre de exsudato inflamatório, permitindo a obturação e neoformação dos tecidos da região apical. A cirurgia parendodôntica permite a remoção de todo o material que está contaminando esse local (SILVA; OLIVEIRA, 2017; BANSODE et. al., 2014). No presente caso, com a cirurgia parendodôntica foi possível a remoção de toda a lesão que se encontrava a nível apical.

O corte da porção apical foi feito em 45° em relação ao longo eixo do dente, apesar de alguns autores como Braitt et. al. (2015) defenderem a ideia de que, quanto maior o ângulo do corte, maior será a exposição dos túbulos dentinários, maior infiltração apical e menor distribuição de forças na região apical. Já Carvalho et al. (2017) não observaram em seu estudo diferença estatisticamente significativa na infiltração ocorrida entre cortes de 45° e perpendiculares e ressaltaram que em determinadas situações, o corte em 45° é necessário, dependendo da posição e inclinação do

dente no arco, e a escolha do método de preparo que será empregado para execução da obturação retrógrada. Neste caso, o corte em 45° foi feito para facilitar a aplicação do material retrobturador.

Vários materiais dentários foram considerados para obturação retrógrada. Apesar de algumas controvérsias entre autores, observada por Souza Filho et. al. (2016), o Agregado de Trióxido Mineral (MTA) é considerado o material mais indicado. (FLORATOS; KIM, 2017). No presente estudo, a eleição do MTA para cirurgia de proteção da área de reabsorção, se deu pelas suas excelentes propriedades físicas, biológicas e químicas, apontadas por Braitt et. al. (2015). Dentre as vantagens do uso do MTA, está a indução da dentinogênese, cementogênese, osteogênese, por sua grande capacidade de vedamento e seu pH alcalino, além de ser altamente biocompatível. O MTA possui alta capacidade de indução na formação do reparo nos tecidos periapicais, apresentando-se como um excelente material selador em ambientes úmidos (BRAITT et. al., 2015). No presente caso, foi possível observar algumas desvantagens no uso do MTA, como o difícil manuseamento e a difícil adaptação marginal, corroborando com os estudos de Ivanov et. al. (2015), que relata ainda que o MTA pode desintegrar-se, comprometendo o selamento apical.

Para melhorar o biótipo gengival, Kina et. al., (2015) falaram que existem diferentes tipos de técnicas cirúrgicas mucogengivais. A utilização da melhor técnica varia de acordo com a necessidade de cada caso, mas o bom senso indica que, dentro do possível, deve-se escolher a técnica mais simples, a que proporcione o menor desconforto ao paciente e a que necessite do menor número de novas intervenções (KINA et. al., 2015). No presente estudo, a paciente apresentava um biótipo gengival fino e possuía pequena faixa de mucosa queratinizada ao redor da unidade 31, por isso, a técnica cirúrgica escolhida foi a de Enxerto Gengival Livre (EGL), descrita por Björn (1963) com objetivo de aumentar a faixa de mucosa queratinizada em pacientes que apresenta ausência ou deficiência, prevenir a progressão do defeito e favorecer a higiene da região.

Para Ribas et. al. (2016), o EGL pode apresentar uma baixa previsibilidade de recobrimento, nutrição inadequada da porção do enxerto em contato com a raiz, cicatrização por segunda intenção do sítio doador, pós-operatório doloroso do sítio

doador, riscos de complicações e aspecto antiestético de cor e volume, sugerindo a busca por técnicas alternativas. Porém, como no caso em questão a recessão gengival localizava-se no elemento 31 e a estética não era uma contraindicação importante, indicou-se a cirurgia de enxerto gengival livre, pois, segundo Costa et. al. (2016) o EGL é a técnica mais indicada quando há uma inadequada faixa de mucosa queratinizada presente apical e lateralmente ao defeito, ou quando há um vestíbulo muito raso e freio proeminente com inserção próxima à margem gengival, o que dificultaria o recobrimento direto pelo enxerto de tecido conjuntivo.

Na avaliação pós-operatória de 3 meses, foi possível observar que o enxerto gengival promoveu a formação de mucosa queratinizada e recobriu parte da superfície radicular, corroborando com os estudos de Costa et. al. (2016) e Bezerra et. al. (2016) que afirmam que esta técnica é uma ótima opção para este tipo de tratamento.

Para a troca das restaurações insatisfatórias, a restauração direta com resina composta foi à técnica escolhida, já que, segundo Oliveira et. al, (2015), essa técnica é considerada eficiente no restabelecimento da estética e harmonia facial do paciente. Ainda segundo Oliveira et. al. (2015), muitas pessoas perdem a autoconfiança e autoestima devido a um sorriso ou estética prejudicados, levando-as a se comportar de maneira tímida ou retraída. As condições que afetam a estética, podem influenciar diretamente no desenvolvimento da personalidade e contribuir para um comportamento antissocial. Dessa forma, acredita-se que o tratamento proposto foi bem indicado, pois a paciente relatou estar bastante satisfeita com o resultado.

Finalmente, o desenvolvimento de um planejamento multidisciplinar completo e eficiente depende de uma sequência de tratamentos, compostos de procedimentos básicos que englobam urgências, seguido pela adequação do meio bucal, para enfim promover uma reabilitação funcional e estética. No entanto, a conclusão das etapas não determina o sucesso do tratamento no paciente. É necessária a conscientização do paciente quanto à necessidade de uma excelente higiene bucal, já que, na ausência desta, o paciente corre o risco de perder todo o trabalho realizado. Com isso, é preciso um plano de manutenção com visitas frequentes e

periódicas ao dentista para que o resultado obtido pelo tratamento tenha uma maior longevidade (CARDIA, 2016).

#### **4 CONCLUSÃO**

O tratamento pôde ser finalizado com sucesso devido a um minucioso planejamento multidisciplinar do caso, tendo o auxílio de profissionais capacitados em diferentes áreas de atuação, auxiliando no diagnóstico, planejamento, prognóstico e execução dos procedimentos propostos, em busca da reabilitação bucal da paciente em questão. Desta forma, constata-se a importância de um correto planejamento no tratamento, agregando qualidade e longevidade, devolvendo ao paciente autoestima, segurança, saúde e inserção social.

## 5 REFERÊNCIAS

1. ALVES, N. V., SANTANA, T. A. T., LANDIM, E. V. F., TAVARESB, G. R. Reabilitação Estética e Funcional do Sorriso: Revisão de Literatura. **Revista Interfaces**, v. 3(9), p. 25-30, 22 de Abril, 2016.
2. AKSEL, H., SERPER, A. A Case Series Associated with Different Kinds of Endo-Perio Lesions. **J Clin Exp Dent**, v. 6(1), p. 1-5, 2014.
3. BANSODE, P. V., PATHAK, S. D., WAVDHANE, M. B., KHEDGIKAR, S. B., SAKHARKAR, R. Retrograde Root End Filling Materials. **IOSR-JDMS**, v. 15, p. 60-64, novembro, 2016.
4. BARROS, B. A. C., LORETO, D. B. L., CHAGAS, KARINA D., BALDISSERA, A. A., FERNANDES, M. M. Proposta de Termo de Ciência Para Planejamento Estético do Sorriso. **Rev Bras Odonto Leg RBOL**, v. 5(3), p. 86-95, 2018.
5. BEZERRA, D. A., SILVA, K. G., SOUSA, R.L., RODRIGUES, R.Q.F., RIBEIRO, R.A., SOUSA, J.N.L. Associação de Técnicas Cirúrgicas Para Recobrimento Radicular de Recessão Classe III: Relato de Caso. **Revista saúde e ciência online**, V. 5(1), P. 99-108, 2016.
6. BJORN, H. Free Transplantation of Gingiva Propria. **Sveringes Tandlak Tidskr.** 1963; 22:684-689.
7. BRAITT, A.H., ANDRADE, C.A., LIMOEIRO, A.G.S., MUNIZ, Y. S., BUENO, C.E.S.. Avaliação da Infiltração Marginal Apical em Dentes Retro-obturados Com MTA/água e MTA/FillApex: Estudo em Dentes Avulsionados. **Dental Press Endod**, v. 5(1), p. 30-39, jan/abr. 2015.
8. CARDIA, G.A., TORMENTA, M., TOLENTINO E.S., PINTO, G.N.S., TOLENTINO, L.S. Planejamento Integrado Periodontal e Restaurador – Relato de Caso Clínico. **Braz J Periodontol**, v.26(2), p. 48-52, junho, 2016.
9. CARVALHO, D.C.O., ESTRELA, C.B., GARCIA, R.R. Cirurgia Periapical na Complementação do Retratamento Endodôntico: Relato de um Caso Clínico. **J Health Sci Inst**, v. 35(2), p. 137-41, 2017.
10. CATON, G.J, ARMITAGE, G., BERGLUNDH, T., CHAPPLE, I.L.C, JEPSEN, S., KORNMAN, K.S. A New Classification Scheme For Periodontal And Peri-implant Diseases And Conditions- Introduction And Key Changes From The 1999 Classification. **J Clin Periodontal**, v, 45, 2018.



11. CERRI, A., GUARIM, J.A., GENOVESE, W.J. Planejamento e Diagnóstico em Odontologia Com os Princípios Bioéticos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, v. 69, n. 3, São Paulo, Jul/Set, 2015.
12. COSTA, A.N.F., NASCIMENTO, D.F., MARTINS, A.R.L.A., DANTAS, E. M., GURGEL, B.C.V. Fatores Associados ao Sucesso do Tratamento Cirúrgico das Recessões: Revisão de Literatura. **Revista ciência plural**, v.2(2), p.84-98, 2016.
13. FLORATOS, S., KIM, S. Modern Endodontic Microsurgery Concepts. **Dent Clin N Am**, 61, p. 81-91, 2017.
14. IVANOV, I., RADEVA, E., UZUNOV, T. Endodontic Surgical Treatment - A Literature Review. **International Journal of Scientific and Research Publications**, v. 5(10), p. 1-5, out, 2015.
15. JUSTO, F.R.M., TOLENTINO, R.S., ALVES, S.G.A., PASSONI, A.C.C., PINTO, G.N.S. Planejamento Integrado no Tratamento Reabilitador – Relato de Caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 19 (1), p. 86-89, junho/agosto, 2017.
16. KINA, J.R., SUZUKI, T.Y.U., KINA, E.F.U., KINA, J. Tratamento de Recessão Gengival Unitária. **Arch Health Invest**, v. 4(6), p. 25-30, 2015.
17. KINA J.R., SUZUKI T.Y.U., KINA J., KINA M., KINA E.F.U. Reparative Phase Events on Periodontal Disease Progression: Interpretation and Considerations. **International Journal of Microbiology Research**, v. 5(4), p. 439-444, 2013.
18. MESQUITA, V. T., VASQUES, E.L. Manejo Clínico Multidisciplinar da Reabilitação Estética Utilizando Cerâmicas Puras. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 7(2), p. 172-179, Jun, 2016.
19. MIRANDA, R. R., RIZZA, G. C. R., BETTERO, F. C. B. S., JÚNIOR, P. C. S., NOVAIS, V. R. Tratamento Odontológico Integrado com Ênfase em estética: Relato de Caso. **Ver. Odontol. Bras. Central**, v.25, n.27, p.162-69, 2016.
20. NETO, C.L.M.M., POLUHAB, R.L., SÁBIOB, S.S., LEITE, J.S., SÁBIOB, S. Planejamento Interdisciplinar Para Reabilitação Oral: Um Relato de Caso de Protocolo Branemark. **J Health Sci**, v. 18(2), p. 95-103, 2016.
21. OLIVEIRA, FLÁVIA V., SILVA, MONALISA F. A., NOGUEIRA, RUCHELE D., MARTINS, VINÍCIUS R. G. Hipoplasia de Esmalte em Paciente Hebiátrico: relato de caso clínico. **Rev Odontol Bras Central**, v. 24(68), p. 31-36, 2015.

22. PEERAN, S.W., THIRUNEERVANNAN, M., ABDALLA, K.A., MUGRABI, M.H. Endo-Perio Lesions. **International Journal of Scientific & Technology Research**, v. 2(5), 2014.
23. RIBAS, A.R., GOMES, J.T., SILVA, A.O., MAIA, L.P. Enxerto Gengival Livre Versus Enxerto de Tecido Conjuntivo Livre – Relato de Caso Clínico. **Braz J Periodontol**, v. 26(4), p. 64-70, dez. 2016.
24. SCHMIDT, J.C., WALTER, C., AMATO, M., WEIGER, R. Treatment of Periodontal-Endodontic Lesions: A Systematic Review. **J Clin Periodontol**; 41: 779 – 790. 2014.
25. SILVA, W., SOUSA, L.O., LEAL, L., SILVA, W., ANDRADE, J. Integração Multidisciplinar nas Reabilitações Estéticas Adesivas. **Rev Clín Inter J Braz Dent Florianópolis**, v.9, n.2, p.72-77, abr./jun.2014.
26. SOUZA FILHO, J.L., MOREIRA, K.M.S., COSTA, A.P., SANT'ANA, D.R.M., BRANCO, C.C., FALCÃO, C.A.M. Avaliação da Infiltração Apical de Cimento Endodôntico Acrescido de MTA e Portland. **Rev. Bras. Odontol**, v. 73, n. 2, p. 135-9, Rio de Janeiro, abr./jun, 2016.
27. STEFANI, A., FRONZA, B.M., ANDRÉ, C.B., GIANNINI, M. Abordagem Multidisciplinar no Tratamento Estético Odontológico. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 69(1) p. 43-7, 2015.
28. VIEIRA, A.C., OLIVEIRA, M.C.S., ANDRADE, A.C.V., GNOATTO, N., SANTOS, E.F., NETTO, M.L.P.M. Abordagem Interdisciplinar na Reabilitação Estética do Sorriso. **Revista odontológica de Araçatuba**, v.39, n.2, p.54-59, maio/agosto, 2018.