

# ABORDAGEM CONSERVADORA NA RESTAURAÇÃO DE DENTES ENDODONCIADOS-CASO CLÍNICO

**André Caetano<sup>1</sup> ; Maria João Antunes<sup>2</sup> ; Ana Mano Azul<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>- Aluno de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do ISCSEM  
<sup>2</sup>- Assistente da Unidade Curricular Medicina Dentária Conservadora do ISCSEM  
<sup>3</sup>- Regente da Unidade Curricular Medicina Dentária Conservadora do ISCSEM

## INTRODUÇÃO

O tratamento restaurador é essencial para o sucesso do tratamento endodôntico. No entanto, a reabilitação de dentes endodonciados continua a ser uma questão controversa. Com a crescente relevância biomimética, deve proceder-se de forma conservadora, mantendo a integridade estrutural dos dentes, recorrendo a materiais que apresentem características semelhantes aos dentes naturais (Nicheva, Vangelov, & Filipov, 2013). O uso de restaurações indirectas em resina composta tem sido crescente, como resultado de propriedades mecânicas melhoradas, fácil manuseamento, desgaste semelhante aos dentes naturais, possibilidade de reparação e custo reduzido. (Foteini Pantzari, 2013).

## DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, com 61 anos de idade, compareceu na consulta de Medicina Dentária Conservadora, com necessidade de tratamento restaurador pós-tratamento endodôntico, de dois dentes posteriores (15 e 16). Foi proposto um plano de tratamento conservador, recorrendo a restaurações indirectas em resina composta (*onlay*). O plano de reabilitação foi efectuado em duas consultas relativamente às quais segue abaixo a descrição.

### PROCEDIMENTO CLÍNICO – 1ª CONSULTA

- 1º - Elevação da margem cervical
- 2º - Isolamento absoluto
- 3º - Preenchimento do fundo da cavidade e das zonas retentivas com resina composta
- 4º - Talhe dos dentes, para *onlay*
- 5º - Impressão
- 6º - Restauração provisória



Fig.1 – Fotografia inicial



Fig.2 – Preparação para *onlay* do dente 16

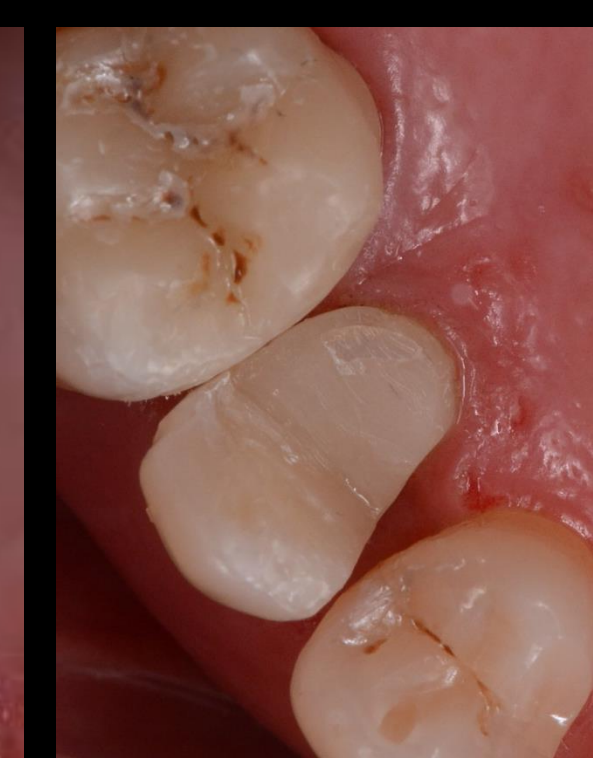


Fig.3 – Preparação para *onlay* do dente 15

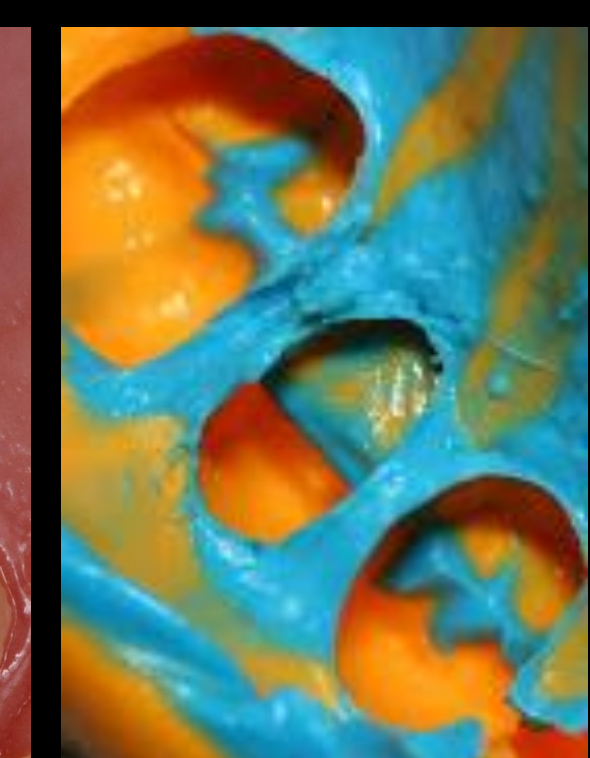


Fig.4 – Impressão dente 15



Fig.5 – Impressão dente 16

### PROCEDIMENTO LABORATORIAL



Fig.6 – Modelo de gesso com troquel do dente 16



Fig.7 – Modelo de gesso com troquel do dente 15



Fig.8 – Modelo de gesso após confecção *onlay* 15

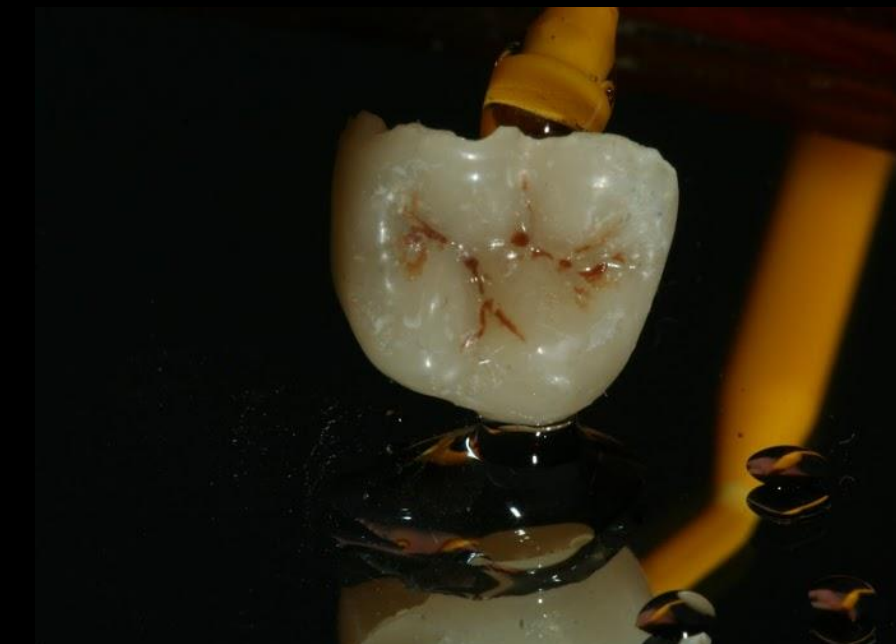


Fig.9 – *Onlay* 16, em resina composta



Fig.10 – *Onlay* 15, em resina composta

### PROCEDIMENTO CLÍNICO – 2ª CONSULTA

#### Preparação da restauração indirecta:

1º - Jacteamo interno do *onlay* com óxido de alumínio (50 µm), (opcional: Cojet-3M) ; lavagem e secagem;

2º - Aplicação de ácido ortofosfórico a 37%, lavagem e secagem;

3º - Lavagem com álcool (opcional álcool/ água em ultrassons, durante 5 minutos), secagem;

4º - Aplicação de silano;

5º - Aplicação do adesivo ;

6º - Aplicação da resina composta pré-aquecida; (Magne, P., & Knezevic, A., 2009).



Fig.11 – Condicionamento com Ácido Ortofosfórico 37%, do dente 16



Fig.12 – Condicionamento com Ácido Ortofosfórico 37%, do dente 15



Fig.13 – Forno de aquecimento de resinas compostas



Fig.14 – Fotopolimerização da resina composta utilizada na cimentação do dente 16



Fig.15 – Fotopolimerização da resina composta utilizada na cimentação do dente 15

#### Preparação da cavidade:

1º - Condicionamento com ácido ortofosfórico a 37%, lavagem e secagem;

2º - Aplicação do sistema adesivo;

3º - Cimentação;

4º - Remoção de excessos;

5º - Verificação da oclusão;

6º - Acabamento e polimento; (Magne, P., & Knezevic, A., 2009).



Fig.16 – *Onlays* 15 e 16 após a cimentação



Fig.17 – Faces oclusais



Fig.18 – Oclusão



Fig.19 – Integração estética dos *onlays* na arcada

## DISCUSSÃO

A realização de restaurações indirectas está dependente da preparação dentária. O preparo deve ser ligeiramente expulsivo, com ângulos internos arredondados e ângulo cavo-superficial próximo dos 90º. (Magne & Knezevic, 2009). Nalguns casos a elevação das margens cervicais profundas, é uma técnica advogada que melhora a toma de impressão e o isolamento na fase de cimentação de restaurações indirectas.(Frankenberger et al., 2013). O recobrimento de cúspides parcial ou total, em dentes tratados endodonticamente é aconselhável, conferindo mais resistência ao dente (Scotti et al., 2012).

## CONCLUSÕES

Este caso clínico ilustra como a aplicação de resinas compostas indirectas, com novas técnicas e protocolos de adesão, constitui uma alternativa restauradora estética, funcional e, mais conservadora e económica que uma reabilitação convencional com recurso à reconstrução de um falso coto e a uma coroa.

#### Bibliografia

- Foteini Pantzari, A. P. (2013). The Use Of Indirect Resin Composites In Clinical Practice: A Case Series. *Dentistry*, 03(03), 1–6. doi:10.4172/2161-1122.1000173
- Frankenberger, R., Hehn, J., Hajtó, J., Krämer, N., Naumann, M., Koch, A., & Roggendorf, M. J. (2013). Effect of proximal box elevation with resin composite on marginal quality of ceramic inlays in vitro. *Clinical Oral Investigations*, 17(1), 177–83. doi:10.1007/s00784-012-0677-5
- Magne, P., & Knezevic, A. (2009). Simulated fatigue resistance of composite resin versus porcelain CAD/CAM overlay restorations on endodontically treated molars. *Quintessence International (Berlin, Germany : 1985)*, 40(2), 125–33. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19169444>
- Nicheva, A. S., Vangelov, L. S., & Filipov, I. (2013). Endodontic retreatment and adhesive restoration of structurally compromised second premolar, 6–12.
- Scotti, N., Coero Borgia, F. A., Alovisi, M., Rota, R., Pasqualini, D., & Berutti, E. (2012). Is fracture resistance of endodontically treated mandibular molars restored with indirect onlay composite restorations influenced by fibre post insertion? *Journal of Dentistry*, 40(10), 814–20. doi:10.1016/j.jdent.2012.06.005