

UNICESUMAR - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL EM PACIENTE DE ALTO RISCO À CÁRIE –
RELATO DE CASO

HELLEN FERNANDES BIANCHI LELES
NATHALIA VENTURINI TALTASSE

MARINGÁ – PR

2019

Hellen Fernandes Bianchi Leles
Nathalia Venturini Taltasse

**ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL EM PACIENTE DE ALTO RISCO À CÁRIE –
RELATO DE CASO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá – como requisito parcial para a obtenção do título de bacharelas em Odontologia, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Cintia Gaio Murad.

ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL EM PACIENTE DE ALTO RISCO À CÁRIE – RELATO DE CASO

Hellen Fernandes Bianchi Leles

Nathalia Venturini Taltasse

RESUMO

Com o passar do tempo, a Odontologia vem se baseando na limitação dos danos provocados pela doença cárie, com abordagens preventivas e restauradoras. A cárie dentária é uma doença multifatorial, cujos fatores etiológicos devem ser controlados e/ou eliminados para o correto tratamento da doença, não bastando apenas a confecção de restaurações definitivas. A abordagem terapêutica deve visar à prevenção e à promoção de saúde com procedimentos minimamente invasivos. Este estudo objetivou, por meio do relato de um caso clínico, a remoção de cáries e o incentivo do controle da placa dental com medidas de promoção de saúde, autocuidado, mudança de hábitos e higiene, mantendo, dessa maneira, uma longevidade das restaurações e manutenção da saúde bucal. O estudo foi feito com o paciente A.B., gênero masculino, 43 anos de idade, que apresentava lesões de cárie de classe V nos dentes anteriores superiores. No início do tratamento, foram feitas instrução de higiene oral, modificação de hábitos alimentares, seguida de adequação do meio bucal com terapia periodontal básica, escavação em massa das lesões cáries e restaurações temporárias com cimento de ionômero de vidro restaurador convencional. Para a conclusão do tratamento, foram feitas as restaurações definitivas em resina composta. Como a adequação do meio bucal é um conjunto de medidas que tem a finalidade de controlar os fatores que levam à lesão cáries, o cimento de ionômero de vidro foi o material de escolha como restauração provisória, pois apresenta capacidade de carga e recarga de íons flúor, mantendo-se estável na cavidade bucal e prevenindo a instalação da cárie. Depois de restabelecida a saúde dentária, gengival e dietética, as restaurações provisórias foram substituídas pelas definitivas com resina composta nos dentes anterossuperiores.

Palavras-chave: Cárie dentária. Cimentos de ionômeros de vidro. Promoção da saúde.

ADEQUACY OF THE ORAL ENVIRONMENT IN PATIENTS AT HIGH RISK FOR CARIES - CASE REPORT

ABSTRACT

In the course of time, the dentistry has been based on limiting the damage which the caries disease cause, with restorative and rehabilitative approaches. Dental caries is a multifactorial disease, whose etiological factors must be controlled and / or eliminated for the correct treatment of the disease, not being enough permanent restorations. This study, through the report of a clinical case, the removal of caries and the incentive of dental plaque control with health promotion measures, self-care, change of habits and hygiene, therefore maintaining the

longevity of restorations and maintenance of oral health. The therapeutic approach should aim the prevention and health promotion with minimally invasive procedures. The study was performed with patient A.B., male, 43 years old, who had class V caries lesions on the upper anterior teeth. At the beginning of the treatment, were done oral hygiene instruction, modification of eating habits, followed by adequacy of the oral environment with basic periodontal therapy, mass excavation of carious lesions and temporary restorations with conventional restorative glass ionomer cement. To complete the treatment, the final restorations were made in composite resin. As the adequacy of the oral environment is a set of measures that have the purpose of controlling the factors that lead to carious injury, the glass ionomer cement was the material of choice as a temporary restoration, because it has the capacity to charge and recharge fluoride ions, remaining stable in the oral cavity and preventing the installation of caries. After restoring dental, gingival and dietary health, provisional restorations were replaced by permanent restorations with composite resin in the anterior superior teeth.

Keywords: Dental caries. Glass ionomer cements. Health promotion.

1 INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico e científico possibilitou melhor entendimento sobre a doença cárie e seu desenvolvimento bem como a criação de uma nova abordagem terapêutica daquela (TUMENAS *et al.*, 2014).

Antigamente, na era da odontologia curativa, o tratamento da cárie se baseava apenas na “cura” desta, ou seja, na total remoção dos sinais e sintomas e no vedamento da cavidade com material restaurador definitivo (TUMENAS *et al.*, 2014).

Atualmente, com o conhecimento sobre a evolução da odontologia e dos fatores etiológicos envolvidos, o tratamento já não é meramente curativo mas objetiva a prevenção e promoção de saúde, buscando um diagnóstico precoce e a mínima intervenção, para que se tenha a máxima preservação da estrutura dentária (LIMA, 2007; ATTA; LOURO; VIEIRA, 2008). Segundo Atta *et al.* (2008, p. 220), “sem a eliminação dos fatores etiológicos da doença, a restauração não pode ser considerada como tratamento efetivo a longo prazo, uma vez que o processo carioso continuará”.

Nesse mesmo contexto, na década de 1970, começou a ser desenvolvido um material com propriedades anticariogênicas, o cimento de ionômero de vidro. Este, a partir de então, passou a se destacar e a sofrer modificações para melhorar seu desempenho clínico. Os cimentos de ionômero de vidro, além de apresentarem potencial cariostático, mostram biocompatibilidade, expansão térmica semelhante à dos tecidos dentários, adesividade e liberação de flúor para a cavidade bucal. Nos dias atuais, é o material mais indicado para pacientes de alto risco à cárie, principalmente o cimento de ionômero de vidro convencional, pois tem maior potencial de liberação e recarga de flúor (ATTA; LOURO; VIEIRA, 2008; TUMANAS *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Com essa mudança de paradigmas na odontologia, a confecção de uma restauração definitiva e a indicação de técnicas invasivas e que muitas vezes são mais onerosas para o paciente são substituídas por procedimentos minimamente invasivos, sendo que a adequação do meio bucal se enquadra nessa abordagem, com a finalidade de reduzir o número de micro-organismos, eliminar nichos retentivos por meio da escavação em massa e selamento das cavidades com material provisório que atue no reestabelecimento da saúde, que, no caso do cimento de ionômero de vidro, auxilia no combate à cárie (ATTA; LOURO; VIEIRA, 2008; TUMENAS *et al.*, 2014).

Durante o tratamento de adequação, é necessário identificar e controlar os fatores etiológicos para que ocorra o controle efetivo da doença. Por isso, são fundamentais a

instrução e motivação constante do paciente para mudança de hábitos dietéticos e de higiene (GOMES; SILVA, 2010).

O presente trabalho tem como objetivo apresentar o relato de caso de um paciente adulto, com lesões de cáries classe V, cavitadas nos dentes anterossuperiores, de alto risco à cárie e com necessidade de adequação do meio com material provisório, controle da dieta e instrução de higiene bucal para, após o reestabelecimento da saúde oral, devolver a saúde bucal e fazer o tratamento restaurador definitivo com restaurações de compósitos resinosos.

2 RELATO DO CASO

O paciente A.B., gênero masculino, de 43 anos de idade, fumante, residente da cidade de Sarandi/PR, chegou à Clínica de Odontologia da Unicesumar com insatisfação quanto à estética do seu sorriso e desmotivado quanto à higiene (Figura 1). Foi constatado, na anamnese, que o paciente não tinha o hábito de escovar os dentes todos os dias e não utilizava o fio dental. Quanto aos hábitos alimentares, relatou não ter controle na ingestão de carboidratos. No exame radiográfico e clínico, foram constatadas lesões cariosas, classe V, na vestibular dos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23 (Figura 2), e os dentes 15, 24 e 28 apresentavam indicação para exodontia. Clinicamente, havia gengivite, cálculo supragengival e grande quantidade de biofilme.

Figura 1 – Sorriso inicial do paciente, mostrando as lesões cariosas



Fonte: Arquivo pessoal (2019).

Figura 2 – Dentes anteriores superiores com lesões cariosas de Classe V



Fonte: Arquivo pessoal (2019).

Inicialmente, o paciente recebeu instruções quanto à higiene e à dieta. Em seguida, foram feitas explicações ao paciente quanto ao tratamento e à necessidade de colaboração e mudança de hábitos para que o tratamento se tornasse efetivo em longo prazo. Na mesma sessão, foram realizados a profilaxia com pedra pomes e água, escavação em massa do tecido cariado infectado com auxílio de instrumentos manuais e selamento das cavidades com cimento de ionômero de vidro convencional (Figura 3). Ao final da consulta, foi prescrito o bochecho diário com solução de fluoreto de sódio 0,05%, em razão de o paciente não ter acesso à água fluoretada e apresentar alto risco à cárie. Nas sessões seguintes, foram realizadas a evidenciação de placa, profilaxia com pasta profilática e pedra-pomes, raspagem de todos os sextantes com ultrassom e aplicação de flúor gel em toda a boca para auxiliar na remineralização e no controle da cárie.

Figura 3 – Remoção das cáries com restaurações temporárias com cimento de ionômero de vidro



Fonte: Arquivo pessoal (2019).

Nas sessões subsequentes, foi observada a melhora na saúde gengival, com diminuição do índice de gengivite e de placa. O paciente mostrou-se colaborativo e mais motivado. Depois do reestabelecimento da saúde bucal com a eliminação dos fatores etiológicos e motivação do paciente, foram confeccionadas as restaurações definitivas com resina composta Filtek Z250 XT (3M do Brasil, São Paulo, Brasil), na cor A 3,5, e, assim, foi devolvida a estética ao sorriso (Figura 4).

Figura 4 – Resultado final após polimento e acabamento das restaurações em resina composta



Fonte: Arquivo pessoal (2019).

Ao final do tratamento, o paciente será acompanhado na etapa de controle e a cada três meses no primeiro ano, para nova avaliação da condição bucal.

3 DISCUSSÃO

Para que o cirurgião-dentista alcance êxito no tratamento, é fundamental que, no primeiro atendimento, o profissional conheça o paciente e os seus hábitos por meio de uma anamnese detalhada, buscando as informações relevantes para o tratamento. Durante a anamnese, constatou-se que A.B. era residente de Sarandi/PR, e que por isso não tinha acesso à água fluoretada. Segundo Ramires e Buzalaf (2007), a fluoretação das águas é o método de controle de cárie mais efetivo em uma abordagem coletiva, já que o flúor, em quantidades ideais e mantido uma concentração constante na cavidade bucal, é fator importante no combate à cárie. A ação anticariogênica do flúor se dá pela formação do fluoreto de cálcio sobre o esmalte, tornando-o mais resistente durante o processo de desmineralização, mas, como na cavidade oral o processo de desmineralização e remineralização ocorre constantemente, é necessário que o flúor tenha uma concentração constante para que atue no combate da doença (NARVAI, 2000). Por isso foi prescrita ao paciente a complementação do flúor com bochecho diário de fluoreto de sódio 0,05% (SILVA; DUARTE; SAMPAIO, 2010).

Constatou-se, durante a conversa com o paciente, a necessidade de motivação e instrução quanto à higiene e dieta, pois, para se impedir a instalação e progressão da cárie, é fundamental combater os fatores etiológicos (substrato suscetível, biofilme cariogênico e consumo frequente de sacarose) por meio do autocuidado, ou seja, no autocontrole de biofilme pela escovação, uso do fio e consumo consciente de sacarose (GOMES; SILVA, 2010).

Com base na odontologia minimamente invasiva, não é considerado um procedimento conservador remover todo o tecido cariado. Por isso, para máxima preservação da estrutura dentária, remove-se apenas a dentina amolecida e infectada com colher de dentina ou broca esférica em baixa rotação. Logo em seguida, sela-se a cavidade com material provisório, e, no caso do cimento de ionômero de vidro, este tem ação na remineralização da dentina afetada e paralização da doença pelo seu potencial anticariogênico (TUMENAS *et al.*, 2014).

Durante a adequação do meio bucal, o cimento de ionômero de vidro deve vedar as margens das cavidades e todo nicho retentivo deve ser removido para que o paciente consiga fazer o controle de placa de maneira efetiva (LEITE *et al.*, 2013). Ao mesmo tempo, o paciente deve ser motivado para diminuir o risco de cárie por meio da mudança de hábitos. Após a remineralização das manchas brancas, controle de placa, diminuição do índice de gengivite e diminuição do consumo de sacarose, o profissional poderá intervir, removendo as restaurações provisórias para um tratamento restaurador definitivo estético com resina composta (TUMENAS *et al.*, 2014).

As consultas de controle são baseadas no risco de cárie que o paciente apresenta. Ao final de um ano, é realizada nova avaliação do risco de cárie para que se estabeleçam os intervalos dos próximos atendimentos. Como o paciente apresentou alto risco à cárie, as consultas serão a cada três meses durante o primeiro ano.

4 CONCLUSÃO

A adequação do meio bucal consiste em restabelecer a saúde bucal independentemente do grau de complexidade do tratamento odontológico, por meio da redução da microbiota patogênica, eliminação de nichos retentivos, instrução ao paciente quanto à dieta e higiene e constante motivação do paciente. A adequação do meio permite maior longevidade dos procedimentos reabilitadores e o controle do processo saúde doença pelo paciente.

REFERÊNCIAS

ATTA, M. T.; LOURO, R. L.; VIEIRA, I. M. Controle do ecossistema bucal previamente ao tratamento restaurador definitivo. **RGO**, Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 219-224, abr./jun. 2008.

GOMES, V. E.; SILVA, D. D. da. A importância do controle da placa dental na clínica odontológica. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 46, n.1, p. 22-27, jan./mar. 2010.

LEITE, E. L.; PRESOTTO, N. R.; BASSI, J. C.; ALVES, F. B. T.; WAMBIER, D. S. Avaliação in vitro da liberação e da recarga de flúor em cimentos de ionômero de vidro. **Rev. Odontol UNESP**, São José dos Campos, v. 42, n. 1, p. 25-30, 2013.

LIMA, J. E. de. Cárie dentária: um novo conceito. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130, nov./dez. 2007.

NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 381-392, 2000.

OLIVEIRA, É. L. de; CABRAL, G. M. P.; VASCONCELOS, R. M. P. de; CARVALHO, R. N. de; DANTAS, M. A. P. D. Avaliação microbiológica da saliva de crianças após adequação do meio bucal com cimento de ionômero de vidro. **Revista Campo do Saber**, Cabedelo, v. 3, n. 2, p. 47-66, jul./dez. 2017.

RAMIRES, I.; BUZALAF, M. A. R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – cinquenta anos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1057-1065, 2007.

SILVA; F. D. S. C. M.; DUARTE, R. M.; SAMPAIO, F. C. Liberação e recarga de flúor por cimentos de ionômero de vidro. **RGO. Rev. gaúch. Odontol.**, Porto Alegre, v. 8, n. 4, p. 437-443, dez. 2010.

TUMENAS, I.; PASCOTTO, R.; SAADE, J. L.; BASSANI, M. Odontologia minimamente invasiva. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, São Paulo, v. 68, n. 4, p. 283-295, nov. 2014.