

**UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO**

**NATALIA FERNANDA HYPOLITO**

**REGENERACAO ÓSSEA GUIADA PARA  
REABILITACAO FIXA CONVENCIONAL:  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

BAURU  
2018

**NATALIA FERNANDA HYPOLITO**

**REGENERACAO ÓSSEA GUIADA PARA  
REABILITACAO FIXA CONVENCIONAL:  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação do Prof. Dr. Marcelo Salles Munerato.

BAURU  
2018

Hypolito, Natalia Fernanda

H998r

Regeneração óssea guiada para reabilitação fixa Convencional:  
relato de caso clínico / Natalia Fernanda Hypolito. -- 2018.  
40f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Salles Munerato.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) -  
Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

1. Estética Dentaria. 2. Prótese Parcial Fixa. 3. Reabilitação  
Bucal. I. Munerato, Marcelo Salles. II. Título.

**NATALIA FERNANDA HYPOLITO**

**REGENERACAO ÓSSEA GUIADA PARA  
REABILITACAO FIXA CONVENCIONAL:  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação do Prof. Dr. Marcelo Salles Munerato.

Bauru, 27 de novembro de 2018.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Marcelo Salles Munerato  
Universidade do Sagrado Coração

---

Prof. Dr. Thiago Amadei Pegoraro  
Universidade do Sagrado Coração

---

Prof. Me. Guilherme Moreira

Universidade do Sagrado Coração

Dedico este trabalho aos meus pais.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter cumprido o desejo do meu coração e me permitido chegar até aqui, por nunca ter me desamparado e me feito superar cada dificuldade.

A minha família, minha mãe **Ivone Ciquini Evangelista Hypolito**, a peça fundamental para que eu trilhasse esse caminho, que em momento algum mediu esforços para que eu alcançasse meus objetivos, que lutou e trabalhou para que esse momento se tornasse possível, e com muito amor e carinho sempre me orientou para ser uma pessoa e profissional melhor. Meu pai **Salier Hypolito**, que nas dificuldades foi um porto seguro para mim, que sempre correu atrás de tudo para que eu realizasse este sonho, me incentivando sempre para chegar até aqui e por todo amor a mim dedicado. A minha amada e querida avó **Maria Aparecida Ciquini Evangelista**, minha segunda mãe, com sua experiência e seus sábios conselhos sempre esteve presente sendo uma luz nos momentos mais escuros. Dedico este trabalho a vocês meus amados pais, pois sem essa presença nada disso seria possível.

Ao meu querido orientador **Prof. Dr. Marcelo Salles Munerato**, agradeço pela paciência, pelo carinho e empenho com que sempre me ensinou, estando sempre ao meu lado quando precisei e sempre pronto a sanar minhas dúvidas. Agradeço por todo conhecimento transmitido, pela oportunidade, pelo incentivo e orientação que tornaram possível a conclusão desta monografia.

Agradeço ao **Prof. Dr. Thiago Amadei Pegoraro** e **Prof. Me. Guilherme Moreira** por aceitarem o convite para avaliarem este trabalho e todas correções realizadas. É um prazer tê-los na banca examinadora.

Ao professor e coordenador do curso **Prof. Dr. Guilherme Ferreira da Silva**, pelo apoio, pela amizade, nos ajudando sempre que possível. Agradeço também a todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e que me acompanharam durante a graduação, em especial ao **Prof. Dr. Jose Fernando Scarelli Lopes** e a **Profa. Dra. Carolina Ortigoza**, fundamentais na realização deste trabalho.

E meus sinceros agradecimentos a todos os meus amigos e colegas, por cada experiência vivida ao longo da faculdade, pelas alegrias e tristezas compartilhadas, pelo incentivo e apoio. E todos aqueles que de alguma forma estiveram próximos de mim.

## RESUMO

Este relato de caso clínico apresenta a necessidade de reabilitação estética e funcional da região anterior da maxila, devido a um grande defeito ósseo causado pela perda dos elementos dentários anteriores precocemente, causando uma reabsorção óssea considerável na região. A motivação estética levou o paciente à clínica de odontologia da Universidade do Sagrado Coração, onde foi realizada a anamnese, com um exame clínico periodontal minucioso e radiográfico, então montado o planejamento do caso. Como em muitos casos odontológicos o planejamento clínico isolado não alcança resultado estético harmonioso, necessitando de uma abordagem integrada das disciplinas. Para satisfação estética do caso, houve a necessidade de procedimentos prévios como a extração dos remanescentes dentários, preparo dos dentes que servirão de pilares para a prótese fixa, a realização de cirurgia periodontal com regeneração óssea guiada afim de reparar a tabua óssea vestibular, confecção do jogo de provisórios e o condicionamento do tecido gengival, para então a futura instalação da prótese fixa de porcelana com cinco elementos. O planejamento com associação de métodos e técnicas, considerando o desejo e as necessidades do paciente, é essencial para o sucesso da reabilitação estética e funcional.

**Palavras-chave:** Estética dentaria, Prótese parcial fixa, Reabilitação bucal.

## **ABSTRACT**

This clinical case report presents the need for aesthetic and functional rehabilitation of the anterior maxilla, due to a large bony defect caused by the loss of the anterior dental elements early, causing a considerable bone resorption in the region. The aesthetic motivation led the patient to the University of the Sacred Heart dentistry clinic, where the anamnesis was carried out, with a detailed periodontal and radiographic clinical examination, then set up the case planning. As in many dental cases, isolated clinical planning does not achieve a harmonious aesthetic result, necessitating an integrated approach of the disciplines. For the aesthetic satisfaction of the case, there was a need for previous procedures such as extraction of dental remnants, preparation of the teeth that will serve as pillars for the fixed prosthesis, periodontal surgery with guided bone regeneration in order to repair the buccal bone tabulation, and the conditioning of the gingival tissue, and then the future installation of the porcelain fixed prosthesis with five elements. The planning with association of methods and techniques, considering the desire and needs of the patient, is essential for the success of aesthetic and functional rehabilitation.

**Keywords:** Aesthetic dentistry, Fixed partial prosthesis, Oral rehabilitation.



## LISTA DE FIGURAS

Tabela	1	–	Profundidade	de	
sondagem.....					19
Imagem	1	–		Radiografia	
Panorâmica.....					22
Figura 1 -	Fotografia	de	documentação	inicial	do caso A
.....					22
Figura 2 -	Fotografia	de	documentação	inicial	do caso B
.....					23
Figura 3 -	Fotografia	de	documentação	inicial	do caso C
.....					23
Figura 4 -		Aspecto		inicial	do
sorriso.....					24
Figura 5 -		Aspecto		lateral	do
sorriso.....					24
Figura 6 -		Aspecto	com os	lábios	em
repouso.....					25
Figura 7 -		Adequação		inicial	do meio
bucal.....					25
Figura 8 -	Vista	oclusal	do	preparo	no dente
23.....					26
Figura 9 -		Provisório		unitário	dente
23.....					26
Figura 10 -	Vista	vestibular	dos	preparos	nos dentes 12 e
13.....					27
Figura 11 -	Vista	oclusal	dos	preparos	nos dentes 12 e
13.....					27
Figura 12 -	Provisórios		unitários	dentes	12 e
13.....					28
Figura 13 -	Cirurgia	previa	em	modelo	de
gesso.....					28

Figura	14	-	Confecção	do	jogo	de	
provisórios.....							29
Figura	15	-	Vista	oclusal	do	jogo	de
provisórios.....							29
Figura	16	-	Provisório	prensado	em		
laboratório.....							30
Figura	17	-	Extração	atraumática	dos	remanescentes	
dentários.....							30
Figura	18	-	Vista	vestibular	após		
extração.....							31
Figura	19	-	Depressão	causada	pela	reabsorção	
óssea.....							31
Figura		20		-		Defeito	
ósseo.....							32
Figura	21	-	Vista	oclusal	do	defeito	
ósseo.....							32
Figura	22	-	Biomaterial	ósseo	e	membrana	de
colágeno.....							33
Figura	23	-	Deposição	de	biomaterial	na	área
regenerada.....							a
							ser
							33
Figura	24	-	Vista	vestibular	de	deposição	de
biomaterial.....							34
Figura		25		-	Colocação	da	
membrana.....							34
Figura	26	-	Membrana	adequada	sobre	o	
biomaterial.....							35
Figura		27		-		Sutura	
estética.....							35
Figura	28	-	Instalação	da	prótese		
provisória.....							36
Figura	29	-	Sorriso	imediate	após	a	
cirurgia.....							36

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	40
---	----

## SUMÁRIO

1.....	I
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
2.....	O
<b>OBJETIVO .....</b>	<b>16</b>
3.....	R
<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
4.....	R
<b>RELATO DE CASO.....</b>	<b>21</b>
5.....	C
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>41</b>
6.....	R
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>

## 1..... I INTRODUÇÃO

Hoje em dia, a estética é uma preocupação constantes dos pacientes, uma disposição dentaria em harmonia com a gengiva, os lábios e o rosto do paciente. Quando se elabora um plano de tratamento estético definitivo, é necessário imaginar o resultado, fundamentando a reflexão em dados numéricos, físicos, fisiológicos e psicológicos da beleza, considerando os desejos do paciente (AHMAD, 1998).

Os elementos que contribuem para a estética do periodonto do segmento anterior estão no quadro facial e no quadro labial, e dependem da disposição dos dentes e da gengiva. O clínico pode modificar a posição dos dentes, harmonizar a cor e a forma, e restaurar a arquitetura gengival (BORGHETTI; CORTI, 2011)

A maior parte dos casos de edentado anterior é acompanhado de um aprofundamento relativamente grande da crista e dos tecidos moles (TALLGREEN, 1972), seja no caso de uma agenesia, da perda traumática ou da extração de elementos dentários. Quando possível, devem ser tomadas precauções especiais já no momento da extração, por exemplo por meio da utilização de próteses provisórias para sustentar a gengiva (SPEAR, 1999). Dependendo do tamanho do defeito diferentes técnicas cirúrgicas estão à disposição do cirurgião para restabelecer uma morfologia adequada da zona edentada (STUDER et al. 1997), uma delas é a utilização de enxerto ósseo.

A escolha terapêutica de enxerto e reconstrução alveolar com regeneração só deve ser feita após anamnese completa, exame clínica e radiográfico, como todo plano de tratamento.

A periodontia pré protética intervém de maneira decisiva e indispensável no tratamento multidisciplinar melhorando a estética dento gengival.

Durante uma visita pré-operatória, o paciente será informado sobre o tipo de intervenção que será realizada. É importante avaliar o seu comportamento emocional, sua ansiedade, ou sobre a existência de alguma fobia, mas também aspectos positivos, como a coragem, a confiança e a cooperação (BORGHETTI; CORTI, 2011).

Após reavaliação periodontal, intervenções cirúrgicas podem ser necessárias para obtenção de saúde periodontal e para o fortalecimento do periodonto marginal. De fato, a localização intrassucular do limite cervical exige a presença de tecido queratinizado, de uma boa altura e de uma boa espessura capazes de mascarar a inflamação induzidas pelas imperfeições da junção dento protética (WILSON e MAYNARD, 1981).

O resultado da cicatrização inicial seguida de uma certa reabsorção conduz a forma de crista normal. Contudo, essa forma de crista é diferente daquela crista ideal, desejada para um pôntico, pois ela é plana e menos larga. Ela requer uma preparação quando necessária para um melhor resultado estético, um reembasamento da face gengival para que ocorra um condicionamento durante a cicatrização e a mucosa conserve a forma.

Crista afundada, perda de substância, reabsorção da crista e afundamento tecidual do sitio edentado são sinônimos e significam que a crista sofreu uma perda osteomusoca (BORGHETTI; CORTI, 2011).

O preenchimento da crista e consiste em uma solução bem integrada ao plano de tratamento protético. A prótese fixa provisória (cimentada ou colada), confeccionada previamente, ao final de intervenção sua face gengival do pôntico é desgastada de modo a produzir uma leve compressão que favoreça a formação de papilas. O profissional deve esperar quatro meses antes de prosseguir o tratamento protético (BORGHETTI; CORTI, 2011).

A prótese representa a finalização do tratamento multidisciplinar e deve permitir a estabilização a longo prazo do estado da dentição mantida pelo paciente, assistido pela equipe de profissionais. São considerados diversos imperativos que tem como consequências protéticas forma de contorno adaptadas a fim de privilegiar a saúde, e mesmo a estética, da relação dente/tecidos marginais. (BORGHETTI; CORTI, 2011).

Na restauradora e prótese fixa, a obtenção de uma estética dento gengival natural depende , antes de tudo, do condicionamento prévio dos tecidos marginais (BORGHETTI; CORTI, 2011), necessitando de respeito aos prazos de cicatrização e de maturação dos tecidos marginais, preparação, moldes, próteses provisórias, com o mínimo de traumatismos, formas de contorno naturais e adaptadas, junto com materiais e técnicas bicompatíveis.

Assim, nesse trabalho abordaremos um caso clínico embasado nos conceitos da regeneração alveolar associada à biomateriais, junto com plástica gengival para uma reabilitação final com prótese fixa.

## 2..... O **OBJETIVO**

Essa monografia tem como finalidade a conclusão do curso de graduação em Odontologia na Universidade do Sagrado Coração. Tem o objetivo relatar um caso clínico com finalidade estética e funcional em que se realizou a regeneração óssea do processo alveolar anterior da maxila utilizando biomateriais para a futura reabilitação com prótese fixa. Foi feito um planejamento integrando as disciplinas de cirurgia, periodontia e prótese a fim de devolver a saúde, a estética e uma melhor condição social ao paciente.



### 3..... R EVISÃO DE LITERATURA

Nos últimos anos, as perdas dentárias têm se tornado menos frequentes, devido às medidas de promoção de saúde bucal, que se mostram eficazes em relação à prevenção da cárie e doença periodontal (BROWEN e TABAK, 1995).

A dinâmica labial durante o riso e sorriso constitui a relação social estética privilegiada dos pacientes. Muitos descobrem então a relação dento gengival dos dentes Antero maxilares com isso a dinâmica labial durante o sorriso deve representar a base diagnóstica estética das decisões terapêuticas (FRADEANI, 2004).

A gengiva, que foi qualificada por alguns como moldura gengival, é o elemento essencial da estética do sorriso (PARIS e FAUCHER, 2004). Os contornos gengivais seguem a arquitetura óssea adjacente. (BORGHETTI et al. 2011). As cristas edentadas podem ser normais ou deformadas. As cristas normais conservam o perfil geral do processo alveolar. No entanto, mesmo que as dimensões apicoronárias e vestibulo linguais sejam mantidas, o bombeado que reflete a presença de raízes dentárias e das papilas interdentárias se perdeu (BORGHETTI et al. 2011).

Já os dentes remanescentes tratados muitas vezes apresentam perdas de inserção severa e hiper mobilidade (GLANTZ et al., 1982), tornando necessário um tratamento reabilitador protético que estabilize os dentes e devolva função e estética.

Vários aspectos podem influenciar na escolha do tratamento, tais como fatores psicológicos e socioeconômicos dos pacientes. Porém, outras vezes o tratamento pode ser definido pelo tipo de habilidade, treinamento e/ou conhecimento do profissional. A definição de um tratamento frente às alternativas disponíveis consiste em reconhecer e pesar as necessidades do paciente e as possibilidades de sucesso clínico com os diferentes tipos de prótese (BALDISSEROTTO et al., 2006)

As técnicas foram modificadas pelos cirurgiões, na tentativa de restituir a gengiva coronal um contorno mais adequado. As primeiras proposições consistiram em intervir nos tecidos moles, e permanecem atuais. As proposições seguintes apareceram com a chegada dos biomateriais para reconstruir a crista, assim como, em um procedimento preventivo, para conservar seu volume. Depois, com o desenvolvimento das técnicas implantares, cresceu o interesse pela crista edentada, e as últimas proposições tinham como finalidade preservar ou regenerar os tecidos duros. Esse objetivo implantar pode, em certos casos, ser também o da prótese fixa sobre pilares naturais (BORGHETTI et al. 2011).

Para HAWKINS e colaboradores (1991), 16% dos pacientes não estão satisfeitos com o resultado estético após a instalação de uma prótese fixa anterior sem o tratamento cirúrgico da crista apresentando afundamento, além disso há retenções alimentares e problemas funcionais.

Para a preservação da crista, utiliza-se biomateriais, a regeneração óssea guiada (ROG). A ROG baseia-se na criação de um espaço segregado para a invasão de vasos sanguíneos e células osteoprogenitoras, protegendo a reparação óssea do crescimento de tecidos não osteogênicos, que possuem velocidade de migração maior que as células osteogênicas. Trata-se de uma técnica na qual se utilizam meios físicos, como por exemplo, uma membrana, para impedir que outros tecidos, principalmente tecido conjuntivo, interfiram na osteogênese. O osso é um tecido de formação relativamente lenta, tanto fibroblastos como células epiteliais têm a oportunidade de ocupar o espaço disponível com mais eficiência e gerar um tecido conjuntivo mole muito mais rápido do que o osso é capaz formar. Assim, o mecanismo biológico da ROG é a exclusão de células indesejáveis no espaço preenchido pelo coágulo sob a membrana. (TOMM; MEZZOMO, 2017)

Os xenoenxertos derivados de fontes ósseas naturais têm sido extensamente pesquisados em diversos estudos clínicos e experimentais. Em especial, o osso medular bovino tem sido usado como fonte destes substitutos, devido à sua proximidade com o osso medular humano. O componente orgânico é removido por meio de tratamento térmico, pelo método de extração química ou pela combinação de ambos para eliminar o risco de respostas imunes e transmissão de doenças. (TOMM; MEZZOMO, 2017)

O osso bovino inorgânico, conserva uma estrutura espacial óssea, e uma das vantagens desse xenoenxerto é a similaridade anatômica com o tecido ósseo humano. Trata-se de uma hidroxiapatita biológica derivado de um componente inorgânico de osso bovino, que deve ser substituída progressivamente pelo osso, por meio de um lento processo de reabsorção com mediação celular. (BORGHETTI et al. 2011)

Todavia o osso autógeno associado ou não a uma membrana é preferível para esse fim ou então é possível a opção por uma técnica de adaptação dos tecidos moles quando se trata simplesmente de ganhar volume com um objetivo estético. A escolha da utilização desses materiais deve ser feita no momento da elaboração do plano de tratamento protético e, em particular, do tipo de prótese desejada. Seja antes das extrações ou para reparação da crista já edentada, essa escolha será indicada nas reconstituições protéticas dento sustentadas. (BORGHETTI et al. 2011)

No caso da cirurgia reconstrutiva óssea, uma barreira é usada para impedir a invaginação de tecido conjuntivo mole no defeito ósseo. As características básicas necessárias às membranas são: biocompatibilidade, capacidade de oclusão celular, integração tecidual, formação e manutenção do espaço, adequado manejo clínico na cirurgia e susceptibilidade limitada às complicações. Devido ao risco de exposição prematura e necessidade de segunda cirurgia para remover as membranas não reabsorvíveis, clínicos e pesquisadores têm preconizado o uso de membranas reabsorvíveis em procedimentos de ROG. (TOMM; MEZZOMO, 2017)

Na fase pré protética utiliza-se, portanto, não apenas as diferentes terapêuticas, associadas ao tratamento multidisciplinar, mas também a realização de próteses provisórias que representam a materialização do projeto terapêutico a fim de avaliar os critérios requisitados. Assim, as próteses provisórias constituem um elemento teste de controle das espessuras a adotar em detrimento dos pilares e em função dos imperativos protéticos. (BORGHETTI et al. 2011)

As próteses provisórias que fazem parte da terapêutica inicial em geral começam a ser feitas na fase pré protética. essas próteses permitirão o desenvolvimento do tratamento multidisciplinar que visa obter os critérios

necessários no nível dos pilares. Na fase protética, elas representam a materialização do projeto terapêutico definido no procedimento diagnóstico e confirmam a viabilidade do tratamento protético projetado. Além disso, constituem uma fonte de informações preciosa para a realização da prótese permanente (BORGHETTI ET AL. 2011). A interação mecânica e biológica dos pânticos com frequência necessitam da cirurgia plástica periodontal da crista edentada para garantir a melhor estética do conjunto.

#### 4. .... R ELATO DE CASO

Paciente WAC, 44 anos, melanoderma, gênero masculino, trabalha como vigilante noturno, compareceu à clínica odontológica integrada da Universidade do Sagrado Coração queixando-se da falta de dentes anteriores superiores e de sua estética por estarem “feios”. No exame clínico foram constatadas lesões cariosas nos dentes remanescentes na região anterior e um grande defeito ósseo na tabua óssea vestibular na região anterior, devido à perda precoce dos dentes e a extensa reabsorção. Na região anterior havia a falta do dente 21. Ao realizar exames complementares foi verificado a necessidade de exodontia dos dentes 11 e 22 (Imagem 1), e a necessidade da reabilitação dos mesmos, então pudemos montar um plano de tratamento integrado para o paciente com o intuito de devolver sua estética e função na região. Começamos com a documentação intra-oral fotográfica para acompanhamento e registo do caso. (Figura 1.1, 1.2, 1.3, 2, 3, 4, 5 e 6).

Iniciado o tratamento foi indicado ao mesmo o preparo básico com a adequação do meio bucal para remoção de cálculos e placas (Figura 7). O procedimento foi feito na clínica integrada com utilização de curetas e ultrassom. Após, foi realizado então a moldagem inicial do paciente dos arcos superior e inferior, afim de se obter os modelos de estudo preliminares. No estudo do caso observamos uma falta de espaço entre os incisivos superiores devido a movimentação dentaria ao longo dos anos.

Na sondagem obtivemos os seguintes valores, quanto a profundidade de sondagem, expressos na Tabela 1.

Tabela 1. Profundidade de sondagem.

	DV <sup>1</sup>	V <sup>2</sup>	MV <sup>3</sup>	DL <sup>4</sup>	L <sup>5</sup>	ML <sup>6</sup>
Dente 13	0,5mm	0,2mm	0,3mm	0,3mm	0,3mm	0,3mm

<sup>1</sup> Distovestibular.

<sup>2</sup> Vestibular.

<sup>3</sup> Mesiovestibular.

<sup>4</sup> Distolingual.

<sup>5</sup> Lingual.

<sup>6</sup> Mesiolingual.

Dente12	0,5mm	0,7mm	0,8mm	0,5mm	0,3mm	0,8mm
Dente23	0,3mm	0,2mm	0,5mm	0,3mm	0,3mm	0,5mm

Com base no exame periodontal minucioso verificando a profundidade de sondagem, nível de inserção clínica e mobilidade selecionamos os dentes que serviriam de pilares para prótese fixa (dentes 13, 12 e 23).

Foi iniciado a confecção do preparo coronário do dente 23 (Figura 8), logo após foi confeccionado um provisório unitário em clínica para este dente, com faceta de estoque e resina acrílica, por se tratar de um elemento com vitalidade (Figura 9). Em seguinte os dentes 12 e 13 foram preparados pela mesma técnica (Figura 10 e 11) e confeccionadas suas coroas provisórias em clínica, também com facetas de estoque e resina acrílica (Figura 12).

Foi realizada a moldagem dos preparos com alginato da arcada superior e da arcada inferior e então o registro oclusal. Na escolha da cor, foi optado pelo número 66, da escala de cores em resina acrílica, para confecção do provisório prensado de cinco elementos em laboratório. Em laboratório foi realizado a cirurgia de simulação de extração dos dentes 11 e 22 para um planejamento reverso e confecção de provisório antecedendo a cirurgia (Figura 13). A partir do provisório pronto (Figura 14, 15 e 16) iniciou-se a fase cirúrgica. A técnica de escolha foi a extração atraumática dos dentes 11 e 22, foi realizada antissepsia intra-oral com Digluconato de Clorexidina 0,12%, bochecho durante 1 minuto, e extra oral com PVPI embebida em gaze. Realizada a anestesia de bloqueio regional dos nervos infraorbitário bilateral, nervo nasopalativo e técnica anestésica infiltrativa regional afim hemostático. Os dentes sofreram luxação mínima e então extraídos propriamente dito sem dilaceração do tecido gengival para a manutenção do tecido ósseo remanescente (Figura 17 e 18). A extração foi totalmente conservadora devido ao defeito ósseo já presente na região, onde a intenção será a reparação óssea (Figura 19). Com uma incisão intrasacular e relaxantes foi exposto em um retalho total de canino a canino, toda a crista óssea da região anterior e o defeito (Figura 20 e 21). Na intenção de promover a regeneração óssea foi optado pela a colocação de um enxerto ósseo biológico do tipo Lumina-Bone, Critéria com granulação POROUS: 1000 a 300µm. E uma membrana de colágeno do tipo Lumina-Coat, Critéria (Figura 22). O osso biológico foi depositado sobre toda a extensão do defeito onde

haveria necessidade de uma nova formação óssea, esse biomaterial servirá como um arcabouço, estimulando uma nova produção de matriz pelas células osteoblastos e osteoclastos (Figura 23 e 24). Depois de acomodado o material, colocamos a membrana de colágeno que servirá como um guia para a remodelação óssea e ficara interposta entre o material biológico e o tecido conjuntivo após a sutura (Figura 25 e 26). Foi feita a utilização de esponjas de fibrina nos lugares em que não houve tecido gengival suficiente para captação das bordas. A sutura foi realizada com fio de Nylon 4-0 devido ao seu menor acúmulo de placa bacteriana, os pontos foram simples na região do palato para manutenção estética da região (Figura 27). Após de finalização cirúrgica, foi feito o reembasamento imediato da prótese provisória com resina acrílica e a cimentação da mesma com cimento de hidróxido de cálcio Hydcal, Technew (Figura 28). Foi realizado a documentação do paciente com o resultado estético do pós cirúrgico imediato (Figura 29). Ao finalizar os procedimentos o paciente foi devidamente orientado e medicado.

Imagem 1. Radiografia Panorâmica.



Figura 1. Fotografia de documentação inicial do caso





Figura 2. Fotografia de documentação inicial do caso



B.

Figura 3. Fotografia de documentação inicial do caso



C.

Figura 4. Aspecto inicial do sorriso.



Figura 5. Aspecto lateral do sorriso.



Figura 6. Aspecto com os lábios em repouso.

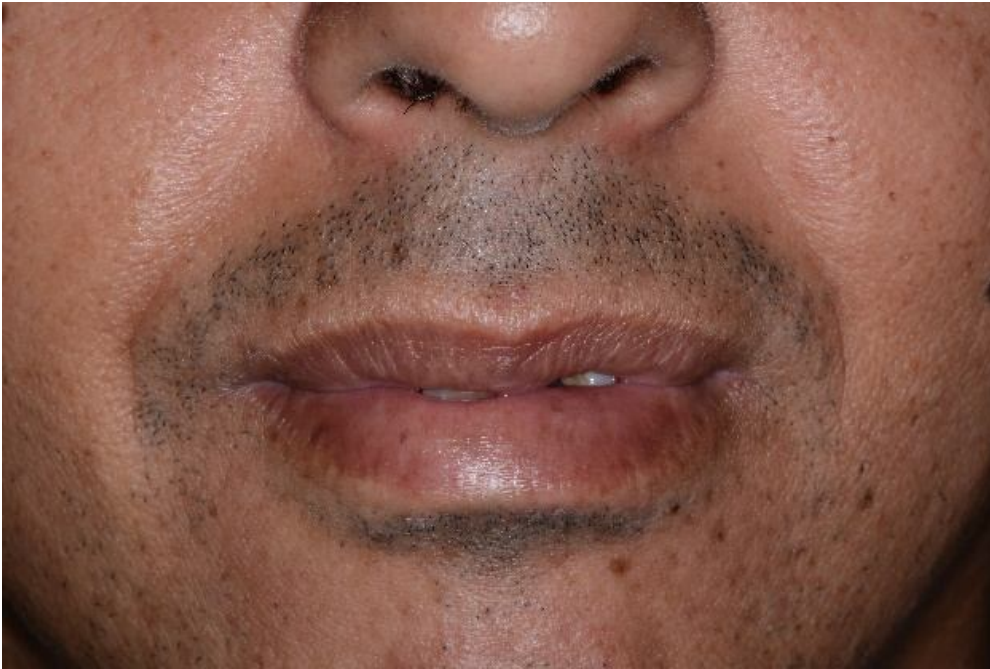


Figura 7. Adequação inicial do meio bucal.





Figura 8. Vista oclusal do preparo no dente



23.

Figura 9. Provisório unitário dente



23.

Figura 10. Vista vestibular dos preparos nos dentes 12 e



13.

Figura 11. Vista oclusal dos preparos nos dentes 12 e



13.

Figura 12. Provisórios unitários dentes 12 e



13.

Figura 13. Cirurgia previa em modelo de gesso.



Figura 14. Confecção do jogo de provisórios.



Figura 15. Vista oclusal do jogo de provisórios.



Figura 16. Provisório prensado em laboratório.





Figura 17. Extração atraumática dos remanescentes dentários.

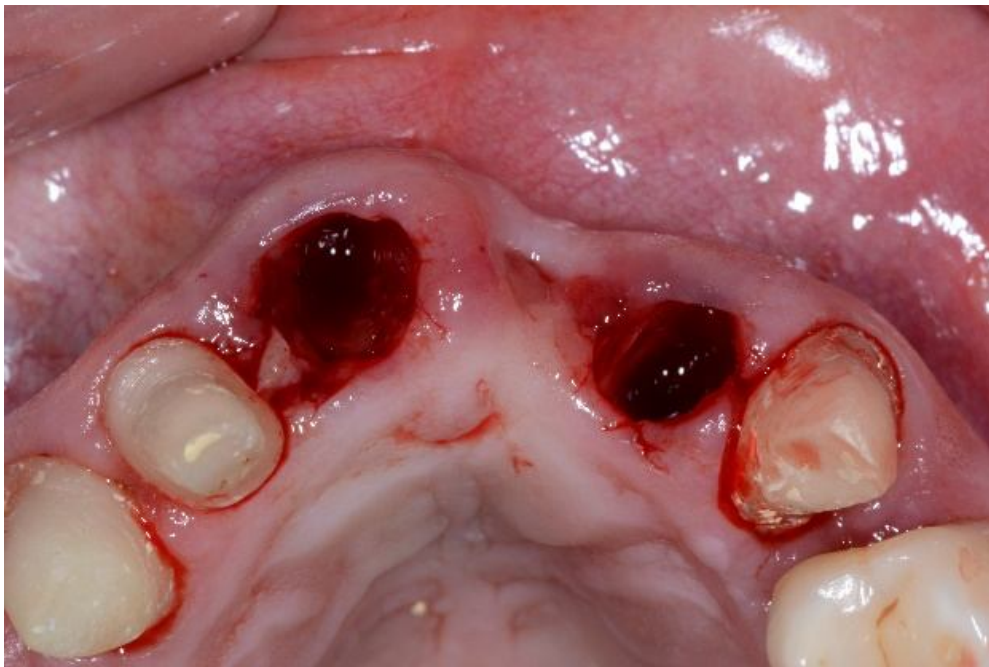


Figura 18. Vista vestibular após extração.



Figura 19. Depressão causada pela reabsorção óssea.



Figura 20. Defeito ósseo.



Figura 21. Vista oclusal do defeito ósseo.

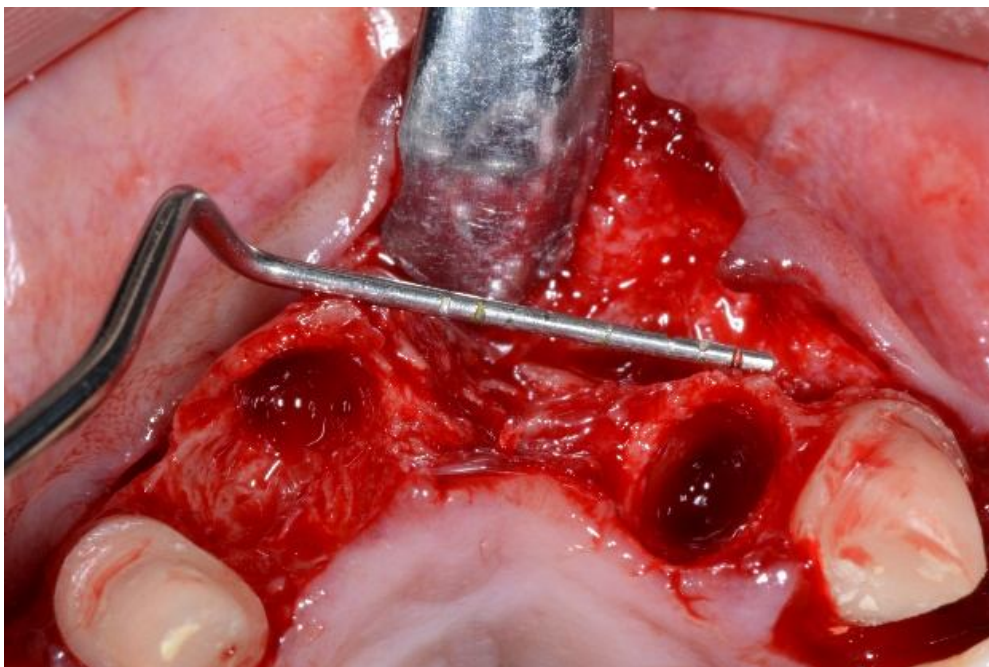


Figura 22. Biomaterial ósseo e membrana de colágeno.





Figura 23. Deposição de biomaterial na área a ser regenerada.

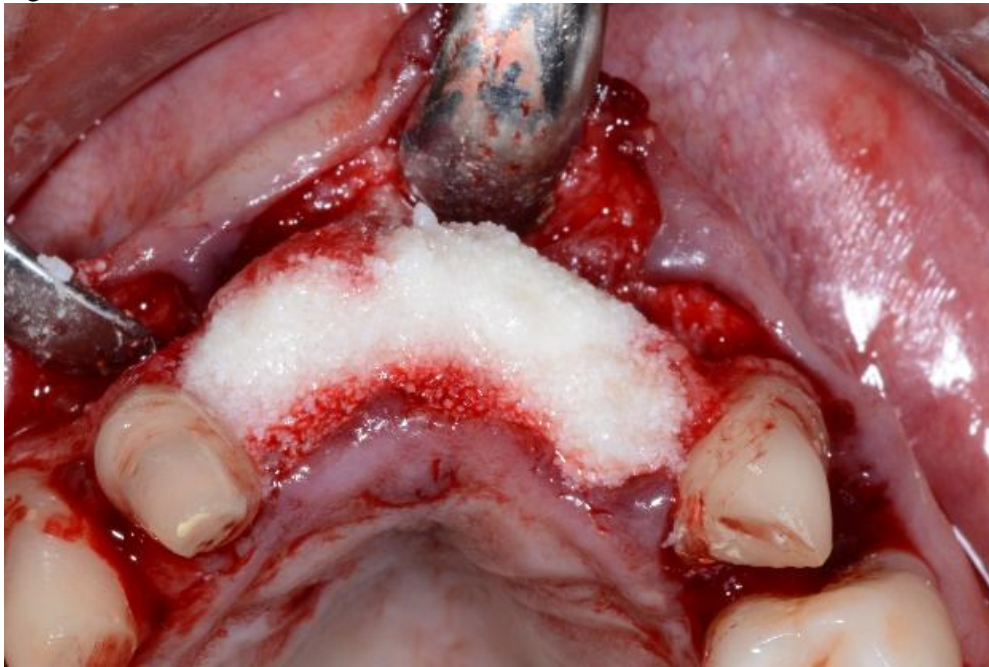


Figura 24. Vista vestibular de deposição de biomaterial.

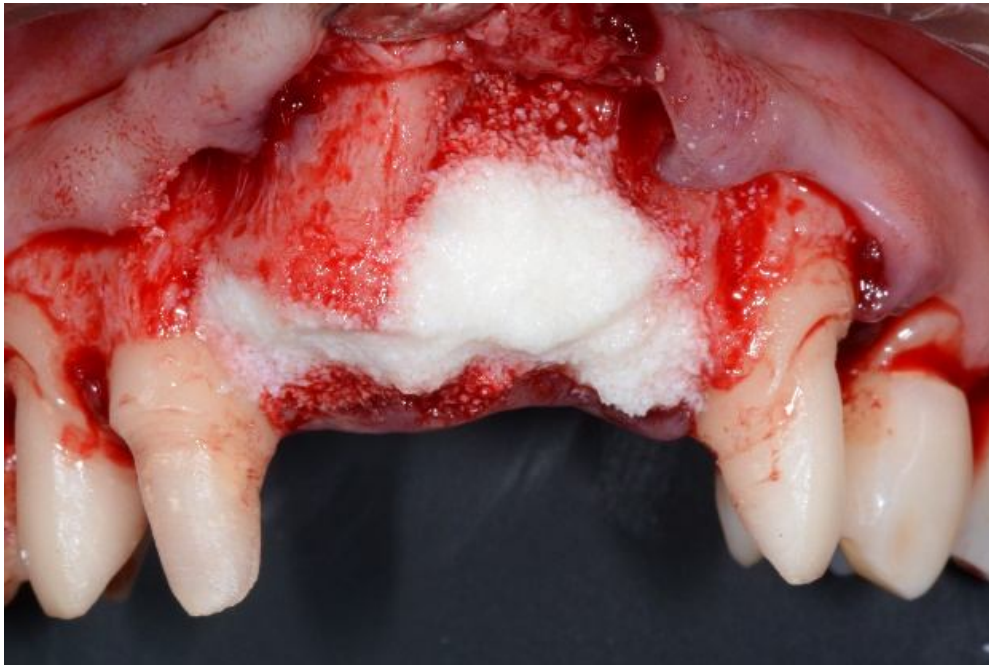


Figura 25. Colocação da membrana.

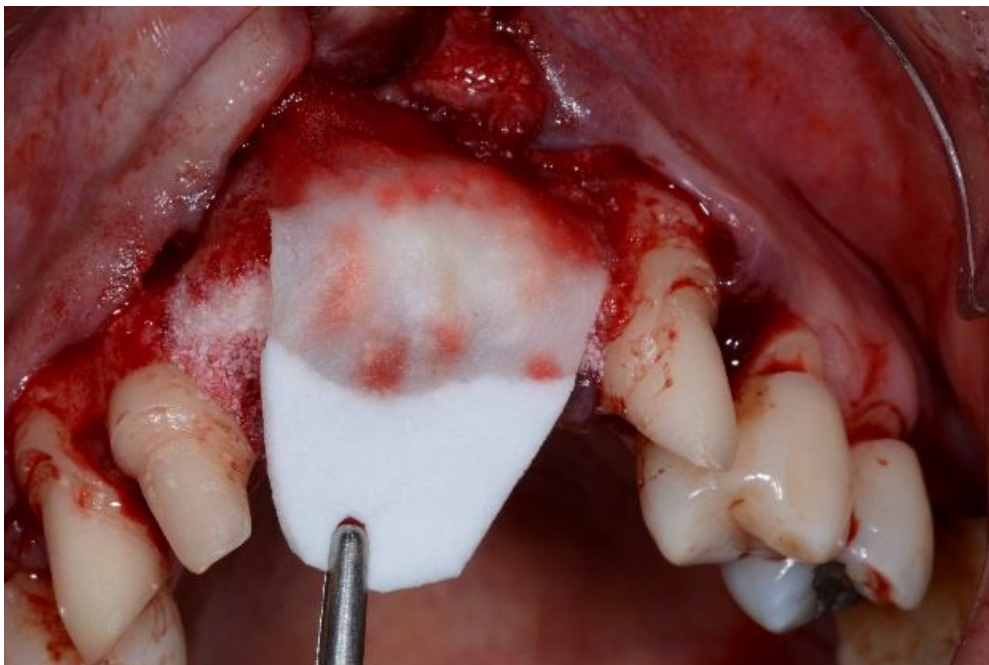


Figura 26. Membrana adequada sobre o biomaterial.

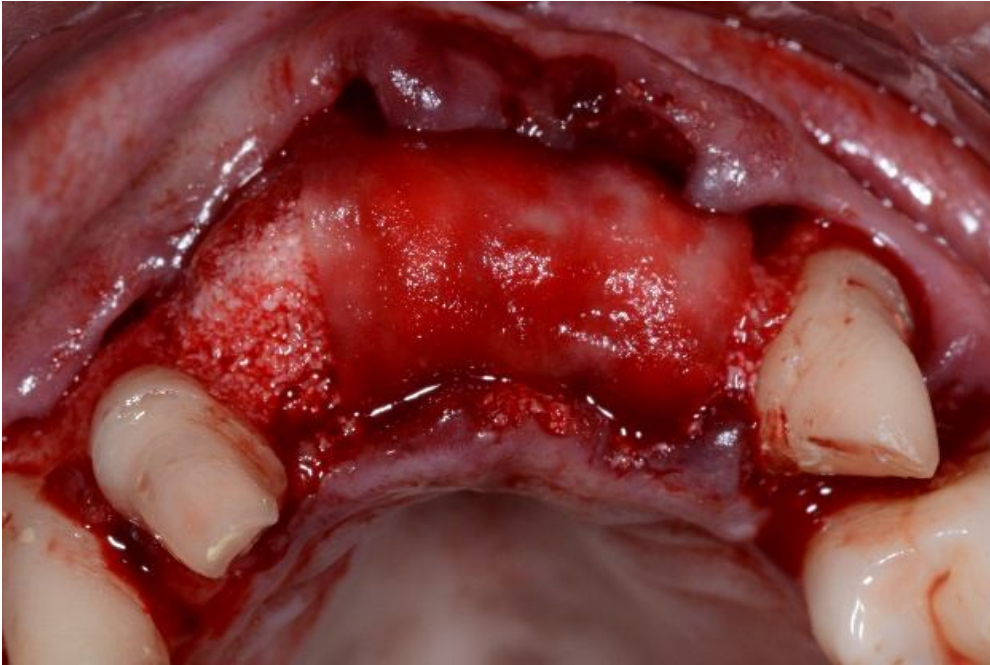


Figura 27. Sutura estética.





Figura 28. Instalação da prótese provisória.



Figura 29. Sorriso imediato após a cirurgia.





## 5..... C ONCLUSÃO

Na resolução do caso clínico foi necessária uma abordagem multidisciplinar para a reabilitação estética anterior superior do paciente. O planejamento foi fundamental para se obter o êxito, associando técnicas e métodos tornando um sorriso agradável, harmonioso e funcional. Reintegrando o paciente na sociedade e interferindo diretamente no seu contexto, uma vez que a perda dentária provoca distúrbios que afetam os aspectos funcionais, estéticos, emocionais e sociais do paciente. Melhorando a condição de saúde bucal e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. A substituição protética deve considerar não apenas esses aspectos, mas também deve ser realizada com danos biológicos mínimos ao paciente

A reabilitação oral de pacientes com mutilação dentária com perda óssea alveolar é melhor abordada com tratamento multidisciplinar desde o início, quando um plano de tratamento é estabelecido de acordo com um protesista, um cirurgião e um periodontista (MARTINELLI; LIMA; TIRRE-ARAÚJO, 2006).

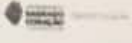
6..... R  
**REFERÊNCIAS**

1. AHMAD, I. **Geometric considerations in anterior dental aesthetics: restorative principles.** Pract Periodontics Aesthet Dent 1998; 10:813-822.
2. BALDISSEROTTO, Simone Michielon et al. **Planejamento reabilitador por professores de prótese dentária para pacientes com sequela de doença periodontal.** Revista Odonto Ciência, Odonto/PUCRS, v. 21, n. 53, p. 219-226, jul. 2006.
3. BORGHETTI, Alain; CORTI, Virginie Monnet. **Cirurgia plastica periodontal.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 464 p.
4. BROWEN WH; TABAK LA. **Cariologia para a década de 90.** São Paulo: Santos; 1995.
5. COSME, Dúcia Caldas et al. **Prótese parcial removível associada à prótese fixa adesiva através de encaixe extracoronário.** Revista Odonto Ciência, Odonto/PUCRS, v. 20, n. 48, p. 187-190, abr. 2005.
6. **ESTHETICS and function: a return to the basic concepts: case report.** Campinas: RGO, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720170002000133055>>. Acesso em: 19 nov. 2018.
7. GERARD, J; CHICHE, DDS; ALAIN PINAULT, MDT. **Estética em próteses fixas anteriores.** 1. ed. [S.l.]: Quintessence, 1996. 464 p.
8. GLANTZ, PO; NYMAN, S. **Technical and biophysical aspects of fixed partial dentures for patients with reduced periodontal support.** J Prosthet Dent. 1982;47(1):47-51.
9. MARTINELLI, Fernanda Lima; LIMA, Lina Martinelli de; TIRRE-ARAÚJO, Monica Souza. **Guideline for planning the multidisciplinary rehabilitation of dental mutilated patients.** Revista Odonto Ciência, Odonto/PUCRS, v. 21, n. 57, p. 92-96, jan. 2006.
10. MICHAEL G, Newman et al. **Carranza periodontia clínica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1328 p.
11. PARIS, JC; FAUCHER, AJ. **Le guide esthétique. Comment réussir le sourire de vos patients.** Paris: Quintessence International, 2004.
12. TOMM, Alvin; MEZZOMO, Ricardo Josué. **Regeneração óssea guiada em região estética - Revisão de literatura.** Journal of Oral Investigations,

Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 62-73, dez. 2017. ISSN 2238-510X. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/JOI/article/view/1977>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

13. **ULTRACONSERVATIVE fixed partial denture: esthetic and preservation of dental structure.** Campinas: RGO, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-86372014000200000122507>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

 **TERMO DE ESCLARECIMENTO/INFORMAÇÕES E RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA DAS PARTES SOBRE A EXECUÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Por este instrumento de esclarecimento e informações sobre o tratamento odontológico a ser realizado,

Eu/Responsável Wagner Jefferson Lima

portador do RG nº 99.069.027-9 inscrito no CPF sob nº 186.938.358-00 toma ciência que tenho a responsabilidade compartilhada com o IASCI—Universidade do Sagrado Coração sobre o mesmo. Estou ciente que deverei seguir rigorosamente algumas regras para o bom andamento, finalização e preservação do tratamento como:

- 1- Comparecer a todas as consultas agendadas em todas as especialidades envolvidas no tratamento.
- 2- Avisar com 48 horas de antecedência o responsável pelo agendamento do atendimento caso não possa comparecer. Caso uma situação de emergência ocorra durante as 48 horas que antecedem o tratamento, deverei justificar através de atestado ou documento que revelam o real motivo de minha falta.
- 3- Zelar pela manutenção de próteses odontológicas fixas ou móveis, placas de mordidas, aparelhos ortodônticos que venha a fazer uso, não quebrando ou danificando quaisquer acessórios.
- 4- Seguir todas as orientações de cuidados pós-atendimentos cirúrgicos, restauradores e protéticos fornecidos pela equipe responsável pelo tratamento.
- 5- Seguir as orientações dadas sobre a manutenção diária de higiene dos tecidos buco-dentais.
- 6- Comparecer as consultas de controle após o término do tratamento.
- 7- Quando tratamento for de prótese sobre implante, prótese fixa, prótese removível, prótese total, compreendem ser uma obrigação de meio, restabelecendo a função que foi perdida com a perda dos dentes.
- 8- Tenho ciência do limite tolerável de apenas duas faltas, uma vez que coloco em comprometimento a aula do aluno e do professor


Declaro sob as penas da lei, que:

- Ter sido submetido a um questionário de avaliação biomédica, no qual foram pesquisados e excluídos possíveis fatores sistêmicos que possam comprometer ou contra indicar o tratamento proposto, bem como oferecer riscos à minha saúde geral;
- Ter sido informado de que não existem garantias absolutas e que o sucesso do presente tratamento dependerá de uma manutenção regular;
- Tenho pleno conhecimento de que terei meu tratamento automaticamente cancelado, seja em qual for, caso não cumpra corretamente as regras aqui estabelecidas, assumindo todos os riscos e responsabilidade por minha negligência e imprudência;
- Consinto com plano de tratamento apresentado, decorrente de particularidades inerentes ao meu caso;
- Autorizo que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenho, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento e tratamento que compõe meu prontuário, sejam retidos e utilizados para fins de ensino e divulgação em todo e qualquer meio de comunicação/ Publicações científicas nacionais e internacionais, respeitado o Código de Ética Institucional e da profissão;
- Recebi informações sobre os possíveis riscos e complicações decorrentes da cirurgia, medicamentos e anestesia. Tais complicações incluem dor, edema (inchaços), infecções, hematomas das estruturas bucais (manchas arroazeadas) e também possíveis danos a estrutura óssea, patologias sinusais (sinusites), atraso na cicatrização, reações alérgicas às drogas e aos medicamentos utilizados, até a possível perda do tratamento proposto, sendo que na eventualidade disto acontecer, deverei assumir os eventuais custos para um novo tratamento;
- Se necessário tratamento endodôntico observado pelo cirurgião-dentista, após finalizá-lo nesta clínica, devo dar continuidade no tratamento restaurador com qualquer outro profissional/ outra clínica de odontologia o mais rápido possível, não dependendo mais da USC, uma vez que tal tratamento é necessário e sua não realização acarretará prejuízos ao dente tratado e a minha saúde;
- Em caso de tratamento de URGÊNCIA, tenho conhecimento que os procedimentos serão os necessários apenas para o atendimento da urgência e que deverei providenciar sua continuidade/finalização do tratamento e/ou outros procedimentos, o mais rápido possível, com qualquer outro profissional/outra clínica de odontologia;
- Ter sido orientado e me responsabilizo por procurar o mais breve possível qualquer outro profissional da área para dar continuidade e/ou finalizar qualquer tratamento iniciado nas clínicas de odontologia da Universidade do Sagrado Coração, não dependendo apenas das disponibilidades de vagas disponíveis na universidade;
- Tenho ciência da grade/horário das disciplinas e seus respectivos atendimentos do curso de odontologia da USC e que devo me adequar aos horários disponíveis do mesmo, bem como aguardar a disponibilidade de vagas para atendimento na universidade, uma vez que essas são limitadas e devo respeitar seus critérios pré-estabelecidos, tais como a lista de espera e que são selecionados casos de interesse de aprendizado/pesquisa estipulado pelo professor e/ou aluno e a pedido dos mesmos;
- Compreendo se tratar de uma instituição de ensino e tenho conhecimento das limitações de datas e horários do período letivo e que o atendimento dentro da universidade é feito apenas nesse período, podendo variar em semanas de provas, avaliações e eventos, sendo encerrados nas férias letivas, finais de semana, feriados, entre outros, me tornando responsável por procurar tratamento externo a Universidade, independente do caso.
- Foi informado que todas as informações contidas em meu prontuário deverão permanecer no arquivo pelo prazo legal da Instituição de Ensino, podendo ser copiada para os fins acima autorizados e/ou meu interesse ou de minha família em particular;

Por este instrumento de autorização por mim assinado e acima qualificado, dou pleno consentimento ao IASCI- Universidade do Sagrado Coração para, por intermédio de seus discentes, doentes (alunos e professores) e funcionários do Curso de Odontologia, graduação e pós-graduação, fazer diagnóstico, após a realização ou solicitação de exames clínicos e/ou de laboratórios, planejamento e execução do meu tratamento, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade, dentro das disciplinas acadêmicas e materiais existentes.

**Declaro ainda que efetuei a leitura de toda esta autorização, aceito e concordo com o acima exposto.**

Bauru 30 de 10 de 20 18 CPF: 186.938.358.00

RG 99.069.027-9  Assinatura do paciente/Responsável