

Restaurações diretas em paciente com amelogenese imperfeita

Direct restorations in patient with imperfect amelogenesis
Restauraciones directas en paciente con amelogenesis imperfecta

Raul Guilherme Soares Souza¹

Adalberto Batista de Paula²

Ana Zilda Martins Da Silva³

Carlos Eduardo Jardim De Meira Cutrim Silva⁴

Eliane Ferreira da Cruz⁵

João Vitor Paiva Menezes⁶

Natalia Rosa Teixeira⁷

Aline de Freitas Fernandes⁸

¹⁻⁷ Acadêmicos de odontologia na Faculdade Uniarnaldo

⁸ Docente em odontologia na Faculdade Uniarnaldo

Categoria: 2.1

Eixo temático: Pôster de relato de caso clínico

1 Introdução

A amelogenese imperfeita é uma alteração genética que acarreta a má formação do esmalte dentário. Tanto em dentes decíduos e permanentes. Essa alteração pode gerar problemas na DVO, sensibilidade dentinária, além de causar danos estéticos. Cada reabilitação será de acordo com a gravidade, disponibilidade financeira e idade do paciente. Nesse âmbito, o objetivo do presente relato é mostrar a eficiência das restaurações diretas em paciente com amelogenese imperfeita.

2 Descrição do Caso

Paciente, sexo masculino, 21 anos, procurou atendimento queixando da estética de alguns dentes. Na avaliação foi notado alterações no esmalte dos dentes 11;13;16;31;42 e o dente 21 uma classe IV insatisfatória. O dente 16 apresentava a maior alteração no esmalte, além de estar com cárie na face oclusal. O elemento 13 não conseguia fazer a Guia Canina de forma correta e o dente 11 apresentava problema estético. Já os dentes 31 e 42 não apresentavam borda incisal. Após o fim da avaliação, tínhamos três possíveis diagnósticos, anemia falciforme, hipoplasia generalizada ou amelogenese imperfeita. Fizemos pedido de um Hemograma para checar o nível de hemoglobina e o resultado estava dentro da normalidade. Para fechar o diagnóstico foi feito pesquisas em literaturas, análise das características clínicas e com a informação passada pelo paciente de que aquelas características eram comuns na família, incluindo o próprio pai, demos o diagnóstico de amelogenese imperfeita, que tem

como característica ser uma alteração hereditária. Com o diagnóstico, poderíamos iniciar a reabilitação do paciente. Iniciamos com adequação do meio. Fazendo uma profilaxia, raspagem supra-gengival. O dente 16 foi o primeiro a ser restaurado. Foi feito o isolamento absoluto e usada broca esférica para remoção do tecido cariado. Depois usamos a broca 3118 para regularizar as superfícies. Após o preparo foi feito o condicionamento ácido, usando o ácido fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina. Seguida de lavagem abundante com água por 1 minuto e secagem do dente com papel absorvente. Já com o dente condicionado foi feita a aplicação do sistema adesivo. Foi utilizado o adesivo universal em duas camadas. A primeira camada foi aplicada, aguardando 20 segundos e utilizando jato de ar por 5 segundos. Na segunda camada também aguardamos os 20 segundos e fotoativado por 40 segundos. Em seguida foi utilizado a resina composta OA1 pela técnica incremental. Foi optado utilizar uma resina composta mais opaca em todo o dente, já que uma resina mais translúcida continuaria apresentando problemas estéticos. Após a escultura da coroa do dente foi checada a oclusão nas posições MIH e Guia Canina e polimento na próxima sessão. Na sessão seguinte foram restaurados os dentes 31 e 42. Instalamos o isolamento absoluto e usamos a broca 3118 no terço incisal para regularizar a face vestibular. Após a regularização foi aplicado o ácido fosfórico a 37% por 30 segundos na região de esmalte. A seguir os dentes foram lavados abundantemente com água e secos. Já com os dentes condicionados foi aplicado o sistema adesivo como na outra restauração. Logo foi utilizado a resina composta A1 para esculpir a borda incisal dos dois dentes. Sempre utilizando a técnica incremental. Logo com os dentes restaurados foi checado a oclusão com o papel carbono como na outra restauração. Com o polimento marcado para a próxima sessão. Na sessão seguinte, além do polimento, foi feita a troca da resina que estava no terço vestibulo-mesial do dente 21. Foi feito o isolamento absoluto, em seguida foi utilizado a broca 1014 em alta rotação para remover toda a resina. Após a remoção, foi utilizado a broca 3118 também em alta rotação para regularizar o terço vestibulo-mesial e méso-palatino. A seguir foi aplicado o ácido fosfórico a 37%, por 30 segundos em esmalte, lavagem e secagem. Logo o sistema adesivo foi ativado. Com uma resina A1 foi reconstruído o terço méso-palatino seguindo a anatomia do dente 11. Com a camada palatina refeita, foi usada uma resina OA1 para reproduzir a opacidade da dentina e mascarar a linha da restauração. Novamente a resina A1 para refazer a face vestibular. Ao final foi checado a oclusão utilizando o papel carbono. Chegando ao final da reabilitação estética, foi feita a faceta em resina composta no dente 11 tendo como primeiro passo instalar o isolamento absoluto. O preparo foi iniciado utilizando uma broca 1012 em alta rotação fazendo uma canaleta na face vestibular. Do terço vestibulo-mesial até o terço vestibulo-distal, passando pelo terço cervical. Com a canaleta uniforme foi utilizada a broca 1014 para remover toda a imperfeição no centro da face vestibular. Com isso, foi utilizado o ácido fosfórico a 37% por 30 segundos. Ao final do tempo foi feita lavagem abundante com água e secagem. O próximo passo foi o sistema adesivo. Em seguida teve aplicação da resina composta A1 em toda a face. Sempre seguindo a anatomia anterior ao preparo e ao dente 21. Após finalizar a faceta em resina composta foi checada a oclusão como nas outras sessões. Com polimento na próxima sessão. Por fim foi restabelecido a guia canina do dente 13. Foi utilizado a broca 3118 em alta rotação para regularizar a região. O próximo passo foi a utilização do

ácido fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte. Seguida de lavagem e secagem. Foi feita a aplicação do sistema adesivo e se iniciou o processo de restauração. Utilizando uma resina A1, tendo como referência o dente 23. Por fim foi checado a oclusão de todos os dentes nas posições de MIH, Guia Canina e Guia Incisiva. Finalizando a reabilitação estética na próxima sessão com o polimento.

3 Resultados

Obtivemos bons resultados. Tanto na questão estética, agradando o paciente quanto na questão do funcionamento e durabilidade das restaurações. Um ponto que se destacou bastante foi a mudança do sorriso do paciente, ao comparar a foto inicial e a foto do fechamento do caso.

4 Conclusão

Ao final foi concluído que restaurações diretas com bom condicionamento ácido e correta aplicação do sistema adesivo apresentam bom funcionamento também em pacientes com Amelogênese Imperfeita.

Palavras-chave: amelogênese imperfeita; restauração dentária permanente; resinas compostas; assistência odontológica.

Referências

1. Couto ACF, Pupin MA, Dias MA, Dande JV, Barbosa D, Aleva LFG, Cunha TCR, Filho EP, Paraia E de P, Cotta IAM. Amelogênese Imperfeita: revisão da literatura. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet], 2012 [citado 26 jun 2024];Supl.1(1):34-40. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7524>.
2. Baratieri, LN. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Quintessence Books; 2001. 738p.
3. Busato, ALS. Dentística - Filosofia, Conceitos e Prática Clínica. São Paulo: Artes Médicas; 2005. 377p.

Autor de Correspondência:

Raul Guilherme Soares Souza
raulguilherme64@gmail.com