



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GABRIELLA HRETCIUK DOS SANTOS

**REABILITAÇÃO DE FRATURA CORONÁRIA A PARTIR DA
TÉCNICA RESTAURADORA DIRETA**

GABRIELLA HRETCIUK DOS SANTOS

**REABILITAÇÃO DE FRATURA CORONÁRIA A PARTIR DA
TÉCNICA RESTAURADORA DIRETA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Sueli de Almeida Cardoso

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Santos, Gabriella Hretciuk.

Reabilitação de fratura coronária a partir da técnica restauradora direta / Gabriella Hretciuk Santos. - Londrina, 2022. 33 f. : il.

Orientador: Sueli de Almeida Cardoso.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Odontologia, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Fratura dental - TCC. 2. Reabilitação estética - TCC. 3. Enceramento diagnóstico - TCC. 4. Restauração - TCC. I. Cardoso, Sueli de Almeida . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Odontologia. III. Título

CDU 616.31

GABRIELLA HRETCIUK DOS SANTOS

REABILITAÇÃO DE FRATURA CORONÁRIA A PARTIR DA TÉCNICA RESTAURADORA DIRETA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Odontologia da
Universidade Estadual de Londrina, como
requisito parcial à obtenção do título de
Cirurgião Dentista.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof.^a Dr.^a Sueli de Almeida Cardoso
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Márcio Grama Hoepfner
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, _____ de _____ de _____.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer imensamente meus pais e meus avós maternos que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos e em todas as dificuldades, me dando apoio, incentivo e amor incondicional.

Aos meus amigos, que participaram e me ajudaram nessa caminhada, pessoas que quero levar para o resto da minha vida.

À Prof.^a Dr.^a Sueli de Almeida Cardoso, minha orientadora, que esteve sempre de prontidão para me ensinar e me fazer crescer dentro deste curso e as residentes do departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Estadual de Londrina, Isabele Küster e Flávia Barroso Castelani por todo auxílio e atenção na realização deste trabalho.

A esta universidade e aos docentes que proporcionaram o ambiente e o conhecimento para concluir este trabalho.

**“Faça o teu melhor, na condição que você tem, enquanto você não tem condições melhores, para fazer melhor ainda.”
Mario Sergio Cortella.**

RESUMO

SANTOS, GABRIELLA H. **Reabilitação de fratura coronária a partir da técnica restauradora direta**. 2022. 33 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

O traumatismo dental pode atingir diferentes estruturas como dentes, periodonto e tecidos moles adjacentes, além de ser uma lesão comum em nossa sociedade. Propõe-se com este trabalho a apresentação de uma reabilitação estética e funcional nos dentes 11, 12 e 21 com fraturas coronárias de esmalte e dentina a partir da técnica restauradora direta, com auxílio de enceramento diagnóstico e guia de silicone em paciente pediátrico, envolvido em acidente ciclístico. Juntamente com uma revisão de literatura que salienta cada passo para a conclusão deste caso clínico, onde os resultados estético e funcional obtidos foram considerados altamente satisfatórios para o paciente, familiares e operadores.

Palavras-chave: fratura; estética; restauração; enceramento diagnóstico; guia de silicone.

ABSTRACT

SANTOS, GABRIELLA H. **Reabilitação de fratura coronária a partir da técnica restauradora direta**. 2022. 33 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

Dental trauma can reach different structures such as teeth, periodontal and adjacent soft tissues, besides being a common injury in our society. This paper proposes the presentation of an aesthetic and functional rehabilitation in teeth 11, 12 and 21 with coronary enamel and dentin fractures from the direct restorative technique, with the aid of diagnostic waxing and silicone guide in pediatric patients, involved in a cycling accident. Together with a literature review that highlights each step towards the conclusion of this clinical case, where the aesthetic and functional results obtained were considered highly satisfactory for the patient, family members and operators.

Key-words: fracture; aesthetic; restoration; diagnostic waxing; silicone guide.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fratura coronária de esmalte e dentina do incisivo lateral superior direito (12), incisivo central superior direito (11) e incisivo central superior esquerdo (21)	18
Figura 2 – Radiografia periapical.....	18
Figura 3 – Enceramento diagnóstico	18
Figura 4 – Guia de silicone de condensação.....	19
Figura 5 – Isolamento absoluto modificado	19
Figura 6 – Confecção do bisel.....	19
Figura 7 – Condicionamento com ácido fosfórico 37%	20
Figura 8 – Aplicação do sistema adesivo convencional de 2 passos	20
Figura 9 – Camada de resina para reproduzir a parede palatina	20
Figura 10 – Camada de resina para reproduzir a dentina	21
Figura 11 – Incremento de resina para reproduzir o esmalte da face vestibular	21
Figura 12 – 12 e 21 restaurados	21
Figura 13 – Resultado final.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TD	Traumatismo dentário
OMS	Organização Mundial da Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
RC	Resina Composta
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO	15
3	RELATO DE CASO CLÍNICO	16
4	DISCUSSÃO	23
5	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário (TD) é uma lesão proveniente de algum impacto que pode ser direto ou indireto (ZALECKIENE et al., 2014), resultando na fratura e/ou deslocamento de um ou mais dentes, podendo afetar as estruturas de suporte como a gengiva, o ligamento periodontal e o osso alveolar (TOLENTINO et al, 2008), influenciar na estética e harmonia do sorriso e, por consequência, na autoestima do paciente. Quando o TD envolver mais de uma estrutura, uma avaliação multidisciplinar pode melhorar o prognóstico do caso.

Até 5% da população é afetada por TD (JONES, 2020), sendo que as fraturas coronárias dos incisivos permanentes correspondem de 18% a 22%, dos quais 96% acometem incisivos superiores (GERARD et al., 2014). A ocorrência de fraturas coronárias em dentes anteriores apresenta predomínio pelo sexo masculino, especialmente em idade escolar, devido a maior prática de atividades que podem trazer riscos de quedas e colisões (REDDY et al., 2019).

As fraturas coronárias podem ser confinadas apenas ao esmalte ou abranger o esmalte e a dentina (JETRO et al., 2013). Quando envolve a porção dentinária, deve-se avaliar se houve exposição pulpar e invasão do espaço biológico, para, assim, elaborar correto plano de tratamento, visando o melhor prognóstico possível para o dente e paciente.

Estima-se que haja mais de 3 bilhões de vítimas de TD a cada ano (ANDREASEN et al., 2012) e é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com o câncer e a lesão cariada, um problema de saúde pública mundial. Portanto, é de extrema importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento para avaliar e tratar corretamente estes casos, para assegurar prognósticos favoráveis e limitar o surgimento de alterações pulpares.

2 OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico de restauração estética e funcional de fraturas coronárias múltiplas de esmalte e dentina em incisivos superiores, por meio da técnica restauradora direta com o auxílio de uma guia de silicone.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente M.M.N., 9 anos, sexo masculino, leucoderma, compareceu ao Pronto Socorro do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – UEL à procura de tratamento para as sequelas decorrentes de traumatismos dentário múltiplos, frutos de uma queda de bicicleta, onde foi atendido pela Residência em Odontologia, na área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. No local, a conduta emergencial foi a realização de uma contenção semirrígida, que permaneceu pelo tempo estimado de 21 dias, segundo relato dos responsáveis. Após este período, a contenção foi removida e o paciente foi encaminhado para Residência em Dentística da UEL para início da terapêutica reabilitadora.

Assim, no exame físico intrabucal foi diagnosticada fratura coronária de esmalte e dentina do incisivo lateral superior direito (12), incisivo central superior direito (11) e incisivo central superior esquerdo (21), sem envolvimento pulpar (figura 1). Os dentes não apresentaram alterações na coloração, mobilidade e dor a percussão e palpação. No teste de sensibilidade, feito com spray Endo Ice (Maquira®) os dentes fraturados responderam positivamente. Na avaliação da radiografia periapical (figura 2), não foram diagnosticadas imagens sugestivas de alterações periodontais e periapicais ou de fraturas radiculares.

Ainda na primeira sessão foi realizada a moldagem da arcada superior e inferior do paciente para confecção dos modelos de estudo com alginato Jeltrate® Plus (Dentsply).

No modelo superior, os dentes fraturados foram encerados com cera para escultura acrílica branca (Kota®) (figura 3) para análise do tamanho, largura em relação aos dentes adjacentes. Em seguida, uma guia de silicone de condensação (Optosil® Comfort® Putty – Kulzer) foi confeccionada com o objetivo de facilitar a confecção da superfície palatina e a borda incisal da restauração (figura 4).

Na consulta seguinte, foi realizada profilaxia com pasta profilática e taças de borracha para seleção de cor dos dentes fraturados. Com o auxílio de escala de cores Classical – VITA (A1 - D4), foi selecionada a cor A2. Após anestesia local, foi realizado isolamento absoluto modificado do campo operatório com auxílio de rolete de algodão e etilcianoacrilato (Super Bonder - LOCTITE®) (figura 5). No ângulo cavo superficial vestibular dos dentes fraturados foi confeccionado bisel com pontas diamantadas FF (KG - Sorensen), montada em alta rotação, sob refrigeração (figura 6). Na sequência,

esmalte e dentina foram condicionados com ácido fosfórico 37% (figura 7), respectivamente pelo tempo de 30 segundos e 15 segundos. Na sequência, o agente condicionador foi removido com jato de água/ar e as estruturas condicionadas secas. Foi aplicado sistema adesivo Adper™ Single Bond 2 (3M Espe) de acordo com as orientações do fabricante (figura 8), e fotopolimerização aparelho Emitter-D (Schuster) por 20 segundos.

Com espátula de resina tipo suprafill (Millennium - Golgran) para inserção de resina composta (RC), uma fina camada de RC cor VM (Vittra APS - FGM) foi acomodada na parte interna da guia de silicone, para reproduzir o esmalte palatino dos incisivos (figura 9). A guia foi levada em posição e, após a verificação da ausência de espaço vazio entre a resina e a estrutura dentária, foi realizada a fotopolimerização durante quarenta segundos.

Uma vez feita a reconstrução do esmalte palatino, iniciou-se a restauração da dentina. Uma RC mais saturada e de baixa translucidez, DA2 (Vittra APS - FGM), foi inserida e acomodada (figura 10), definindo a forma dos mamelos dentinários. Em seguida, aplicou-se o último incremento a restauração da RC de esmalte A2 Filtek™ Z350 (3M Espe) (figura 11), completando o volume total da coroa. A mesma sequência restauradora foi utilizada nos dentes (figura 12).

O acabamento imediato foi feito com pontas diamantadas com granulação extrafina e discos de lixa Diamond Pro Refill (FGM) da primeira e segunda série. A oclusão foi verificada mediante avaliação da máxima intercuspidação habitual, movimentos protrusivos e de lateralidade.

Uma semana após a realização das restaurações o paciente retornou para realização do acabamento e polimento final, onde foram utilizadas taças abrasivas (Microdont), discos de lixa Diamond Pro Refill (FGM) de granulação grossa, média, e fina e feltros juntamente com a pasta para polimento Diamond Excel (FGM) e as guias de desocclusão e interferências foram novamente checadas. Nesta consulta também, o paciente foi orientado a retornar imediatamente se houvesse dor, caso contrário o acompanhamento seria feito após 6 meses.

Após 22 semanas, o controle clínico e radiográfico foi realizado onde mostrou imagem sugestiva de lesão apical pouco nítida (figura 14) e no exame físico foi notado um escurecimento do dente 11, sem dor à palpação, percussão ou presença de fístula e o teste de vitalidade não teve resposta positiva. Já nos dentes 12 e 21 seguiram sem alterações. Diante destas observações foi solicitado um próximo

acompanhamento após 3 meses.

Figura 1 – Fratura coronária de esmalte e dentina do incisivo lateral superior direito (12), incisivo central superior direito (11) e incisivo central superior esquerdo (21).



Figura 2 – Radiografia periapical



Figura 3 – Enceramento diagnóstico



Figura 4 – Guia de silicone de condensação



Figura 5 – Isolamento absoluto modificado



Figura 6 – Confecção do bisel



Figura 7 – Condicionamento com ácido fosfórico 37%



Figura 8 – Aplicação do sistema adesivo convencional de 2 passos



Figura 9 – Camada de resina para reproduzir a parede palatina



Figura 10 – Camada de resina para reproduzir a dentina



Figura 11 – Incremento de resina para reproduzir o esmalte da face vestibular



Figura 12 – 12 e 21 restaurados



Figura 13 – Resultado final



4 DISCUSSÃO

O traumatismo dental é uma lesão complexa, causada por algum impacto externo sobre um ou mais dentes e tecidos circundantes, como os tecidos de suporte periodontal, estruturas moles e ósseas da face. Podem ser classificados desde uma simples fratura de um fragmento de esmalte, até uma situação mais severa que envolve o deslocamento total do dente do seu alvéolo (JETRO et. al, 2013). A extensão do dano depende de alguns fatores, como a energia e intensidade do impacto, resiliência e forma do objeto impactante, direção do impacto e a reação dos tecidos ao redor do dente (ZALECKIENE et. al, 2014).

Há diversas classificações para o traumatismo dentário presentes na literatura. Uma classificação mais antiga, como a de GARCIA-GODOY (1981), divide as fraturas dentárias com relação ao envolvimento ou não do cimento dentário. Já ELLIS (1970), propôs um sistema de classificação que agrupa muitas lesões, permitindo uma interpretação subjetiva que inclui termos amplos, como fraturas "simples" ou "extensas", sendo que as lesões do alvéolo e fraturas da mandíbula e maxila não são classificadas.

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o traumatismo dento alveolar um problema de saúde pública e utiliza a classificação de ANDREASEN e ANDREASEN de 1994 para identificação da gravidade do dano. Essa classificação inclui fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina e ausência dental (avulsão ou exodontia precoce). Nesse sentido, pode-se descrever o caso clínico retratado em fratura de esmalte e dentina.

Segundo CALDAS et al. (2021), as fraturas da coroa, independente se houve envolvimento pulpar, devem ser seladas na primeira consulta, a fim de proteger os túbulos dentinários, evitar a contaminação da câmara pulpar por bactérias e reduzir a transmissão de estímulos nocivos e sensibilidade dolorosa. Entretanto, no caso descrito, não foi aplicado nenhum material restaurador, uma vez que paciente não relatava sensibilidade dolorosa e a restauração definitiva foi realizada o mais rápido possível.

Quedas, colisões, atividades esportivas, ciclismo, acidentes automobilísticos, violência urbana com projéteis de arma de fogo e lutas livres têm favorecido muito a ocorrência desse tipo de lesão. Alguns fatores anatômicos, como o *overjet* acentuado, deixam o paciente mais propenso ao traumatismo dentário (ZALECKIENE et. al, 2014;

JETRO et. al, 2013). A literatura relata que 35% dos acidentes ocorrem dentro de casa, seguido por queda de bicicletas, representando 18% (SANABE et al., 2009), como exemplificado no caso clínico.

A população masculina apresenta maiores taxas de trauma dentário em relação à feminina, isso pode ser atribuído ao maior envolvimento com esportes de contato (BARROS et al., 2020). Crianças nos primeiros anos de vida estão suscetíveis a quedas da própria altura, uma vez que estão exercitando a sua coordenação.

Em um estudo realizado na Faculdade de Odontologia de Bauru (USP), as lesões traumáticas foram responsáveis por 17,06% do total de visitas de emergência e os incisivos centrais e laterais da dentição permanente e decídua foram os dentes mais acometidos (SAKAI et al., 2005).

As fraturas de esmalte e de esmalte e dentina apresentam um prognóstico bastante favorável e o tratamento varia de acordo com a extensão da fratura (BARROS et al., 2020). Dentre as opções de tratamento existentes, a colagem do fragmento e restauração direta com resina composta são as alternativas mais conservadoras e de menor custo, quando comparado às restaurações indiretas (FERREIRA et al., 2015; KINA et al., 2015). Para avaliar a extensão do dano em dentes traumatizados o cirurgião-dentista deve realizar teste de mobilidade, sensibilidade à percussão e o teste de vitalidade pulpar (ANDREASSEN e KAHLER, 2015).

O manejo adequado do trauma dento alveolar inclui um correto diagnóstico inicial, tratamento de urgência imediato, o tratamento definitivo e a preservação do caso (SOUZA et al., 2013). A anamnese, junto ao exame físico, são ferramentas de extrema importância para identificação, diagnóstico e conduta terapêutica. Devem ser realizados de forma ordenada e completa, observando minuciosamente as estruturas intra e extraorais (MARSI et al., 2009; BRANDÃO et al., 2018), especialmente se tratando de fraturas coronárias, pois podem afetar diferentes estruturas, como esmalte, dentina e polpa coronária.

A avaliação radiográfica também é extremamente importante, já que permite avaliar os tecidos periodontais, o estágio de desenvolvimento da raiz e se houve envolvimento da porção radicular (ANDREASSEN e KAHLER, 2015). A avaliação de todos estes fatores vai modular o plano de tratamento.

No caso apresentado, o tratamento de urgência imediato foi realizado, o uso da contenção semirrígida permitiu que os dentes traumatizados ficassem estáveis,

mas com certa mobilidade, associando função, mastigação e neoformação de vasos sanguíneos e de fibras. (RISSO et al., 2013).

Mesmo em pacientes pediátricos a estética é um fator importante e deve seguir certos parâmetros matemáticos e geométricos que, quando empregados pelo clínico, possam proporcionar restaurações com aparência agradável e harmônica (MONDELLI e FRANCISCHONE, 2007).

Isso justifica a realização do enceramento diagnóstico e a utilização do guia de silicone, que nos ajuda a obedecer a tamanhos e proporções dos dentes e permite a execução da técnica de estratificação. POMPEU e PRADO (2004), definiram que o enceramento serve para reconstruir a porção desgastada dos dentes, de modo a determinar corretamente o plano oclusal, os contatos simultâneos nos dentes posteriores e guia anterior. Além de servir de demonstração para o paciente o trabalho a ser executado.

FERRACANE (2010) afirma que as resinas são usadas para uma variedade de aplicações na odontologia e a principal razão para substituição dos compósitos dentais é a cárie secundária, seguida pela fratura.

Neste caso, ocorreu fratura coronária dos elementos 11, 12 e 21 de esmalte-dentina em nível médio e cervical, que envolvem a face proximal e que comprometem o ângulo incisal, denominadas Classe IV de Black. Frente a este tipo de cavidade, se faz necessário a confecção do bisel do ângulo cavo superficial, que traz benefícios na estética e durabilidade da restauração. Por outro lado, Valente et al. (2014), relata que excelentes resultados estéticos e funcionais podem ser alcançados quando se abre mão do uso do bisel, além de se dispensar a administração de anestesia, produzindo, assim, menos desconforto para o paciente.

A umidade do meio oral e a contaminação da superfície por sangue dificulta a adesão do dente às camadas de resina. Diante disso se faz necessário o controle de saliva por meio do isolamento da cavidade bucal, que pode ser relativo ou absoluto (BENEVIDES et al., 2019). Ganss et al., em 1999, compararam a retenção de selantes sob isolamento absoluto e relativo e observaram uma retenção significativamente melhor no isolamento absoluto, onde houve perda total dos selantes quando feitos sob isolamento relativo. Já Raskin et al., um ano depois (2000) comparam o desempenho de restaurações posteriores de resina composta sob isolamento absoluto e relativo, concluíram não haver diferenças significativas no sucesso das restaurações sob os dois tipos de isolamento.

No caso em questão, optamos pela utilização do isolamento absoluto modificado, por seus benefícios que são: aumento da longevidade das restaurações; controle da umidade; diminuição da contaminação microbiana; redução do tempo de atendimento; melhor acesso e visibilidade do campo de trabalho pela eliminação da saliva/fluido sanguíneo/retração do tecido gengival; e proteção contra a aspiração de instrumentos (BENEVIDES et al., 2019), levando em conta a idade do paciente, 9 anos. Outra vantagem do isolamento absoluto modificado é que este não permite o contato do dique de borracha com o material restaurador, como ocorre com o isolamento absoluto convencional, e facilita a inserção e o acabamento do material restaurador principalmente nas ameias gengivais (ZENI et al., 2014).

A opção escolhida para devolver a função estética, fonética e mastigatória neste caso foi a restauração direta dos elementos 11, 12 e 21 em resina composta. Segundo Mondelli et al. (2002) esta técnica possui o custo mais baixo em comparação a outros tratamentos, como facetas ou coroas de porcelana. E mesmo com o passar dos anos, Diegues et al. (2016) constatou que os procedimentos com cerâmicas continuam apresentando o custo mais elevado, devido a fase laboratorial que se faz necessária. No que tange às vantagens da resina composta, além do baixo custo já mencionado, este material é passível de reparos caso ocorra algum dano na restauração, apresenta uma boa lisura superficial, a técnica pode ser realizada em sessão única e com menor desgaste da estrutura dentária, apresenta facilidade de polimento, radiopacidade, coeficiente de expansão térmica linear relativamente similar ao da estrutura dental, resistência à compressão e durabilidade. Por outro lado, a contração de polimerização pode ocasionar trincas e infiltração quando a técnica não é realizada corretamente (DIEGUES et al., 2016; ARAÚJO et al., 2019).

O sucesso da técnica direta em resina composta depende da escolha correta de cor. Se esta escolha for incorreta, há um comprometimento da harmonia e estética do paciente. Na literatura encontramos duas formas para obtenção da cor exata: alguns autores recomendam que a escolha seja feita por meio do uso de escalas de cores que as marcas das resinas confeccionam, como foi realizado neste trabalho; ou aplicando um pouco da resina composta sobre a superfície dentária, onde o cirurgião-dentista irá identificar a matiz (cor) e o grau de saturação (croma), sob a luz natural, escolhendo assim a mais semelhante ao dente (CORREIA et al., 2005).

O conhecimento do profissional sobre a anatomia dental é imprescindível em qualquer tipo de situação de reabilitação oral. Para Mondelli e Francischone (2007) os

incisivos centrais devem ser os dentes dominantes e mais observados, onde os incisivos laterais devem aparecer 62% menores em relação aos incisivos centrais, o que reproduzimos na construção dos elementos restaurados.

Depois da finalização da restauração, é essencial a verificação da oclusão do paciente em máxima intercuspidação habitual, guias laterais e protrusivas de desocclusão, com o auxílio de um carbono (BARATIERI, 2001), a fim de evitar uma oclusão traumática que pode colocar em risco o sucesso da restauração.

Ainda, é imprescindível a realização de um bom acabamento e polimento, que tem por finalidade melhorar os contornos anatômicos promovendo a regularidade da superfície. Compósitos resinosos podem gerar superfícies com rugosidade insatisfatória, apresentando porosidades e sem brilho, por isso o polimento das restaurações faz parte do protocolo. Além de minimizar problemas estéticos, o acabamento e o polimento tornam-se um fator de longevidade do tratamento, pois a probabilidade do acúmulo de placa e manchamento do material resinoso serão reduzidos drasticamente (CALDAS et al., 2021; MENEZES et al., 2014).

Na literatura, os autores entram em concordância que as restaurações diretas em resinas compostas geram uma necessidade ao paciente de retornar para a manutenção do elemento, especialmente em casos de fratura de esmalte e dentina, para que a restauração se mantenha íntegra ao longo da vida do paciente (MONDELLI et al., 2002; MUNIZ; RHEM, 2006; PRADO et al., 2012; OKIDA; OKIDA; MACHADO, 2012). Nas consultas de acompanhamento, testes de vitalidade pulpar devem ser sempre realizados para verificar se há alguma alteração nociva à polpa. Além disso, radiografias devem ser feitas rotineiramente para avaliar a restauração e sua interação marginal com o substrato dental (CALDAS et al., 2021).

5 CONCLUSÃO

A técnica direta de restauração em resina composta utilizando guia de silicone e estratificação, proporcionou um excelente resultado na recuperação das fraturas múltiplas de esmalte e dentina, onde o aspecto anatômico criado pela colocação da resina conciliou com o aspecto físico do paciente oferecendo não só um sorriso agradável, como também a função mastigatória e fonética, promovendo a reabilitação.

REFERÊNCIAS

ANDREASEN, F. M.; KAHLER, B. Diagnosis of acute dental trauma: the importance of standardized documentation. **Dental Traumatology**, [S. l.], v. 31, n. 5, p. 340-349, 8 jun. 2015.

ANDREASEN, J.O.; ANDREASEN, F.M. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth.**, Copenhagen: Munksgaard, n. 3, 1994.

ANDREASEN, J. O.; LAURIDSEN, E.; GERDS, T. A.; AHRENSBURG, S. S. Dental Trauma Guide: a source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma. **Dental Traumatology**, [S. l.], v. 28, n. 2, p. 142-147, 25 jan. 2012.

ARAÚJO, I. D. T. DE; ABRANTES, P. S.; BORGES, B. C. D.; ASSUNÇÃO, I. V. DE. Reabilitação estética anterior com resina composta: relato de caso. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 89-101, 5 jun. 2019.

BARATIERI, L. N. Restaurações adesivas diretas em dentes anteriores fraturados. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos, 2001. p. 397-483.

BARROS Í. R. V.; PEREIRA K. R.; SANTOS A. L. C. M.; VÉRAS J. G. T. de C.; PADILHA E. M. F.; PEREIRA K. R.; LESSA S. V.; LINS F. F. Traumatismos dentários: da etiologia ao prognóstico, tudo que o dentista precisa saber. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 45, p. e3187, 2 abr. 2020.

BENEVIDES, A. A. A.; VENÂNCIO, A. E. F.; FEITOSA, V. P. A influência do isolamento absoluto no sucesso de restaurações diretas e tratamento endodôntico: uma revisão de literatura. **Revista Odontológica de Araçatuba**, [S. l.], v. 40, n. 1, p. 35-40, 2019.

BRANDÃO, B. A.; CORTEZ, D. L.; LOUREIRO, A. S.; MORAES, G. R.; BRÊDA, M. A.; FERNANDES, D. C. Importância de um exame clínico adequado para o atendimento odontológico. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Alagoas, v. 5, n. 1, p. 77-88, 18 jul. 2018.

CALDAS, R. A.; VIEIRA, H. H.; MOURA, L. A.; BACCHI, A.; BARÃO, V. A. R.; LIMA, D. A. N. L. Fracture of upper incisors: a three-year follow-up of a multidisciplinary approach. **Rev Gaúch Odontol.**, [S. l.], p. 1-7, 22 mar. 2021.

CORREIA, A.; OLIVEIRA, M. A.; SILVA, M. J. Conceitos de Estratificação nas Restaurações de Dentes Anteriores com Resinas Compostas. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, [S. l.], v. 46, n. 3, p.171-178, 2005.

MENEZES, M. S.; VILELA, A. L. R.; SILVA, F. P.; REIS, G. R.; BORGES, M. G. Acabamento e polimento em resina composta: reprodução do natural. **Rev Odontol Bras Central**, [S. l.], v. 23, n. 66, p. 124-129, 2014.

DIEGUES, M. A.; MARQUES, E.; MIYAMOTTO, P. A. R.; PENTEADO, M. M. Cerâmica x resina composta: o que utilizar?. **Revista UNINGÁ**, [S. l.], v. 51, p. 87-94, 19 out. 2016.

ELLIS, R. G. Classification and treatment of injuries to the teeth of children. **Year Book Medical Publishers**, Chicago, n. 5, p. 56–199, 8 Jan. 1970.

FERRACANE, J. L. Resin composite—State of the art. **Elsevier Ltd.**, [S. l.], p. 29–38, 22 out. 2010.

FERREIRA, B. I. P.; OLIVEIRA, A. F. R.; BARRETTO, S. R.; MENDONÇA, A. A. M.; SOARES, G. P. Reabilitação estética em dente anterior fraturado através da colagem de fragmento autógeno: relato de caso clínico. **Arch Health Invest**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 13-20, 12 jun. 2015.

GANSS, C.; KLIMEK, J.; GLEIM, A. One year clinical evaluation of the retention and quality of two fluoride releasing sealants. **Clinical oral investigations**, v. 3, n. 4, p. 188-193, 1999.

GARCÍA-GODOY, F. A classification for traumatic injuries to primary and permanent teeth. **The Journal of pedodontics**, [S. l.], p. 295–297, 1981.

GERARD, L. N.; MARTOS, J.; BALDISSERRA, R. A.; LUND, R. G. Reabilitação estética em dente anterior com extensa fratura coronária: Relato de Caso. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 58-63, 8 maio 2014.

JETRO, V.; MORAIS, H. H. A.; DIAS, T. G. S.; BARBALHO, J. C. M.; LUCENA, E. E. S. Traumatismo dentoalveolar: nível de conhecimento e conduta de urgência dos bombeiros do município de Caicó-RN. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac**, Camaragibe. Rio Grande do Norte, v. 13, n. 2, p. 101-108, 6 fev. 2013.

JONES, L. C. Dental Trauma. **Oral Maxillofacial Surg Clin N Am**, [S. l.], p. 1-8, 2 set. 2020.

KINA, M.; SANTOS, A. R.; KINA, J.; MARTIN, O. C. L.; PIRES, H. C.; BOER, N. P.; FABRE, A. F. Dente anterior fraturado: diagnóstico, prognóstico e retratamento de caso clínico. **Arch Health Invest**, [S. l.], v. 4, p. 20-25, 30 dez. 2014.

MARSI, G.; MENGUE, A. C.; BERTINI, F.; CABRAL, L. A. G.; ALMEIDA, J. Dias. Avaliação da importância do exame clínico para os alunos do curso de graduação da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP. **Revista da ABENO**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 5-10, 29 jun. 2009.

MONDELLI, J.; FRANCO, E. B.; PEREIRA, J. C.; ISHIKIRIAMA, A.; FRANCISCHONE, C. E.; MONDELLI, R.F. L.; NAVARRO, M. F. L.; VALERA, R.C.; SILVA E SOUZA JÚNIOR, M. H.; CARVALHO, R. M.; BASTOS, M. T. A. **A. Dentística**: procedimentos pré-clínicos. [S. l.: s.n.], 2002.

MONDELLI, J.; FRANCISCHONE, A. C. A ciência da beleza do sorriso. **Research Gate**, [S. l.], p. 0-23, 3 jun. 2007.

MUNIZ, L.; RHEM, M. Restauração de borda incisal translúcida: um desafio para a odontologia estética: relato de caso clínico. **R. Dental Press Estet.**, Maringá, v.3, n. 1, p. 39-48, 2006.

OKIDA, R. C.; OKIDA, D. S. S.; MACHADO, L. S. Emprego de materiais restauradores adesivos direto no ângulo incisal de incisivos centrais fraturados. **R. Odontol.** Araçatuba, v.33, n.1, p. 28-31, 2012.

POMPEU, J. G. F.; PRADO, V. L. G. Técnica fácil e rápida de enceramento diagnóstico utilizada no atendimento odontológico público na universidade federal do Piauí - UFPI. **International Journal Of Dentistry**, Recife, v. 3, p. 308-311, 2004.

PRADO, M.; GOMES, B. P. F. A.; TELLES, E. L.; ARAÚJO, M. C. P.; GUSMAN, H. C. Fratura coronorradicular: uma abordagem multidisciplinar. **Revista de Odontologia da UNESP**, [S. l.], v. 41, n. 5, p. 360-364, 2012.

RASKIN, A.; SETCOS, J. C.; VREVEN J.; WILSON, N.H.F. Influence of the isolation method on the 10-year clinical behavior of posterior resin composite restorations. **Clinical Oral Investigations**, v. 4, n. 3, p. 148-152, 8 mar. 2000.

REDDY, L. V.; BHATTACHARJEE, R.; MISCH, E.; SOKOYA, M.; DUCIC, Y. **Dental Injuries and Management. Facial Plastic Surgery**, [S.l.], v. 35, n. 06, p. 607-613, 29 nov. 2019.

RISSE, V. A.; PROPOKOWISCH, I.; DUARTE, M. T.; GUARÉ, R. O.; HADDAD FILHO, M. S.; MEDEIROS, J. M. F. Contenção emergencial após traumatismo dental com fratura óssea em bloco: uso de microparafusos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, [S. l.], v. 68, p. 30-4, 19 fev. 2014.

SAKAI, V. T.; MAGALHÃES, A. C.; PESSAN, J. P.; SILVA, S. M. B.; MACHADO, M. A. A. M. Urgency treatment profile of 0 to 15 year-old children assisted at urgency dental service from Bauru dental school, university of São Paulo. **J Appl Oral Sci.**, [S. l.], v. 13, p. 340-344, 8 abr. 2005.

SANABE, M.E.; CAVALCANTE, L.B.; COLDEBELLA, C.R.; ABREU-e-LIMA, F.C.B. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v.27, n.4, p.447-451, 2009.

SOUZA, B. L. M.; LOPES, P. H. S.; NOGUEIRA, E. F. C.; TORRES, B. C. A. Manejo de Trauma Dentoalveolar: Relato de Caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v. 14, n. 1, p. 59-64, 12 ago. 2013.

TOLENTINO, L. S.; CAMARINI, E. T. E. T.; TOLENTINO, E. S.; IWAKI FILHO, L.; ENDO, M. S.; PAVAN, Â. J. Traumatismo dentoalveolar: análise dos casos atendidos no serviço de residência em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial da Universidade Estadual de Maringá no período de 2004 a 2006. **Revista de Odontologia da UNESP**, [S. l.], v. 37, p. 53-57, 18 abr. 2008.

VALENTE, L. L.; MÜNCHOW, E. A.; PERALTA, S. L.; SOUZA, N. C. Conservative dentistry: non-beveled esthetic restorations in anterior teeth. **Revista Gaúcha de Odontologia**, [S.l.], v. 62, n. 4, p. 443-448, dez. 2014.

ZALECKIENE, V.; PECIULIENE, V.; BRUKIENE, V.; DRUKTEINIS, S. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. **Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 7-14, 21 mar. 2014.

ZENI, F.; ILKIU, R. E.; SCHMITT, J.; MARTARELLO, C. Isolamento absoluto modificado: alternativa para trabalhos em dentes anteriores. **Ação Odonto**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 18, 2014.