

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ALINE APARECIDA LOURENÇO BASILIO
LUDIMILA ALVES DA SILVA**

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE DENTES
ANTERIORES SUPERIORES COM EXTENSA
DESTRUIÇÃO CORONÁRIA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

**ALINE APARECIDA LOURENÇO BASILIO
LUDIMILA ALVES DA SILVA**

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE DENTES
ANTERIORES SUPERIORES COM EXTENSA
DESTRUIÇÃO CORONÁRIA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof.^o Ma. Lia Dietrich

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
Curso de Bacharelado em Odontologia

**ALINE APARECIDA LOURENÇO BASILIO
LUDIMILA ALVES DA SILVA**

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE DENTES ANTERIORES
SUPERIORES COM EXTENSA DESTRUIÇÃO CORONÁRIA: RELATO
DE CASO CLÍNICO**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Odontologia, composta em 13 de
Novembro de 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, pela comissão examinadora constituída
pelos professores:

Orientador: Prof.^o Ma. Lia Dietrich
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof. ^o Esp. Henrique Cury Viana
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.^a Me. Eduardo Silva Botelho
Faculdade Patos de Minas

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE DENTES ANTERIORES
SUPERIORES COM EXTENSA DESTRUÇÃO CORONÁRIA:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

**REHABILITATION OF PREVIOUS TEETH TOP BEAUTY WITH
EXTENSIVE DESTRUCTION CORONARY: CLINICAL CASE
REPORT**

Aline Aparecida Lourenço Basilio ¹:

¹ Aluna do curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM: formando no ano de 2019. alinelpatos@gmail.com

Ludimila Alves da Silva ²:

² Aluna do curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM: formando no ano de 2019.

Lia Dietrich ³:

² Professora Adjunta do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM, Mestre em Reabilitação Oral pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU. lia_dietrich@yahoo.com.br

Lia Dietrich:

Rua Major Gote, 1408, Centro
Patos de Minas-MG
Telefone: 38182300

REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE DENTES ANTERIORES SUPERIORES COM EXTENSA DESTRUIÇÃO CORONÁRIA: RELATO DE CASO CLÍNICO

RESUMO

Reestabelecer a estética e função dos dentes anteriores com destruição coronária é sempre um desafio para a odontologia. A cárie é uma doença multifatorial, considerada como o problema de saúde bucal mais prevalente e importante no Brasil. Em muitos casos de grande destruição coronária, causadas pela cárie dentária, fraturas, desgastes entre outras, utilizamos retentores intrarradiculares pré fabricados em fibra de vidro pois estes garantem estética, menor custo e evitam etapas laboratoriais. Este artigo mostra um relato de caso clínico de uma reabilitação estética e funcional em dentes anteriores utilizando tratamento endodôntico, retentores intrarradiculares em pino de fibra de vidro (White post FGM, Santa Catarina, Brasil) e coroas em porcelana de dissilicato de lítio (E-max IPS Ivoclar Vivadent, São Paulo, Brasil) reestabelecendo função mastigatória e alcançando estética favorável, contribuindo assim para a melhora da saúde bucal e satisfação da paciente.

Palavras-chaves: reabilitação bucal, endodontia, técnica para retentor intrarradicular, cimentação

ABSTRACT

Restore the aesthetics and function of the anterior teeth with coronary destruction is always a challenge for dentistry. Caries is a multifactorial disease, considered the oral health problem more prevalent and important in Brazil. In many cases of great coronary destruction caused by dental caries, fracture, wear, among others, intracanal use prefabricated glass fiber retainers because they ensure aesthetics, lower cost and avoid steps laboratory. This article shows a case report of an aesthetic and functional rehabilitation of anterior teeth using endodontic treatment, intraradical seals fiberglass pin (White post FGM, Santa Catarina, Brazil) and crowns in porcelainlithium disilicate (E-max IPS Ivoclar Vivadent, São Paulo, Brazil) reestablishing masticatory function and achieving favorable aesthetics, thereby contributing to the improvement of oral health and patient satisfaction.

Key Words: mouth Rehabilitation, endodontics, post and core technique, cementation

INTRODUÇÃO

O restabelecimento da forma, função e estética de dentes anteriores com extensa destruição coronária é um grande desafio. A cárie dentária é uma alteração que atinge os tecidos minerais dos dentes “é a doença bucal mais prevalente e, embora em declínio, ainda atinge 56% da população brasileira aos 12 anos” (1). É de etiologia multifatorial baseando-se principalmente na tríade de biofilme, tempo e dieta. Ela pode provocar limitações no dia a dia das pessoas e contribuir em mudanças biológicas, psicológicas, sociais e na qualidade de vida desses pacientes. (1)

Muitos dentes com lesões de cárie extensa conseqüentemente evoluem para tratamentos endodônticos ou ainda para reabilitações com pino intrarradiculares e restaurações indiretas. (2)

Em uma reabilitação extensa é indispensável o uso de retentores intrarradiculares. (3)

Pino de Fibra de Vidro	Pino Metálico Fundido
<p style="text-align: center;">VANTAGENS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos fraturas em raiz (pois a elasticidade é semelhante a dentina); • melhor adaptação; • linha de cimentação menor quando reanatomizado; • menos invasivo necessitando de um menor desgaste da estrutura dentária; • resistência maior; • possuem baixo custo • demanda menos tempo do profissional por não necessitarem da fase laboratorial. <p style="text-align: center;">DESVANTAGEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • alguns não possuem radiopacidade; • Interação do cimento endodôntico que contem eugenol com o cimento resinoso (diminui a resistência). (Ferro MCL et.al. 2016) 	<p style="text-align: center;">VANTAGENS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versatilidade; • são personalizados ao formato do canal radicular promovendo uma boa adaptação e melhor distribuição de cargas mastigatórias que incidem na raiz; • apresentam sucesso clínico a longo prazo; • rigidez elevada. <p style="text-align: center;">DESVANTAGEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • desgaste excessivo da estrutura sadia, pois eles necessitam de retenção friccional, gerando assim uma menor resistência do dente. • apresentam módulo de elasticidade discrepante da estrutura dentária, favorecendo trincas e fraturas nos dentes. (Soares DNS et.al. 2018)

No tratamento odontológico reabilitador quando se necessita de restaurações indiretas, as coroas provisórias são indispensáveis. As restaurações provisórias são usadas para facilitar a confecção da prótese definitiva, e garantir seu sucesso além de reestabelecer uma estética, direcionar o planejamento da futura reabilitação, devolver oclusão, dimensão vertical, saúde e perfil gengival, protege os túbulos dentinários expostos dos dentes vitais e evita a contaminação e infiltração de dentes endodonticamente tratados, infiltração gengival para a margem do preparo protético, além de orientar o paciente nos cuidados de higienização com o material e propriocepção diante de estruturas artificiais. (4)

<p style="text-align: center;">Provisório em Resina Bisacrílica</p>	<p style="text-align: center;">Provisórios Prensados</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Essencial para planejar o tratamento; • irá mostrar a disposição dos dentes, forma e a estética correta; • será a primeira ideia que o paciente irá ter de como irá ficar seu tratamento. (Shibayama R et.al. 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> • Podem permanecer mais tempo na cavidade bucal; • são indicados para região anterior e posterior; • apresentam bons resultados estéticos ; • fácil higienização; • apresentam durabilidade. • Sua desvantagem é apresentar um custo mais elevado. (Oliveira JA et.al. 2016)

Durante muito tempo as coroas metalocerâmicas eram escolhidas para reabilitações de regiões anteriores, mas devido à possibilidade de exposição cervical futura, surgiram outros materiais que passaram a ser usados obtendo assim uma previsibilidade maior, além de gengivas mais saudáveis e harmônicas pela troca do material cimentador. Exemplo destes materiais são as coroas de dissilicato de lítio (E-max IPS Ivoclar Vivadent, São Paulo, Brasil), além de proporcionar uma estética mais favorável, podem também reabilitar regiões anteriores e posteriores. (5)

Coroas Metalocerâmicas	Cerâmicas Puras	Coroas IPS E-max
<ul style="list-style-type: none"> • são compostas por metal fundido e cerâmica, isso dão a elas resistência e estética, embora muitos profissionais já não escolhem essas coroas para reabilitar regiões anteriores onde a estética é primordial, pois podem apresentar exposição cervical. (Eberle IL et.al. 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> • possuem aspecto natural, se assemelhando a estrutura dental, sendo assim indicadas para reabilitações estéticas anteriores, em caso de reabilitações posteriores elas não são as mais indicadas pois é um material friável e nessa região tem uma maior tensão mastigatória. (Eberle IL et.al. 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> • feitas a base de dissilicato de lítio; • resistência estrutural, • capacidade adesiva, • melhores propriedades de translucidez e propriedades físicas, • possuem bons resultados estéticos e funcionais, • Usado em regiões anteriores e posteriores. (Eberle IL et.al. 2016)

O presente trabalho trata-se de um relato de caso clínico narrativo e expositivo, onde foi relatado um caso de cáries extensas em dentes anteriores

superiores que necessitou uso de pinos intrarradiculares e utilização de coroas de dissilicato de lítio (E-max IPS Ivoclar Vivadent, São Paulo, Brasil) para reabilitação estética e funcional, melhorando assim a saúde bucal e psicológica da paciente.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 27 anos, compareceu à Policlínica da Faculdade Patos de Minas, queixando-se da estética de seus dentes anteriores.

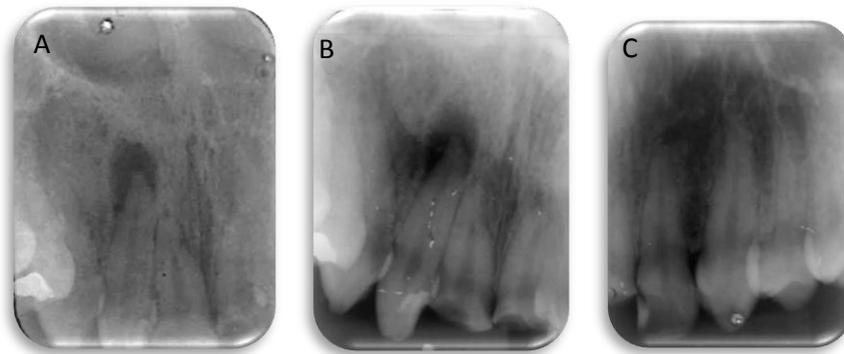
Foi observado, que a paciente utiliza uma prótese parcial removível provisória, ao remover a prótese foi observado cárie extensa nos incisivos centrais e no exame radiográfico lesão periapical no incisivo lateral direito, dente 12. (Figura 1-3)



Figura 1: Situação inicial da paciente, vista extraoral. (Foto do próprio autor).



Figura 2: Situação da paciente com os lábios afastados e dentes em oclusão. (Foto do próprio autor).



Figuras 3: Exames radiográficos mostrando: A) lesão periapical no dente 12; B) cárie extensa dentes 11 e 21 e lesão periapical 12; C) cárie extensa no dente 22. (Foto do próprio autor).

Foi realizado teste de vitalidade nos dentes 12, 11, 21 e 22, utilizando Endo ice -50°C (Maquira, Maringá, Brasil) (Figura 4). Sendo que os dentes 12, 11 e 21 responderam como negativo ao teste, não constatando vitalidade pulpar. O dente 22 respondeu positivo ao teste, constatando vitalidade apesar de apresentar restauração insatisfatória. Mesmo assim, optou-se por tratamento endodôntico do dente 22 para alinhamento do arco e melhora na estética anterior pois este apresentava giroversão, além de estar palatinizado, fechando-se o planejamento.



Figura 4: Endo ice -50°C (Maquira, Maringá, Brasil), usado para realizar o teste de vitalidade nos dentes 12, 11, 21 e 22. (Foto do próprio autor).

Na primeira sessão do tratamento foi realizado a remoção das cáries e das resinas insatisfatórias (Figura 5), isolamento absoluto, abertura coronária e neutralização progressiva (Figura 6), utilizando hipoclorito de sódio 2,5% (Asfer, São Paulo, Brasil) nos dentes 12, 11 e 21 e hipoclorito de sódio 1% (Asfer, São Paulo, Brasil) no 22, a medicação intracanal utilizada foi formocresol (Maquira, Paraná, Brasil) e ao final, restauração provisória com Ionômero de vidro Maxxion R (FGM, Santa Catarina, Brasil). Foi feita a moldagem de estudo usando alginato Jeltrate Dustless (Dentsply, Ballaigues, Suíça) para a confecção do enceramento diagnóstico. (Figura 7A-E)



Figura 5: Remoção do tecido cariado. (Foto do próprio autor).



Figura 6: Abertura coronária na etapa de neutralização progressiva. (Foto do próprio autor).



Figura 7: Produtos utilizados na primeira sessão: A) hipoclorito de sódio 2,5% (Asfer, São Paulo, Brasil); B) hipoclorito de sódio 1% (Asfer, São Paulo, Brasil); C) formocresol (Maquira, Paraná, Brasil); D) Maxxion R - ionômero de vidro (FGM, Santa Catarina, Brasil); E) alginato Jeltrate Dustless (Dentsply, Ballaigues, Suíça). (Fotos do próprio autor).

Na segunda sessão foi feita a odontometria e o preparo biomecânico usando limas K-file (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça) 1mm aquém do CRT (Comprimento Real de Trabalho), soluções irrigadoras: hipoclorito 1% e 2,5% e soro fisiológico. Foi feito o escalonamento com três limas após a lima memória, recuando 1mm em cada lima. A medicação intracanal utilizada foi Calen PMCC (SS White, Rio de Janeiro, Brasil), e ao final restauração provisória com ionômero de vidro (Figuras 8 e 9).



Figura 8: Material utilizado na segunda sessão: A) limas K-file (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça); B) Calen PMCC (SS White, Rio de Janeiro, Brasil). (Fotos do próprio autor).



Figura 9: Restaurações provisórias feitas utilizando ionômero de vidro, nas etapas de neutralização progressiva, preparo biomecânico, troca de medicação e obturação. (Foto do próprio autor).

Na terceira sessão foi realizada a troca de medicação intracanal dos dentes utilizando Callen PMCC (SS White, Rio de Janeiro, Brasil).

Na quarta sessão foi realizada a obturação (Figura 10), usando cimento Sealer 26 (Dentsply, Ballaigues, Suíça), cones de guta percha principal e secundários (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça), hipoclorito de sódio 2,5% para desinfecção dos cones. Foi realizada a condensação lateral, utilizando espaçadores digitais (A, B, C e D) (Dentsply, Ballaigues, Suíça), e os cones, foi feito o corte dos cones na entrada do canal e em seguida a condensação vertical. E restauração provisória com ionômero de vidro. (Figura 11)



Figura 10: Radiografia mostrando os dentes obturados. (Foto do próprio autor).



Figura 11: Material utilizado quarta sessão a) cimento Sealer 26 (Dentsply, Ballaigues, Suíça); B) cones de guta percha principal e secundário (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça); C) espaçadores digitais (A, B, C e D) (Dentsply, Ballaigues, Suíça). (Fotos do próprio autor).

Na quinta sessão foi realizado a desobturação parcial dos canais preconizando selamento apical de 4mm, utilizando as brocas largo I, II e III (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça). Foi selecionado pinos de fibra de vidro White Post (FGM, Santa Catarina, Brasil), através da radiografia e pelas brocas de desobturação. Foi feito o condicionamento do remanescente utilizando ácido fosfórico 37% (Biodinâmica, Paraná, Brasil) durante 15 segundos, lavagem e secagem do conduto e aplicação do sistema adesivo Magic Bond (3M, Minnesota, EUA) removendo os excessos com cone de papel (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça). Realizou a desinfecção dos pinos com álcool 70% (Prolink, São Paulo, Brasil) por um minuto e após a desinfecção aplicou silano (Maquira, Maringá, Brasil) na superfície do pino deixando por um minuto e aplicou o sistema adesivo (3M, Minnesota, EUA) e em seguida fotopolimerização por 20 segundos. Foi utilizado cimento resinoso AllCem (FGM, Santa Catarina, Brasil) para a cimentação do pino e a confecção da porção coronal com resina composta Opallis (FGM, Santa Catarina, Brasil). O preparo do remanescente dentário foi finalizado com término tipo ombro. Moldagem com silicone de

condensação Perfil Putty (Coltene, Rio de Janeiro, Brasil) dos dentes preparados com finalidade de confecção dos provisórios prensados. (Figuras 12 A-H e 13-15)



Figura 12: Material utilizado quinta sessão A) pino de fibra de vidro white post (FGM, Santa Catarina, Brasil); B) silano (Maquira, Maringá, Brasil); C) álcool 70% (Prolink, São Paulo, Brasil); D) sistema adesivo (3M, Minnesota, EUA); E) silicone de condensação Perfil Putty (Coltene, Rio de Janeiro, Brasil); F) resina composta (FGM, Santa Catarina, Brasil); G) ácido fosfórico 37% (Biodinâmica, Paraná, Brasil); H) cimento resinoso AllCem (FGM, Santa Catarina, Brasil). (Fotos do próprio autor).



Figura 13: Foto mostrando a confecção da porção coronal feita com resina composta. (Foto do próprio autor).

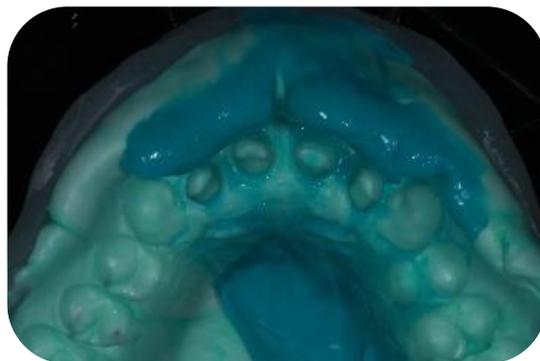


Figura 14: Molde feito dos dentes preparados utilizando silicone de condensação com finalidade de confecção dos provisórios prensados. (Foto do próprio autor).



Figura 15: Exames radiográficos mostrando: A) os pinos de fibra de vidro cimentados; B) mostrando desobturação dos incisivos centrais e cimentação dos pinos de fibra de vidro nos incisivos laterais. (Fotos do próprio autor).

Na mesma sessão foi realizada uma moldagem com silicone de condensação do modelo encerado para confecção do mock-up. Foi confeccionado provisórios com resina bisacrilica Temp 3M (3M, Minnesota, EUA). (Figuras 16 e 17)

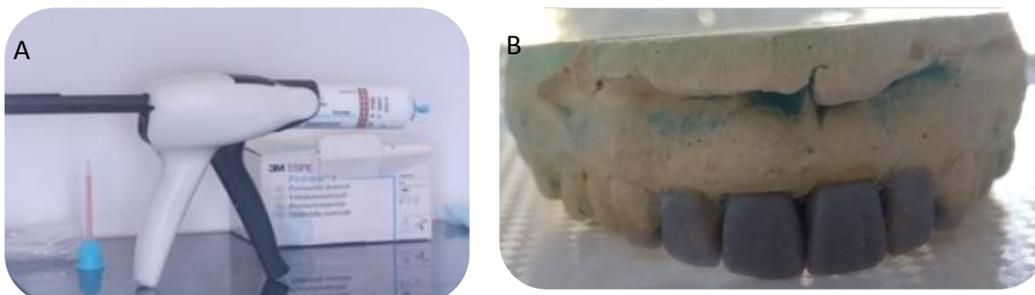


Figura 16: A) resina bisacrílica (3M, Minnesota, EUA), utilizada para confecção dos provisórios; B) enceramento diagnóstico. (Fotos do próprio autor).



Figura 17: Foto mostrando os provisórios confeccionados em resina bisacrílica Temp 3M. (Foto do próprio autor).

Na sexta sessão, foi removido o mock-up e realizou a instalação dos provisórios prensados, utilizando o cimento à base de hidróxido de cálcio HydroC (Dentsply, Ballaigues, Suíça). Optou-se pela confecção de provisórios prensados em laboratório pois a paciente iria ficar por um longo período com os mesmos e também não teria condições financeiras imediatas para a confecção das coroas em cerâmica. (Figuras 18 e 19)



Figura 18: Cimento HydroC (Dentsply, Ballaigues, Suíça), utilizado para cimentação dos provisórios prensados. (Foto do próprio autor).



Figura 19: Foto mostrando a instalação dos provisórios prensados. (Foto do próprio autor).

Na sétima sessão foi feita uma avaliação periodontal e foi planejado e realizada uma cirurgia plástica periodontal com a intenção de melhorar o formato anatômico da gengiva, melhorando papila e diminuindo volume ósseo na região.

Após três meses, na oitava sessão foi realizada a moldagem com silicone de adição com finalidade de confeccionar as coroas definitivas em E-max IPS (Ivoclar Vivadent, São Paulo, Brasil).

Na nona sessão foi realizada a prova da cerâmica avaliando adaptação cervical, espaço interproximal e oclusão fazendo assim os ajustes necessários.

Na décima sessão foi realizada a cimentação das coroas definitivas (E-max IPS Ivoclar Vivadent, São Paulo, Brasil), foi feito o condicionamento das coroas com ácido fluorídrico 10% (FGM, Santa Catarina, Brasil) durante 20 segundos, lavagem e secagem com jato de ar, aplicação do silano usando o microbrush, aplicação do sistema adesivo e fotopolimerização. Foi feito também o condicionamento do remanente dental usando ácido fosfórico 37% (Biodinâmica, Paraná, Brasil) por 15 segundos, lavagem e secagem, aplicação

do sistema adesivo Magic Bond (3M, Minnesota, EUA), e fotopolimerização. Manipulação do cimento DUAL AllCem (FGM, Santa Catarina, Brasil) para cimentação final. (Figuras 20-22)



Figura 20: Material utilizado nona sessão A) ácido fluorídrico 10% (FGM, Santa Catarina, Brasil); B) silano (Maquira, Maringá, Brasil); C) sistema adesivo (3M, Minnesota, EUA). (Fotos do próprio autor).

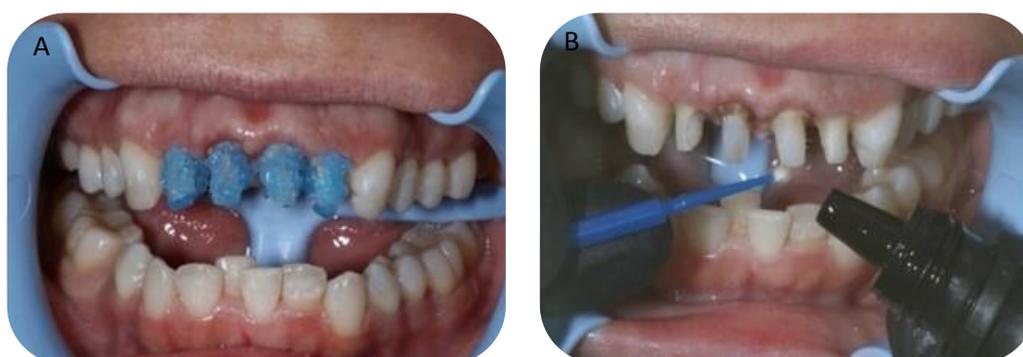


Figura 21: A) condicionamento ácido, usando ácido fosfórico 37%; B) aplicação do sistema adesivo. (Fotos do próprio autor).



Figura 22: A) cimentação das coroas definitivas (E-max IPS Ivoclar Vivadent, São Paulo, Brasil); B) vista lateral mostrando a cimentação das coroas definitivas (E-max IPS Ivoclar Vivadent, São Paulo, Brasil). (Fotos do próprio autor).

DISCUSSÃO

A cárie dental é uma patologia muito relevante e prevalente em todo o país sendo vista como um problema de saúde pública. Sabe-se que sua prevalência e severidade estão associados a fatores alimentares, biológicos, socioeconômicos, comportamentais, saneamento básico e serviços de saúde. (6) Estudos recentes mostram uma prevalência de carie baixa tanto na incidência e progressão destas lesões durante a vida adulta, já as lesões em dentina aumentaram nas faixas etárias de 12-15 anos e 20-27 anos, sendo maior a incidência nesta segunda idade. (7) O primeiro sinal desta lesão é vista clinicamente como uma mancha branca que quando não diagnosticada e tratada corretamente pode evoluir causando uma destruição total da estrutura dentária e levando o paciente a tratamentos mais invasivos como o endodôntico. (8)

Quando essa cárie se encontra mais extensa, para um plano de tratamento adequado é necessário realizar testes de vitalidade pulpar, ele serve como um exame complementar para auxiliar em um correto diagnóstico. Dentre eles são utilizados: testes térmicos, de percussão, palpação e exame radiográfico. O recurso mais utilizado para o teste de vitalidade é o do gás refrigerante, ele nos mostra a situação pulpar, estimulando a polpa através da movimentação dos fluidos dentro dos túbulos dentinários, auxiliando assim no diagnóstico e na realização do tratamento. (9, 10, 11) Foi utilizado o teste de sensibilidade térmico (gás refrigerante) como exame complementar para o diagnóstico de necrose pulpar. Foi utilizado o Endo ice -50°C (Maquira, Maringá, Brasil).

Após fazer o diagnóstico do dente acometido, em muitos casos é necessário realizar o tratamento endodôntico, ele é feito em casos de infecção pulpar e necrose, pulpite irreversível, retratamento do canal e em casos de indicação protética. Esse tratamento tem como objetivo, através de suas fases, fazer a limpeza do canal eliminando o tecido pulpar, raspas de dentina, bactérias, realizando assim a desinfecção e obturação do canal, com isso atingimos uma saúde apical e periapical, para posteriormente devolver a função do dente. (12)

Em extensas destruições coronárias causadas por lesões cariosas seguidas de tratamento endodôntico são indicados o uso de pinos intrarradiculares, que podem estar associados a elementos protéticos ou não. É necessário avaliar alguns fatores como: o local onde o dente está na arcada, o tipo de força que ele recebe (lateral, cisalhada ou vertical), a quantidade de remanescente coronário (é indicado para o uso de pinos fundidos 1mm e para pinos intrarradiculares 2mm de remanescente), a situação das paredes radiculares se elas não estão enfraquecidas com o preparo que foi feito, se tem presença ou não de curvatura, deve-se observar a oclusão do paciente, as guias anteriores e laterais, para medir as cargas que incidem sobre o dente. E é necessário uma boa saúde periodontal e um bom suporte ósseo para não comprometer o pino e a estrutura dentária. (13)

Os pinos metálicos fundidos tem como vantagem a versatilidade, são personalizados ao formato do canal radicular promovendo uma boa adaptação e melhor distribuição de cargas mastigatórias que incidem na raiz, eles apresentam também sucesso clínico a longo prazo e rigidez elevada. A desvantagem dos pinos metálicos é o desgaste excessivo da estrutura sadia,

pois eles necessitam de retenção friccional, gerando assim uma menor resistência do dente, e ainda apresentam módulo de elasticidade discrepante da estrutura dentária, favorecendo trincas e fraturas nos dentes. (2)

Após analisar as vantagens e desvantagens desses dois pinos, foi escolhido o pino de fibra de vidro para o caso em questão, por ser menos invasivo, necessitando de um menor desgaste da estrutura dentária, gerando assim uma resistência maior. Ferro et al (14) e Rossato (15), em ambos os estudos mostraram que atualmente o pino mais utilizado é o de fibra de vidro. No caso relatado foi utilizado pino de fibra de vidro Whitepost (FGM, Joinville, Brasil), tamanho 2 e para a instalação do pino foi utilizado o resinoso dual, Allcem (FGM, Santa Catarina, Brasil), que além da polimerização química também necessita de fotoativação. Ele gera resistência ao desgaste, força de união e resistência a compressão, embora alguns cuidados devem ser tomados como o controle da umidade durante a cimentação, uma fotopolimerização adequada e cuidados em relação a contração de polimerização. (15)

Em regiões anteriores, a estética conta como um fator primordial, pois melhora a autoestima do paciente. (16, 17) Os provisórios além de favorecerem a estética, contribuem para a manutenção da saúde periodontal e função dos dentes. Foi feito nesse caso, para a confecção do provisório em resina bisacrílica, a moldagem do paciente e confecção do enceramento diagnóstico. Este enceramento é uma etapa essencial para planejar o tratamento, isso irá mostrar a disposição dos dentes, forma e a estética correta e também será a primeira ideia que o paciente irá ter de como irá ficar seu tratamento.

Tradicionalmente é feito acrescentando cera sobre o modelo de estudo, pelo protético ou protesista. (18)

Foi realizado a moldagem com silicone de condensação, Perfil Putty (Coltene, Altstätten, Suíça), do modelo de enceramento diagnóstico, este silicone tem uma boa reprodução dos detalhes, uma baixa resistência ao rasgamento, e é utilizado com muita frequência pela facilidade de trabalho e técnica de moldagem. (18)

A confecção de provisórios prensados foi outra escolha no caso clínico relatado devido ao tempo de permanência destes na cavidade bucal. (19) No caso utilizou esses provisórios prensado pois a paciente não tinha condições financeiras para a confecção das coroas definitivas.

Por ser uma área estética foi realizado uma avaliação periodontal, pois dentre os aspectos que influenciam na estética do sorriso estão as recessões ou excessos de tecido gengival. Após o diagnóstico, foi observado o desnível gengival cervical optando por uma cirurgia plástica periodontal, realizando o aumento da coroa clínica pela retirada do tecido gengival e remoção do excesso de tecido osso na região anterior. (20) A técnica de bioplastia gengival varia pois é importante observar o biótipo periodontal: fino e médio, além da quantidade de tecido queratinizado. É contra indicado esse procedimento em paciente que possui uma faixa limitada de tecido queratinizado. (21)

As coroas IPS E-max feitas a base de dissilicato de lítio podendo ser usado tanto em regiões anteriores quanto posteriores. Neste caso foi o escolhido

para reabilitar a paciente, coroas feitas a base de dissilicato de lítio (IPS E-max), devido a sua resistência e estética. (22)

CONCLUSÃO

As reabilitações estéticas anteriores, necessitam de um plano de tratamento que envolva radiografias, modelos de estudo, enceramento diagnóstico, evidenciando o que é necessário fazer na reabilitação, contribuindo assim para o sucesso do caso e a saúde da paciente tanto bucal como psicológica.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus que sem Ele nada seria possível.

As nossas famílias que estão do nosso lado nos apoiando.

A paciente do caso clínico, que sem ela não seria possível escrever esse trabalho.

A nossa orientadora Prof^a. Me. Lia Dietrich por ter aceito o convite de nos orientar, por toda dedicação e empenho na realização desse trabalho e por sempre nos receber tão bem quando tínhamos dúvidas.

Aos professores Esp. Henrique Cury Viana e Me. Eduardo Silva Botelho por terem nos ajudado na execução do caso e aceito o convite para participar da nossa banca.

REFERÊNCIAS

1. Vieira PR, Fragelli CMB, Jeremias F, Santos-Pinto LAM. Qualidade de vida e percepção estética da cárie dentária. Rev. Bras. Promoç. Saúde. Fortaleza. 2018 [acesso em 29 Mar 2019]; 31(1):1-9. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6649/pdf>
2. Soares DNS, Santana LLP. Estudo comparativo entre o pino de fibra de vidro e pino metálico fundido: uma revisão de literatura. Id on line Rev. Mult. Psic. 2018 [acesso em 28 Mar 2019]; 12(42):996-1005. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>
3. Ferreira GC, Bueno MG, Amorim ED. Reabilitação em dentes anteriores com pinos de fibra de vidro e coroas metal free: relato de caso. RFO UPF 2018. [acesso em 09 Jun 2019]; 23(3):300-304. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8298/114114442>
4. Youssef SAJ, Abdulaziz AR, Jasse WS, Anthony ML. An indirect technique for assuring simplicity and marginal integrity of provisional restorations during full mouth rehabilitation. The Saudi Dental Journal 2013 [cited 2019 fev 18.]; 25: 39-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23960554>
5. Freitas R, Silva AS, Amaral RM, Jourdan MR, Catalan LF, Viana SF. E.MAX como fator estético na reabilitação em dentes com coroas clinicas

- curtas: relato de caso clínico. *Innov Implant J, Biomater Esthet.* 2014. [acesso em 09 Jun 2019]; 9(2/3):71-79. Disponível em: <https://jmdentistry.com/pdf/article/266.pdf>
6. Silveira MF, Freire RS, Nepomuceno MO, Martins AMEBL, Marcopito LF. Cárie dentária e fatores associados entre adolescentes no norte do estado de Minas Gerais, Brasil: uma análise hierarquizada. *Ciênc. Saúde coletiva.* 2015 [acesso em 13 Mar 2019]; 20(11):3351-3364. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3351.pdf>
 7. Krämer J. Prevalência e extensão de cárie coronária e radicular em adultos e idosos de porto alegre, rio grande do sul, brasil - resultados parciais [TCC] [internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016 [acesso em 26 Fev 2019]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/150807>
 8. Mendes NS. Avaliação de lesões brancas de cáries: um estudo de prognóstico [dissertação] [internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2011 [acesso em 17 Nov 2018]. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17068/1/NeuzaSM_DISSERT.pdf

9. Medeiros JMF, Cortelli JR, Carvalho PL, Rosa LCL, Pallos D, Zöllner NA et al. Eficácia de dois agentes térmicos antes e após a realização da terapia periodontal, em dentes humanos. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2017 [acesso em 17 Nov 2018]; 29(2): 129-39. Disponível em: www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/download/413/416
10. Dias JDN, Lima IPC. Interrelação entre sensibilidade pulpar e quantidade de dentina remanescente antes e após preparos cavitários em dentes posteriores. RFO, Passo Fundo. 2017 [acesso em: 26 Fev 2019]; 22(1): 69-75. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/6830>
11. Silva T, Brasil SC, Armada-Dias L, Armada L. Eficácia dos testes térmico e elétrico no registro do status pulpar: um estudo *in vivo*. Rev. Bras. odontol., Rio de Janeiro. 2016. [acesso em 29 Mar 2019]; 73(2):92-5. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v73n2/a02v73n2.pdf>
12. Siqueira Junior JF, Roças IN, Lopes HP, Alves FRF, Oliveira JCM Armada L et.al. Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. Rev. Bras.odontol., Rio de Janeiro. 2012. [acesso em 06 Fev 2019]; 69(1):8-14. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a04v69n1.pdf>
13. Melo ARS, Almeida ANCL, Sales TLL, Madureira IT, Figueiroa A, Leite EBC. Reconstrução de dentes severamente destruídos com pino de fibra

- de vidro. *Odontol. Clin.-Cient*; Recife. 2015 [acesso em 29 Mar 2019]; 14(3): 725-728. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v14n3/a09v14n3.pdf>
14. Ferro MCL, Colucci V, Marques AG, Ribeiro RF, Silva-Sousa YTC, Gomes EA. Fracture Strength of weakened anterior teeth associated to different reconstructive techniques. *Braz Dent J*. 2016. [cited 2019 Feb 26]; 27(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-64402016000500556&script=sci_arttext
15. Rossato DM. Avaliação de núcleo metálico fundido, núcleo com fibra de vidro e endocrown em cerâmica. Análise comparativa pelo método dos elementos finitos 3D e ensaio mecânico. [Tese] [internet]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista Faculdade de Odontologia; 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/101396>
16. Calixto R, Massing N. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores. *Ver Dental Press Estét*. 2012. [acesso em 26 Nov 2018]; 9(4):20-7. Disponível em: <http://www.pdfsharp.net/?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
17. Pegoraro LF, Valle AC, Araujo CRT, Bonfante G, Conti PCR, Bonacheia V. *Prótese Fixa: Bases para o planejamento em reabilitação oral*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2013.

18. Shibayama R, Tioosi R, Queiroz ME, Dallazen E, Campaner M. Reabilitação estética dos elementos anteriores utilizando o sistema IPS E.Max. Revista Odontológica de Araçatuba. 2016. [acesso em 26 Nov 2018]; 37(2):09-16. Disponível em: <http://apcdaracatuba.com.br/revista/2016/08/trabalho4.pdf>

19. Oliveira JA. Restaurações indiretas em dentes posteriores: relato de caso. 2016. Número total de 17 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2016/J%C3%9ALIA%20ANSANELI%20DE%20OLIVEIRA.pdf>

20. Lemes LTO, Laufer E, Reckziegel M, Montenegro MM, Kampits C. Aumento de coroa clínica com a técnica flapless: relato de caso. Braz J Periodontol. 2018. [acesso em 06 Fev 2019]; 28(3):73-78. Disponível em: http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2018/setembro/REVPERIO_SETEMBRO_2018_PUBL_SITE_PAG-73_A_78%20-%2003-10-2018.pdf

21. Bertolini PFR, Biondi Filho O, Kiyam VH, Saraceni CHC. Recuperação da estética do sorriso: cirurgia plástica periodontal e reabilitação protética. Rev. Ciênc. Méd., Campinas. 2011. [acesso em 06 fev 2019]; 20(5-6):137-143. Disponível em: <https://seer.sis.puc->

campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/578/5

[58](#)

22. Eberle IL, Venâncio GN, Aquino EP, Augusto CR. Reabilitação estética anterior com sistema IPS e.max: relato de caso clinico. Arch Health Invest. 2016. [acesso em 09 Jun 2019]; 5(3):2317-3009. Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1320/pdf>

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, _____ de _____ de _____.

Nome do Orientando

Nome do Orientador

DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA

Eu _____,
matriculado sob o número _____ da FPM, DECLARO que
efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de
Defesa Pública do meu TCC intitulado:

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas
Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical
exigida no Curso de Graduação em
_____ da Faculdade Patos de
Minas.

Assinatura do Aluno Orientando

Graduando Concluinte do Curso

DECLARO, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está

AUTORIZADO a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

Professor(a) Orientador(a)