

Adequação de meio bucal através de abordagem multidisciplinar – relato de caso clínico

Adequacy of the oral environment through a multidisciplinary approach - clinical case report

Higor Ronald Portilho Nascimento¹, Mayara Barbosa de Souza¹, Bruno Gusso¹, Matheus Andre Muller¹, Ketelin Dal Prá¹, Bruna Luiza do Nascimento^{1*}

RESUMO

O tratamento odontológico consiste na reabilitação da saúde bucal do paciente e na preservação da integridade do sistema estomatognático. Por isso, é imprescindível realizar a adequação do meio bucal, estabelecendo um ambiente favorável à paralisação da cárie e outras doenças/alterações, de forma que elas sejam corrigidas ou eliminadas. O objetivo deste estudo foi relatar um caso com a adequação de meio bucal através de abordagem multidisciplinar. Após os exames iniciais, foram realizados profilaxia, raspagem, alisamento e polimento supragengival, orientação de higiene, restaurações provisórias com cimento de ionômero de vidro e tratamento endodôntico em múltiplos dentes. Foi concluído que a adequação de meio bucal é essencial e envolve um conjunto de procedimentos multidisciplinares da odontologia. Ao ser realizada a adequação, pôde-se observar o controle e a prevenção de infecções e o restabelecimento da forma e função dos dentes resultando em saúde bucal.

Palavras-chave: Cárie Dentária; Tratamento do canal Radicular; Saúde Bucal.

ABSTRACT

Dental treatment consists of rehabilitating the patient's oral health and preserving the integrity of the stomatognathic system. Therefore, it is essential to adapt the oral environment, establishing a favorable environment for the stoppage of caries and other diseases/changes, so that they are corrected or eliminated. The aim of this study was to report a case with the adequacy of the oral environment through a multidisciplinary approach. After the initial examinations, prophylaxis, supragingival treatment, hygiene guidance, provisional restorations with glass ionomer cement, and endodontic treatment were performed on multiple teeth. It was concluded that the adequacy of the oral environment is essential and involves a set of multidisciplinary procedures in dentistry. When the adequacy was carried out, it was possible to observe the control and prevention of infections and the restoration of the form and function of the teeth, resulting in oral health.

Keywords: Dental Caries; Root Canal Therapy; Oral Health.

¹ Instituição de afiliação 1. UniCesumar

*E-mail: drabrunadonascimento@gmail.com

INTRODUÇÃO

O tratamento odontológico tem como objetivo a reabilitação da saúde bucal do paciente e a preservação da integridade do sistema estomatognático. Esse tratamento reabilitador inicia-se corrigindo as alterações e controlando-as, por meio da adequação do meio bucal. Esta é uma manobra utilizada pelo cirurgião dentista para criar um ambiente favorável à paralisação da cárie e outras doenças/alterações. Essa manobra é de suma importância, pois proporcionará maiores resultados e bom desempenho clínico aos procedimentos reconstrutivos. Um dos materiais mais utilizados na odontologia para auxiliar na adequação de meio é o cimento de ionômero de vidro convencional, realizando o selamento provisório de cavidades, devido as suas propriedades favoráveis de adesão à estrutura dentária e liberação de fluoretos, os quais auxiliam na paralisação do processo de cárie (CARVALHO, 1995).

Uma das formas de desencadear as alterações bucais é por meio da deficiência de higiene oral. Isso pode acarretar problemas como cárie, periodontites, perda óssea e até mesmo a perda dos dentes (BARROS *et al.*, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2015). Além disso, outros fatores podem ser considerados fatores de risco para a saúde bucal, por exemplo, o tabaco. Essa droga lícita libera fumaça em alta temperatura e quando é inalada entra em contato com a mucosa, muitas vezes, lesionando-a. Ademais, as substâncias contidas no tabaco, como a nicotina e o monóxido de carbono, quando associadas à falta de higienização bucal, aceleram o desenvolvimento de doenças, principalmente da doença periodontal, além do manchamento dental (BERNARDES *et al.*, 2013). Quanto à cicatrização do tecido bucal, é esperado que o fumo retarde o processo de cicatrização, tornando-o mais lento e dificultando o tratamento reabilitador.

Por conseguinte, essas alterações bucais podem provocar consequências mais significativas e promoverem mudanças no sistema estomatognático. Uma dessas avarias é o tratamento endodôntico, cuja função é remover a polpa dental danificada, infeccionada ou morta. Esse tratamento pode ser decorrente de cáries extensas, lesões perirradiculares e fraturas dentárias (JÚNIOR *et al.*, 2012). Outra consequência é a cirurgia de extração, com a perda definitiva do dente. Isso ocorre devido ao insucesso de tratamentos alternativos ou devido à deficiência funcional do dente. Ademais, a cárie é vista como o principal motivo biológico que leva à exodontia. Na maioria das vezes, essa doença é influenciada pela condição socioeconômica do indivíduo, pela diminuição do

acesso aos serviços de saúde, acarretando, assim, uma condição de saúde precária (BAILIT *et al.*, 1987; CIMÕES, *et al.*, 2007).

Em suma, a multidisciplinaridade no planejamento da adequação do meio bucal é imprescindível para o tratamento reabilitador e objetiva a realização de um conjunto de manobras para devolver a saúde e as funções normais do sistema estomatognático. A forma de manutenção está relacionada à higiene oral diária realizada pelo paciente por meio da escovação e utilização do fio, controlando, assim, os fatores de risco (RIBEIRO *et al.*, 2015). Além das orientações de hábitos, é preciso se atentar a alguns fatores pessoais que interferem nos cuidados com a saúde bucal, como gênero do paciente, idade, dieta, hábito de visitas periódicas ao dentista, nível socioeconômico e condições psicológicas (ABEGG, 1997). Sendo assim, O objetivo deste estudo foi relatar um caso com a adequação de meio bucal através de abordagem multidisciplinar, discutindo as etapas e relevância do planejamento individual.

METODOLOGIA

O presente estudo é um relato de caso clínico de um único paciente e está baseado na observação feita durante o tratamento odontológico. Paciente MLV, sexo feminino, do lar, 42 anos de idade, procurou a clínica odontológica da Faculdade UniCesumar – Curitiba queixando-se da estética dentária e dor ao mastigar. A anamnese foi realizada criteriosamente de forma que a paciente se sentisse à vontade para relatar suas queixas, estabelecendo, assim, boa relação com o profissional. Nesse processo, foi constatado que a paciente não comparecia à consulta odontológica há mais de 15 anos. Além disso, relatou ingerir bebidas alcoólicas aos fins de semana e ser fumante há 29 anos (desde os 14 anos de idade) consumindo cerca de 20 cigarros por dia. Foi relatado, também, ranger dos dentes durante a noite, não ter nenhuma doença sistêmica e alergias e não tomar nenhum medicamento.

O exame físico foi realizado de maneira fundamentada. Nele foi possível observar a presença de cáries múltiplas crônicas e ativas na arcada superior e inferior, raízes residuais dos dentes 18 e 37, atrição nos dentes anteriores, abfração em dentes anteriores e posteriores, coroas parcialmente destruídas dos dentes 12, 16 e 26, restaurações em resina composta nos dentes 21 e 35, em amálgama nos dentes 14, 17, 35, 36, 45 e 46 e os dentes 15, 24, 28, 38, 48 ausentes (figuras 1, 2 e 3). Além disso, percebeu-se que havia inflamação gengival e grande quantidade de cálculo dentário na superfície dentária nas

áreas cervicais, mesiais e distais, além da presença de saburra na parte superior da língua, caracterizando, assim, higiene oral deficitária.

Figura 1 – Vista vestibular dos dentes anteriores superiores e inferiores cariados.



Fonte: foto dos autores.

Figura 2 – Vista vestibular lateral direita dos dentes superiores e inferiores.



Fonte: foto dos autores.

Figura 3 – Vista vestibular lateral esquerda dos dentes superiores e inferiores.



Fonte: foto dos autores.

Foram realizados exames complementares como radiografia panorâmica, levantamento periapical, teste de sensibilidade a frio, teste de percussão e teste de mobilidade. Na radiografia panorâmica foi observada a existência das raízes residuais, restaurações em resina e em amálgama, confirmando o que foi constatado no exame clínico (figura 4). Além disso, percebeu-se uma perda óssea vertical na mesial e distal do dente 46. Notou-se, também, após levantamento periapical, lesões de ápice radicular nos dentes 11, 12, 22, 23 e na raiz residual do dente 37. Ressalta-se, ainda, que na região apical dos dentes 22 e 23 observou-se uma imagem circunferencial radiolúcida medindo de 3 a 4 mm. Diante disso, foi realizada uma tomografia computadorizada da hemi arcada superior esquerda, constatando uma lesão de origem endodôntica. Foram realizados testes de sensibilidade a frio em todos os dentes gerando resultado negativo para os dentes 12, 11, 22 e 23, confirmando o diagnóstico de necrose pulpar.

Foi desenvolvido o plano de tratamento para a paciente de modo que a saúde oral e as funções estomatognáticas fossem restabelecidas. A princípio, foi realizada raspagem, alisamento e polimento supragengival e profilaxia, além da confecção de modelo em gesso e realização de fotos para documentar. Nessa ocasião foi feita, ainda, orientação de higiene oral à paciente envolvendo técnica de escovação e forma correta de usar o fio dental.

Figura 4 – Radiografia panorâmica do aspecto inicial.



Fonte: foto dos autores.

Foram planejadas e realizadas as cirurgias de extração dentária como forma de adequação de meio bucal. Esses procedimentos foram divididos em 3 etapas. Na primeira, foi realizada a extração das raízes residuais do dente 37. Na segunda, foram extraídas as raízes residuais do dente 18 e o dente 16. Na terceira e última etapa foi feita extração do dente 26. Em todas as etapas o transoperatório ocorreu de acordo com o planejamento e sem complicações, assim como no pós-operatório em que houve cooperação da paciente que diminuiu o consumo de cigarros e seguiu as recomendações. Após sete dias de cada cirurgia foram retiradas as suturas e observada boa cicatrização nos locais cirúrgicos.

Posteriormente, em conformidade com o plano de tratamento, iniciou-se as remoções das cáries crônicas e ativas, sempre utilizando isolamento absoluto modificado, brocas diamantadas esféricas de alta rotação e brocas multilaminadas de baixa rotação. Para isso, foram necessárias duas sessões, sendo a primeira executada nos dentes superiores (figura 5) e a segunda executada nos dentes inferiores. No dente 35 foi necessário realizar o capeamento pulpar utilizando cimento de hidróxido de cálcio radiopaco (Hydcal), devido à proximidade da cavidade com a câmara pulpar. Após as remoções das cáries, as cavidades foram fechadas com CIV (cimento de ionômero de vidro) fotopolimerizável (Fuji Lining; GC) utilizando aplicador tipo Centrix (figura 6).

Figura 5 – Remoção de cáries.



Fonte: foto dos autores.

Figura 6 – Cavidades fechadas com CIV.



Fonte: foto dos autores.

Concluída essa parcela de adequação de meio, iniciou-se a execução do plano de tratamento endodôntico dos dentes 11, 12, 22 e 23, de acordo com a especificidade de cada caso (figura 7). Para isso, foi feita uma divisão do tratamento em sessões. Nas primeiras sessões, sendo um dente por sessão, realizou-se isolamento absoluto, abertura coronária, preparo do canal radicular e inserção de medicação intracanal, no qual foi utilizado o Hidróxido de Cálcio P.A. Feito isso, realizou-se o selamento provisório de cada um dos dentes com CIV fotopolimerizável (Fuji Lining; GC) e aguardou-se o intervalo de 30 dias. Então, efetuou-se a obturação intracanal, sendo um dente por sessão, utilizando o cimento obturador endofill. Após 45 dias foram realizadas radiografias, a fim de acompanhar a evolução do tratamento (figura 8).

Figura 7 – Radiografia inicial para planejamento endodôntico nos dentes 22 e 23.



Fonte: foto dos autores.

Figura 8 – Radiografia de acompanhamento de tratamento endodôntico de 45 dias.



Fonte: foto dos autores.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi relatar um caso com a adequação de meio bucal através de abordagem multidisciplinar. Devido à complexidade e a necessidade de realização de

diferentes tratamentos para reestabelecer a saúde bucal da paciente, a abordagem multidisciplinar foi priorizada e realizada desde o planejamento do caso.

A primeira etapa do tratamento consistiu na anamnese criteriosa e exame físico, visto que representam etapas de exímia importância em qualquer atendimento na área de saúde para o estabelecimento do diagnóstico correto e execução de plano de tratamento adequado, como foi observado nos trabalhos científicos (MARSI *et al.*, 2009). Além disso, os exames complementares como radiografia panorâmica, levantamento periapical, teste de sensibilidade a frio, teste de percussão e teste de mobilidade, exerceram papel fundamental e indispensável, porque proporcionaram informações que serviram de parâmetros de observação e de estudo do caso. Assim, contribuiu de forma significativa e pautada na ciência, para o diagnóstico e o tratamento (GENOVESE, 1996).

A segunda etapa do tratamento constou nos procedimentos de raspagem, alisamento e polimento das superfícies dentárias, além de profilaxia. Assim como foi observado em estudo prévio, isso proporciona a remoção de cálculo e placa bacteriana, minimizando os efeitos de inflamação e cárie sobre a gengiva e dente, respectivamente (LINDHE *et al.*, 2005).

Cirurgias de extração foram realizadas visando a adequação de meio bucal e a eliminação de focos de infecção, visto que os dentes indicados à exodontia estavam comprometidos pela extensão da cárie. Esta doença pode favorecer a disseminação de bactérias pelo corpo humano por meio de vasos sanguíneos, podendo, até mesmo, chegar às estruturas internas do coração e provocar o desenvolvimento de enfermidade, como a endocardite bacteriana (BARROSO *et al.*, 2014).

Depois, foram feitas intervenções de remoção de cáries crônicas e ativas presentes nos demais dentes, a fim de promover a inatividade dessa doença e também a ascensão estética. Além disso, as cavidades foram seladas com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável, porque, assim como observou-se na literatura, esse material libera flúor e tem boa aderência em esmalte e dentina (CARVALHO, 1995). Ademais o flúor, é um mineral natural que tem ligação com o esmalte do dente, tornando-o mais resistente contra o desgaste causado pelas bactérias cariogênicas, ou seja, exerce papel fundamental na prevenção e controle da cárie, além de contribuir para o bom prognóstico do tratamento (NARVAI, 2000).

O tratamento endodôntico foi realizado nos dentes 11, 12, 21 e 23 em decorrência da necrose pulpar. Essa condição, geralmente causada por biofilmes bacterianos intrarradiculares, quando não tratada, pode acarretar a disseminação bacteriana para túbulos dentinários, canais laterais, istmos e ramificações apicais, podendo atingir o osso alveolar e produzir lesões ósseas periapicais severas. Por isso, é imprescindível controlar, eliminar ou minimizar a infecção endodôntica, visto que proporciona ao paciente reparo das estruturas periradiculares, evita a disseminação de infecção, além de recuperar a função dentária e promover a saúde bucal (JÚNIOR *et al.*, 2012; KIRCHHOFF *et al.*, 2013).

O tratamento de adequação do meio é prévio ao tratamento reabilitador. A realização desses procedimentos no início do tratamento dentário de pacientes com diversos acometimentos, estabelece a saúde bucal e prepara os tecidos para o tratamento restaurador e reabilitador definitivo.

CONCLUSÃO

Dentro das limitações deste relato, pode-se concluir que a adequação de meio bucal é essencial e envolve um conjunto de procedimentos multidisciplinares da odontologia. Essa adequação deve ser realizada como prioridade em qualquer tratamento reabilitador, a fim de controlar e prevenir infecções, devolver forma e função aos dentes e, dessa forma, proporcionar saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 587-596, 1997.

BAILIT, H. L.; BRAUN, R.; MARYNIUK, G. A.; CAMP, P. Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults?. **Journal of the American Dental Association**, v. 114, n. 1, p. 40-5, 1987.

- BARROS, I. S. B.; LIMA, M. G. G. C.; SILVA, A. E. M. Medidas de adequação do meio bucal para controle da cárie dentária em escolares do Castelo Branco. **Paraíba: Universidade Federal da Paraíba**, 2013.
- BARROSO, M. G.; CORTELA, D. D. C. B.; MOTA, W. P. Endocardite bacteriana: da boca ao coração. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 02, 2014.
- BERNARDES, V. S.; DE OLIVEIRA FERRES, M. O.; JÚNIOR, W. L. O tabagismo e as doenças periodontais. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 23, n. 1, p. 37-45, 2013.
- CARVALHO, R. M. Ionômero de vidro. **Maxi-odonto: dentística**, v. 1, n. 5, p. 1-42, 1995.
- CIMÕES, R.; JÚNIOR, A. F. C.; SOUZA, E. H. A.; GUSMÃO, E. S. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1691-1696, 2007.
- GENOVESE, W. J. Exames complementares na clínica odontológica. **Editora Peirópolis**, 1996.
- JÚNIOR, J. F. S.; RÔCAS, I. N.; LOPES, H. P.; ALVES, F. R. F.; OLIVEIRA, J. C. M.; ARMADA, L.; PROVENZANO, J. C. Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n.1, p. 8-14, 2012.
- KIRCHHOFF, A. L.; VIAPINA, R.; RIBEIRO, R. G. Repercussões periapicais em dentes com necrose pulpar. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (online)**, v. 61, p. 469-475, 2013.
- LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral. **Editora Guanabara-Koogan**, 4º ed, 2005.
- MARSI, G.; MENGUE, A. C.; BERTINI, F.; CABRAL, L. A. G.; & ALMEIDA, J. D. Avaliação da importância do exame clínico para os alunos do curso de graduação da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos-UNESP. **Revista da ABENO**, v. 9, n. 1, p. 5-10, 2009.
- NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 381-392, 2000.
- RIBEIRO, J.; MALDANER, M. P.; MUNDSTOCK, G. V.; MILAN, F. M. Adequação de meio bucal previamente ao tratamento restaurador definitivo. **Anais do Salão de Ensino e de Extensão**, p. 42, 2015.

Recebido em: 03/11/2022

Aprovado em: 05/12/2022

Publicado em: 08/12/2022