UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DE FEIRA DE SANTANA
CURSO DE ODONTOLOGIA

JAMIMA ALVES DA SILVA SOUZA
LAÍS SANTOS GOMES CARVALHO

TRATAMENTO CIRÚRGICO-RESTAURADOR EM DENTES COM SEQUELA DE TRAUMA OCLUSAL: RELATO DE CASO

FEIRA DE SANTANA
2021

Jamima Alves da Silva Souza

Laís Santos Gomes Carvalho

TRATAMENTO CIRÚRGICO-RESTAURADOR EM DENTES COM SEQUELA DE TRAUMA OCLUSAL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana, como requisito para obtenção do Título de Cirurgião Dentista.

Orientador (a): Prof. Ms. Kizzes Araújo Paiva Andrade Cardoso.

FEIRA DE SANTANA
2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, por ter cumprido suas promessas em minha vida, por ser o autor de meu destino, meu guia. Porque dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele seja a glória para sempre! Amém. (Romanos11:36)

Jamima Alves

DEDICATÓRIA

A Deus, por me dá muito mais do que preciso e me abençoar muito mais do que mereço. A minha mãe, meu pai e meu avô por sempre acreditarem em mim.

Lais Carvalho

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter sondado o meu coração e realizado os meus desejos, por ter me sustentado e permitido que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais Elvira e Gislon pela confiança, pela oportunidade que sempre me deram de crescer, pelos bons exemplos de fé, caráter, integridade, esforço e amor.

Ao meu amigo e esposo, Jeffter, agradeço, pelo companheirismo, carinho, orações e por lutar junto comigo em prol da realização desse sonho.

À minha amiga/irmã, Irlane Pinho, pelos três anos que moramos juntas, por toda amizade, ajuda e compreensão. A sua cumplicidade e apoio foram muito importantes para minha trajetória.

Agradeço a minha orientadora Prof.ª Ms. Kizzes Paiva, pela constante dedicação na orientação deste trabalho, por sua disponibilidade, paciência, amizade e por todos os conhecimentos compartilhados. Estou certa de que Deus a separou para contribuir nessa etapa tão importante da minha jornada acadêmica.

Ao Prof. Mst. Marcelo Rios, pela indispensável ajuda em uma parte da elaboração deste trabalho. E a todos os professores que contribuíram para o meu crescimento, transmitindo conhecimentos necessários para minha formação acadêmica e pessoal, me mostrando, todos os dias, quão linda e fascinante é a odontologia.

Às minhas amigas Jaqueline Santana e Thais Lima que mesmo longe me acompanharam, torceram e sonharam comigo esse momento.

Um agradecimento especial aos meus colegas, amigos e companheiros de turma, Deus colocou em meu caminho pessoas extraordinárias que levarei para a minha vida. Em especial minhas meninas: Bianca, Daniela, Luana, Verenna, Vida e Nicole que estiveram juntas comigo durante os cinco anos de curso colecionando bons momentos e tornando tudo mais leve.

Esse último parágrafo é para agradecer a minha dupla, Lais Carvalho, por todo carinho, apoio, comprometimento e parceria de sempre, durante essa jornada, para a realização desse trabalho e de meu grande sonho. Gratidão! Não teria sido a mesma coisa sem a presença de cada um.

Jamima Alves

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir essa oportunidade de estar aqui. “Não é segurando nas asas que se ajuda um pássaro a voar. O pássaro voa simplesmente porque o deixam ser pássaro.”

Aos meus pais, Gabriela e José Domingos e meu avô Valdemar, obrigada por todos os voos que me permitiram e estiveram ao meu lado, e por todas as quedas das quais me fizeram escapar, e quando não havia mais jeito, me ensinaram como abrir as asas novamente. Sem vocês nenhum voo teria sido possível.

Agradeço à minha orientadora, Prof. M. Kizzes Paiva, uma pessoa que é capaz de ensinar além da odontologia e da periodontia. Mais que isso, graças à sua bondade, generosidade e o seu profissionalismo que nos inspiram. Obrigada por toda disponibilidade, paciência e amor ao que faz.

Ao professor Marcelo Rios, pela contribuição e ensinamento, e por ser uma referência da área do tema.

Aos meus irmãos Gabriele e João Gabriele, que são minhas maiores motivações e razões da minha felicidade. Que eu possa ser cada vez melhor para vocês. Obrigada por sempre estarem ao meu lado e me aceitarem como eu sou.

Agradeço em especial à minha prima e amiga Maíra. Obrigada por ser tão companheira e incentivadora. Não poderia ter outra pessoa para eu dividir meus piores e melhores momentos.

Aos meus amigos Ariel e Natália, por sempre fazerem jus à palavra amizade e me ensinarem que não há limites para o que se deseja alcançar.

Agradeço aos meus colegas de turma, Kati, Erica, Vanessa, Luana, Pedro, Hyago, Vida, Verena, Nicole, Thays e Ana Clara, que foram essenciais, em cada momento de realização, alegria, e sufoco também.

E por fim, agradeço à minha dupla Jamima, que entre todas as diferenças, estivemos sempre lado a lado dando o nosso melhor e buscando os mesmos objetivos. Obrigada por me ensinar tanto e por ter esse coração gigante.

Laís Carvalho

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

(José de Alencar)

SUMÁRIO

RESUMO 7

PALAVRAS-CHAVES 7

ABSTRACT 7

KEY-WORDS 7

1 NTRODUÇÃO 8

2 REVISÃO DE LITERATURA 10

3 RELATO DE CASO 15

4 DISCUSSÃO 18

5 CONCLUSÃO 21

REFERÊNCIAS 22

ANEXOS 26

RESUMO

Introdução: O trauma oclusal pode ocasionar dano ao aparato de inserção resultando em mobilidade dentária que pode ser de caráter temporário ou permanente, podendo gerar lesões traumáticas ou mudanças adaptativas no periodonto. **Objetivo**: O presente estudo teve como objetivo descrever um quadro que envolve trauma oclusal e a terapia periodontal, por meio de um relato de caso clínico. **Metodologia**: realização de uma abordagem terapêutica cirúrgica e restauradora para tratamento **de** um trauma oclusal seguido de alteração periodontal onde a paciente compareceu ao consultório odontológico, queixando-se de mobilidade nos dentes posteriores e múltiplas recessões. Ao exame clínico foram identificadas lesões cervicais não cariosas – abfrações nas unidades associadas ao trauma, que também apresentavam recessões, levando então aos ajustes oclusais bilaterais ao final dos procedimentos restauradores e cirúrgicos**. Conclusão:** A partir desse relato é possível descrever que a técnica restauradora associada à cirurgia de recobrimento radicular com reposicionamento coronal foram indispensáveis para solução desse caso. Considerando que para se obter sucesso a longo prazo dos tratamentos em traumas oclusais, é importante a anulação dos fatores etiológicos, bem como o conhecimento da lesão gerada e das técnicas terapêuticas que serão aplicadas.

Palavras-chave: Trauma Oclusal. Abfrações. Recessões. Lesões Cervicais não Cariosas. Periodontia.

ABSTRACT

Introduction: Occlusal trauma can cause damage to the dental insertion apparatus resulting in tooth mobility that can be temporary or permanent, and can generate traumatic injuries or adaptive changes in the periodontium. **Objective:** This study aimed to describe a condition involving occlusal trauma and periodontal therapy, through a clinical case report. **Methodology:** Carrying out a surgical and restorative therapeutic approach to treat an occlusal trauma followed by periodontal change where the patient attended the dental office, complaining of mobility in the posterior teeth and multiple recessions. On clinical examination, non-carious cervical lesions were identified – abfractions in units associated with the trauma, which also presented recessions, thus leading to bilateral occlusal adjustments at the end of restorative and surgical procedures. **Conclusion:** Based on this report, it is possible to describe that the restorative technique associated with root coverage surgery with coronal repositioning was essential for the solution of this case. Considering that, in order to obtain long-term success in treatments for occlusal trauma it is important to eliminate the etiological factors, to know the injury generated and the therapeutic techniques that will be applied.

Keywords: Occlusal Trauma. Abfractions. Recessions. Non-carious Cervical Lesions. Periodontics.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da odontologia, destaca-se que a doença periodontal (DP) é a segunda maior causa de patologia dentária que acomete o meio bucal (ALMEIDA et al., 2006). A periodontite é de causa infecto-inflamatória e culmina com o amolecimento dos dentes e, quando não tratada, há perda das unidades dentárias (ALVES, 2007).

O processo causal da doença periodontal foi descrito pela primeira vez por Page e Schroeder em 1976, a partir desse momento diversos estudos sobre a patogênese têm sido realizados.

A princípio, considera-se que o trauma oclusal era motivo primordial para a perda óssea alveolar, historicamente, Karolyi em 1901 relatou uma provável relação entre as forças oclusais intensas e as alterações do tecido periodontal, uma vez que foi demostrado que essas forças causavam lesões que resultavam em alterações nas estruturas de suporte e sustentação dos dentes.

O trauma oclusal pode ser classificado de duas maneiras: o primeiro se refere quando este incide sobre dentes com o tecido periodontal saudável - trauma primário, e o segunda quando o trauma oclusal incide com periodonto reduzido e com doença periodontal ativa - trauma secundário (PAVANI et al., 2019).

Em consequência ao trauma oclusal, tanto as estruturas do periodonto quanto as estruturas minerais dos dentes podem ser acometidas, gerando no tecido mole as recessões gengivais e nos tecidos duros lesões cervicais não cariosas. Além disso, é possível observar mobilidade dentária e disfunções temporomandibular (TRÓIA, 2020).

As lesões cervicais não cariosas (LCNC) podem ser decorrentes de diversos fatores, sendo identificadas conforme o agente causal e seus principais tipos são: abrasão, erosão e abfração (TEXEIRA, 2017).

São considerados os fatores etiológicos principais da lesão de abfração, as forças oclusais biomecânicas (JURKEVICZ, 2015).

Para tratar esta patologia podem ser empregadas algumas formas de terapia como: restaurações, enxertos de tecido conjuntivo subepitelial,, placas e ajustes oclusais e tratamento com aparelhos ortodônticos para correção das posições dentárias (SOUZA, 2018).

Tratar do entendimento dessa entidade multifatorial, bem como de sua condição, é relevante e importante para o clínico e especialista, uma vez que ao se realizar o diagnóstico, torna-se necessário um plano de tratamento bem elaborado para diminuir a progressão dos danos causados ao dente e ao periodonto.

O trauma oclusal pode originar danos no osso alveolar resultando em mobilidade dentária que pode ser de caráter temporário ou permanente, podendo ocasionar lesões traumáticas ou mudanças adaptativas no periodonto (LINDHE; LANG, 2018).

Assim sendo, esse trabalho teve como objetivo descrever um quadro que envolve trauma clusal primário e os impactos no periodonto e tecido dentário, levando a formação de abfrações e recessões tratados com restaurações cervicais em resina e deslocameto coronal de retalho para reposicionamento gengival.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Entender o funcionamento do ligamento periodontal durante os movimentos mastigatórios, movimentos de protusão e lateralidade é fundamental para a entender a distribuição das forças de oclusão.

Quando um dente se movimenta em seu alvéolo como resultado de forças que atuam sobre ele durante a mastigação, ou através de qualquer outra força, uma parte do espaço periodontal será estreitado e o ligamento ali contido será comprimido. Outras regiões do espaço periodontal serão distendidas e alargadas e suas fibras colágenas atuam como um amortecedor para o dente deslocado. O papel das fibras colágenas parece estar fundamentalmente restrito a ligar o cemento aderido à dentina radicular ao osso alveolar e funcionar como amortecedor (NETTER, 1998).

O tecido conjuntivo é o componente tecidual predominante da gengiva e do ligamento periodontal. Os principais componentes do tecido conjuntivo são as fibras colágenas (cerca de 60% do volume do tecido conjuntivo), fibroblastos (cerca de 5%), vasos, nervos e matriz (cerca de 35%). Durante a injúria causada pelas forças oclusais aumentadas, o tecido responde com a diminuição da atividade mitótica, redução no grau de diferenciação e proliferação de fibroblastos, na formação de colágeno e na formação óssea até que a força se dissipe (LINDHE; P. LANG, 2018).

Segundo Proffit 1991 a resistência às forças oclusais, reside fundamentalmente, em quatro sistemas do ligamento periodontal, mais do que as fibras principais. As fibras desempenham um papel secundário de contenção do dente contra movimentos laterais e impedem a deformação do ligamento periodontal quando este se acha submetido a forças de compressão.

Os quatro sistemas que basicamente resistem às forças oclusais são: (1) Sistema vascular, que atua como amortecedor de choque e absorve as tensões das forças oclusais bruscas; (2) Sistema hidrodinâmico, que consiste do fluido tecidual e do líquido que passa através das paredes de vasos menores e se filtra nas áreas circundantes através dos forames alveolares, para resistir às forças axiais; (3) Sistema de nivelação, que provavelmente tem uma estreita relação com o sistema hidrodinâmico e controla o nível do dente no alvéolo e (4) Sistema resiliente, que traz o dente a sua posição original quando as forças oclusais são removidas (PROFFIT,1991) .

A oclusão dentária é uma conformação estática, cêntrica ou excêntrica, em que as superfícies oclusais dos dentes superiores e inferiores estão em contato. No decorrer da oclusão fisiológica é fundamental que as estruturas funcionais e anatômicas do sistema estomatognático estejam em total equilíbrio afim de que não provoque nenhum dano os tecidos, qualquer desarmonia que fuja desse equilíbrio, a oclusão pode desencadear para um quadro inflamatório. Esse equilíbrio funcional entre todos os componentes do referido sistema promove uma boa função e saúde ao paciente. (MACHADO et al., 2018).

A literatura ressalta cinco parâmetros clínicos para avaliar tal condição quando a oclusão está estável, sendo elas: articulações temporomandibular saudáveis, presença de todos os dentes e posições adequadas, ausência de desgastes desmoderado e constantes equilíbrios nas estruturas de suportes. Quando observada a conformidade dessas organizações estruturais pode-se dizer que a oclusão está saudável (FURLANETO et al., 2020).

Para atender a esses critérios, salienta-se que os dentes posteriores devem proteger os anteriores, visto que os dente posteriores suportam as forças recebidas em direção aos seus eixos longitudinais, ao passo em que os dentes anteriores mantendo pequenos contatos ou quase nenhum, dessa forma os contatos que chegam aos dentes posteriores dificultam que as forças alcancem a direção obliqua nos anteriores, no entanto enquanto ocorre os movimentos mandibulares, os dentes anteriores possibilitam que haja desoclusãopresente dos posteriores protegendo assim que as cargas laterais sejam instalada (MACHADO et al., 2018).

O ligamento periodontal desempenha a função de transformar uma força agressiva que é apresentada pela pressão, em uma força satisfatória por meio das fibras que compõem sua estrutura. Esse processo de transformação de forças que o periodonto realiza pode ser considerado como um amortecedor natural, pois assim a oclusal permanece estável sem agredir e trazer prejuízos ao periodonto (SBRAGIA , 2002).

Na oclusão fisiológica, as estruturas do sistema mastigatório atuam ativamente sem o aparecimento de sintomatologias dolorosas. Os dentes se situam firmes, sem se deslocar, a articulação temporomandibular e outras estruturas que se relacionam funcionam com regularidade sem alterações e o periodonto se mantém integro, em contrapartida, na oclusão patológica surge um estado em que a oclusão exige um recurso terapêutico, referente a lesões traumáticas ou complicações nas estruturas

de suporte dos dentes, músculos e articulação temporomandibular (MACHADO, 2018).

Quando existe uma disfunção dessa oclusão descrita como normal e fisiológica, aos exames clínicos de protrusão e lateralidade é possível observar uma sobrecarga oclusal em pontos específicos e de modo generalizado, resultando em uma má oclusão. Essa oclusão desordenada e não fisiológica, pode gerar carga excessiva aos dentes durante os movimentos mastigatórios e funcionais e afetar diretamente a estrutura mineral dos dentes envolvidos desencadeando um tipo específico de lesão cervical não cariosa (LCNC) – a abfração (SOUSA et al., 2018).

Essa condição se dá geralmente pela flexão do dente do limite amelocementário, gerando nessa região microfraturas que vão aumentando ao longo do tempo com a permanência da força mastigatória na oclusão traumática desordenada (ALMEIDA et al., 2015).

Em um contexto geral, as lesões cervicais não cariosas (LCNC) são caracterizadas pela perda da estrutura dentaria na junção cemento-esmalte dos dentes e superfície radicular subjacente, originado por processos que não estão relacionados a causas bacterianas. (ALMEIDA et al., 2015).

O aparecimento dessas lesões pode gerar diversas alterações estéticas e funcionais para o indivíduo, interferindo assim em características estéticas do sorriso, coloração e aspecto da gengiva, escurecimento da própria lesão por conta da perda estrutural do esmalte, hipersensibilidade dentinária e surgimento de recessões gengivais o que contribui para deformações no contorno da margem gengival (PAVANI et. al., 2019).

A recessão gengival é manifestada através de um deslocamento apical da margem gengival gerada por várias condições patológicas estando associada com a perda de inserção clínica (FAN, CATON, 2018). Santamaria et al., (2007) ressalta que geralmente na grande maioria dos casos de LCNC, a recessão gengival está associada, principalmente quando a lesão cervical alcança a porção radicular, já que a abfração é uma lesão se que apresenta no terço cervical do dente e sua principal causa está relacionada com a grande aplicação das forças oclusais excêntricas com procedente flexão da estrutura dentária e esgotamento dos cristais de hidroxiapatita bem próximo a JCE, ou seja na transição da coroa para a raiz (SOUSA et al., 2018).

O planejamento para o tratamento destas lesões compreende não somente a execução de procedimento restaurador para restabelecer o tecido dentário desgastado, mas também na perspectiva de tratar os fatores etiológicos que desenvolvem esta patologia e restituir a posição e altura gengival adequada (MACHADO et al., 2018).

Diante desse exposto, fica clara a constante associação do desenvolvimento de recessão gengival em torno de lesões cervicais não cariosas causadas pela força do trauma oclusal. O desgaste do tecido minera na cervical do dente causado por esse trauma pode ocasionar perda da referência da junção cemento-esmalte (JCE) e em função da perda dessa referência, a análise para estabelecer o melhor plano de tratamento torna-se dificultada, uma vez que a JCE representa uma referência fixa para o máximo recobrimento de raízes expostas através de técnicas de reposicionamento coronal de retalho associado ou não ao enxerto conjuntivo (SANTAMARIA et al., 2016).

Dessa forma, indica-se a predeterminação da altura do máximo recobrimento radicular segundo o protocolo de Zuccelli (ZUCCHELLI et al., 2011) para estabelecer se o reparo da lesão cervical será apenas através de restaurações em resina composta para repor o tecido mineral perdido do dente ou se a escolha técnica será o protocolo cirúrgico de reposicionamento de retalho com ou sem associação de enxerto conjuntivo subepitelizado ou ainda se a combinação das duas técnicas será mais efetiva assegurando um melhor prognóstico do tratamento através de uma melhor adaptação do contorno da margem gengival e melhor resolução da hipersensibilidade dentinária (SANTAMARIA et al., 2016).

Encontra-se diversas técnicas que são utilizadas para o recobrimento de recessões únicas ou múltiplas (AMARAL, 2020). Dentre essas técnicas o reposicionamento radicular associado ao enxerto de tecido conjuntivo ganha destaque por proporcionar uma maior probabilidade de sucesso. O protocolo terapêutico para a realização do recobrimento de recessões com enxerto conjuntivo é aplicado através de uma cirurgia que consiste na elaboração de um retalho parcial associado ou não ao enxerto de tecido conjutivo subepitelial removido de uma área doadora do próprio indivíduo (RODRIGUES et al., 2010).

Entretanto, é necessário tratar a etiologia das LCNC removendo o trauma oclusal, que é a causa principal da lesão. Existem diferentes possibilidades de tratamentos oclusais que referem ao ajuste oclusal visando restabelecer os danos aos

tecidos periodontais, tais como, desgastes seletivos, utilização de goteiras de oclusão em relação cêntrica, ferulizações, ortodontia, restauração oclusal e exodontias (SEVERO, 2018).

Quando o periodonto necessita de alguma intervenção, o tratamento periodontal preconiza em moderar os fatores de risco que atingem o periodonto e os tecidos de suporte, quando associado ao ajuste oclusal consiste primordialmente na remoção da interferência oclusal buscando reparar os danos e promover estabilidade ao periodonto (SANTIAGO et al., 2010).

No trauma primário - situação onde apenas o fator oclusal patológico esteja gerando perda de tecido ósseo, sem, contudo, perder o selamento do epitélio juncional, existe a necessidade de ajustar a oclusão que pode gerar danos ao periodonto, realizando o tratamento do ajuste oclusal podem-se usar goteiras, desgastes seletivos nos dentes com contatos prematuros ou ortodontia. Todos os meios de ajuste oclusal são medidas terapêuticas que se tem como resultado um longo prazo, em exceção das circunstâncias de desconforto do contato oclusal e de alívio instantâneo causado pela elevada pressão oclusal (SANTIAGO et al., 2010).

Além disso, sinais clínicos podem também ser observados através das alterações radiográficas tal como espessamento do espaço do ligamento periodontal, radiolucidez na furcação ou ápices, reabsorções de osso ou raízes (SEVERO, 2018).

Os tecidos periodontais respondem a este aumento de força oclusal por meio de modificações teciduais e estruturais adaptativas ou degenerativas e podem ser parcialmente reversíveis quando o trauma é tratado (BORGES et, al., 2013). O ajuste oclusal (AO) é um processo que auxilia na remodelagem das superfícies ocluais dos dentes por meio do desgaste seletivo, com intuito de gerar relação de contato harmonioso entre os dentes superiores e inferiores, eliminando qualquer desconformidade que possa estar relacionada ao trauma oclusal (FOZ, 2002).

Em um periodonto traumatizado, dentes que podem sofrer um quadro de mobilidade progressiva estão predispostos a apresentar migração e sintomatologia dolorosa em função (STEFFENS et al., 2018). Dessa forma, a oclusão é tão significativa para a saúde do periodonto, podendo ser considerada a “linha de vida do periodonto” (FURLANETO et al., 2020).

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 53 anos, leucoderma, sem histórico de desordens sistêmicas ou tabagismo, compareceu ao consultório odontológico, queixando-se de mobilidade nos dentes posteriores e múltiplas recessões. Ao exame clínico, durante a sondagem, nenhuma bolsa periodontal verdadeira foi identificada, na avaliação oclusal, foi observado trauma oclusal nos molares quando em movimento protrusivo da mandíbula, onde não haviam toques nos dentes anteriores, sendo diagnosticado o trauma oclusal primário, justificando a mobilidade dos molares.

Em acréscimo, foram identificadas lesões cervicais não cariosas – abfrações nas unidades associadas ao trauma, que também apresentavam recessões (FIGURA 1).

Figura 1 - Vista lateral da lesão cervical não cariosa na unidade 44**.**

Como tratamento, foi proposta uma etapa restauradora para completar com restaurações de resina até a linha do máximo recobrimento e uma fase cirúrgica envolvendo um reposicionamento coronal do retalho para corrigir as recessões. Ao final, após recusar tratamento ortodôntico recomendado para ajuste da oclusão, a

paciente foi encaminhada para a especialidade de prótese para finalizar o caso com ajuste oclusal bilateral para eliminação total ou parcial das forças traumáticas.

Quinze dias após as restaurações das lesões cervicais não cariosas, o procedimento cirúrgico de reposicionamento coronário de retalho foi iniciado. Com o objetivo de reposicionar coronalmente o retalho para recobrir as recessões, foi utilizada a técnica de Zucchelli (ZUCCHELLI 2000), englobando os dentes que apresentavam as abfrações restauradas e recessões (REC). (FIGURA 2).

Figura 2 - Pós-operatório imediato após reposicionamento coronal de retalho sobre as LCNC restauradas com resina composta.

O retalho foi suturado com fio de nylon 5.0 com agulha triangular ½ sobre as papilas desepitelizadas, sobrecorrigindo as recessões (FIGURA 2).

Após o procedimento, foi prescrito Azitromicina 500mg a cada 24 horas durante três dias para controle de infecção pós-operatória, Prednisona 20mg a cada 12 horas durante três dias com função anti-inflamatória, Dipirona Sódica 500mg a cada 06 horas durante 02 dias para controle da dor e solução de digluconato de clorexidina 0,12% sem álcool, para banhar o local por um minuto, duas vezes ao dia, durante 15 dias para controle químico do biofilme dental na região operada. A paciente

foi instruída a comer alimentos pastosos e a não escovar as regiões operadas para evitar traumatismos.

As suturas foram removidas após quinze dias e não foram observados sinais de necrose das margens gengivais, após 30 dias uma reavaliação foi realizada e pôde ser observado um recobrimento radicular de cinquenta por cento do tamanho inicial da recessão, demonstrando que a conduta terapêutica foi bem sucedida. (FIGURA 3).

Figura 3 - Pós-operatório de 30 dias sem sinais de inflamação e com ganho de 50% de recobrimento radicular.

4 DISCUSSÃO

As LCNC quando relacionada a recessão gengival causa uma deformação combinada, que exige diferentes tipos de tratamento (CARVALHO et al., 2020). A combinação dessas duas entidades envolvendo coroa e raiz de um ou mais dentes acarreta numa discussão quanto a escolha dos melhores procedimentos terapêuticos a lançar-se mão para obter um melhor resultado funcional e estético (ALMEIDA et al., 2015).

Restaurar a LCNC é uma opção escolhida por alguns clínicos como a melhor opção, uma vez que, a resina composta facilita a confecção de um correto perfil de emergência, proporcionando um substrato estável, liso e convexo favorável ao contorno gengival, além de ajudar a estabilidade de cor a longo prazo (CARVALHO et al. 2020)

Já outros clínicos optam pelas abordagens cirúrgicas tal qual o recobrimento radicular com o objetivo de sanar as queixas associadas às condições de exposição radicular que causam hipersensibilidade dentária, insatisfação estética relacionada à sequela de doença periodontal pregressa ou à cárie cervical e/ou radicular ou lesão cervical não cariosa (CORTELLINI; BISSADA, 2018).

Realizar o tratamento apenas com o método restaurador na maioria das vezes não resolve a queixa estética do paciente, pois a unidade acometida ainda assim continuará com uma aparência desfavorável, resultando em um dente excessivamente longo (ANDRADE et al. 2012).

Da mesma maneira que o recobrimento radicular executado individualmente não será satisfatório, uma vez que a abrasão não será completamente revestida, gerando assim, um quadro de hipersensibilidade dentinária além de comprometer a harmonia estética.

No caso em questão, a combinação das técnicas de restauração com resina e recobrimento radicular foi escolhida para corrigir as LCNC associadas ao trauma oclusal e respectivamente solucionar a exposição radicular.

Levando em consideração essa combinação, para estabelecer o melhor protocolo de tratamento, após uma análise do máximo recobrimento radicular, Zucchelli (2011) sugere que a técnica seja feita através da realização de uma restauração prévia, coronal ao nível de onde seria a provável JCE. A partir desse

ponto estabelece-se se a porção apical da abfração será restaurada com resina composta ou recoberta com deslocamento coronal do retalho gengival associado ou não a um enxerto conjuntivo (SANTAMARIA et al., 2016).

Entretanto ainda existem controvérsias quanto ao planejamento para o tratamento destas lesões. Alguns autores compreendem não somente a execução de procedimento restaurador para restabelecer o tecido dentário desgastado, mas também na perspectiva de tratar os fatores etiológicos que desenvolvem esta patologia e outros autores trazem a importância em restituir a posição e altura gengival adequada (MACHADO et al., 2018).

Alguns estudos já foram realizados, mas ainda existem discussões que dão espaço a correntes diferentes em relação ao tema focando principalmente em corrigir o fator causal do trauma oclusal, levando em consideração a terapêutica do ajuste oclusal, uma vez que o tratamento a ser escolhido pelo profissional deve estar em concordância com o reestabelecimento do conforto e função do sistema estomatognático. Entretanto Furlaneto et al., (2020) enfatiza que o ajuste oclusal não deve ser considerado como uma necessidade para todos os casos.

Além disso, muito se fala da correção das forças dos contatos oclusais a partir das mecânicas de movimentações dentárias através da utilização de aparelhos ortodônticos. Autores como Brandão (2008), sugere que os desgastes seletivos durante o tratamento ortodôntico favorecem a intercuspidação e que ao final do tratamento ortodôntico pode ser possível alcançar uma melhor distribuição de contatos em máxima intercuspidação habitual (MIH).

No entanto, Cardoso (2010) afirma que há uma discordância enquanto as opiniões sobre o ajuste oclusal antes e durante o tratamento ortodôntico, mas que essa prática pode favorecer e avançar o tratamento, bem como minimizar algumas forças oclusais que esteja atingindo algum dente.

A escolha do plano de tratamento depende de uma avaliação minuciosa e das características anatômicas locais como: altura e profundidade da lesão cervical não cariosa, a extensão das áreas de coroa e raiz afetadas, altura da recessão gengival, a presença de tecido queratinizado apical ao defeito e as exigências estéticas do paciente. Para assim, estabelecer o melhor tipo de tratamento, seja ele cirúrgico, restaurador, com desgastes seletivos ou associação destes (SAMARITA et al., 2013).

No caso relatado aqui, a tomada de decisão para resolução das LCNC associadas às recessões foi bem sucedida havendo uma resolução das cavitações

cervicais e um recobrimento parcial das recessões das unidades envolvidas. Entretanto, houve uma recusa por parte da paciente pelo tratamento ortodôntico, porém, a partir de um planejamento interdisciplinar, optou-se pelos ajustes oclusais bilaterais ao final dos procedimentos restauradores e cirúrgicos.

5 CONCLUSÃO

A técnica restaurada associada à cirurgia de recobrimento radicular com reposicionamento coronal de retalho demostrou ser efetiva no caso de apresentado, uma vez que lança mão da união de técnicas de cirurgia plástica periodontal de recobrimento para restabelecer a região cervical do esmalte com micro fraturas com consequente perda da junção cemento-esmalte buscando devolver a saúde, a função e a estética da paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ricardo Faria; PINHO, Morado Mónica; LIMA, Cristina; SANTOS, Patricia; BORDALO, Cláudia. Associação entre doença periodontal patologias sistemicas. **Revista Portuguesa de Madicina Geral e Familiar.** v. 22, n.3, p. 379-90, 2006.

ALMEIDA. Ana Maria Freire de Lima; CARVALHO. Elizabeht Maria Costa de; RIBEIRO. Érica Del Peloso; SOUZA. Bruno Guida de. Rec essõe gengivais e lesões cervicais não cariosas: relato de caso clínico. **Revista Periodontia**. v. 25, p. 39-45, 2015.

ALVES, Crésio; ANDION, Juliana; BRANDÃO, Márcia; MENEZES, Rafaela. Pathogenic aspects of the periodontal disease associated to diabetes mellitus. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v. 51, n. 7, 2007.

AMARAL, Daniani Alves da Silva; CELESTINO, Hrayslla Lorrany da Silva; JÚNIOR, Jorge Vianna; FREITAS, Juliana Nithiele Oliveira; OLIVEIRA, Luciano dos Santos; MENDES, Moura Eduardo. Radicular Recovery of Multiple Recessions: case report. **Revista de Odontologia Conteporanea**. v. 4, n. 2, p. 83-93, 2020.

ANDRADE, Lyla Prates; BISCARDE, Adriana; MOREIRA, Alexandre; RIBEIRO, Érica; BITTENCOUT, Sandro. Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão cervical. **Revista de Odontologia**. v. 1, p. 86-99, 2012.

BRANDÃO, Roberto Carlos Bodart; BRANDÃO, Larissa Bustamante Cupucho. Ajuste occlusal na Ortodontia: porque, quando e como?. **Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial**. v. 13, n. 3, p.124-156, 2008.

BERKOVITZ, Barry K. Periodontal ligament: structural and clinical correlates. **Dent Update**. v. 31, n.1, p. 46-50. 2004.

BORGES, Raulino Naves; BARCELOS, Bento Alvez; HONORATO, Isabela Sarom Sabino; SANTOS, Ana Rita Bernades da Rocha. Tratamento de perda óssea por trauma oclusal primário. Relato de caso. **Rev Odontol Bras Central**. v. 22, n. 61, p. 73-75, 2013.

CAIRO, Franciso; NIERI, Michele; CATTABRIGA, Marcello; CORTELLINI, Pzierpaolo; PAOLI, Sergio; SANCTIS, Massimo; FONZAR, Alberto; FRANCETTI, Luca., MERLI, Mauro,. RASPERINI, Giulio; SILVESTRI, Maurizio; TROMBELLI Leonardo; ZUCCHELLI, Giovanni; PRATO, Giovan Paolo Pini. Root Coverage Esthetic Score After Treatment of Gingival Recession: An Interrater Agreement Multicenter Study. **J Periodontal.** v. 81, n.12, p. 1752-1758, 2010.

CARDOSO , Antônio. **Oclusão:** Para voçê e para mim. 1ª. ed. São Paulo: Santos, 2010. 233 p.

CARVALHO, Paulo F.M., SILVA, Robert C., CURY, Patricia R., JULIO, C Joly. Modified Coronally Advanced Flap Associated With a Subepithelial Connective Tissue Graft for the Treatment of Adjacent Multiple Gingival Recessions. **J Periodontal.** v. 77, n.11, p. 1901-1905, 2006.

CARVALHO, Tarcyla Pereira; GABRI, Mendes Lucas; MTTOS, Victor Gilla Gomes; SANTOS, Marcela Melo dos Santos; BARRETO, Luis Paullo Diniz. Hipersensibilidade Dentatia Associada a Lesões Cervicais não Cariosas: Revisão de Literatura. **Revista Naval de Odontologia**. v. 47, n.2, p.68-76, 2020.

CORTELLINI, Pierpaolo; BISSADA, Nabil F. Condições mucogengivais na dentição natural: revisão narrativa, definição de casos e considerações diagnósticas. **Journal of Periodontology**. v. 1, p. 204-213, 2018.

FAN, Jingyan., CATON, Jack. G. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **Journal ff Periodontology**. v. 89, p. 214-222, 2018.

FURLANETO, Flávia Aparecida; Nascimento de MELO, Luiz Gustavo Hitomi., NAGATA, Maria José; BOSCO, Alvaro Francisco Miranda; DELIBERADOR, Tatiana Reis; MESSORA, Michel; GARCIA, Alicio Rosalino. Oclusão e periodontia: uma análise crítica da literatura. **Revista Sul- Brasileira de Odontologia**. v. 6, n. 1, p. 86-93, 2020.

FURTADO, Fabio; VERMUNDT, Alef., GHIZONI, Janaina Salomon; PEREIRA, Jefferson Ricardo; PAMATO, Pamato. Princípios básicos de oclusão ideal. **Journal of Research in Dentistry**. v. 6, n. 3, p. 49-59, 2018.

FOZ, Adriana Moura Foz. **Ajuste oclusal associado a terapia periodontal**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

KAROLY M. Beobachtungen über pyorrhea alveolaris. **Osterreichischungariscke viertel jahresschrift für zahnheilkunde**. v. 17, p. 279, 1901.

LINDHE; LANG, 6ª edição, 2018, Ed. Guanabara-Koogan **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral.**

JURKEVICZ. Talyta Sasaki. **Lesões cervicais não cariosas induzidas por tensão: um estudo atualizado sobre as abfrações.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual de Londrina, título de Cirurgiã-dentista, Lodrina, 2015.

MACHADO, Márcia Sabrina Barbosa. **Príncipios De Uma Oclusão Ideal**. Pós-Graduação (Especialização - Prótese Dentária). Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2018.

NETTER, F. H. **Atlas de Anatomia Humana**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, p. 72, 1998.

PAGE R. C., SCHROEDER H. E. Pathogenesis of inflammatory periodontal disease. **A summary of current work**. v. 3, p. 235-249, 1976.

PAVANI, Andréia Pereira de Souza; MANFREDI, Gustavo Gonçalves do Prado; VALLE, Luísa Andrade; STUANI. Vitor de Toledo; MICHEL. Raphaella Coelho; DAMANTE. Carla Andreotti; RAGGHIANTI ZANGRANDO. Mariana Schitzer.,

SANT'NA. Adriana Campos Passanezi. **Revista Uningá**. v. 56, p. 98-108, 2019.

PROFFIT, W. R. **Ortodontia Contemporânea**. São Paulo: Pancast Editora 1991.

RAFFAELLI, Marcelo de Paiva. **Etiologia da doença periodontal: revisão de literatura.** Mestrado (Mestre – Medicina Dentria). Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2016.

RODRIGUES, Denis Clemente; ALVES, Ricardo; SEGUNDO, Takeshi Kato. Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepetial no recobrimento radicular. **Revista Gaúcha de Odontologia**. v. 58, p.115-118, 2010.

SANTAMARIA, Mauro Pedrine. **Cirurgia periodontal associada à restauração de ionômero de vidro modificado por resina para tratamento de dentes com recessão gengival e lesão cervical não-cariosa**. Mestre em Clinica Odontológica Área de Periodontia. Faculdade de Odontologia de Piraciaba da Universidade Estadual Campinas, Piracicaba, 2007.

SANTAMARIA, Mauro Pedrine Santamaria; QUEIROZ, Lucas Araújo; MATHIAS, Ingrid Fernandes; NEVES, Felipe Lucas da Silva; SILVEITA, Camila Augusto; BRESCIANI Eduardo; JARDINI, Maria Aparecida Neves; SALLUM, Enilson Antônio. Resin composite plus connective tissue graft to treat single maxillary gingival recession associated with non-carious cervical lesion: randomized clinical trial. J**ournal of Clinical Periodontology.** v. 43, p. 461-468, 2016.

SANTIAGO, Eduardo; PINTO, Miguel Pinto; PINHO, João Carlos. A Patologia Oclusal no Plano de Tratamento Periodontal – Uma Revisão da Literatura**. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. v. 51, n. 2, p. 103-112, 2010.

SBRAGIA , Ana Lúcia Pereira Sbragia. **Princípios Básicos do Trauma de Oclusão**. Monografia (Especialização) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo Piracicaba, 2002.

SEVERO, Tamara de Queiroz Severo. **LESÃO DE TRAUMA OCLUSAL NO CONTEXTO ATUAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do SUL, 2018.

SOUSA, Lindoaldo Xavier; CRUZ, José Henrique de Araújo; MELO, Waleska Ohana de Souza; FREIRE, Stéphanie Cariry Palhano; RIBEIRO, Eduardo Dias; FREIRE, Julliana Cariry Palhano; Abfração dentária: um enfoque sobre a etiologia e o tratamento restaurador. **Arch Health Invest**. v. 7, n.2, p. 51-53, 2018.

STEFFENS, João Paulo; MARCANTONIO. Rosemary Adriana Chiérici. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. **Revista de Odontologia da UNESP**. v. 4, p. 189-197, 2018

TEIXEIRA, Daniela Navarro Ribeiro. **Lesões cervicais não cariosas, hipersensibilidade dentinária, recessão gengival e fatores de risco associados – estudo transversal. Dissertação.** Mestre em Odontologia, Área de Clínica

Odontológica Integrada. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlandia, 2017.

TRÓIA, Pedro Maria Bastião Peliz Senos**. Presença de recessões gengivais ou lesões cervicais não cariosas em dentes sujeitos a trauma oclusal: revisão sistemática**. Dissertação – Curso de Mestrado em Medicina Dentária, Universidade Católica Portuguesa, Viceu, 2020.

ANEXOS

AUTORIZAÇÃO PARA DEFESA

Declaro, a partir desta data, que eu, **KIZZES ARAÚJO PAIVA ANDRADE** autorizo a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso das discente (s) **JAMIMA ALVES DA SILVA SOUZA E LAÍS SANTOS GOMES CARVALHO**, intitulado **AJUSTE OCLUSAL ASSOCIADO A TERAPIA PERIODONTAL: RELATO DE CASO**, produzido como requisito parcial para conclusão do curso de graduação de Odontologia desta Instituição.

Feira de Santana, 28 de junho de 2021.

_____

Assinatura do Orientador(a)