

ABORDAGEM TERAPÊUTICA MINIMAMENTE INVASIVA NUM CASO COMPLEXO DE ANOMALIAS DE ESMALTE

Pedro Alves Norton¹; Ana Alves Norton²

1- Estudante 5º ano MIMD na FMDUP 2- Professora Auxiliar de Odontopediatria na FMDUP



pedronorton77@gmail.com

INTRODUÇÃO

As anomalias de esmalte surgem quando há alteração da formação da matriz de esmalte, da sua calcificação ou da fase final de mineralização podendo assim estar comprometida a quantidade ou a qualidade do esmalte.^{1,2} A sua prevalência mundial é variável em função dos países e das anomalias estudadas.^{2,3} A etiologia pode ser genética ou ambiental, e dentro da ambiental pode ser exógena ou endógena.^{2,3} Dado o elevado número de fatores ambientais causais destas alterações, com muita frequência não se encontra o fator etiológico mas sim uma conjugação de vários fatores.² Do ponto de vista de apresentação clínica existe uma grande variabilidade, desde alterações praticamente impercetíveis a quadros clínicos com elevado comprometimento estético, o que muitas vezes acarreta uma grande perturbação para o paciente.⁴ A abordagem terapêutica destes casos em idades pediátricas deve privilegiar técnicas pouco invasivas, de fácil execução procurando não comprometer outras abordagens terapêuticas que possam ser feitas quando a criança atinge a idade adulta.⁴ Nos casos em que o risco de perda de estrutura é elevado um plano preventivo individualizado deve ser implementado o mais precocemente possível para reduzir as comorbilidades associadas a esta patologia.³

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO: Paciente do sexo feminino com 16 anos de idade.

ANTECEDENTES PESSOAIS: História médica sem antecedentes relevantes.

HISTÓRIA DENTÁRIA: dentição temporária sem apresentar qualquer anomalia de esmalte. Fratura do bordo do dente 21. Higiene oral realizada duas vezes por dia com dentífrico fluoretado com 1450 ppm de flúor.

MOTIVO DA CONSULTA: melhorar esteticamente o aspeto dos dentes anteriores [sic].

EXAME CLÍNICO: existência de opacidades de esmalte nos dentes 14,13,11,22,23,24,44,43,33,34. O dente 11 apresentava uma lesão de coloração branca de aspeto difuso. Os dentes 13,22,23 apresentavam lesões bem delimitadas com coloração amarelada rodeadas de uma zona branca opaca. (Fig. 1,2,3)



Fig. 1 registo inicial lesão dente 13



Fig. 2 registo frontal inicial



Fig. 3 registo inicial lesão dentes 22 e 23

Na primeira consulta a abordagem terapêutica passou pela realização de profilaxia com escova e pasta não fluoretada seguida da realização da técnica de microabrasão (Opalustre®) nas lesões dos dentes 13, 22,23. O objetivo da realização deste procedimento foi diminuir a coloração amarelada dos dentes 13,22 e 23, (Fig. 4,5,6).



Fig. 4 dente 13 após microabrasão



Fig. 5 vista frontal após microabrasão



Fig. 6 dentes 22 e 23 após microabrasão

Na segunda consulta realizou-se o branqueamento das lesões dos dentes 13,22 e 23 com peróxido de carbamida a 16% ativado com luz. Foram realizados 3 ciclos de 15 minutos cada. De acordo com o desejado, as lesões responderam favoravelmente ao branqueamento (Fig. 7,8,9) melhorando assim as condições base para a aplicação de resina infiltrativa.



Fig. 7 dente 13 após branqueamento



Fig. 8 vista frontal após branqueamento



Fig. 9 dente 22 e 23 após branqueamento

Na consulta seguinte realizou-se o protocolo de infiltração com resina ICON® (DMG, Alemanha) nos dentes 13,11,22 e 23. Nas Figuras 10, 11 e 12 mostra-se o resultado imediato após a infiltração e o polimento.



Fig. 10 dente 13 após infiltração com resina



Fig. 11 vista frontal após infiltração com resina



Fig. 12 dente 22 e 23 após infiltração com resina

Foram realizadas várias consultas de controlo nas quais se constatou não ser necessário repetir a infiltração de resina em nenhum dos dentes. A paciente ficou satisfeita com o resultado. Nas figuras 13, 14 e 15 mostra-se o controlo clínico ao fim de 5, 8 e 14 meses.



Fig. 13 controlo clínico aos 5 meses



Fig. 14 controlo clínico aos 8 meses



Fig. 15 controlo clínico aos 14 meses

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O tratamento das alterações da estrutura dentária é um desafio da prática clínica do Médico Dentista pela elevada prevalência, grande variabilidade de apresentação clínica e dificuldade no diagnóstico. As alterações na estrutura dentária podem resultar num impacto estético negativo no sorriso acarretando uma diminuição do índice de qualidade de vida do paciente.^{5,6} Dado que a manifestação destas alterações surge em idade pediátrica é fundamental adequar as técnicas utilizadas para a sua resolução tendo em vista o não comprometimento do futuro. Assim, a conjugação de técnicas menos invasivas como microabrasão, branqueamento seletivo, e a aplicação de resina infiltrativa, entre outras, permite na maioria dos casos tratar o paciente de uma forma satisfatória.³⁻¹⁰ A análise individual de cada caso é fundamental para a otimização dos resultados.

BIBLIOGRAFIA

